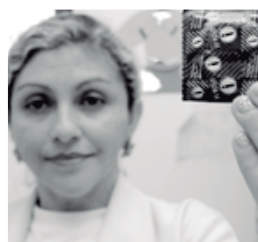
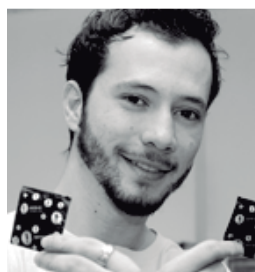
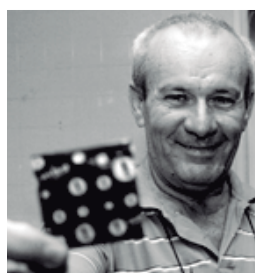




resposta +

A EXPERIÊNCIA DO DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS | 2010







resposta +

A EXPERIÊNCIA DO DEPARTAMENTO
DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS | 2010

A Revista Resposta PositHIVa 2010 está recheada de histórias de vida. Mulheres, homens e crianças de diferentes regiões e com diferentes desafios. Pessoas que se deparam diariamente com o viver e o conviver com o HIV/aids. Realidade enfrentada pela sociedade brasileira há quase três décadas. Publicada a cada dois anos, a Revista é um retrato do que é feito no país para combater a epidemia de aids e outras DST - não só pelo governo, mas também por cada um dos profissionais de saúde, voluntários e cidadãos que, de alguma forma, fazem a diferença nessa batalha. São exemplos de práticas bem-sucedidas que podem servir de inspiração para muitas outras pessoas.

Esta edição traz uma novidade: as hepatites virais. Em dezembro de 2009, o Programa Nacional de Hepatites Virais incorporou-se ao Departamento de DST e Aids. Essa integração tem o objetivo de responder a um grande desafio, que é fazer com que as pessoas reconheçam a importância do combate às hepatites. Um exemplo disso é a experiência em Chapecó, cidade no interior do sul do país. Ali, as equipes de saúde criaram uma estratégia de ação que abrangia a totalidade das escolas do município, vacinando todos os estudantes para a hepatite B. As hepatites B e C, juntas, matam mais de 1 milhão de pessoas por ano em todo o mundo. Iniciativas efetivas como a de Chapecó podem ser multiplicadas por todo o país e, quem sabe, erradicar a doença. Esse é o espírito da Revista Resposta+: apresentar desafios e mostrar a você, leitor, que é possível responder a eles.

Boa leitura!

Mariângela Simão

Diretora do Departamento de DST, Aids e
Hepatites Virais do Ministério da Saúde

resposta +

A EXPERIÊNCIA DO DEPARTAMENTO
DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS | 2010

© Ministério da Saúde do Brasil

Tiragem: 5.000 unidades - 1ª edição

Contato para sugestões e solicitação de exemplares:

www.aids.gov.br

imprensa@aid.gov.br

Presidente da República Federativa do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes Temporão

Secretário de Vigilância em Saúde

Gerson Penna

Diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Mariângela Simão

Diretores-Adjuntos

Eduardo Barbosa e Ruy Burgos

Edição – Assessoria de Comunicação

Myllene Müller

Redação

Ana Cristina Duarte, Daniela Brito, Hércules Barros, Luiz Philippe
Leite, Mariana Mainenti Gomes

Colaboração

Ana Luíza Gomes, Paulo Petitinga

Projeto gráfico e diagramação

Taty Fonseca

Revisão

Angela Gasperin Martinazzo

Resposta PositHIVa é uma publicação produzida pelo Departamento
de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Agradecimento

A todas as áreas técnicas do Departamento de DST, Aids e
Hepatites Virais

4	Boas práticas	50	Integrar é possível
8	Jovens como protagonistas da resposta para a aids no Brasil	54	Revelação diagnóstica para crianças: a verdade como aliada
14	Direito de ser quem eu sou	58	A maratona da adesão
20	Parada dos direitos para todos	62	A aposta brasileira na produção nacional de testes e medicamentos para a aids
23	Prevenção sustentável	64	Parceria com a sociedade civil: modelo para o enfrentamento da aids
28	Empresas brasileiras enfrentam a epidemia	68	Prevenção de uma forma especial
32	Rádio na web previne aids	72	Pelo fim do silêncio
34	Entendendo a distribuição de camisinhas	76	Sífilis congênita: a busca pelos parceiros
36	Testagem para HIV e sífilis avança em terras indígenas	81	“Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”
44	Crianças livres do HIV	84	Pioneirismo no combate às hepatites
46	Diagnóstico itinerante		
48	Igreja abre as portas para a testagem de aids		

Boas Práticas

Por todo o Brasil, dos grandes centros metropolitanos às mais remotas cidades, há experiências bem-sucedidas de combate às doenças sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais. Algumas ações, instituições e pessoas destacam-se pelo pioneirismo, criatividade e dedicação à causa. Nesta seção, vamos apontar algumas dessas experiências para que você, leitor, possa estar atento ao que elas representam.

A troca de experiências com essas pessoas pode-se tornar um importante diferencial na condução de programas voltados para DST, aids e hepatites virais, tanto em grupos vulneráveis quanto na população geral.

As ações empreendidas e relatadas nesta edição da Revista Resposta+ representam iniciativas animadoras, revelando que ações simples, aliadas à dedicação, podem fazer toda a diferença na redução da aids, das hepatites e de outras doenças no país.

Confira as boas práticas que ajudam a mudar a realidade da saúde pública brasileira. Em alguns casos, elas influenciam decisivamente a economia local e a manutenção da população economicamente ativa - fatores importantes para o crescimento econômico e social brasileiro.



Grupo de Jovens Líderes Vivendo com HIV/aids e Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/aids

Jovens como protagonistas da resposta para a aids no Brasil. Uma nova geração de pessoas vivendo com HIV/aids ensaia os passos rumo aos desafios futuros da epidemia.

Saiba mais na página 8



Rebeca Glitter

É a primeira servidora travesti assumida do município de Natal, Rio Grande do Norte. Conheça a história de uma pessoa que acreditou que era possível ser travesti e estar no mercado formal de trabalho.

Saiba mais na página 14



Parada GLBT de São Paulo

Criada pela sociedade civil, é o principal símbolo da luta contra a homofobia e a discriminação sexual, uma das causas que elevam a vulnerabilidade ao HIV. A partir dela, surgiram paradas GLBT em todo o país, reforçando as fileiras de luta pelos direitos e equidade de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis.

Saiba mais na página 20



CONSELHO EMPRESARIAL NACIONAL
PARA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS - BRASIL

Cenaids

Grandes empresas brasileiras juntam-se para enfrentar a aids no trabalho, reduzindo o impacto da doença na atividade produtiva nacional. É a primeira iniciativa no mundo desse gênero. Conselhos Empresariais estaduais e do Distrito Federal já aderiram à iniciativa.

Saiba mais na página 28



Projeto Nascer Maternidades de Pernambuco

O objetivo é garantir que todas as gestantes sejam testadas no momento do parto. Magaly Carvalho, porta-voz do projeto, roda o estado em um furgão que carrega latas de leite em pó, testes rápidos de HIV, AZT injetável, xarope e apostilas.

Saiba mais na página 44



Preservativos Natex

O primeiro preservativo do mundo a usar látex natural é brasileiro. A fábrica de preservativos fica na mesma cidade onde nasceu Chico Mendes, líder seringueiro que lutou pela preservação e sustentabilidade da Amazônia. A fábrica Natex trouxe empregabilidade e renda para a população, seguindo os princípios defendidos pelo reconhecido seringueiro.

Saiba mais na página 23



Quero Fazer

É um programa que se propõe a estar onde a população de gays e outros homens que fazem sexo com outros homens (HSH) está. Com um trailer, os profissionais de saúde e parceiros levam o teste rápido de aids a lugares alternativos, fora do serviço de saúde.

Saiba mais na página 46



Funasa e Fundação Alfredo da Matta

Percorrem de barco o interior da Amazônia brasileira, levando assistência em saúde, testagem para o HIV, medicamentos antirretrovirais, preservativos e informação para as aldeias indígenas. A dedicada equipe faz prevenção e diagnóstico em um espaço onde quem tem voz são os pajés. São histórias de respeito à cultura da população indígena.

Saiba mais na página 38



Grupo Esperança

Liderança na luta contra as hepatites virais no Brasil. A partir do esforço do grupo, hoje mais de 90 entidades do gênero fazem o controle social das hepatites no país.

Saiba mais na página 87



Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará

Referência na Região Norte em ações de prevenção às DST/aids e testagem para o HIV na população de prostitutas e de rua. O grupo tem como bandeira também a luta por avanços na legislação brasileira que possibilitem a legalização da atividade no Brasil.

Saiba mais na página 64



Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo

Possui inúmeras iniciativas bem-sucedidas de combate à epidemia de HIV/aids, além da atenção a quem vive com o vírus. Como referências, o recente ambulatório exclusivo para travestis e transexuais e o esforço para levar os homens ao serviço de saúde durante o pré-natal das suas companheiras. O estado desenvolveu também o "kit revelação diagnóstica", que transforma papo sério sobre aids em conversa para criança.

Saiba mais na página 16 e 54



Programa de Hepatites de Chapecó (SC)

Criatividade, disposição e acesso à vacinação nas escolas mostram que o controle da doença no Brasil pode deixar de ser um desafio.

Saiba mais na página 84



Malhação Vida Nova

O projeto, que tinha como ideia inicial promover bem-estar físico para as pessoas que vivem com HIV/aids, foi muito além. Elas ganharam qualidade de vida e novos amigos.

Saiba mais na página 59



Se você acha que vou deixar de ser feliz só porque vivo com o HIV, sinto muito. Eu me chamo José.

MEU NOME NÃO É AIDS.

MEU NOME NÃO É AIDS.

Essa exposição mostra a história de pessoas vivendo com aids. Elas têm uma vida como a sua: trabalham, namoram e fazem planos. Diferentes umas das outras, têm o mesmo desejo de levar a vida adiante. Para essas pessoas, viver com o preconceito pode ser mais difícil do que viver com o vírus.



Jovens como protagonistas da resposta para a aids no Brasil

“Tudo o que foi construído na política de aids brasileira nos foi entregue pronto. São conquistas de pessoas que viveram o início da doença, nos anos 80. Agora precisamos pensar no controle social e em formas de promover novas intervenções”

Micaela Cyrino, 21 anos, coordenadora da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids

Tratar o corpo como bem maior. É a partir dessa filosofia de vida que Micaela Cyrino, 21 anos, encara a rotina de tomar medicamentos e cuidar da sexualidade, sem deixar de lado o que qualquer pessoa de sua idade quer: aproveitar a vida, buscar o crescimento profissional e a realização pessoal. Estudante de Artes em São Paulo, a jovem vive com aids e integra a coordenação da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids, consciente de que faz parte da geração responsável por dar novo ânimo ao enfrentamento da epidemia. “Tudo o que foi construído na política de aids brasileira nos foi entregue pronto. São conquistas de pessoas que viveram o início da doença, nos anos 1980. Agora precisamos pensar no controle social e em formas de promover novas intervenções”, avalia.

Pensar no coletivo partindo da experiência pessoal, é a contribuição que o estudante de Manaus (AM) José Rayan, 17 anos, também pretende oferecer como resposta à aids no país para os próximos anos. Apesar de viver o dilema entre curtir a vida e se adaptar aos remédios para manter a doença sob controle, o jovem consegue transformar os erros e acertos pessoais em exemplos para outros meninos. Ele iniciou um grupo de apoio a adolescentes no Serviço de Assistência Especializada (SAE) da capital amazonense, onde busca os medicamentos para aids. “É um momento de diálogo para a gente compartilhar as nossas dúvidas”, explica. Segundo Rayan, os questionamentos dos frequentadores vão desde contar ou não ao namorado que têm o vírus da aids a como constituir família e ter filhos. “Eles querem falar sobre isso na escola, mas têm medo do preconceito e a passagem pelo ambulatório muitas vezes se resume ao atendimento médico”, observa.



Leonardo Lincoln

Micaela, que integra a coordenação da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids, é estudante de Artes

Foi acreditando no poder de mobilização desses jovens que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em parceria com a Pact Brasil, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e agências das Nações Unidas, iniciou em 2009 uma formação de 23 líderes juvenis com HIV/aids. A ideia é que, nos próximos anos, eles sejam formados para ocupar os cargos de gestão dos programas e ações de saúde do país voltados para a área e consigam atender à expectativa das novas gerações que vivem e convivem com a doença.

A iniciativa inédita reuniu, em Brasília, moças e rapazes entre 16 e 24 anos de 17 estados e do Distrito Federal. Durante um ano, cada participante do grupo receberá uma bolsa mensal de iniciação profissional no valor de R\$ 472.

Na primeira etapa da formação, os jovens puderam participar de reuniões temáticas, conhecer sistemas públicos de informação, acessar e entender a

estrutura do Plano de Ações e Metas (PAM) e acompanhar as atividades do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Criado em 2007, o SPE tem como objetivo oferecer atenção integral em prevenção, além de promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Mais de 8,460 milhões de estudantes de 695 cidades brasileiras já foram beneficiados pelas ações do programa, que é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Na segunda e terceira parte da formação, os jovens líderes irão observar a rotina dos serviços públicos em HIV/aids – os centros de testagem e aconselhamento, os serviços de assistência especializada e os hospitais-dia. Os jovens também conhecerão como as ONG realizam as ações de campo em prevenção do HIV e que tipo de apoio dão às pessoas vivendo com aids, além de participar de espaços de mobilização comunitária e controle social.

Meninas e gays jovens são os mais atingidos

Desde 1998, a epidemia no Brasil vem mostrando algumas mudanças e começou a se comportar de forma diferente entre os jovens. Na população geral, a maior parte dos casos acontece em homens e, entre eles, a principal forma de transmissão é a heterossexual. Entretanto, considerando-se somente a faixa etária de 13 a 19 anos, a maior parte dos registros da doença ocorre entre as mulheres, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas. Entre os rapazes de 13 a 19 anos, a principal forma de transmissão é a homossexual, 33,5% - a transmissão heterossexual é responsável por 28,3%. Entre os jovens de 20 a 24 anos, os casos se dividem de forma equilibrada entre os dois gêneros.

Diversos fatores explicam a maior vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV. Entre as meninas, as relações desiguais de gênero e o não reconhecimento de seus direitos, incluindo a legitimidade do exercício da sexualidade, são algumas dessas razões. No caso dos jovens gays, falar sobre a sexualidade é ainda mais difícil do que entre os heterossexuais. "Eles sofrem preconceito na escola e, muitas vezes, na família. Isso faz com que baixem a guarda na hora de se prevenir, o que os deixa mais vulneráveis ao HIV", explica Mariângela Simão, diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

A recente pesquisa voltada para a população de gays e outros HSH demonstra essa realidade: o preconceito ainda está presente na vida dessa população. Mais da metade dos entrevistados, espalhados por 10 cidades brasileiras, disseram já ter sido discriminados no trabalho (51,3%), na escola ou faculdade (28,1%) e em ambiente religioso (13%). A mesma pesquisa demonstra que o uso do preservativo na população jovem é menor do que nos homens em geral, na mesma faixa etária. Na primeira relação sexual, 53,9% dos gays e outros HSH usaram preservativo. Nos homens em geral, essa taxa foi de 62,3%. O uso da camisinha em todas as relações com parceiro casual nos últimos 12 meses foi de 54,3% e 57%, respectivamente.

"Os dados de preconceito associados ao baixo uso do preservativo na população jovem de gays e outros HSH acendem um alerta. Por esse motivo, o protagonismo juvenil é hoje, mais do que nunca, fundamental na elaboração de políticas públicas voltadas para esse público. O jovem fala com o jovem e conhece o jovem, e agora está assumindo o protagonismo da sua geração", conclui Mariângela.



Durante lançamento da campanha de carnaval 2010, jovens artistas brasileiros reforçam a importância do uso da camisinha

Campanhas para a população jovem

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo uma série de campanhas de massa para a população jovem, todas com foco em meninas e jovens gays. A mais recente, veiculada no Carnaval de 2010, foi a maior já realizada para essas populações. Uma semana antes do Carnaval, começaram a ser divulgadas na televisão peças que tratam do uso do preservativo, tendo como slogan: "Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre", direcionadas para quem tem relação estável ou casual. Foram veiculados um vídeo para meninas e um para jovens gays.

Na semana seguinte à festa popular brasileira, foi divulgado um terceiro filme publicitário, sobre a importância de fazer o teste quando se viveu alguma situação de risco. A intenção dessa segunda campanha de testagem foi deixar a dúvida na cabeça de quem havia feito sexo desprotegido durante o carnaval e levar a população aos serviços de saúde para fazer o teste de aids. Desde 2000, essa foi a décima vez que os jovens foram tema de campanhas de massa desenvolvidas pelo governo brasileiro. Campanhas, investimento no protagonismo juvenil e ações nas escolas são as mais fortes estratégias para a população jovem no país.

Políticas para a população feminina

Se, no início dos anos 1980, falava-se em grupo de risco – pelo fato de a epidemia atingir principalmente homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos – os números recentes de registro de casos mostram que a aids pode estar em qualquer lar brasileiro. A doença infecta hoje homens e mulheres, crianças e idosos, brancos e negros, pobres e ricos, moradores de cidades grandes ou pequenas.

Atualmente, está comprovado que o fator determinante para a transmissão é o **comportamento de risco** e que há diversos outros fatores ligados a vulnerabilidades sociais que fazem com que determinadas populações estejam hoje mais expostas à infecção pelo HIV. Fato marcante dentro da mudança de perfil da epidemia brasileira nos últimos anos é o crescimento da aids entre as mulheres. Em 1986, 93,8% dos casos eram notificados em homens. Em 2008, a proporção já é quase meio a meio – cerca de 60% dos registros entre homens e 40% entre mulheres.

Uma das causas desse aumento da doença entre a população feminina está relacionada ao uso do preservativo: os homens estão mais habituados a portar a camisinha na hora da relação sexual do que as mulheres. Nas relações sexuais com parceiros casuais, no último ano, 51% deles e apenas 34,6% delas usaram **camisinha**. A desigualdade de gênero no país, envolvendo a submissão da mulher em relação ao homem, é outro fator que as expõe ao maior risco de infecção pelo HIV. Histórias como a de Solange Moraes, aposentada de 45 anos, mostram que

a relação estável não garante a prevenção. “Eu me enquadro naquele perfil das mulheres que estão em uma relação estável, só têm um parceiro, não são usuárias de drogas nem profissionais do sexo e que as pessoas esquecem que são vulneráveis ao HIV”.

O Ministério da Saúde vem investindo em campanhas direcionadas a esse público, atento às mudanças do perfil da epidemia no Brasil. Por isso, o tema do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 2004 foi: “Mulher, sua história é você quem faz”. Uma campanha publicitária de massa foi produzida para incentivá-las a andar com camisinha na bolsa e fazer o teste de aids, mesmo as que possuem uma relação estável. Com o slogan: “Quase metade das pessoas que têm aids no mundo são mulheres. Não é esse tipo de igualdade que nós

queremos”, a campanha era um convite para o protagonismo. As mulheres foram convidadas a refletir sobre o seu papel na sociedade.

No Dia Internacional da Mulher de 2007, comemorado em 8 de março, o presidente Lula lançou o Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. A iniciativa é inédita na América Latina e uma das únicas no mundo. Representa a consolidação da política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e para a prevenção e o tratamento das DST entre o segmento. Cada estado brasileiro instituiu um grupo de trabalho para a elaboração e o acompanhamento da implementação do Plano, e vários estados já possuem seus planos locais.

Em 2010, foi a vez de o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS) lançar um quadro de ações para lidar com fatores que colocam as mulheres em risco, a serem executadas em cinco anos. O compromisso partiu da constatação de que a aids é a principal causa de mortes entre mulheres em idade reprodutiva – dos 15 aos 49 anos. Entre os pontos principais desse plano está a melhora na coleta de informações e a análise de como a epidemia afeta as mulheres, além da garantia de que a questão da violência contra a mulher seja incluída nos programas de prevenção do HIV. O Brasil e muitos outros países da América do Sul, da África e da Europa participam da iniciativa, juntamente com várias instituições ligadas à ONU e organizações não governamentais.

Relação sexual com pessoa infectada, sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis; transfusão de sangue contaminado pelo HIV; reutilização de objetos perfurocortantes, com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo vírus.

Dados extraídos da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (PCAP-2008).

Em números

Concentrada

A prevalência da infecção na população de **15 a 49** anos é menor que **1% (0,61%)**, mas é maior do que **5%** nos grupos mais vulneráveis para a infecção pelo HIV – como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Estabilizada em patamares elevados

Em média, **35 mil** novos casos por ano.

Política pública

O princípio da já consolidada política brasileira é o direito à vida, acima de qualquer outra questão. Com base nisso, o Brasil investe fortemente na promoção dos direitos humanos, no acesso universal ao tratamento e na prevenção às novas infecções, sem deixar de considerar uma realidade que se impõe com o tratamento: a qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV.

Infecção

Entre **15 e 49** anos, estima-se que **630 mil** pessoas vivem com HIV no país.

Destas, a estimativa é de que **255 mil** não sabem que têm o vírus, porque nunca se testaram.

Apesar disso, a testagem para o HIV no país aumentou consideravelmente. Passou de **24%** da população em **1998** para cerca de **40%** em **2008**. Uma das razões para o aumento foi a implantação, em **2004**, do teste rápido anti-HIV. Hoje, todos os testes rápidos do país são de produção **100%** nacional.

Casos acumulados entre **1980** e junho de **2009**: **544.846** casos.

São **18,2** casos de aids no Brasil a cada **100 mil** habitantes em **2008**.

Dos **5.564** municípios brasileiros, **4.867** registram pelo menos **um** caso da doença.

São registrados por ano **11 mil** óbitos, ou seja, **6** óbitos por aids no Brasil a cada **100 mil** habitantes.

Tratamento

Todas as cerca de **200 mil** pessoas que precisam de tratamento antirretroviral no país o recebem por meio do governo.

O país distribui atualmente **19** medicamentos antirretrovirais, sendo **9** nacionais e **10** importados, com **30** apresentações diferentes.

Atitudes e práticas sexuais

- O conhecimento da população sobre as formas de transmissão é alto: **96,6%** da população sexualmente ativa sabe que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo **HIV**.
- Homens usam mais o preservativo do que mulheres.
- Há indicativo de maior uso de preservativo entre homens que fazem sexo com homens (HSH), quando comparados com os heterossexuais.
- Jovens usam mais o preservativo do que todas as outras faixas etárias. São também os que mais pegam camisinha de graça, sendo a escola o segundo local de maior acesso.
- Quem já pegou camisinha de graça usa duas vezes mais o preservativo do que aqueles que nunca pegaram.
- **65%** da população de **15 a 54** anos usaram o preservativo na última relação sexual com parceiros casuais nos últimos **12** meses.

Sexo e outras formas de transmissão

- Apesar de ser uma epidemia concentrada, a aids hoje atinge mulheres e homens de diferentes idades e classes sociais.
- De **1980 até junho de 2009** foram identificados **356 mil** casos de aids no sexo masculino (**65,4%**) e **188 mil** no sexo feminino (**34,6%**).
- A razão de sexo (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres) no Brasil diminuiu consideravelmente. Em **1986**, a razão era de **15** casos de aids em homens para cada caso em mulheres. A partir de **2002**, a razão de sexo estabilizou-se em **15** casos em homens para cada **10** casos em mulheres.
- Entre jovens na faixa etária de **13 a 19** anos, o número de casos de aids é maior entre mulheres. Há uma inversão desde **1998**, com **8** casos em meninos para cada **10** casos em meninas.
- Entre adultos do sexo masculino, em **2007**, na categoria de exposição sexual, há maior transmissão entre heterossexuais (**45,1%**).
- Entre homens que fazem sexo com homens (HSH), ocorre uma tendência de estabilização na proporção de casos. Contudo, na faixa etária de **13 a 24** anos, observa-se um aumento na proporção de casos de aids.



Rebeca, no dia a dia profissional. Sua história inspira outras travestis a buscarem espaço no mercado formal de trabalho

Direito de Ser quem eu sou

“Demos um grande passo. Hoje andamos sempre com camisinha na bolsa. Agora queremos visibilidade”

Rebeca Glitter, técnica da Prefeitura de Natal

Vestida com roupas de tom lilás e ostentando um delicado colar de pérolas, Rebeca Glitter, 25 anos, chega pela manhã à Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (Semtas), onde cumpre jornada diária de oito horas. Ela é a primeira funcionária travesti da cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, a trabalhar usando roupas femininas. Rebeca exerce a função de técnica do recém-criado Departamento de Equidade Social. A área articula, com a sociedade civil, políticas públicas para minorias.

O Departamento já começou uma discussão sobre como inserir as travestis no mercado de trabalho. Para isso, fará um levantamento da população LGBT (de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) da cidade. Em seguida, será realizado um seminário voltado apenas para as travestis. Na

opinião do chefe de Glitter, Alexandre Porpino, a vinda dela para o governo municipal foi fundamental para suscitar essa temática. Além disso, sua história também é inspiradora. “As pessoas passam a acreditar que é possível ver uma travesti inserida no mercado de trabalho formal quando observam o caso de Rebeca”, ressalta Porpino.

A trajetória de Rebeca Glitter é uma demonstração do encontro da determinação com a oportunidade. Ela terminou o Ensino Médio e, pouco depois (em 2006), ingressou na ala jovem de um partido político. Foi lá que passou a militar por causas de populações excluídas e, em 2009, surgiu o convite para atuar na Prefeitura de Natal. Agora está decidida a prestar vestibular e cursar uma faculdade. “Sem qualificação não somos nada, por isso estou procurando me aperfeiçoar”, enfatiza.

Seu início, contudo, não foi fácil. As travestis tornam-se vítimas de preconceito depois que começam a expor publicamente sua feminilidade. A discriminação e o preconceito as colocam em situação de maior exclusão e vulnerabilidade. Com menor acesso à informação, acabam mais expostas ao [HIV](#).

Quando Glitter cursava o 3º ano, alguns colegas de classe a desestimularam a tentar a graduação, mas ela não desistiu. Nesse caminho, o apoio da mãe, da avó e de uma professora travesti contaram muito. E a vontade de mudar de vida falou mais alto. “Vi nos estudos uma forma de me projetar”.

Homens que fazem sexo com homens têm 11 vezes mais risco de contrair o vírus da aids, se comparados com aqueles que mantêm relações sexuais apenas com mulheres.



Bibby Sky, uma das protagonistas da campanha publicitária “Sou travesti. Tenho direito de ser quem eu sou”, trabalha como cabeleireira

A história de Bibby Sky, 32 anos, também é um exemplo de superação. Para conseguir se manter, contou com a ajuda da família, situação que não corresponde à da maioria das travestis. Bibby também nunca abandonou a escola – outra condição incomum, pois a evasão das instituições de ensino é uma realidade para essas pessoas quando começam a sofrer **bullying**.

Bibby chegou a ser aprovada no vestibular de Pedagogia aos 17 anos, mas não concluiu o curso porque mudou para outro estado a fim de viver com um companheiro. Mais tarde, voltou para a universidade, dessa vez no curso de Serviço Social. Contudo, a necessidade financeira a impediu de continuar. Aos 19 anos, fez curso de cabeleireira e exerce a profissão até hoje.

Paralelamente à busca por emprego, Bibby ingressou no movimento social, motivada pela luta por direitos humanos para o segmento. O engajamento a levou à Associação das Travestis do Rio Grande do Norte (Astra), organização não governamental que coordena há cinco anos. Na militância, empenhou-se pela criação do Centro de Referência de Combate à Homofobia (CRCH) do Rio Grande do Norte – iniciativa concretizada no final de 2007.

A Astra-RN tem atuação constante na garantia de direitos e na conscientização sobre a importância da prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Ações como essa mudaram a forma como as travestis encaram a doença. “Demos um grande passo. Hoje andamos sempre com camisinha na bolsa”, conta Rebeca Glitter. “Agora queremos visibilidade”, completa.

Bullying é um termo inglês utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo para intimidar ou agredir pessoa incapaz de se defender.

Em Natal, o CRCH trabalha com uma equipe multidisciplinar composta por advogados, psicólogos e assistentes sociais que desenvolvem atividades com vítimas de violência e discriminação. Também capacita profissionais de saúde e educação para lidar com o tema. A estratégia faz parte das ações do Brasil sem Homofobia, programa do Governo Federal destinado à promoção da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT, criado em 2004.

Essa busca por inserção social e imagem positiva resultou na primeira campanha publicitária nacional idealizada por travestis. No começo de 2010, elas produziram, em parceria com o Ministério da Saúde, o material publicitário cujo slogan é “Sou travesti. Tenho direito de ser quem eu sou”. Além de folders informativos impressos, a campanha teve uma novidade: materiais eletrônicos voltados às travestis, como toques de celular, descanso de tela e vídeos. As peças mostram como elas são realmente, na proximidade com o cotidiano de cada uma. Os vídeos apresentam, por exemplo, os fatores que influenciam a escolha do nome social.

Além do material sobre prevenção dirigido às travestis, há um folheto para profissionais de saúde. Nele estão contidas informações sobre a aplicação de silicone, a aparência física, o uso do banheiro feminino e a identificação das situações de risco que expõem as travestis à infecção pelo HIV. Para a população geral, o principal foco da campanha é a redução do estigma. Com a frase: “Olhe, olhe de novo e veja além do preconceito”, as travestis se apresentam como cidadãs, que trabalham, estudam e possuem família, como todos.



O médico Flávio Borin, durante atendimento no Ambulatório T

Ambulatório da Saúde T

É pelo nome social que pouco a pouco Miriam, Guta, Abigail, Lois e Bruna vão sendo chamadas no consultório do médico Flávio Borin. Todas as segundas-feiras, a partir das 17h, ele espera por travestis e transexuais no Ambulatório da Saúde T, localizado na unidade básica de saúde do bairro Vetorazzo, em São José do Rio Preto.

“Fui ao Gada (ONG Grupo de Apoio ao Doente de Aids) e me mandaram para cá porque o atendimento do ambulatório é especial para nós. Quero tratar a parte hormonal e o Dr. Flávio disse que vai cuidar do meu caso”, diz Miriam, 35 anos, enquanto aguarda ser chamada ao consultório.

Abigail, 34 anos, diz que num primeiro momento achou preconceituosa a ideia de um ambulatório voltado exclusivamente para as travestis e transexuais. “Pensei: por que não podíamos ser atendidas em qualquer serviço de saúde? Mas o atendimento aqui é realmente ma-

ravilhoso. O Dr. Borin me trata com toda a gentileza”, diz. “A nossa sociedade não nos vê como seres humanos normais. Por isso, muitas meninas têm receio de ir ao posto de saúde”, conta. A partir do ambulatório, Abigail já fez eletrocardiograma e hemograma completo, além de ter sido encaminhada para proctologista, cardiologista e neurologista.

Ela se ressentiu de morar até hoje com os pais. “Dependo deles financeiramente. O que eu gostaria mesmo era de poder trabalhar. Mas é muito difícil as pessoas darem emprego para travesti”, lamenta.

Maria Augusta Silveira, a Guta, de 42 anos, é a única do grupo a ter feito a cirurgia de readaptação sexual. Passou a tomar hormônios femininos e foi operada há 11 anos. “Eu estou feliz. Tive a sorte de poder adequar o meu sexo psicológico ao físico. Mas vejo o sofrimento das outras pessoas”, diz a transexual, que é agente de direitos humanos do Gada.

Mais que um consultório

Bruna conta que sofreu muito após ter-se descoberto travesti. Foi expulsa de casa ainda na adolescência e precisou se prostituir para sobreviver. Hoje é agente de prevenção das DST/aids no município. Ela diz que Borin é mais do que um médico para as travestis. “Parei de fumar por causa do Dr. Borin. Ele me aconselha a fazer previdência privada, não gastar todo o dinheiro. Diz que a beleza vem e vai embora e que eu tenho de pensar no meu futuro”, conta.

O nome do ambulatório, o local e o horário de funcionamento foram escolhidos pelas próprias travestis, que participaram de oito reuniões de definição do modelo de funcionamento do serviço. Desde a inauguração, o Dr. Borin já realizou mais de 260 atendimentos. E as consultas vão muito além do que ensinam os cursos de clínica médica.



Ambulatório T/ Arquivo

**Travestis e transexuais
posam orgulhosas
ao lado da equipe
profissional do serviço**

“É uma população muito sensível. Então, elas vêm pegar conselho, ajuda a reconquistarem a autoestima. Muitas apanharam, viviam com pessoas que as exploravam. Não passavam nem batom para vir aqui. Agora vêm arrumadas. Chegam e contam que voltaram a estudar”, diz o médico.

O Ambulatório da Saúde T, de São José do Rio Preto, nasceu de um amplo trabalho de discussão dentro do programa de saúde do homem do município. Em setembro de 2007 começaram as reuniões para discutir o ambulatório

de saúde do homem, inaugurado em fevereiro de 2008. “Os homens dão a desculpa de que não têm tempo. Tratam-se com colegas, pedindo indicações de medicações, quando sentem algo. Então resolvemos criar o atendimento nas unidades de saúde, com horário diferenciado, de 17h às 22h e nos empregos, com trabalho de prevenção das DST/aids, palestras e kit de redução de danos”, conta Borin.

Nesse mesmo contexto, surgiu com prioridade o foco no atendimento a quem menos procura por saúde. “Foi

então que resolvemos tratar as travestis e transexuais. Elas iam ao médico por causa de uma simples dor de cabeça e eram atendidas de porta aberta”, relata o médico.

Borin afirma que o trabalho no ambulatório é muito gratificante: “Trabalho o dia todo e chego aqui com gás. Não fiz medicina para ficar rico. Meu sonho era levar saúde para quem não pode buscar assistência médica”. A origem dessa iniciativa, segundo ele, está na sua própria história de vida. “Quando eu era criança e alguém na família ficava doente, meu pai pegava senha às 3h da madrugada para sermos atendidos no serviço de saúde. Eu, minha mãe e minha irmã chegávamos lá às 7h e era só nessa hora que meu pai podia ir dormir. Entrávamos no consultório e muitas vezes não havia nem cadeira para sentar. É horrível ir ao médico e não se sentir respeitado. Meu sonho é que o que estou planejando aqui vá se disseminar”, conclui.

Conquistas

Uma grande vitória do movimento social das travestis foi alcançada em março de 2008, quando o Ministério da Saúde garantiu à população LGBT o direito ao nome social nos serviços públicos de saúde. Essa norma está assegurada na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”.

Mais um passo foi dado em maio de 2010, com a garantia de que as servidoras travestis e transexuais do Executivo federal também tenham assegurado o uso do seu nome social no crachá, no

e-mail funcional, nas listas de ramais, nos cadastros e nas comunicações internas.

“O nome social foi um começo. Mas precisamos discutir a questão da escola, do tratamento dado por pais, alunos e professores dentro do local de ensino. É a única forma de as travestis se capacitarem para o mercado de trabalho”, afirma a vice-presidente trans da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) e coordenadora-geral da

Associação de Travestis de Salvador (Atras), Keila Simpson.

Segundo Keila, o movimento de travestis possui uma dupla preocupação em relação ao mercado de trabalho. “Por um lado, é preciso regulamentar a prostituição, que é de onde muitas travestis ainda tiram o seu sustento. Mas há muitas pessoas que estão se descobrindo travestis agora, querem ter outras profissões e pensam: ‘Por que não posso trabalhar num órgão público ou numa empresa?’”, afirma.

Documento disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

Iniciativa em São Paulo

Localizado no Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/Aids, no bairro Vila Mariana, em São Paulo, o ambulatório de travestis e transexuais do estado foi inaugurado em 2009 e já atende a cerca de 300 pessoas. “Foi uma resposta a uma reivindicação do movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais). As travestis e transexuais sentiam-se discriminadas nos serviços de saúde”, diz a diretora do Núcleo de doenças sexualmente transmissíveis do CRT DST/Aids de São Paulo, Filomena Cernichiaro.

Ela conta que, além dos serviços ligados à prevenção e tratamento das DST/aids, que já eram oferecidos no CRT, foram incorporadas novas especialidades, como a hormonoterapia. No ambulatório, os profissionais descobrem pouco a pouco as especificidades desse público. “Os homens trans [mulheres com identidade de gênero masculino] apresentam redução na mama e param de menstruar. Mas continuam tendo de passar pelo ginecologista uma vez por ano, para fazer o preventivo. Aí temos dado apoio psicológico a eles para que possam superar o constrangimento que sentem”, afirma Filomena. Já no caso das mulheres trans (homens com identidade de gênero feminino), são necessárias consultas com urologista e proctologista.

A equipe do ambulatório é integrada por profissionais como clínico geral, endocrinologista, proctologista, ginecologista, fonoaudiólogo, urologista, psicólogo e assistente social. Eles atendem as travestis e transexuais das 14h às 21h, diariamente. “Primeiramente, pensamos em dar apenas o atendimento específico no ambulatório e deixar as consultas de clínica geral para os serviços da rede de saúde. Mas depois vimos que essas pessoas precisam de um atendimento global. Elas sofrem preconceito durante uma vida inteira. As pessoas se afastam porque é mais fácil se afastar do que tentar entender aquilo que não é conhecido”, afirma Filomena.

Trans homem

Raphael Bernardo, 25 anos, começou a ir ao Ambulatório T em janeiro de 2010, para se consultar com a psicóloga. Estava deprimido. “Não queria sair na rua porque não gosto que as pessoas me olhem como a uma lésbica”, conta o jovem, que ainda não começou sua terapia hormonal. Embora tenha nascido mulher, não se sente como uma. “Sei que sou um homem. Às vezes esqueço que vim num corpo errado”, afirma.

O estudante conta que nunca se sentiu como uma mulher. “Na minha primeira relação, aos 15 anos, com uma mulher, já tive papel ativo na relação”, conta. “Gosto de mulher pra caramba. Sou muito safado”, brinca. Conheceu a atual namorada pela Internet. Depois marcaram um encontro. “Ela achava que eu era menino. Quando me conheceu pessoalmente, ficou brava. Mas depois foi se acostumando. Aí a gente começou a ficar. Ela era casada há 13 anos e se separou para a gente ficar junto”, diz.

Raphael sempre se sentiu isolado, tinha vergonha de sair à rua, até mesmo com a namorada. “O mundo não conhece isso. Eles não sabem o que a gente sente”, afirma. A mudança começou a ocorrer há pouco tempo, em 2009. Pouco antes de falecer, a tia, adoentada, disse a ele para se assumir. “Aí cortei o cabelo. E contei para a minha mãe. Ela teve uma crise de choro, mas agora a nossa relação é melhor. Ela diz que me ama. Antes, não conseguia dizer. Hoje eu não sou mais tão triste por estar neste corpo. Eu me aceitei e fiz com que os outros



me aceitassem. Quero ser eu mesmo, xavecar mulher na rua”, diz.

No processo de busca por afirmar sua identidade, ele entrou em grupos de discussão sobre a questão na internet e acabou descobrindo a existência do ambulatório. Além da psicóloga, quer ir ao endocrinologista porque pretende emagrecer e depois tomar hormônio: “Quero ter cara de homem. E não gosto da minha voz. É muito fina”. Diz que se sente muito à vontade no ambulatório. Ainda assim, está adiando o momento de ir ao ginecologista. “É estranho que alguém me veja como mulher. Eu penso como um homem”, diz.

Raphael, que gosta de usar bermuda grunge, jogar videogame e colecionar bandeiras do Santos, seu time de futebol, diz que o processo terapêutico o ajuda muito a superar as barreiras geradas pelo preconceito. Já tem um amigo, com o qual conversa sobre as mulheres. Nesse processo de aceitação, quer agora arranjar um emprego e fazer faculdade: “Quero ser o homem da relação. Preciso ganhar dinheiro. Eu não tinha sonhos. Agora tenho”.

olhe



olhe
de novo

E VEJA,
ALÉM DO
PRECONCEITO



SOU TRAVESTI

TENHO DIREITO DE
SER QUEM EU SOU

Cartaz da
campanha
governamental
criada por
travestis

www.saude.gov.br
www.aids.gov.br

DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

SUS  Sistema
Único
de Saúde

Secretaria de
Direitos Humanos

Ministério
da Saúde

Governo
Federal

PARADA DOS DIREITOS PARA TODOS

“Para se conquistar espaço, é preciso brigar por ele”

Hortêncio Neto, músico

Em 2006, o jovem Luizinho, 22 anos, foi assassinado pelo simples fato de ser gay. Uma gangue de meninos da periferia da Grande São Paulo, onde ele morava, prometeu e cumpriu a promessa de matar homossexuais do bairro que fossem à Parada Gay de São Paulo. Passados quatro anos, a auxiliar de recepcionista Viviane Moreira, 28 anos, vizinha e amiga de Luizinho, não perde uma edição da maior manifestação homossexual do mundo, que chega a reunir três milhões de pessoas. Para Viviane, a “festa” é uma das poucas oportunidades para expor um lado do assunto em questão: a vulnerabilidade a que estão submetidas as vítimas do preconceito e da discriminação.

“Ele foi morto quando voltava da parada. Estava sozinho. Saiu de casa em busca do direito de ser feliz e perdeu a vida”, lamenta. Apesar de não ter esquecido a tragédia, Viviane consegue encontrar na condição social em que vive uma explicação para a intolerância que vitimou Luizinho. “A morte dele é consequência da falta de oportunidade e de educação desses jovens de baixa renda”, afirma. Ela acredita que

mobilizações como a parada gay são oportunidades para se “dizer um não” à exclusão. “Não sou gay, mas preciso contribuir. A reivindicação deles é por respeito à pessoa e por se viver em paz e essa condição deve ser estendida a qualquer um, rico ou pobre”, diz.

A repressão da ditadura militar vivida na juventude também é o fator que mobiliza o representante comercial Mário Sérgio Mello, 53 anos, em apoio à passeata que toma conta da Avenida Paulista. Natural de São Bernardo do Campo (SP), ele faz questão de viajar até a capital para participar da parada e lembrar que há 40 anos sofreu discriminação por ter sido hippie. “Naquela época, a gente usava cabelo grande e roupa colorida e era taxado de vagabundo e bandido. Se tivéssemos nos manifestado, como o movimento gay faz hoje, talvez os homossexuais não precisassem estar lutando por direitos em pleno século 21”, observa.

A condição de cadeirante no meio da multidão não assusta a escritora Salete Abreu, 58 anos. Vítima de queimadura, ela teve as pernas amputadas na infância e aproveita a manifestação para lembrar a dificuldade arquitetônica que enfrenta. “Sou gaúcha de nascença, moro em São Paulo há sete anos e no meu dia a dia sei muito bem o que é falta de respeito. Sofro privação dos meus direitos de ir e vir. De certa forma, os gays também. Estamos todos vulneráveis. Há falta de legislação que nos proteja”, compara. O músico Hortêncio Neto, 63 anos, não acredita que a manifestação faça as leis avançarem, mas concorda com Salete que é preciso lutar por direitos iguais. “Para se conquistar espaço, é preciso brigar por ele. Nesse sentido, a festa ajuda a todos”, explica.

O desejo de reconhecimento de cidadania para todos foi expresso nas faixas carregadas à frente dos 17 carros que compuseram a 14ª Parada do Orgulho LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) de São Paulo em 2010. A manifestação, que teve como tema principal a criminalização da homofobia e a defesa da cidadania, demonstrou, por meio de frases de impacto como “aceitar é opção, respeitar é dever” e “o Estado laico é laico”, a necessidade de se pensar em equidade. “Talvez seja por isso que a gente reúne tanta gente diferente”, sintetiza a travesti Gisline, 16 anos. Com o nome Jefferson

dos Santos na carteira de identidade, a jovem, natural de Salvador (Bahia), está em São Paulo há dois meses. Ela busca oportunidade profissional e diz estar fugindo da violência contra travestis na capital baiana. “Lá (Salvador) eu não poderia nunca pensar em sair montada durante o dia, como estou fazendo hoje. Acho que aqui estou sendo vista como ser humano”, vislumbra.

O caminho para a promoção da equidade almejada por Gisline passa, necessariamente, pelo acesso à prevenção e informação. Nesse sentido, um dos pilares da abordagem da política brasileira é o investimento em materiais dirigidos a grupos específicos como travestis, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). Além de promover a visibilidade positiva desse grupo entre a população geral, a estratégia de comunicação se reflete em uma maior autoestima para públicos mais vulneráveis e contribui para o combate ao estigma e preconceito, além de incentivar a atenção com o próprio corpo.

É como as travestis se referem a si mesmas quando estão vestidas com roupas femininas.

Nas paradas do Orgulho Gay, por exemplo, o Ministério da Saúde apoia, desde 2003, a realização de ações de prevenção e outros eventos de visibilidade e cidadania da comunidade LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais). De 2006 para cá, o apoio tem sido efetivado por meio de editais públicos e contemplou cerca de 200 paradas, perfazendo um montante de R\$ 3 milhões aplicados. Nos últimos dois anos, as paradas gays foram também um espaço importante de ampliação de acesso ao teste de aids.

“Investir em encontros que reúnem esses grupos tem-se mostrado eficiente meio de veicular mensagens de prevenção para LGBT e uma forma eficaz de propagar informação, além de distribuir insumos voltados para os gays”, defende o diretor-adjunto do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Eduardo Barbosa. Para Eduardo, é necessário que a saúde esteja onde o usuário do sistema público pode ser alcançado. “Não podemos desconsiderar o importante papel democrático que esses eventos têm para essas pessoas”, conclui.

Em 2006, o Departamento iniciou também o programa de apoio às assessorias jurídicas em direitos humanos, em parceria com as ONG de defesa de direitos. A iniciativa é uma forma de apoiar organizações da sociedade civil na busca por equidade. Desde então, já foram aportados R\$ 3,9 milhões, em três editais que financiaram 136 projetos, dos quais 43 estão em vigor.

Em 2010, mais uma campanha para travestis foi lançada pelo governo. Dessa vez, foram elas mesmas que desenvolveram o conteúdo e emprestaram suas imagens - foram protagonistas integralmente. A nova estratégia confere, mais uma vez, visibilidade ao segmento, que sofre com a homofobia e a violência.

Todo esse conjunto de ações demonstra a preocupação do governo para com as populações prioritárias no controle da infecção, uma vez que a epidemia brasileira é concentrada. Dessa forma, o governo chega àqueles que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, minimizando o impacto da transmissão do HIV e promovendo condições para uma melhor qualidade de vida dos grupos mais vulneráveis.





Prevenção sustentável

“Não é exagero dizer que o projeto da fábrica reinventou uma atividade paralisada pelo tempo, além de desenvolver um produto de extrema importância para a saúde dos brasileiros”

Raimundo Barros, primo de Chico Mendes

Dia desses, o seringueiro Luiz Saraiva de Souza, o Taioca, 54 anos, quebrou uma rotina cumprida religiosamente há mais de quatro décadas. Acostumado a se levantar antes das três da manhã, com o céu ainda cheio de estrelas, Taioca acordou mais tarde, deixando de lado os 15 quilômetros que percorre diariamente dentro da floresta amazônica, no município de Xapuri, no Acre, para participar de uma oficina em prevenção das DST, aids e hepatites virais, desenvolvida pela Fábrica de Preservativos Masculinos Xapuri – a Preservativos Natex, um empreendimento do Estado, sob a gestão da Fundação de Tecnologia do Estado do Acre – FUNTAC.

As oficinas fazem parte do programa de capacitação em prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais voltado para as 700 famílias de extrativistas que fornecem látex à fábrica. Graças a uma parceria estabelecida recentemente entre a Preservativos Natex e as Secretarias Municipais de Saúde de Xapuri, Brasília e Epiatociolândia e a Secretaria Estadual de Saúde do Acre, com a participação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, as comunidades estão se beneficiando de ações do governo estadual, por meio do Programa Saúde Itinerante, que contempla atendimentos médicos em várias especialidades, exames e a atualização do calendário de vacinas. A par disso, destacam-se a distribuição gratuita de preservativos e as orientações fornecidas por profissionais

de saúde e funcionários da fábrica sobre prevenção às DST, HIV/aids e hepatites virais.

As ações já foram levadas ao Seringal Filipinas, Colocação Terra Alta, em fevereiro de 2010, e ao seringal Cachoeira, em maio, onde Taioca e outros 85 seringueiros extraem o látex das seringueiras nativas para a fabricação de preservativos. Na ocasião, houve a realização de mais de 1,2 mil atendimentos, além da participação dos extrativistas nas oficinas de orientação e prevenção. O convênio com o Ministério da Saúde previu, ainda, a realização de três outras ações na região de Brasília, Xapuri, Assis Brasil e Epiatociolândia, para que mil famílias de 20 comunidades participem dos atendimentos e palestras.

Ao todo, 23 enfermeiros e 114 agentes comunitários de saúde, além de cinco funcionários da fábrica, sendo duas mulheres e três homens, foram capacitados para atender a mais de 1,3 mil famílias, ou seja, aproximadamente 6,5 mil pessoas (cinco pessoas, em média, por família). “Em um primeiro momento, a capacitação foi direcionada aos enfermeiros. Depois, aos agentes comunitários de saúde que lidam diretamente com as famílias extrativistas, fornecedoras do látex para a fábrica. Agora, graças às parcerias, estamos ampliando a realização das oficinas de prevenção para todas as famílias que moram nas comunidades do entorno da fábrica, além de levar até elas as ações na área de saúde”, destaca a gerente-geral da Natex, Dirlei Bersch.

Coleta de seiva (látex) da seringueira nativa



Raimundo Barros (o Raimundão), primo de Chico Mendes, que iniciou a luta por melhores condições de trabalho nos seringais brasileiros na década de 1970

Empate

Não à toa, a fábrica é chamada por Raimundo Mendes de Barros, 65 anos, o Raimundão, de “segundo empate dos seringueiros”. Raimundão é primo de primeiro grau de Francisco Alves Mendes Filho, o Chico Mendes, que iniciou a luta por melhores condições de trabalho nos seringais brasileiros na década de 1970, quando começou a participar de movimentos para impedir o desmatamento da floresta amazônica, sendo acusado por fazendeiros e políticos de prejudicar o progresso do Acre.

Os “empates” protagonizados por ele consistiam na reunião de homens, mulheres e crianças, sob a liderança dos sindicatos, para impedir o desmatamento da floresta - prática que se tornaria emblemática da luta dos seringueiros. Chico Mendes viveu essa experiência à frente das motosserras de fazendeiros, tentando evitar, juntamente com seringueiros, o desmate de áreas

de seringais, na região de Xapuri, onde nasceu e morreu assassinado, em 1988. Já nessa época, Chico Mendes defendia a criação de reservas extrativistas para os seringueiros e de incentivos que agregassem valor ao látex e melhorassem a qualidade de vida da população.

O primeiro objetivo só foi atingido pouco mais de um ano após seu assassinato, com a criação da primeira reserva extrativista do país, em 1990. O segundo passo para a valorização do trabalho dos seringueiros ocorreu com a inauguração da fábrica de preservativos masculinos, em abril de 2008, e a reativação da produção de látex na região. A fábrica elevou em mais de 200% os preços pagos pelo quilo do produto, fazendo com que os seringueiros tirassem do armário as tradicionais botas de borracha.

Durante alguns anos, quase todos substituíram essa rotina pela explora-

ção de castanhas ou corte de madeira, fonte que, apesar de mais rentável, tem como base o desmatamento, que é marca da região. Prova disso é que, nos 188 quilômetros de estrada que liga a capital, Rio Branco, até Xapuri, só se vê floresta ao longe. As margens da estrada são a imagem de um grande pedaço da floresta que foi transformado em capim, para dar lugar à pecuária. “Só consegui voltar a trabalhar com o leite da seringa a partir da inauguração da fábrica”, conta o operador de centrífuga e um dos funcionários mais antigos da Preservativos Natex, Raimundo Boaventura da Silva, o Black, 54 anos, ao explicar que aos 20 anos foi obrigado a mudar-se de Xapuri para Rio Branco com os pais, a fim de trabalhar num laticínio, já que na ocasião não havia trabalho nos seringais.

“É muito boa essa possibilidade de aumentar a renda com a extração do látex, que não agride a natureza. Alguns de nós pararam e foram trabalhar no corte da madeira, porque ganhavam cerca de R\$ 50 por mês vendendo o látex para fazer borracha. Hoje ganhamos até R\$ 400 por causa da fábrica”, afirma Taioca. Se, há dez anos, o preço de um quilo de borracha no mercado não passava de R\$ 0,70 e fez sumir os homens de dentro do seringal, hoje dois litros de látex (equivalentes a um quilo de borracha) são comprados pela Natex por R\$ 3,40. Somados ao R\$ 1,40 pago pelo governo por serviços de proteção ambiental prestados à floresta, cada seringueiro recebe um total de R\$ 4,80.

Trata-se de um salto no rendimento que, adicionado à extração de castanha e outras economias, pode chegar a R\$ 6 mil por ano. Vale dizer que cada uma dessas funções tem época específica na temporada. A coleta da castanha, por exemplo, acontece entre



Estradas formadas dentro da selva, conhecidas como varadouros, onde cada seringueiro recolhe 15 litros de látex diariamente

dezembro e março, e a do látex, de abril a dezembro. “Não é exagero dizer que o projeto da fábrica reinventou uma atividade paralisada pelo tempo, além de desenvolver um produto de extrema importância para a saúde dos brasileiros”, diz Raimundão.

Em média, cada seringueiro recolhe 15 litros de látex, diariamente, em três estradas formadas dentro da selva. Ninguém pode entrar na rota um do outro. A rotina não é nada simples: os seringueiros saem de casa às duas ou três horas da manhã e, durante cerca de cinco horas, fazem um corte em 150 árvores – o látex é recolhido de um mesmo exemplar apenas duas vezes na semana. “Quando se corta a primeira vez, a árvore não cresce mais. É preciso esperar para que ela continue sempre dando látex. Por isso, é melhor não machucá-la muitas vezes seguidas. Caso contrário, ela morre”, explica Taioca. “O látex, chamado também de ‘leite’, é como o sangue, é preciso cuidar. O que produzimos a partir dele, a camisinha, é vida”.



1



2



3



4

1: Corte do caule para coleta do látex

2, 3 e 4: Centrifugação, chegada e armazenagem do látex na fábrica



Educação sexual

Para a gerente geral da Natex, Dirlei Bersch, a nova produção local deve-se consolidar como ferramenta de educação sexual e instrumento de prevenção na região. Em Xapuri, ainda é muito comum ver famílias imensas e mulheres jovens com vários filhos. A falta de proteção também dificulta a inserção delas no mercado de trabalho e mostra como estão expostas a doenças sexualmente transmissíveis. Para as que trabalham na fábrica, o conhecimento vem por meio do dia a dia, das atividades que executam na fábrica, dos treinamentos que recebem e do acesso ao preservativo que é distribuído aos funcionários na própria fábrica, mas a população de cerca de 15 mil habitantes é carente de educação básica.

“Os mais jovens são os mais resistentes a frequentar as palestras e oficinas”, conta Rosileuda Menezes Barroso, 25 anos, a Leuda, uma das

replicadoras do programa de capacitação em prevenção das DST, aids e hepatites virais e embaladora de camisinhas na Preservativos Natex. Ela explica que, no entanto, com as apresentações direcionadas às famílias e as entregas de preservativos aos seringueiros que abastecem a fábrica, essa realidade aos poucos vem mudando. “Muitos homens que estão nos seringais contam que seus filhos se sentem mais à vontade para pegar os preservativos que os pais recebem na fábrica e nas oficinas do que no posto de saúde”, diz.

Hoje, a fábrica de preservativos Natex conta com 700 famílias de seringueiros cadastradas. Trata-se, ainda, da única fábrica do planeta a usar o látex de seringueiras nativas, que vivem na floresta em meio a outras espécies, e não em monoculturas. O resultado é um produto mais resistente.

1, 2: Teste de qualidade
3, 4: Recolhimento e embalagem das camisinhas



Dirlei Bersh, gerente geral da fábrica, mostra camisinhas já embaladas

Produção nacional

Como fruto da parceria entre o governo federal e o governo do Acre, bem como dos R\$ 30 milhões investidos, a fábrica atinge a casa de 100 milhões de preservativos distribuídos anualmente, desde a sua inauguração. Essa quantia responde por 10% do total comprado pelo governo para distribuição gratuita, o que mostra que há espaço para aumentar a produção e empregar mais gente. “Muitas mulheres que, antes, praticamente não tinham opções de trabalho no município, hoje estão empregadas na fábrica, onde são maioria”, explica Dirlei. Com 150 funcionários, a Natex é o segundo maior empregador de Xapuri, perdendo apenas para o próprio município.

Atualmente, além dos planos de desenvolvimento para a produção de preservativos femininos e luvas cirúrgicas, a Preservativos Natex tem como meta concluir, até o fim do ano, as pesquisas base de outros dois produtos: um lubrificante natural para ser utilizado na substituição completa ou parcial do uso do óleo de silicone como lubrificante nos preservativos masculinos - os estudos contemplam dez espécies oleaginosas não madeiras da floresta amazônica - e um gel ou lubrificante, com ação retardante natural no uso de preservativos masculinos, também à base de extratos vegetais de espécies nativas. “Queremos ir cada vez mais além da fabricação do preservativo, contribuindo com ações de prevenção das DST e agregando valor ao látex extraído pelos seringueiros. É um novo processo de inclusão, com a valorização da floresta em pé e, sobretudo, da vida”, afirma Dirlei.



“
Este é um
momento
histórico porque
se inaugura a
fábrica do
amor”

Gerson Penna, Secretário de
Vigilância em Saúde, na inauguração
da Preservativos Natex, em 2008



Laço humano formado pelos funcionários do Laboratório Sabin, em solidariedade às pessoas vivendo com HIV

Empresas brasileiras enfrentam a epidemia

“O mundo tem a responsabilidade social de atingir a meta do milênio de reduzir os casos de aids até 2015. Vamos ajudar fazendo a nossa parte”

Débora Cristina Covre e Silva

O empresariado brasileiro se engaja cada vez mais na luta contra a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Empresas como a paulista Riclan S.A. – Rio Claro Alimentos, uma das maiores produtoras de doces do Brasil, criam iniciativas de prevenção. Lá, dos 985 trabalhadores, quase 90% já passaram pelo Programa Interno de Prevenção e Assistência à Aids (Pipa). A meta é atingir 100% dos empregados. Outros 215 representantes comerciais e terceirizados também passaram pela estratégia.

O Pipa nasceu em 2006, quando a enfermeira do trabalho da Riclan, Débora Cristina Covre e Silva, participou de um treinamento na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro (São Paulo). Durante o curso, ela descobriu que o município

tinha uma prevalência de casos de HIV/aids acima da média das cidades com o mesmo perfil. Sensibilizada com a questão, montou o projeto, que foi prontamente aprovado pela diretoria da empresa.

O projeto foi estruturado e implantado em maio de 2007 e, desde então, realiza ações continuadas. São três etapas de abordagem: transmissão e prevenção em DST e aids; vulnerabilidade e dinâmica de uso das camisinhas masculina e feminina e do gel lubrificante; convívio com HIV/aids e depoimento de portadores do vírus. O projeto também distribui camisinhas para os funcionários. “Explicamos porque a empresa implantou o projeto. Garantimos total sigilo de informação àqueles que quisessem assumir um quadro clínico soropositivo para a medicina

do trabalho da empresa. Também asseguramos o emprego dos que vivem com o vírus”, conta a enfermeira Débora.

Desde outubro de 2009, a Riclan faz parte do Cenaida (Conselho Empresarial de Prevenção ao HIV/Aids do Estado de São Paulo). Como a maioria das pessoas que vivem com HIV/aids está em idade produtiva, o local de trabalho é a maneira mais rápida de alcançar esses indivíduos. “É fundamental que as empresas desenvolvam ações de conscientização e prevenção. O retorno dos servidores é fabuloso. Eles fazem o teste, contam-nos como foi. Orientar é a nossa missão. O mundo tem a responsabilidade social de atingir a meta do milênio de reduzir os casos de aids até 2015. Vamos ajudar fazendo a nossa parte”, garante Débora.



Gristano Eduardo

Funcionários do Sabin participam de ação preventiva realizada pelo Laboratório

Pioneirismo humanitário

O primeiro caso de aids foi notificado no Brasil em 1982. A então Divisão Nacional de DST e Aids foi criada três anos mais tarde. Na mesma data, a capital federal registrou o primeiro caso da doença entre os brasilienses. Pouco antes, em 1984, surgia o Laboratório Sabin, em Brasília (DF). Desde então, a história da empresa se mistura com a do diagnóstico para HIV.

Fundada pelas amigas Janete Vaz e Sandra Soares Costa, a companhia foi a primeira a realizar testes de HIV no Distrito Federal. Desde o início, elas se depararam com um sério problema: como entregar um diagnóstico positivo para o paciente em uma época em que esse resultado era encarado como uma sentença de morte. O programa brasileiro de combate à aids ainda não existia, nem havia experiências de como apresentar

Desde 1984, o Laboratório Sabin já realizou aproximadamente 320 mil exames de HIV em todas as 61 unidades da rede. Hoje realiza, em média, sete mil exames/mês. Com a abertura de mais 17 unidades até o fim de 2010, o número médio de testes pode chegar a nove mil por mês.

a notícia. “Tínhamos que dar o resultado. Mas não queríamos que fosse de forma tão dura e fria. Assim, decidimos criar o Projeto de Aconselhamento. O objetivo era criar um ambiente mais favorável para a notícia. Tivemos a sensibilidade de considerar o lado humano da questão”, conta a diretora técnica do Sabin, Sandra Soares Costa, 58 anos.

Ao longo de mais de 25 anos, a equipe do Sabin foi-se envolvendo com os clientes que vivem com o HIV. Criaram vínculos e intimidade durante todo o

tempo em que acompanharam os casos, os avanços e os momentos de dificuldade. “Temos pacientes que estão conosco há mais de 20 anos. Fizemos amizade com eles. Construímos uma relação de confiança. Acredito que muito dessa boa relação só foi possível por conta da humanização da entrega do resultado”, alegra-se Sandra.

O Projeto de Aconselhamento modernizou-se e criou novos campos de atuação. Hoje, o Sabin possui uma política de enfrentamento à aids, colaborando com o governo e a sociedade brasileira. A empresa passou a realizar ações de prevenção. Desde 2007, distribuiu mais de 30 mil camisinhas durante palestras, oficinas e mobilizações.

Em razão da capilaridade do laboratório, que possui mais de 60 unidades espalhadas pelo Distrito Federal, Goiás e Bahia, os seus mais de 900 funcionários, além de clientes e comunidade em geral, recebem informações de prevenção e treinamento para tornarem-se multiplicadores. “Precisamos investir constantemente e formar o maior número de multiplicadores possíveis. A mídia fornece muita informação. Porém, quando chegamos em um canteiro de obras, por exemplo, ainda nos deparamos com muito desconhecimento e falta de instrução formal”, revela Sandra.

Para administrar essas e outras ações de responsabilidade social e saúde no ambiente de trabalho, o laboratório criou o Instituto Sabin, cuja missão é promover educação e disseminar o conhecimento, como contribuição ao desenvolvimento sustentável da estrutura social brasileira.

A experiência e engajamento no enfrentamento da epidemia por parte do laboratório fez com que as proprietárias mobilizassem o empresariado brasiliense e fundassem o Conselho Empresarial para a Prevenção ao HIV/Aids no Distrito Federal (Cenaids/DF).

Hoje, a entidade é presidida pela diretora técnica do Sabin, Sandra Soares Costa, e conta com a participação de 12 empresas, três entidades do Sistema S e associações de classe.

“O estigma envolvendo a doença é muito forte. Ainda há muito preconceito, em geral, pela desinformação. E trabalhamos para acabar com isso. A epidemia está aí e os mais acometidos por ela são as pessoas que estão no auge da capacidade laboral. Portanto, é imprescindível que os empresários se engajem nessa luta”, conclama Sandra.

Ainda segundo ela, hoje, o principal objetivo do Cenaids/DF é ampliar o alcance da política de prevenção e acabar com o estigma social da doença. O Conselho quer que as empresas falem abertamente sobre as questões de sexualidade e DST no ambiente de trabalho, adequando a ação às dinâmicas das firmas. Segundo Sandra, as empresas de pequeno porte, com até 80 funcionários, são as mais abertas a aderir à questão.

Sistema S é o nome pelo qual se convencionou chamar o conjunto de contribuições sociais de interesse de categorias profissionais, estabelecidas pela Constituição da República Federativa do Brasil. É composto por:

SENAR - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural

SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio

SESC - Serviço Social do Comércio

SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI - Serviço Social da Indústria

SEST - Serviço Social de Transporte

SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas



Desde 1998, o Cenaids mobiliza o setor empresarial na resposta à epidemia

Conselho Empresarial para a Prevenção ao HIV/Aids - Cenaids

Essas e outras empresas fazem parte da necessidade de combinar todos os esforços, públicos e privados, para conter a disseminação das DST, do HIV e da aids no Brasil. A importância da participação do setor empresarial na elaboração, implantação e divulgação de políticas e programas de prevenção e assistência em DST, HIV e aids é fundamental para se obter êxito na redução da epidemia no país. Por isso, em 1998, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais instituiu, por meio de portaria ministerial, o Conselho Empresarial Nacional para a Prevenção ao HIV/Aids (Cenaids), cuja presidência era ocupada pelo então Ministro da Saúde. Anos depois, em 2005, a portaria foi alterada e o presidente do Cenaids passou a ser um membro do grupo das empresas. Hoje o Cenaids já possui Conselhos Empresariais Estaduais e no Distrito Federal.

O objetivo do Cenaids é mobilizar o setor empresarial para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids, fortalecendo o exercício da responsabilidade social e a sustentabilidade das empresas, independentemente de atividade, porte ou região. Dentre as atividades desenvolvidas, há duas ações permanentes: o “Prêmio Cenaids no mundo do trabalho”, criado para reconhecer, divulgar e valorizar ações de prevenção realizadas no Brasil por empresas de diferentes portes e ramos de atividade, e a Campanha do Dia dos Namorados.

Dia dos Namorados

A campanha de 2010 trouxe o slogan “Brincadeira tem limite!” e a adoção de um grilo como mascote. O objetivo é atingir todos os namorados, principalmente a população jovem, com a distribuição de 1 milhão de preservativos em porta-camisinha com informações sobre “como pega e como não pega (DST/aids)”. O cerne da ideia está atrelado a uma data em que a prática sexual é muito incentivada. “É uma campanha simples, mas que busca ‘tocar’ as pessoas em uma data em que se comemora a relação de carinho e inclui o respeito ao outro de maneira fundamental para a existência do amor”, explica a presidente do Cenaids, Neusa Burbarelli.

Para a diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Mariângela Simão, a campanha possibilita a chegada de materiais preventivos a um público diferenciado. “As pessoas que trabalham nas grandes empresas nem sempre são atingidas pelas nossas campanhas e pelas atividades das organizações não governamentais. Com rotinas de prevenção no ambiente profissional, as pessoas ficam menos vulneráveis à desinformação”, diz.

A infecção pelo HIV afeta, sobretudo, pessoas em idade produtiva. Estima-se que nove de cada 10 pessoas vivendo com HIV sejam jovens adultos. De toda a população soropositiva, a maioria tem entre 15 e 49 anos, faixa etária da maior parte da mão de obra ativa. Do surgimento da epidemia até 2005, um estudo da Organização Internacional do Trabalho aponta que 28 milhões de trabalhadores podem ter perdido suas vidas em consequência da aids. Esse número pode chegar a 74 milhões em 2015. Isso transformaria a aids em uma das maiores causas de mortalidade no mundo do trabalho.



Material da campanha Cenaids para o Dia dos Namorados

Segundo o documento “10 anos de mobilização do setor empresarial no Brasil”, cada vez mais a política brasileira de combate à aids percebe que o controle da epidemia é uma questão de desenvolvimento econômico e sustentável. Requer esforços de longo prazo e que busquem garantir o acesso à informação, além de combater o estigma e a discriminação às pessoas vivendo com HIV, já que a população economicamente ativa pode ser reduzida em decorrência da sorologia positiva e do preconceito.

Além dos preservativos, a campanha do Dia dos Namorados utilizou cartazes e anúncios com o apoio e a união de 17 empresas: Editora Abril, Avon, Bradesco, Banco Itaú, Colgate-Palmolive, Embraer, Confederação Nacional do Comércio, Bens de Consumo e Turismo, Confederação Nacional da Indústria, Confederação Nacional do Transporte, Natura, Nestlé, Phillips, Santander, Unilever, TAM, Vivo e Volkswagen.

Rádio na web previne aids

“Essa estrutura de comunicação parte toda de um computador da *LAN house* que os meninos usam sem pagar. Em troca, eles fazem propaganda de graça para o dono da loja, que sai lucrando. É incrível a quantidade de pessoas que acompanham os programas da Ajir”

Augusto Martins, professor da UECE e coordenador do projeto

No sertão do Ceará, jovens moradores do distrito de Irajá provam que os tempos retratados pelo romance *Vidas Secas*, de Graciliano Ramos, em que o sertanejo migra para a cidade grande para fugir da exclusão, pode ser uma realidade do passado. Com sede de conhecimento e acesso à internet na única *LAN house* do vilarejo de quatro mil habitantes, o grupo de 40 meninos entre 17 e 26 anos ganha o mundo levando e trazendo informações sobre saúde. Organizados por meio da Associação dos Jovens de Irajá (Ajir), eles são responsáveis pela Web Rádio Ajir, com programação direcionada para o público jovem. Como canal de comunicação digital, eles usam o MSN e o Skype. Os sistemas de mensagem e áudio instantâneos foram o pontapé inicial do projeto de rádio na internet, criado em 2007, e que hoje

mantém um site com mais 20 mil acessos desde o seu lançamento.

O experimento ganhou força com a adesão do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (Laprac), vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual do Ceará (UECE), naquele mesmo ano. Em uma sala improvisada, professores e universitários do curso de graduação em enfermagem montaram um cenário no qual recebem, semanalmente, especialistas e representantes da sociedade civil, que interagem com os jovens, utilizando microfone e webcam. As entrevistas se expandiram para bate-papos por meio do computador, com participação ao vivo de alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas cearenses.

Tecnologias de comunicação em tempo real que utilizam texto, voz e imagem por meio do computador.

“Essa estrutura de comunicação parte toda de um computador da *LAN house* que os meninos usam sem pagar. Em troca, eles fazem propaganda de graça para o dono da loja, que sai lucrando. É incrível a quantidade de pessoas que acompanham os programas da Ajir”, enaltece o enfermeiro Augusto Martins, professor da UECE e coordenador do projeto. Conhecido pelos jovens como Guto, o professor tem um motivo a mais para se orgulhar da parceria bem sucedida da web rádio. Ele é natural de Irajá e precursor da iniciativa. Em 1998, Guto lançou o programa *Em Sintonia com a Saúde*, que fazia parte da programação de uma rádio convencional, com pautas direcionadas à área de saúde. A programação ficou oito meses no ar. Parou de ser veiculada depois que a emissora foi fechada e voltou à ativa por meio da web rádio. O jovem iraja-





ense Victor Gomes, 18 anos, foi quem deu continuidade aos passos de Guto, ao direcionar a programação da rádio convencional para a internet. “Desde os 13 anos faço parte de uma rede nacional de DJs na internet. Para mim, esse projeto começou como entretenimento e depois virou oportunidade de comunicação entre nós, jovens”, exalta.

Atualmente, a Web Rádio Ajir promove debates, web aulas e cursos com jovens de escolas públicas de Fortaleza e outros cinco municípios do Ceará. Além disso, o projeto leva informações sobre aids, hepatites, DST e prevenção aos internautas cadastrados no MSN da rádio. Já fizeram parte da programação temas como direitos reprodutivos, educação, prevenção e solidariedade em HIV/aids e cidadania na prevenção das DST/aids. Durante as exibições, cerca de

130 alunos, reunidos nos laboratórios de informática de 10 centros de ensino, participam da transmissão ao vivo.

O programa Em Sintonia com a Saúde vai ao ar às quartas-feiras, das 16h às 17h, e é reproduzido na grade da rádio em horários intercalados com programas de esporte e cultura. “Os assuntos são escolhidos de acordo com os pedidos que os alunos nos enviam pelo MSN. Isso é bom porque atrai o público e fala de saúde a partir da realidade dos usuários”, explica a jovem Daniele Vasconcelos, uma das locutoras e responsável pelas filmagens da Ajir. De acordo com Daniele, as perguntas vão desde “tomar refrigerante com remédio antiácido estomacal evita gravidez?” a “sexo oral transmite aids?”. Para Gislene Holanda, 26 anos, que coordena a comunicação por MSN entre os ouvintes e estudantes, o sis-

tema de comunicação passa a ouvir a realidade dos usuários e os aproxima do serviço de saúde. “Pensamos na prevenção em saúde como promoção da vida de uma forma jovem”, avalia.

Produzir e postar ideias, gerando maneiras de integração e interação por meio da internet, tem constituído uma das formas de comunicação mais recorrente com os jovens. De acordo com a Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos (PCAP - 2008), relacionada às DST e aids, a internet tem sido um dos meios utilizados pelos jovens para conhecer parceiros. A pesquisa que retrata a vida sexual desse segmento mostra que 10,5% dos jovens tiveram pelo menos um parceiro sexual que conheceram na rede mundial de computadores.

Ao mesmo tempo em que os jovens estão familiarizados com as novas tecnologias, também usam mais a camisinha. Na faixa etária de 15 a 24 anos, são eles que adotam mais o preservativo, em todas as situações. Na última relação sexual com parceiros casuais, por exemplo, 68% deles usaram preservativo, enquanto que entre os maiores de 50 anos essa proporção não chega a 38%. Todavia, apesar do elevado grau de informação, o estudo aponta que, depois da primeira relação sexual, o uso da camisinha decresce, passando de 61% para 50% nas relações sexuais com parceiros casuais. Abordar o tema e discutir com os jovens a importância do preservativo faz parte do planejamento da Web Rádio Ajir para a programação de 2010.

Entendendo a política brasileira de distribuição de camisinhas masculinas

O Brasil é o maior comprador governamental de camisinhas masculinas: foram **3,46 bilhões** de unidades adquiridas desde **1994**.

A Portaria nº 2.313/2002

legisla sobre a obrigação dos governos federal e estaduais na aquisição de camisinhas. A responsabilidade pela compra e distribuição de **80% a 90%** do total de preservativos distribuídos no Brasil é do Ministério da Saúde. O restante é a contrapartida dos estados - os do Norte, Nordeste e Centro-Oeste devem adquirir **10%**, e os do Sul e Sudeste, **20%**.



Qualquer pessoa pode retirar a camisinha gratuitamente em postos de saúde. O Ministério da Saúde recomenda* às Secretarias de Saúde estaduais e municipais que adotem medidas para facilitar o acesso à camisinha.



Não cobrar prescrição médica para a retirada.



Evitar a solicitação de documentação de identidade.



Não cobrar presença em palestra para retirada.

* Nota Técnica nº 13/2009.

O governo federal, em parceria com os estados e municípios, conseguiu ir além da distribuição gratuita de camisinhas, esclarecendo ao brasileiro a importância do uso do preservativo.

- ▶ **90,1%** das profissionais do sexo relatam ter usado preservativo com o último cliente.
- ▶ **97,2%** dos HSH (homens que fazem sexo com homens) concordam que o preservativo reduz o risco de infecção por DST.
- ▶ **92%** dos usuários de drogas injetáveis concordam que o preservativo reduz o risco de infecção pelo HIV.

O percentual de pessoas que retiraram preservativos de graça nos serviços de saúde no último ano é alto, resultado do investimento do governo brasileiro na ampliação do acesso ao insumo. Retiraram preservativo nos serviços:



77,2%
das profissionais do sexo.



72,4%
dos HSH (homens que fazem sexo com homens).

41,4%
de pessoas entre 15 a 24 anos.

As políticas de facilitação do acesso à camisinha resultam em aumento significativo de camisinhas distribuídas gratuitamente por ano.





No cais de Tabatinga, o barco é preparado para levar os profissionais de saúde à aldeia Ticuna

Testagem para HIV e sífilis avança em terras indígenas

“Quando eu era jovem, ninguém falava sobre isso”

Maria Emília Albino, índia Ticuna

O relógio do bar do cais marca oito e meia da manhã quando um carro da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) chega ao porto da cidade amazonense de Tabatinga, onde já está preparado o barco que vai levar a equipe de profissionais de saúde à aldeia dos índios Ticuna, habitantes de Belém do Solimões. O fato de ser feriado, Dia do Trabalhador, não reduz a disposição da equipe, acostumada a percorrer longas distâncias – seja por terra ou rio – para levar atendimento aos povos indígenas do Amazonas.

Durante a viagem, o verde das árvores amazônicas contrasta com o marrom das águas dos volumosos igarapés do Rio Solimões, cuja correnteza conduz a

equipe até a aldeia onde vivem 7.474 indígenas, dos quais 4.714 estão em idade sexualmente ativa (de 10 a 49 anos). Uma hora e meia depois da partida, o barco da Funasa atraca no pequeno cais de Belém do Solimões. Os tripulantes caminham entre as casas da aldeia, construídas em madeira, até chegar ao Pólo Base, onde cerca de 40 índios já os aguardam.

Integrante da equipe do Pólo Base, o enfermeiro Agetan Prado é quem profere a palestra. Com ajuda de uma intérprete Ticuna, ele explica o que são as doenças sexualmente transmissíveis e ensina aos índios a usarem o preservativo masculino e o feminino. Arranca risos tímidos da plateia, que acompanha

atentamente a demonstração enquanto se prepara para a realização dos testes rápidos para HIV e sífilis. Nessa oportunidade, são esclarecidas as dúvidas que possam surgir no grupo.

A índia Maria Emília Albino, de 41 anos, conta que é a primeira vez que vê um preservativo. “Quando eu era jovem, ninguém falava sobre isso”, diz em Ticuna para a intérprete. Ela aprova e diz que vai ensinar o que aprendeu aos quatro filhos. “Vou fazer uma palestra para a minha família e dizer que é importante o uso do preservativo para que ninguém pegue a doença”.

Primeira vez

Grávida de quatro meses, Evanésia Pinheiro Jorge, 20 anos, está fazendo os testes de HIV e sífilis pela primeira vez. Foi levada ao Pólo Base de Belém do Solimões pelo marido, Licimar Nazário Lobato, 26 anos, que realizou os mesmos testes no ano anterior. Depois de assistir à palestra, ela passou pelo aconselhamento individual, em que todas as explicações sobre o procedimento de testagem e as informações sobre o HIV e a sífilis foram transmitidas a ela pelo enfermeiro, com o auxílio de um intérprete Ticuna.



Palestra oferecida pela equipe da Funasa sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a importância do uso da camisinha. Pouco depois, os índios são aconselhados e testados para o HIV

“Quis participar para saber se estou bem de saúde”, afirma a índia Ticuna. Licimar diz que considera importante usar o preservativo, mas confessa que nem sempre o casal o utiliza. A explicação, segundo ela, é que eles desejam ter vários filhos.

Perto de casa

Nesse sentido, os profissionais que desenvolvem o trabalho de prevenção às DST e ao HIV/aids buscam adequar o discurso à realidade da cultura indígena. Quanto mais próxima for a aldeia de centros urbanos, maior é a preocupação com a prevenção.

É esse o caso de Umariáçu II, aldeia que foi visitada pela equipe de saúde do projeto, quatro dias após a ida a Belém do Solimões. O objetivo é, mais uma vez, acompanhar as testagens realizadas pelo posto de saúde local. A aldeia fica a apenas 20 minutos de carro, por terra, da cidade de Tabatinga. E é grande o trânsito de indígenas para o município.

“Os Ticunas jovens daqui fazem sexo com os brancos. Então, incentivamos os índios a usarem o preservativo, ao menos fora da aldeia. E muitos estão usando”, afirma o Ticuna Sanderlei



Almeida Forte, 27 anos, que faz parte do Conselho de Saúde da aldeia.

No Pólo Base de Umariáçu II, todos os 2.537 índios em idade sexualmente ativa também estão sendo testados para HIV e sífilis. A Ticuna Silvina Landilau Manduca, de 35 anos, caminhou durante meia hora para chegar ao local de testagem. “Quero saber se estou doente ou não”, diz ela. Um pequeno furo no dedo, uma gota de sangue coletada por uma pipeta para cada amostra e, em 15 minutos, estavam prontos os diagnósticos para HIV e sífilis da indígena.

A aplicação do teste rápido solucionou o problema da realização do diagnóstico nos territórios indígenas. Várias aldeias não têm energia elétrica. Sem eletricidade, não há como armazenar sob refrigeração o material coletado e enviá-lo, posteriormente, para avaliação laboratorial.

Antes, era necessário transportar geradores de energia por barcos até as aldeias para realizar o trabalho de diagnóstico. Uma tarefa nada fácil. No Alto Solimões, região em que há 183 aldeias – entre elas,

as de Belém do Solimões e Umariáçu II –, os profissionais da Funasa precisam viajar por até doze dias seguidos para alcançar determinadas localidades.

“O desafio agora é levar os testes rápidos até as aldeias de forma adequada. O Amazonas é um estado continental. A geografia e a cultura mudam de uma calha de rio para outra”, afirma o chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Alto Solimões, Plínio Souza da Cruz. Somente no DSEI Alto Solimões já foram testados para HIV e sífilis 9.688 índios – 39% da população sexualmente ativa. Após as testagens, foram encontrados 16 casos de HIV e 189 de sífilis, dos quais 17 em gestantes.

Para a coordenadora de DST/Aids e Hepatites Virais do Departamento de Saúde Indígena/Funasa, Hiojuma Figueiredo de Moraes Monteiro, a parceria garante maior eficácia na ação: “Temos encontrado muito mais casos de sífilis. Mas a incidência da sífilis mostra que há uma porta de entrada para o HIV e que precisamos fortalecer a prevenção”.



Índios Ticuna de Belém do Solimões, onde é realizada a testagem de HIV e sífilis

Cooperação

O projeto de testagem conjunta HIV/sífilis é pioneiro no Brasil. Ele é uma iniciativa da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), de Manaus, apoiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. A implementação bem-sucedida, apesar dos desafios geográficos e culturais, deve-se a um minucioso trabalho de articulação de parcerias estratégicas envolvidas na ação.

As testagens para HIV em populações indígenas no país começaram a ser realizadas em 2006 pelo Ministério da Saúde. No ano seguinte, a FUAM recebeu financiamento de US\$ 500 mil da Fundação Bill & Melinda Gates para aplicação de testes rápidos de sífilis e, em seguida, começou a estruturar o modelo de implementação do projeto, que foi posto em prática a partir de 2009. Antes disso, a fundação já havia sido escolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para ser um dos sítios de implementação do projeto de validação dos testes.

"Estudos anteriores já mostravam alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e do HIV no Alto Solimões, o que fazia da região um alvo prioritário", explica a diretora-presidente da FUAM, Adele Schwartz Benzaken. Os índices chamaram a atenção do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), que também ingressou em ações conjuntas na região.

A parceria com o governo federal para a testagem conjunta HIV-sífilis foi selada em 2008. O Ministério da Saúde é responsável por destinar os testes rápidos de HIV ao projeto, via coordenações estaduais de DST e Aids do Amazonas e de Roraima. "Decidimos focar as ações do projeto nas aldeias, pois as populações indígenas ainda enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em particular na região amazônica, por causa das barreiras geográficas. Além disso, a intensificação do contato sexual dessa população com os não índios amplia as situações de vulnerabilidade", afirma a diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Mariângela Simão.

Estruturação

O primeiro passo foi treinar agentes indígenas de saúde do DSEI Alto Solimões para o trabalho de prevenção de DST/aids, enfermeiros e bioquímicos para realizarem o aconselhamento e a testagem conjunta de HIV/sífilis. Mais de 400 pessoas foram treinadas. São esses profissionais que garantem que o trabalho se multiplique.

"Temos muitas dificuldades de acesso às aldeias, caminhamos sob sol forte o dia todo, muitas vezes em domingos e feriados. Mas me sinto extremamente realizada com este trabalho", afirma a coordenadora técnica do DSEI Alto Solimões, Alana Macedo Bispo.

Além do DSEI Alto Solimões, o trabalho de testagem conjunta de HIV e sífilis está sendo realizado por mais seis DSEI do Amazonas e dois de Roraima. Já foram realizados 14.980 testes rápidos para sífilis e HIV. O objetivo é oferecer acesso ao diagnóstico para a população sexualmente ativa desses nove distritos - um total de 77.361 índios. O projeto é considerado um primeiro passo para o desenvolvimento de ações monitoradas, continuadas e sustentáveis na região. "Nosso principal desafio neste projeto é combinar ações para diagnóstico e intervenções, levando em conta as características culturais de cada povo", afirma o sociólogo e responsável pela Unidade de Prevenção do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Ivo Brito.

Respeito à pajelança

O grande desafio dos profissionais de saúde é combinar o respeito às tradições com estratégias de prevenção culturalmente orientadas. Eles sabem que precisam trabalhar em parceria com as lideranças locais, além dos especialistas das comunidades indígenas, tais como os pajés, para que as ações sejam realizadas.

Antes do início do trabalho de testagem, as lideranças indígenas foram chamadas pelos responsáveis pelo DSEI Alto Solimões, que explicaram como é feito o teste. Sem o aval de caciques e especialistas indígenas, não haveria como implementar o projeto. Agora, o desafio é garantir a adesão ao tratamento nas aldeias em que surgirem casos de aids ou sífilis.

“Quando o resultado do teste dá positivo, vou na mesma hora em busca do cônjuge. Depois, vou à casa deles levar o medicamento para garantir o tratamento”, conta a enfermeira Zaida Cárdenas Chagas de Lima, que trabalha no Pólo Base Umariçu II. Segundo ela, são frequentes os casos em que o paciente opta por se tratar com o pajé. “Mas eu respeito isso, é da cultura deles. Se querem se tratar com o pajé, eu vou até a casa dele, espero acabar a pajelança e depois peço para tratar o doente também no Pólo Base”, revela.

“Quando o paciente não fica bom na rede de saúde, ele vem comigo e aí fica bom”, diz um pajé de Umariçu II, Leonardo Neli da Silva, com o auxílio de uma intérprete Ticuna. Na casa dele, encontra-se a menina Maria, de 8 anos. Ela tem a barriga inchada e os braços e pernas finos, efeito da desnutrição. O pajé diz que fizeram um feitiço para que ela ficasse igual ao “peixe balão”, que incha e desincha, muito comum nos rios amazenses.

Durante a pajelança, ele dá beliscões na barriga da menina, estala os dedos e passa ervas sobre o corpo dela, pronunciando ao mesmo tempo palavras em Ticuna. Ele diz que a pajelança é orientada pelo espírito de um médico. “O médico, que só eu vejo, me diz o que fazer”, explica.

O pajé, no entanto, afirma que não vê qualquer problema em os doentes serem tratados na rede de saúde também. “Quando a pessoa vem aqui doente, eu mando para o posto”, diz, acrescentando que ele mesmo procura o posto para se tratar sempre que precisa.

O trabalho dos profissionais de saúde é desenvolvido em paralelo ao dos pajés. O diálogo cultural é a chave para o sucesso do projeto

Reverência histórica

Nos relatos sobre o passado, a guerra e a rivalidade parecem constituir fatos essenciais da existência dos Ticuna. Ainda hoje os índios falam extensamente das guerras entre as diferentes nações, dizendo que eram frequentes as investidas de um grupo sobre o outro, com muitas mortes de ambos os lados. Segundo relatos documentados pelo Instituto Socioambiental (ISA), os mais velhos procuram mostrar o seu desagrado ante aquelas características do passado, comparando a convivência tranquila de hoje em dia nas aldeias com o medo e a belicosidade do tempo de seus avós.

Já na primeira referência aos Ticuna, que remonta a meados do século XVII e se encontra no livro *Novo Descobrimento do Rio Amazonas*, de Cristobal de Acuña, há a citação, no capítulo LI, sobre o caráter guerreiro desse povo: “Mantêm estas tribos, por uma e por outra margem do rio, contínuas guerras com os povos vizinhos que, pelo lado do sul, são, entre outros, os Curina tão numerosos, que não apenas se defendem, pelo lado do rio, da grande quantidade dos Água, como também sustentam armas, ao mesmo tempo, contra as demais nações que por via terrestre os atacam constantemente”, relata o livro.

Esses conflitos deixaram como herança uma estrutura hierarquizada na organização política e social dos Ticuna. Por terem historicamente assumido posições de comando nas guerras, os líderes são muito respeitados até hoje nas aldeias. Isso inclui os pajés, que também participavam dessas guerras, além de terem o papel de curar as enfermidades.

Arte como aliada

Nos dias de hoje, no entanto, esse povo de tradição guerreira – que está presente no Brasil, na Colômbia e no Peru – é mais reconhecido pela capa-



A tradição artística dos Ticuna ajuda na produção de materiais criativos de prevenção

cidade de preservação de sua cultura e identidade por meio das artes. Os Ticuna produzem máscaras cerimoniais, bastões de dança esculpidos, pinturas em entrecascas de árvores, cerâmicas, tecelagens, colares com pequenas figuras esculpidas em tucumã, além da música e das tantas histórias que compõem sua tradição oral.

A própria criatividade Ticuna vem auxiliando o trabalho de informação como estratégia na prevenção. Foi criado, por exemplo, um álbum seriado, com pinturas feitas pelos próprios índios e traduzido para o Ticuna, que explica como as pessoas devem se prevenir e quais os efeitos das doenças. Estratégias de comunicação como essa fazem grande diferença para que o trabalho seja realizado de forma a respeitar a cultura local.

“Para os serviços de saúde localizados em áreas indígenas, realizar ações de prevenção das DST/aids é um grande desafio, pois a maioria dos profissionais não são indígenas e também não

falam a língua da comunidade”, afirma a antropóloga e assessora técnica da Unidade de Prevenção do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Vera Lopes.

Ela destaca o papel dos Agentes Indígenas de Saúde no processo. Além de desenvolverem as primeiras abordagens da cada família no seu próprio ambiente sociocultural, esses agentes facilitam a interlocução com os demais profissionais de saúde das equipes multidisciplinares.

Segundo ela, o diálogo com as lideranças também é fundamental. “Além da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde, a possibilidade de diálogo intercultural no respeito aos diversos saberes e práticas, dos profissionais de saúde da atenção básica e dos diferentes especialistas indígenas, como pajés, curadores, conhecedores de plantas e cantadores, podem se complementar para a superação de problemas de saúde individuais ou coletivos nas áreas indígenas”, afirma Vera.

Colômbia

Peru

Brasil

O desafio da tríplice fronteira

Basta caminhar pela Rua da Amizade e logo se está em Letícia, Colômbia. Vinte minutos em um barco, e atravessa-se o rio para o povoado peruano de Santa Rosa. A região da tríplice fronteira em que se localiza o município de Tabatinga produz uma encantadora diversidade de pessoas, culinárias, culturas. Nas casas de dança, convivem forró e salsa. Mas essa mesma mistura que tanto atrai pessoas para a região representa um desafio para a política de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à aids.

“Por ser uma fronteira aberta, é uma região que tem todos os ingredientes de vulnerabilidade. Índios, brasileiros não índios, civis, militares, peruanos, colombianos, todos circulam muito entre os três países e, com isso, as doenças também circulam”, diz o chefe do DSEI Alto Solimões, Plínio Souza da Cruz.

Por essa razão, o trabalho de testagem para HIV e sífilis não se restringe às aldeias indígenas. Os Ticuna transitam muito entre as aldeias e a área urbana. São realizadas testagens em locais como a Unidade Prisional de Tabatinga, a delegacia, escolas e os batalhões da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, que recebem um grande contingente de homens em idade sexualmente ativa a cada ano. Em Tabatinga, foram testados 9,7% da população sexualmente ativa, de 30.747 habitantes. Foram encontrados 59 casos de sífilis e 15 de HIV.

Em Benjamin Constant, município vizinho, foram testados 23,6% da população sexualmente ativa, tendo sido encontrados 42 casos positivos para sífilis e 15 para HIV. “Antes, só fazíamos os testes nas gestantes. Agora nosso diagnóstico tem uma abrangência muito maior”, diz a coordenadora de DST/Aids de Benjamin Constant, Maria de Deus de Souza. “Este projeto é muito importante para o nosso município. A região de fronteira apresenta muitos desafios. Não conseguiremos fazer o trabalho sem essa parceria”, afirma o prefeito, José Maria Freitas da Silva Júnior.



Maria* acaricia sua filha pela primeira vez. Ela é soropositiva e sabe que não poderá amamentá-la

Nasce uma jovem mãe

Maria* tem quinze anos. Com dificuldade, ela desce a rampa do Hospital de Guaranição do Exército, em Tabatinga. Ainda se recuperando da cesariana feita há dois dias, ela vai finalmente conhecer o seu bebê. A vagareza com que se move o corpo de menina parece também refletir o medo desse momento, quando os olhos amendoados da mãe poderão fitar pela primeira vez a sua criança.

Ao entrar na UTI, o medo logo se transforma em ansiedade. Ela se posta ao lado da incubadora em que está a criança, nascida prematuramente, aos 7 meses. A respiração da jovem torna-se ofegante. Pouco a pouco o temor antes visto em seus olhos transforma-se em ternura. Abre-se a porta da incu-

badora. Ela toca cautelosamente o pequeno bebê, que nasceu com apenas 1,7 kg, até ter segurança de que não irá machucá-lo. Depois quer tocar cada pedacinho do corpo da criança, que não pode pegar no colo porque está recebendo oxigênio.

O bebê reage mexendo muito os bracinhos e as perninhas. Move suavemente os lábios, como se desse um sorriso. Finalmente, abre os olhos. "Parecem os do pai", diz Maria. E surpreende-se quando dizem que é uma menina. "Pensávamos que era um menino", afirma. Mas não quer mais sair do lado da filha. Só desvia a atenção da pequena quando a enfermeira começa a trocar a roupinha de outro bebê, que está pres-


tes a ir embora para casa. Quer aprender como se faz. A menina virou mãe.

Depois, procura pelo leite em pó que será dado à filha. Os médicos já lhe explicaram que não vai poder amamentar. Mães que vivem com o HIV podem transmitir o vírus no aleitamento. Perguntada sobre se sabe o que é o HIV, ela diz que sim. "A primeira mulher do pai da minha filha morreu de aids", afirma. Ele, ao saber que tinha o HIV, quis cometer suicídio. Mas recebeu acompanhamento psicológico e agora está se tratando.

Maria chegou ao Hospital do Exército em situação de emergência, vinda de Santa Rosa, povoado peruano vizinho a Tabatinga. Lá não havia infraestrutura local de saúde pública suficiente para a realização do parto. Os médicos disseram que a jovem gestante peruana precisava ir para o Brasil, pois o Hospital de Guaranição teria incubadora para o bebê e ela também encontraria tratamento antirretroviral adequado no país.

É frequente a busca do hospital de Tabatinga pelos peruanos, conta a coordenadora de DST/Aids do município, Elizângela Cordova. Isso faz com que a demanda por tratamento antirretroviral seja maior do que a estimada, se fossem levados em conta apenas os casos de aids registrados entre os brasileiros. "Havia três kits de AZT injetável no estoque no município, porque temos três gestantes com HIV. Utilizamos um deles emergencialmente no parto de I. e agora precisei solicitar mais um ao estado para repor o nosso estoque", conta. A situação sobrecarrega a infraestrutura de atendimento à saúde no município. Mas os atendimentos precisam ser realizados. "Não importa se é uma vida brasileira, peruana ou colombiana. O que importa é que é uma vida", diz o Secretário Municipal de Administração, Zilmar Pereira de Abreu.

** Nome fictício*



Prevenção para os que estão privados de liberdade

Preso há dois meses e dez dias na Unidade Prisional de Tabatinga, o enfermeiro João da Silva*, 35 anos, ganhou em 3 de maio de 2010 o título de promotor de saúde. Na mesma data, ele e outros 27 detentos foram oficialmente certificados por terem integrado o curso de prevenção de DST/aids ministrado dentro da penitenciária, tornando-se agentes multiplicadores do que aprenderam.

"Distribuo preservativos uma vez por semana aqui dentro. Explico para os outros presos, por exemplo, que na gravidez, se a mulher tiver sífilis, a criança pode ter má-formação. E, além das DST, o preservativo pode evitar uma gravidez não planejada", afirma o enfermeiro, que está preso por tráfico de drogas. "É prazeroso fazer este trabalho. Quando sair, pretendo continuar trabalhando para a prevenção das DST/aids dentro do presídio", planeja.

Também enfermeiro, o colombiano Claudio Gutierrez*, 57 anos, foi mais um a se tornar promotor de saúde. "Agora me sinto mais bem preparado na minha profissão", afirma. Outro estrangeiro, o peruano Pablo García*, 27 anos, diz que pretende ensinar fora da peniten-

ciária o que aprendeu sobre prevenção. "É muito importante para mim ter esse conhecimento. Já havia feito um curso de saúde no colégio em que estudei, no Peru. Agora quero passar o que sei para os meus amigos e familiares".

Entre os novos promotores de saúde, há 11 mulheres. Cumprindo pena há 1,2 ano, Marluce Pereira*, 43 anos, conhece os riscos do HIV. "Tive uma irmã que morreu de aids aos 25 anos", revela. Ela não quer que a tragédia se repita na família. "Quando sair daqui, quero orientar os meus filhos sobre as formas de prevenção", diz.

Antes do início do curso, 100% da população carcerária de Tabatinga foi voluntariamente testada para HIV e sífilis. "O sistema de saúde dentro da penitenciária era muito precário. Estamos tentando melhorar essa situação e atuar na prevenção. Tivemos 100% de adesão aos testes de HIV e sífilis", afirma o diretor da Unidade Prisional de Tabatinga, Lellis Sena Rodrigues. Todos os casos identificados foram tratados ou referenciados para a rede de saúde.

"Esse projeto faz parte da nossa política de humanização e cidadania

dentro do sistema carcerário", afirma o coordenador da área de saúde do sistema prisional do Amazonas, Williams Damasceno. Segundo ele, os certificados foram homologados em Tabatinga para que o trabalho dos promotores de saúde pudesse valer como remissão. A cada três dias trabalhados, a pena é reduzida em um dia. Na unidade prisional, a Secretaria de Justiça do Estado do Amazonas também é parceira do projeto de testagem conjunta. "Quando a pessoa está privada de sua liberdade, já está naturalmente em situação de maior vulnerabilidade. Esse trabalho de prevenção das DST/aids é uma forma de tratar os presos com o olhar dos direitos humanos", diz o secretário de Justiça do Amazonas, Carlos Lélio Lauria Ferreira.

A cerimônia de entrega dos certificados aos promotores de saúde contou com a presença de autoridades da cidade. "O preservativo deveria fazer parte da vida de vocês, como um documento. A cada dia que precisassem, ele estaria no bolso. Sejam doadores dessa ideia lá fora", disse aos detentos o prefeito de Tabatinga, Saul Nunes Bemerguy.

**Nomes fictícios*

Crianças livres do HIV

Semanalmente, um furgão sai de Recife (PE) abarrotado de latas de leite em pó, testes rápidos de HIV, AZT injetável, xarope e apostilas. No espaço que sobra, vão duas técnicas e um motorista, todos do Programa de DST e Aids de Pernambuco. O destino são as cidades do interior, principalmente as do **sertão**. A meta é realizar treinamentos para realização do diagnóstico rápido de HIV no momento do parto e preparar os profissionais de saúde para acompanhar as mães soropositivas e os bebês expostos à infecção.

Essa rotina se repete há mais de quatro anos, com a ampliação do projeto **Nascer Maternidades**. É um trabalho de formiguinha, mas que tem feito toda a diferença no estado. Graças a essa estratégia, cerca de 80% (72) das maternidades localizadas em municípios com mais de 50 mil habitantes já estão preparadas para fazer o exame. Em 2005, eram apenas 16.

O sucesso não está ligado à disponibilidade de recursos financeiros, mas à atuação de uma pequena equipe de trabalho engajada e organizada. Em cada saída, a coordenadora do projeto, Magaly Carvalho, planeja a rota de viagem de modo que seja possível fazer treinamentos e supervisões, distribuição de exames e de AZT, além do remanejamento de produtos que estão com prazo de validade mais curto. “Não perdemos nada. Vamos trocando o material durante a viagem”, explica Magaly.

O resultado do esforço pode ser visto na prática, com a redução da transmissão vertical do **HIV**. A incidência de aids em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, que em 2002 era de 13 ca-

Zona que possui clima semiárido e enfrenta períodos de seca, além de apresentar uma das maiores temperaturas do Brasil. É a região mais pobre de Pernambuco.

O projeto Nascer Maternidades foi criado em 2002, para aumentar a cobertura do tratamento da aids e da sífilis nas maternidades brasileiras. Inicialmente, o teste rápido realizado no momento do parto era apenas de triagem – ou seja, se o exame resultasse positivo, um teste tradicional precisava ser realizado para confirmar o resultado. A partir de julho de 2005, o Ministério da Saúde passou a oferecer o exame rápido de diagnóstico, que confirma se o resultado é positivo ou negativo em apenas 30 minutos. A oferta de fórmula infantil (leite em pó), AZT injetável e xarope também faz parte da iniciativa.

Para evitar a transmissão do HIV da mãe para o bebê, o Ministério da Saúde recomenda que sejam adotadas as seguintes medidas: 1) no pré-natal, se a gestante recebe o diagnóstico positivo de HIV, ela passa a ser acompanhada em um serviço de Atenção Especializada (SAE); 2) no momento do parto, é encaminhada a uma maternidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), capacitada a atendê-la; 3) no caso de gestantes que tiveram resultado negativo no teste no pré-natal ou não fizeram o exame, o teste rápido é realizado no momento do parto; e 4) todas as mulheres soropositivas recebem AZT injetável no momento do nascimento do bebê; além disso, são aconselhadas a não amamentar. O bebê recebe a fórmula infantil e é tratado até os 18 meses, quando faz o exame de HIV para se saber se foi infectado ou não. Está comprovado que essas intervenções reduzem para menos de 1% o risco de transmissão vertical do HIV.

sos por 100 mil habitantes, caiu, em 2008, para um caso por 100 mil habitantes. “É muito gratificante ver uma mãe com um bebê saudável”, ressalta a técnica.

Dois outros procedimentos contribuíram para o avanço do projeto. Nos serviços de saúde dos municípios, são montados laboratórios para a testagem – medida que aproveita o espaço disponível. Todos os profissionais da unidade participam das capacitações, a fim de que a ação continue mesmo se houver rotatividade de funcionários.

Fabiana Alves Santiago, 29 anos, atesta a importância da iniciativa. Ela fez o primeiro exame durante o pré-natal e o repetiu no momento do parto. Com seu filho recém-nascido nos braços, comemora o resultado. “Se ele estivesse doente, era melhor saber logo. Foi muito importante fazer o teste”. As informações que a moça recebeu da equipe profissional foram essenciais até para que ela incentivasse o marido. “Cheguei em casa e disse que ele também precisava fazer o teste”.

Em Pernambuco, um grande aliado do Nascer Maternidades é o programa **Mãe Coruja**, que atua na melhoria da qualidade do pré-natal desde 2007. A história de Cícera Ferreira, 21 anos, faz parte do bom resultado do trabalho. Sua sorologia positiva para o HIV foi descoberta na primeira gestação. Ela fez todo o tratamento para evitar a transmissão do vírus para o bebê. Quando este tinha um ano e sete meses, houve a confirmação de que não havia ocorrido a infecção. Agora Cícera está grávida novamente, no 8º mês de gestação, e se sente ainda mais preparada. “Estou consciente de tudo. Que seja como da outra vez”.

É o Ministério da Saúde que fornece a maior parte dos testes rápidos realizados no Brasil. Em cinco anos, foram enviados aos estados mais de 6,5 milhões de exames. Só no estado de Pernambuco, o volume de testes fornecidos saltou

“É muito gratificante ver uma mãe com um bebê saudável”

Magaly Carvalho, coordenadora do projeto Nascer Maternidades

de 26,4 mil, em 2005, para 270,8 mil, no ano de 2009. Além do total repassado pelo Governo Federal, os programas de DST e aids também podem adquirir mais exames. Para isso, em 2008, o recurso destinado ao pagamento de exames de HIV e sífilis foi ampliado em R\$ 16 milhões. O montante é suficiente para comprar, anualmente, mais de 900 mil testes tradicionais de HIV.

Eficácia

O teste rápido é tão seguro quanto o exame tradicional e o resultado sai em apenas 30 minutos. Ele é feito com o sangue coletado por meio de uma punção no dedo. É confidencial e realizado somente por equipes de profissionais especialmente treinados. Os resultados são entregues em local reservado e de forma confidencial. Quando o resultado é positivo, o cidadão já sai do local com um encaminhamento para acompanhamento médico. Outra grande vantagem do teste rápido é que ele chega a locais de difícil acesso, como comunidades ribeirinhas e cidades do interior do Nordeste.

Criado para diminuir os índices de mortalidade materno-infantil, por meio do atendimento diferenciado às gestantes e crianças até 5 anos. As mulheres recebem atendimento pré-natal, são submetidas ao teste rápido de HIV, ganham enxovais básicos e leite para a complementação nutricional das crianças que apresentam maior vulnerabilidade, são informadas sobre os cuidados que devem ter com seus bebês, têm acesso a vacinas e a um parto humanizado, além de obterem documentos de identificação, tais como Certidão de Nascimento, Carteira de Identidade e Título de Eleitor. As atividades envolvem as Secretarias de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, Saúde, Juventude e Emprego, Agricultura, Mulher e Planejamento.



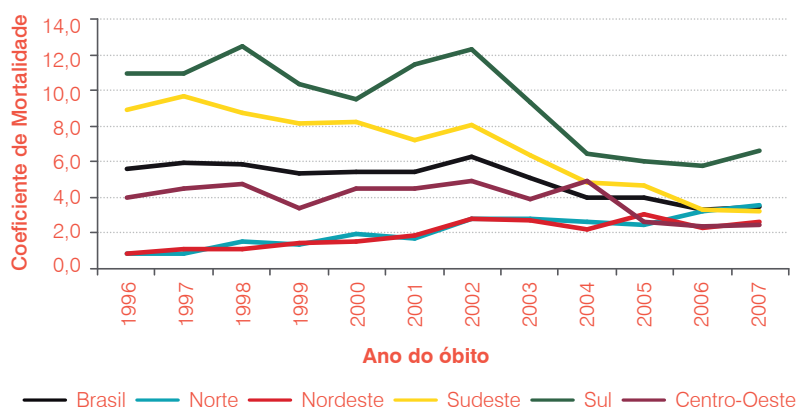
Fabiana Santiago comemora a chegada do primeiro filho. Ela realizou os testes de HIV no pré-natal e se sente recompensada por saber que ambos estão saudáveis

Transmissão vertical no Brasil

O Brasil reduziu em 41,7% a incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos de idade, de 1997 a 2007. O coeficiente de mortalidade também caiu cerca de 70% (em 1997, ocorriam duas mortes por aids a cada 100 mil habitantes nessa faixa etária, número que caiu para 0,6, em 2007). A taxa de incidência de aids em crianças com menos de cinco anos é utilizada para monitorar rotineiramente a transmissão vertical do HIV, pois representa praticamente o total de casos (93,9% das notificações).

De 1984 a junho de 2009, foram identificados 13.036 casos de aids nessa faixa etária. A figura a seguir mostra o declínio da taxa de incidência no Brasil em menores de cinco anos – de 5,4 casos por 100 mil habitantes, em 2000, para 3,5 em 2007.

Taxa de incidência de aids(1) em menores de cinco anos, segundo Unidade da Federação e região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1996 a 2007



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos. POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS, em www.datasus.gov.br, no menu “Informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas”. Acesso em 20/10/2009.



Em Recife (Pernambuco), Trailer do Quero Fazer vai até os locais frequentados pela população LGBT

Diagnóstico itinerante

“Uma vez, passei 25 dias esperando o resultado. Estou ansiosa, mas agora é diferente”

Cíntia, 18 anos

São 19h30 em Camaragibe (PE) e o trailer do Quero Fazer abre suas portas para mais uma noite de realização da testagem de HIV, na avenida principal da cidade. É a segunda vez que a ação acontece no município, mas em outros locais de Pernambuco a rotina se repete desde setembro de 2009, duas vezes por semana. A população local ainda não conhece bem o trabalho, mas o carro chama a atenção dos que passam. Um dos primeiros a chegar é João Pedro Ferreira, mototaxista de 23 anos. Ele nunca havia feito o exame antes.

João é heterossexual, mas diz que já transou com homens. Ele faz parte do público-alvo da ação, voltada principalmente para a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais) e de outros homens que fazem sexo com homens. Apesar de ter pensado em se testar anteriormente, João acredita que o fato de o resultado sair rápido e estar disponível perto de sua casa o ajudou a chegar ao trailer.

Em poucos segundos, o dedo de João Pedro é furado para a coleta do sangue. Nos 15 minutos de espera, ele conta que já teve relações sexuais sem camisinha e sabe que, atualmente, “a aids não tem cara”. João está com “um friozinho na barriga”. Mesmo assim, prefere saber o resultado. “Se eu estiver infectado, me trato logo”. Ele conversa mais um pouco com alguns conhecidos, para se distrair. Chega a sua vez de receber o exame. Volta contando, aliviado, que o resultado é negativo. “Valeu. É bom ficar sabendo”, desabafa. “Vou usar mais camisinha”, garante.



Antes da testagem, a pessoa passa por um pré-aconselhamento. Basta um pequeno furo no dedo para colher a amostra de sangue. Na hora no resultado, que sai em apenas 15 minutos, ocorre um novo aconselhamento

Horário alternativo

O tempo passa e outras pessoas vão se aproximando do trailer, inclusive travestis. A facilidade de contato com esse público tem três razões: o horário, fora do convencional; a localização, sempre perto de pontos de concentração gay; e o fato de uma das aconselhadoras pertencer ao segmento. “Ainda é difícil acessá-las, mas elas sentem confiança para conversar comigo”, confidencia a travesti e aconselhadora Patrícia Gomes.

Lavinia Perséfone, travesti de 25 anos, confirma o êxito da estratégia. “Ajuda a trazer outras pessoas”. Ela é técnica de enfermagem e costuma fazer o exame regularmente, mas diz que isso não é comum. “Elas têm medo”, relata. Cíntia, travesti de 18 anos, chega, apreensiva. Ela transou sem preservativo e quer saber se está infectada. Segundo ela, a grande vantagem é a rapidez. “Uma vez, passei 25 dias esperando o resultado. Estou ansiosa, mas agora é diferente”.

Às 23 horas, o trailer encerra suas atividades e a equipe de profissionais, composta por 10 pessoas, tem a certeza do dever cumprido. “É um trabalho que está dando muito certo”, comemora François Figueiroa, coordenador de

DST e Aids de Pernambuco. Quando o projeto foi lançado, havia o receio de que a população-alvo não procuraria o serviço. Em oito meses de execução, os números mostram justamente o contrário, pois já são mais de 2 mil testes realizados. Está comprovado que uma grande barreira à testagem é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Em Brasília, a presença do trailer do “Quero Fazer” também chamou a atenção em localidades frequentadas por gays, lésbicas e outros homens que fazem sexo com homens. Desde abril, o trailer circula pela cidade. “Eu nunca fiz o teste. É a minha primeira vez”, diz Wallace Maicom Abreu de Santos, 18 anos. Ele buscou o trailer em um bar gay, no Parque da Cidade. “Vim dar apoio moral”, diz Hernanny Queiroz Moreno, de 19 anos, que já fez o teste tradicional e incentivou os amigos a aproveitarem a presença do trailer para se testarem também.

A testagem de HIV no trailer é apenas um dos pilares do projeto-piloto, que pretende testar 4,5 mil pessoas no país em dois anos de funcionamento. Outra base da iniciativa é a realização inédita dos exames em organizações não governamen-

Expansão da testagem



tais, por meio da parceria com Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A ideia é que as atividades desenvolvidas sirvam de ponte para os serviços de saúde. Toda a equipe envolvida está capacitada a encaminhar os pacientes soropositivos para os serviços especializados. Mesmo quando o resultado é negativo, é reforçada a importância do acompanhamento médico e da prevenção ao HIV.

Comunicação

No Rio de Janeiro, a ação é capitaneada pelo Grupo Arco-Íris, que utiliza, desde o início do ano – quando implementou o programa –, ferramentas diferentes de comunicação, a fim de divulgar informações sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do HIV. Entre essas ferramentas, estão o perfil e colunas em sites de relacionamento gay, o blog www.pactbrasil.org/querofazer e a comunidade virtual Quero Fazer no Orkut, além de cartilhas, pôsteres e mensagens de texto via celular. “Deveremos ter um trailer no Rio para realização do teste, assim como já acontece em Brasília e em Recife”, explica o vice-presidente do Grupo Arco-Íris, Almir França.

O Quero Fazer é uma ação executada pela Pact Brasil, em parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Ministério da Saúde. A iniciativa também conta com o apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde locais. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é responsável pelo treinamento das equipes de profissionais que atuam junto ao público-alvo e pelo fornecimento dos testes e preservativos.

O programa reforça os objetivos do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis, lançado pelo Ministério da Saúde, em março de 2008.

A Igreja abre as portas para a testagem de aids

“Nosso papel é de abordagem e esclarecimento. Enquanto houver uma pessoa sem fazer o teste no Brasil, não podemos parar”

Frei Luiz Carlos Lunardi, coordenador da Pastoral da Aids da Igreja Católica

Como transformar o conhecimento sobre aids em cultura do cuidado com o corpo, mente e espírito? O questionamento fez parte das discussões iniciadas em 2009 entre o governo Federal e a Igreja Católica e culminou em uma ação histórica e inédita de incentivo ao teste de aids no Brasil. Naquele ano, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) procurou o Ministério da Saúde para pensar em como promover o teste de HIV junto aos católicos. Em volta de uma grande mesa de reunião em Brasília, onde tudo começou, representantes dos dois lados se reuniram e mostraram que, em se tratando de aids, é possível somar forças em defesa da vida.

O projeto-piloto, realizado no ano passado em Manaus (AM), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB), Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS), envolveu as coordenações estaduais e municipais de DST e aids das respectivas cida-

des, em conjunto com as Pastorais da Aids, da Criança e da Saúde. A parceria revelou o poder de penetração nas bases e de interiorização no país por parte dos agentes de saúde das pastorais, além da disposição desses grupos religiosos em aproximar a população dos serviços de saúde. “A política de aids do Brasil é mestra em ações inovadoras e impactantes. Temos de pensar em uma estrutura de saúde possível e necessária para que todas as pessoas do país tenham acesso ao teste de aids”, destacou frei José Bernardi, da Pastoral da Aids, durante o encontro dos parceiros para tratar da ampliação do diagnóstico.

Realizada em abril de 2010, em Porto Alegre (RS), a avaliação da primeira etapa concluiu que a campanha pode ser significativamente estendida nos próximos anos, com base na experiência das ações nos lugares onde a causa foi abraçada



Frei Lunardi diz que o trabalho da pastoral é ajudar para que os mais pobres conheçam os serviços da rede pública



A campanha da CNBB, lançada em 2009, incentiva as pessoas a fazerem o teste rápido de aids

pelos agentes da organização católica e profissionais de saúde das coordenações de DST e aids estaduais e municipais. É o caso do Ceará, onde agentes de outras pastorais em atuação em Fortaleza, como a Pastoral Carcerária, propuseram participação na mobilização. Quatro municípios do estado também solicitaram a inclusão no projeto. O pré-lançamento da campanha na capital cearense reuniu 110 agentes, com a realização de testagem de aids próxima à igreja, na região mais populosa da cidade.

“O grande marco da ação foi a capilaridade. Conseguimos abrir uma porta e esperamos que ela não se feche mais”, afirmou o técnico da Coordenação Estadual de DST e Aids do Ceará, Theófilo Gravinis. Pelos cálculos da coordenação do município de Fortaleza, a procura pelo teste de aids aumentou 10% nos serviços públicos de testagem

após a campanha com a Igreja. “Pen-sávamos que as pessoas não procurariam os serviços de saúde para fazer o teste, por causa do medo do diagnóstico. Agora a gente é que tem medo de não dar conta do serviço”, brincou a coordenadora municipal de DST, Aids de Fortaleza, Renata Mota.

Em Curitiba (PR), o trabalho contou com um diferencial que facilitou a adesão. Todas as unidades da rede básica de saúde estavam aptas a fazer a testagem. “As abordagens das pastorais incentivavam as pessoas a procurarem a atenção básica porque o serviço tem como prestar atendimento na área”, explicou frei Bernardi. A campanha em Curitiba contribuiu para um salto na quantidade de testes anti-HIV na capital paranaense. Os exames realizados pela coordenação municipal de DST e Aids local pularam de 2,6 mil, em outubro, para 6,6 mil, em novembro.

Para o frei Luiz Carlos Lunardi, coordenador da Pastoral da Aids, a campanha reforça a iniciativa do Ministério da Saúde de enfrentamento à epidemia. Ele observa que, em reuniões realizadas com agentes da Pastoral da Aids em 2007 e 2008, descobriu-se que quem sabe tardiamente que é portador do vírus da aids não costuma aderir ao tratamento com os antirretrovirais. “Nosso papel é de abordagem e esclarecimento. Enquanto houver uma pessoa sem fazer o teste no Brasil, não podemos parar”, defendeu frei Lunardi. A Pastoral da Aids está organizada em 114 das 275 dioceses brasileiras. Em termos de população acessada, a pastoral calcula atingir aproximadamente 2 milhões de pessoas no país. “A população mais pobre deve se dar conta de que os órgãos governamentais disponibilizam serviços. É por isso que estamos unindo forças para ampliar a testagem”, ressaltou.

Integrar é possível

“Toda a equipe me fez entender que a vida continua”

Ana Almeida*, soropositiva, sobre a qualidade da atenção em Curitiba dada por vários profissionais, incluindo médicos, enfermeiras, dentistas e agentes comunitários de saúde

Marilene Caetano, 41 anos, é atendida pelo programa Saúde da Família de Curitiba (PR) há 12 anos, muito antes de o HIV entrar em sua vida. Dos seus quatro filhos, duas meninas são acompanhadas na Unidade de Saúde Vila Verde desde o nascimento. Foi lá que ela descobriu, em 2002, que estava infectada e é lá que permanece até hoje, mesmo depois que passou a tomar medicamentos antirretrovirais, em 2003. Periodicamente, Marilene também frequenta o serviço especializado para pacientes com aids, mas não quer se desligar da **atenção primária**. O vínculo com os profissionais de saúde da sua comunidade é tão forte que ela considera o serviço uma extensão de sua casa.

Casos bem sucedidos como o de Marilene poderiam ser raros, mas na capital paranaense se tornam cada vez mais comuns. Isso só foi possível graças a uma ação inédita no Brasil, que expandiu o atendimento aos soropositivos para todos os serviços de atenção primária da cidade. Atualmente, as 108 unidades básicas de saúde existentes estão preparadas para diagnosticar, acolher e acompanhar as pessoas que vivem com o HIV. Só no momento da introdução dos medicamentos antire-

trovirais é que os pacientes são encaminhados a um dos sete serviços específicos de Curitiba para tratar a doença.

Além da proximidade geográfica (muitos vão a pé para as consultas), a integralidade do atendimento é outra grande vantagem da estratégia. “Esses pacientes têm diversas necessidades de cuidado que não estão necessariamente ligadas ao HIV, como dor de dente, resfriado, depressão”, explica Raquel Cubas, coordenadora do Centro de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Carolina Santos*, diagnosticada com HIV há 10 anos, confirma o êxito da iniciativa. Ela morava em Cuiabá (MT), onde era tratada no serviço especializado. Mudou-se para

É defendida pela Organização Mundial de Saúde como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal. “É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”. Declaração de Alma-Ata, 1978.



Joel Rocha/SMCS

Para Marilene Caetano, que vive com HIV, o serviço de saúde da comunidade é uma extensão de sua própria casa

Curitiba em 2009 e no começo estranhou a ideia de ser acompanhada na atenção básica, mas hoje reconhece que assim é bem melhor. “Tenho dor de barriga, como todo mundo, e aqui é muito mais fácil me tratar, pois estou perto de casa e cuido de tudo ao mesmo tempo”, diz.

A abordagem também ajuda os pacientes a lidar com o estigma e a discriminação que ainda cercam a doença. Na sala de espera, eles dividem o mesmo espaço com pessoas que têm conjuntivite, asma ou dengue, por exemplo. “Não há rótulos. Isso aumenta a percepção de que a aids é uma doença que pode atingir a todos”, esclarece César Tilton, médico da família. Para ele, o maior desafio é vencer o preconceito. “A dificuldade do atendimento [por parte dos profissionais que não são especialistas] já foi superada”, garante.

Ana Almeida*, 28 anos, é um exemplo de paciente que não se via em risco e sofreu o preconceito na pele. Casada e saudável, em 2006 ela teve uma espécie de alergia forte na pele. Era **herpes zoster**. A enfermeira da unidade de saúde que cuidou da doença insistiu para que ela fizesse o teste de HIV, mas só na gestação Ana aceitou a oferta. Com o resultado positivo, veio a surpresa. "Fiquei em choque, minha vida parou", lembra. O marido ignorou a possibilidade de transmissão, não quis fazer o exame e a deixou. Nesse momento, o apoio dos profissionais da atenção básica foi fundamental. "Sozinha eu não conseguiria. Eles me transmitem confiança e me incentivam a lutar. Toda a equipe me fez entender que a vida continua". Hoje Ana tem um filho de três anos, que não foi infectado pelo HIV. "Estou dando a volta por cima", completa.

Por trás do êxito da iniciativa não há uma fórmula, mas uma **rede de serviços** de saúde bem estruturada, com profissionais capacitados e ações continuadas, que não são interrompidas com as trocas de governos. Ao longo dos anos, algumas estratégias foram fundamentais para que a integração desse certo: a ampliação do diagnóstico do HIV; a criação do "Protocolo de Atendimento Inicial ao Portador do HIV em Unidades Básicas de Saúde"; os treinamentos periódicos; e a utilização de prontuário eletrônico.

A expansão dos locais onde se realiza o teste de HIV foi o embrião da ação. Em dezembro de 2001, todas as unidades de saúde do município começaram a oferecer o exame para a população geral. Ao mesmo tempo, o laboratório público de Curitiba passou a trabalhar de forma mais ágil na entrega do resultado. Atualmente, o teste convencional demora, no máximo, três dias para ficar pronto.

No ano de 2002 foi a vez do lançamento pioneiro do protocolo. A ideia



Joel Rocha/SMCS

A incidência de herpes zoster entre as pessoas que têm HIV é 15 vezes maior do que na população geral.

Curitiba tem 7 mil profissionais de saúde que são servidores públicos do município. As equipes de atenção básica têm médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos de higiene bucal, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Esses grupos contam com o auxílio dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária em Saúde, compostos por farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física.

era preparar os profissionais de saúde da atenção básica para o atendimento de pacientes com HIV. A publicação tem formato de bolso, poucas páginas (apenas 36) e linguagem simples e acessível. Está alinhada às novas necessidades dos soropositivos, que exercem atividades comuns do dia a dia de qualquer cidadão e, muitas vezes, demoram anos para manifestar sinais e sintomas da aids.

Com o protocolo, as capacitações tornaram-se uma rotina tanto para os profissionais novos quanto para os anti-

Com a implantação do prontuário eletrônico, os profissionais de saúde da atenção básica e especializada conseguem acompanhar, com detalhes, a evolução do quadro clínico dos pacientes

gos, que constantemente fazem cursos de reciclagem. Para isso, foi montado o Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP), responsável pela promoção dos treinamentos. Quem ministra as aulas são os médicos e enfermeiros dos serviços especializados em aids. Eles também dão suporte para dúvidas corriqueiras dos colegas, por meio de ligações telefônicas ou por e-mail.

Uma ferramenta que agrega ainda mais valor à prática é o prontuário eletrônico. O registro único de informações facilita o atendimento. O histórico do paciente é descrito desde o primeiro atendimento, na atenção primária, e pode ser acessado pelo médico especializado, nos casos em que ocorre encaminhamento. Se a pessoa que vive com HIV continuar nos dois serviços, os procedimentos são uniformizados. "Ajuda até quando eles mudam para outro bairro. Dá segurança para o profissional e para o paciente", esclarece Raquel Cubas.

*Nomes fictícios



Cartaz da campanha “Camisinha, um direito seu”, protagonizada por mulheres beneficiadas pelo Bolsa Família

Saúde e assistência social de mãos dadas

É um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa) e extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 70 por pessoa). Integra a estratégia Fome Zero, que tem o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada e a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome. Mais informações no site www.mds.gov.br/bolsafamilia.

Uma parceria interministerial, nas áreas de saúde e assistência social, também se destaca no Brasil. Desde março de 2010, mais de 1 milhão de mulheres em situação de pobreza ou extrema pobreza têm acesso a camisinhas e informações sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. São as beneficiárias do **Bolsa Família**, principal programa social do país.

O carro-chefe da atividade é a campanha “Camisinha, um direito seu”, composta por pôsteres, cartazes, faixas, porta-preservativos e manuais – tanto para os gestores quanto para as mulheres. A ação enfatiza a importância da negociação do uso do preservativo com o parceiro e incentiva a realização do teste de HIV. Os resultados já começam a ser observados. “A gente sempre sabe como se prevenir, mas tem vergonha

de usar [a camisinha]”, explica Juraici Faustino, uma das integrantes do programa. “Meu marido não gosta, mas vou tentar de novo”, garante.

Sandra Bastos, outra beneficiária do Bolsa Família, só aprendeu sobre sexualidade e prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis depois de casada. Hoje, com quatro filhos e após participar das palestras, virou uma espécie de multiplicadora voluntária das informações. “No começo, era difícil falar sobre o assunto. Agora converso com meus filhos e sobrinhos sem medo”, diz.

Em todo o Brasil, existem cerca de 7 mil serviços de assistência social que auxiliam mulheres de baixa renda – 5,8 mil Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e 1,2 mil Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREA).



A agente comunitária Fabiane Souza faz um trabalho de porta em porta que vai muito além da conscientização sobre o uso do preservativo: a ação busca transmitir segurança e confiança para as mulheres



Célia e Júnior já conversavam sobre prevenção, mas após a visita das “Mulheres pela Vida”, decidiram testar a camisinha feminina

Mulheres unidas contra a aids

No Distrito Federal, áreas diferentes do governo e da sociedade civil aliaram-se para desenvolver o projeto “Mulheres pela Vida”. Juntas, a Secretaria de Saúde e a Federação das Mulheres Unidas de Brasília e Entorno (Femube) trabalham o resgate da autoestima, a autonomia e o cuidado com o corpo, além da prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. O ponto forte da ação é o preparo das mulheres para o diálogo com seus parceiros. “Não falamos apenas que elas têm de usar camisinha, mas também como podem conseguir isso”, conta Marisa Ramalho, presidente da Femube.

A cartilha “Quem ama cuida” incentiva a mulher a se conhecer melhor, para que se sinta segura e confiante. Além disso, dá dicas sobre a forma como o homem sente prazer na relação sexual. Há uma versão masculina do material, que também explica o comportamento

sexual feminino e estimula o respeito e o carinho entre o casal. “Se a mulher se conscientizar de que usar camisinha não é falta de confiança, mas excesso de cuidado, já teremos um grande avanço”, acredita Fabiane Souza, agente comunitária voluntária.

A abordagem é feita de casa em casa. O material de apoio é composto de um questionário sobre sexualidade e aids, cartilhas informativas e preservativos, principalmente o feminino. Cerca de mil famílias foram visitadas em São Sebastião. Entre elas, está o casal Célia Bandeira e José Júnior. Eles já costumam conversar sobre prevenção e usam esporadicamente a camisinha masculina. Depois da abordagem, decidiram testar a feminina. “Muitos casais não vão ao posto [de saúde] porque acham que a transmissão da aids só acontece com os outros”, defende Júnior. No caso deles, o cuidado com a

saúde tende a aumentar. Foi a primeira vez que agentes comunitárias os abordaram em casa para falar do tema, e a recepção foi bem positiva.

Marisa Ramalho tem uma hipótese para o bom resultado da ação. “Quando você vai até a comunidade, o sucesso tende a ser muito maior do que quando se espera que ela busque o serviço”. Lúcia Mendes, voluntária da Femube, concorda. “As pessoas têm vergonha de ir ao posto falar sobre aids, mas quando conversamos reservadamente, elas nos recebem muito bem”.

** Nome fictício*

A cidade é a terceira do Distrito Federal com maior incidência de aids.

Revelação diagnóstica para crianças: a verdade como aliada

“Um menino, uma vez, me perguntou: ‘Afinal, o que eu tenho? Um germe? Um bichinho? Ou uma bactéria?’, ao que eu respondi: ‘Você não tem nada disso. O que você tem é um vírus’. E ele replicou: ‘Ufa, que alívio! Pensei que fosse algo mais grave’”

Eliana Galano, psicóloga

João* tinha 14 anos quando confidenciou à psicóloga Eliana Galano que sabia ser portador do vírus da aids. Tratava-se de uma das primeiras consultas que a psicóloga realizava em uma criança soropositiva, no Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/Aids, de São Paulo. Aderente ao tratamento, João tomava as medicações corretamente. Questionado pela psicóloga sobre o que pretendia fazer quando crescesse, o menino chorou. “Pedi ao avô, que acompanhava o neto, que nos deixasse a sós”, lembra Eliana. Foi quando João contou à psicóloga que seria um cientista, pois havia inventado a “máquina de cura da aids”.

Na ocasião, João disse ser a primeira vez que compartilhava com alguém a sua “descoberta”. Relatou que conhecia o fato de ser portador do HIV desde os sete anos, quando, às escondidas, tentava precariamente ler as bulas de AZT e cruzava as informações obtidas com as que assistia na televisão. João afirmava que não podia conversar sobre o assunto com ninguém, nem mesmo com os avós, pois existia, na família, um pacto de segredo sobre a doença.

Durante todo o tempo em que guardou para si sua “descoberta”, João encontrou na “máquina de cura da aids” uma fantasia para aliviar seu sofrimento, sua solidão. “Foi ali, naquela consulta, que percebi a importância de redimensionar a forma como conduzíamos o atendimento em aids pediátrica, em especial no que dizia respeito ao processo de revelação diagnóstica”, afirma Eliana. “A partir daquele momento, me conscientizei sobre a importância de as crianças saberem a verdade”.

Kit Revelação Diagnóstica

O ano era 2002 e, junto com a infectopediatra Daisy Maria Machado – que à época também atuava no CRT –, Eliana criou uma metodologia para facilitar a revelação diagnóstica e responder às questões: quem, por quê, quando e como revelar o diagnóstico a uma criança com condição sorológica positiva para o HIV. Surgiu o Kit Revelação Diagnóstica.

A partir da troca de ideias com profissionais do próprio CRT – além de dicas e sugestões fornecidas por crianças e pais –, Eliana criou uma história que é contada, junto com o manuseio de brinquedos, às crianças e jovens infectados pelo HIV, a fim de tornar o processo da revelação diagnóstica mais claro e real. A metodologia é composta, ainda, por três etapas: 1) a identificação de crianças e adolescentes ou jovens com condição sorológica positiva para o HIV; 2) uma avaliação psicológica; e 3) os encaminhamentos necessários.

Um boneco ou boneca simboliza a própria criança; soldadinhos, as células de defesa do organismo (CD4); bolinhas farpadas, encontradas em chaveiros, o HIV; pequenos monstros, também peças de chaveiros, representam doenças oportunistas. Isso sem falar em um microscópio, uma seringa, caixas de



Kit Revelação Diagnóstica: os bonecos representam as crianças, os soldadinhos são as células de defesa do organismo (CD4), as bolinhas simbolizam o HIV e os monstros são as doenças oportunistas

medicamentos e outros apetrechos que ilustram o processo. “A utilização de brinquedos ajuda a fazer a revelação de uma forma mais lúdica e próxima da realidade da criança”, ensina Eliana. A criança aprende a lidar com o assunto, sem fantasias, segredos aterrorizantes ou fobias.

Segundo ela, quando o vírus ataca os soldadinhos, eles “desmaiam”. “Quero ensinar a importância da adesão - mostrando como as crianças saem fortalecidas com a ajuda dos remédios -, além da necessidade de manter uma boa qualidade de vida, como dormir bem e se alimentar corretamente”, diz. Por conta da experiência bem sucedida, o CRT criou um manual de revelação. “A ideia é replicar o assunto e capacitar mais profissionais em São Paulo”, explica. Em 2008, a psicóloga esteve na França para saber como os profissionais daquele país trabalham a questão e como a não revelação interfere na adesão ao tratamento. Resultado: o kit já foi exportado.

Doença do segredo

“Muitos profissionais de saúde e responsáveis por menores – mães, pais, avós ou quem quer que seja - acreditam que adiar o confronto com o diagnóstico é uma forma de proteger as crianças”, afirma Eliana. “Eles receiam, especialmente, que elas sofram com o isolamento social, o preconceito e o estigma”, diz, ressaltando que essa atitude ainda reflete o medo dos responsáveis de que a criança sinta o mesmo impacto que eles sentiram, quando souberam de seu próprio diagnóstico, em uma época em que a revelação era feita de forma “inadequada”.

“Boa parte deles tem muita dificuldade em revelar aos filhos a própria condição de infectados, já que isso envolve a necessidade de abordar aspectos como modo de infecção, história sexual e uso de drogas”, explica. “Costumo dizer que a aids é uma doença composta por outras duas: aquela provocada pelo próprio HIV e outra provocada pelo segredo”. A

psicóloga afirma que não se deve esconder o diagnóstico do pequeno paciente, dado que, após a revelação, a reação das crianças – e muitas vezes dos próprios pais ou responsáveis –, é de alívio pelo diálogo estabelecido e pela liberação do segredo. Eliana aponta, ainda, que o silêncio dos adultos (profissionais e responsáveis), a desconversa ou a mentira podem tomar proporções bastante assustadoras e enigmáticas no psiquismo infantil. “Certa vez, a mãe de uma menina se sentia tão culpada com a questão que começou a dizer coisas relacionadas ao perdão da filha como forma de contar a ela sobre a infecção pelo vírus”.

Nesse universo, a solidão acaba sendo a vivência mais marcante para esses jovens portadores do HIV/aids. “Por desconhecerem o mecanismo de ação da doença, as crianças atribuem-lhe significados pautados nos recursos emocionais e cognitivos de que dispõem, construindo fantasias que, em sua maioria, são deslocadas e distantes da realidade”.

De acordo com sua experiência clínica, a psicóloga relata que quadros de fobia e depressão, além da dificuldade para tomar a medicação, são alguns dos sintomas e comportamentos diretamente associados a esse segredo que não pode ser revelado.

“Houve um caso de uma criança de nove anos, por exemplo, que logo após saber do diagnóstico, disparou: ‘como posso ter aids, se não sou gay?’. Outros associam a ideia da morte como premissa. “Um menino, uma vez, me perguntou: ‘Afim, o que eu tenho? Um germe? Um bichinho? Ou uma bactéria?’, ao que eu respondi: ‘Você não tem nada disso. O que você tem é um vírus’. E ele replicou: ‘Ufa, que alívio! Pensei que fosse algo mais grave’”.

Adesão ao tratamento

Para a psicóloga, quando a criança ou o adolescente entende o que se passa em seu organismo, a tendência é colaborar mais com o tratamento. Muitas crianças, por exemplo, acham que não precisam comer durante o tratamento, porque os remédios que tomam são chamados de “vitaminas” pelos pais. “Uma das crianças a que atendi passou a se alimentar de forma adequada logo depois da revelação, engordando dois quilos em uma semana”, conta. Eliana afirma que quanto mais cedo se faz a revelação e se conta o que ocorre com a vida da criança e com o seu corpo, melhores são os resultados.

No entanto, a psicóloga admite que a questão é delicada, sendo necessário um momento certo para contar. Uma das principais características citadas como importantes pela psicóloga, por exemplo, é saber se a criança ou o adolescente consegue guardar segredo, seja ele qual for. “Se a criança não souber se preservar, pode falar com todo mundo sobre seu diagnóstico e gerar preconceito em torno de si própria”. Além de conhecer o lado psicológico de uma criança, é



Com a ajuda de brinquedos, a psicóloga utiliza fantasias infantis para explicar que a criança tem o HIV

necessário também obter o consentimento da família. “Os familiares sempre levantam outros segredos. Um exemplo disso é a questão sobre como a mãe se infectou e transmitiu o vírus para a criança, quando muitas delas nem sabem ao certo de onde vêm os bebês”, explica.

Foco nos responsáveis

Abordar o assunto de maneira simples, não fazer nenhum tipo de julgamento e procurar responder o que a criança está de fato questionando são alguns requisitos que a pediatra e infectologista Andréa Lucchesi de Carvalho acredita serem necessários para a revelação diagnóstica. Desde 2005, a médica, que atua no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR/DIP) Orestes Diniz, de Belo Horizonte, dirige um grupo chamado Família+, no âmbito do qual aborda as questões sobre a revelação, junto com os responsáveis pelo pequeno

paciente. “Trata-se de uma dinâmica desenvolvida com foco em quem cuida da criança”, explica Andréa.

Pais, mães, avós, parentes ou simplesmente os “cuidadores” dos menores se reúnem em grupo para debater e esclarecer suas dúvidas, e em conjunto descobrem o caminho mais adequado para falar com suas crianças a respeito do vírus. A dinâmica desenvolvida também chegou a gerar um manual que já foi replicado em outros municípios de Minas Gerais, como Contagem e Betim, ambos na região metropolitana de Belo Horizonte. “Toda vez que montamos um grupo, novas sugestões são utilizadas e assim o manual está sempre sendo ampliado”, explica Andréa. Tanto a psicóloga como a pediatra concordam que não existe um profissional mais indicado para fazer a revelação diagnóstica aos pequenos. “É importante apenas que essa revelação seja feita por alguém que tenha um vínculo positivo com a criança”.

Feminização da epidemia

De acordo com ambas as profissionais, apesar da queda de 36,6% no número de novos casos de aids registrados no país em crianças menores de cinco anos, entre 1998 e 2008, a chamada feminização da epidemia traz desdobramentos não menos preocupantes. Segundo dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, desde o início da epidemia até junho de 2009, 14.184 casos de aids em menores de 13 anos de idade foram registrados no Brasil, dos quais 12.209 (ou 86%) resultaram de infecção por transmissão vertical.

Transmissão vertical do HIV

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus da aids durante a gestação, o parto ou a amamentação. No entanto, a criança filha de mãe portadora do HIV tem a oportunidade de não se infectar pelo vírus. O risco de transmissão pode ser evitado com medidas eficazes, tais como: o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, o parto cesariano programado e a suspensão do aleitamento materno - substituído por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade da criança.

Toda gestante, durante o pré-natal, tem o direito de realizar o teste de HIV e deve fazê-lo. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão do vírus para o bebê. O tratamento é gratuito e está disponível no SUS. Atualmente, a taxa de transmissão vertical do HIV no Brasil pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas no país, 20 podem tornar-se soropositivas. Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode cair para menos de 1%.

* Nomes fictícios

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou o documento “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV”, em se que abordam as etapas do processo de revelação diagnóstica, a seguir:

Informação e construção do vínculo

a família conhece a equipe e recebe informações sobre o HIV, o curso da infecção e as opções terapêuticas. A equipe obtém informações sobre a constituição e o funcionamento da família, suas crenças, seus hábitos e sua relação com o serviço de saúde;

Educação e informação

inicia-se com a discussão de como relatar o resultado e em que momento isso deve ser feito. Além disso, devem ser revisadas com a família as informações sobre o vírus, o sistema imune, a importância e o significado dos exames de carga viral e CD4/CD8, além do funcionamento das medicações e dos efeitos colaterais;

Planejamento do momento mais adequado

pode ser escolhido de várias formas, como por ocasião de alteração do estado de saúde, troca de medicação ou hospitalização. Muitas vezes, isso acontece por pressão da própria criança ou do adolescente;

A revelação propriamente dita

pode ser feita pelo familiar, pela equipe ou por ambos, durante uma consulta. Quando a revelação for realizada em casa, o familiar deve ser preparado

para as possíveis reações, inclusive a de ouvir da criança ou adolescente que ele já sabia e que, portanto, o diagnóstico foi simplesmente explicitado;

Acompanhamento pós-revelação

a equipe precisa monitorar o impacto dessa informação. A família deve observar e relatar o comportamento da criança e do adolescente nos dias subsequentes. As reações podem ser de raiva, medo, tristeza, ansiedade e alívio, entre outras. Assim como nos adultos, o processo de aceitação pode levar algum tempo e este pode ser maior nas crianças ou adolescentes que nunca adoeceram. Discutir o resultado dos exames e responder a todas as perguntas claramente costuma ajudar no processo de compreensão e aceitação do diagnóstico. A confidencialidade da condição de infectado pelo HIV deve ser assegurada em todas as esferas de convivência da criança e do adolescente. Dessa forma, a revelação do diagnóstico no contexto da escola deve se dar apenas quando houver benefício para a criança e o adolescente vivendo com HIV.

A maratona da adesão

“Temos que dar atenção ao paciente. Não é só dizer ‘tome esse e esse medicamento’ e mandá-lo para casa. A aids é uma doença complexa, que exige uma interação maior e mais humana com o paciente”

Fábio Moreira, farmacêutico

Entre os profissionais atuantes nos serviços que buscam melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com aids, a principal preocupação é encontrar formas inovadoras de promover a adesão ao tratamento.

Para vencer o desafio da adesão, a Farmácia Especializada do Programa Municipal de DST e Aids de Contagem (MG) – ligada à Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) – lançou mão da criatividade para implementar programas diferenciados. Lá, jogos e brincadeiras estimulam os pacientes a serem perseverantes.

Há cinco anos, a UDM realiza o projeto Maratona do Conhecimento, que incentiva os pacientes, por meio de uma competição saudável, a conhecer o tratamento a que se submetem e a doença que tentam diuturnamente derrotar. Idealizada pela farmacêutica Renata Macedo, a atividade consiste em encontros mensais que avaliam o grau de engajamento entre o paciente e todas as questões relacionadas à aids. “O projeto ajuda a mostrar que o paciente tem a responsabilidade sobre o próprio tratamen-

to e saúde”, afirma o responsável pela unidade, o farmacêutico Fábio Moreira.

A Maratona utiliza brincadeiras como a amarelinha e jogos de memória e de tabuleiro (como o Ludo, só que em tamanho gigante). Para progredir nos jogos e acumular pontos, o paciente precisa acertar questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), acesso ao tratamento, nome dos antirretrovirais que utiliza, histórico da epidemia, objetivos da terapia, ação do HIV sobre as células de defesa CD4, atenção ao tratamento e infecções oportunistas, além da importância de se alimentar bem e realizar atividades físicas.

Grupos de início

Antes de começar a tomar os medicamentos, os pacientes de Contagem participam de uma palestra introdutória para entender melhor o compromisso que devem assumir com a própria saúde e qualidade de vida.

Os chamados Grupos de Início, ação criada em 2007, abordam temas como a estrutura do SUS, os horários de funcionamento e a equipe da UDM, o programa

brasileiro de combate à aids, além de questões ligadas ao uso do coquetel ou por que não pode haver falhas no tratamento. Também checam se o soropositivo precisa de acompanhamento de psicólogo ou assistente social para um suporte humanizado ao tratamento. “Temos que dar atenção ao paciente. Não é só dizer ‘tome esse e esse medicamento’ e mandá-lo para casa. A aids é uma doença complexa, que exige uma interação maior e mais humana com o paciente”, destaca Fábio Moreira.

Durante a palestra, são utilizados cartões que representam o HIV e os anticorpos CD4. O palestrante explica como o vírus ataca as células de defesa do organismo e de que forma o coquetel impede o aumento da taxa viral. “O material é simples, mas o paciente passa a ter uma boa noção do que acontece no próprio organismo”, ressalta Moreira.

Para o farmacêutico, também é necessário realizar uma abordagem ampla e desmitificar tabus quando o assunto em questão são os efeitos colaterais dos medicamentos. “Dentre as reações adversas, não cai dente ou cabelo. O paciente ainda confunde muito esse tipo de coisa. Também indicamos o que fazer se ele se esquecer de tomar o medicamento ou vomitá-lo logo após a ingestão”, conta.

É preciso muita disciplina quando aparecem as reações adversas. A adesão consciente ao tratamento é fator preponderante para que se consiga uma resposta terapêutica adequada. Mas é na fase de manutenção que está o maior desafio a ser superado: a desistência.

O princípio que embasa grande parte das iniciativas de adesão é o da educação de pares. Nesses processos educativos, os atores envolvidos – facilitadores e participantes – têm um ponto em comum: vivem com o HIV/aids. Isso favorece a empatia, a compreensão e a abordagem de questões vivenciadas por pessoas que possuem a mesma condição clínica.

Jogos e brincadeiras ajudam os pacientes a entender os efeitos colaterais dos antirretrovirais e mostram a importância da adesão para a garantia da qualidade de vida



Miguel da Silva* vive com aids há quatro anos. Desde que começou o tratamento, ele participa dos Grupos de Início para contar a história de sua vida com a infecção. O objetivo é servir de exemplo para os novos pacientes e incentivá-los a se manter em tratamento. “Do dia em que descobri que vivia com o vírus até o dia que comecei o tratamento passou-se pouco mais de um mês. Meu psicológico ficou tão abalado que em curto espaço de tempo desenvolvi a aids. Foi um baque para mim”, relembra.

Ele conta ter tomado um medicamento que, durante dois anos, provocou alucinações, enjoos e diarreia. Mas em momento algum suspendeu a medicação ou atrasou o horário das doses. O médico que o acompanhava receitou alguns remédios para minimizar as reações. “Era importantíssimo manter os antirretrovirais. Hoje, estou habituado aos medicamentos e minha contagem viral é indetectável desde o primeiro exame após o início da terapia. Por pior que o tratamento seja no começo, é preciso mantê-lo. É preciso persistência! Vale a pena”, aconselha.

Criatividade é a chave

Aos 58 anos, Clara Marques* vai de segunda a quinta-feira ao Instituto Vida Nova, de São Paulo. Servidora pública aposentada, ela descobriu que tinha o HIV em 1995. Onze anos depois, ingressou na primeira turma do Projeto Malhação Vida Nova. Essa rotina é sua principal aliada no combate à lipodistrofia. A dedicação é o segredo para que a disfunção não afete a autoestima.

“Tem pessoas que ficam um mês e dizem: ‘não tive resultado’. A mudança vem com o tempo e a dedicação à atividade física. Fui começar a notar os primeiros resultados depois de seis meses”, ensina.

Estima-se que esse efeito adverso do uso de antirretrovirais afete metade dos pacientes com aids. A lipodistrofia implica alteração na distribuição da gordura corporal, com acúmulo de gordura na região central do corpo (tronco, abdômen, mamas, pescoço) e perda de gordura nas extremidades (face, braços, pernas, nádegas). O preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA) está disponível no SUS. Desde 2008, cirurgias reparadoras integram algumas unidades de serviços do SUS para portadores de lipodistrofia.

E o ganho não é apenas para a saúde. Frequentar o instituto é uma forma de se socializar e estabelecer laços afetivos.

Ela conta que lá são criadas amizades que extrapolam os muros do Vida Nova. As pessoas realizam atividades além do Instituto, vão juntas ao cinema, ao baile. “Criamos uma vida social fora daqui. Isso ajuda a acabar com o receio do convívio social com outras pessoas, com o medo do preconceito”, enfatiza.

Foi pensando na qualidade de vida de pessoas como Clara que o Instituto idealizou o Projeto Malhação Vida Nova. Criado há quatro anos, com o apoio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, o projeto atende a oitenta pessoas que vivem com aids. Mais de 300 alunos já passaram pela academia.

“O projeto, além de amenizar os efeitos da disfunção, resgata a autoestima das pessoas. E o mais importante: elas passam a ter uma vida social mais ativa, mais humanizada, longe dos preconceitos que a aids traz. Isso corrobora muito o tratamento”, destaca o diretor de projetos e fundador do Instituto, Américo Nunes.

As atividades são realizadas em grupos, duas vezes por semana, às segun-

das e quartas-feiras ou às terças e quintas-feiras. Cada aula tem a duração de uma hora e meia. O trabalho desenvolvido visa atenuar os efeitos do coquetel antirretroviral. Cada paciente tem um programa individualizado de exercícios para trabalhar as áreas acometidas pela lipodistrofia.

O primeiro contato acontece em uma sala de atendimento, onde os educadores físicos fazem a avaliação dos alunos-pacientes e conhecem seus históricos clínicos. “Os alunos só podem realizar a atividade física se estiverem com os exames de CD4 e carga viral em dia. O paciente tem que trazer as informações de três em três meses. Já no primeiro exame pós-academia identificamos um aumento muito considerável no nível de CD4”, revela o educador físico Caio Dervage.

De acordo com dados do Instituto Vida Nova, a cada 10 pacientes que chegam ao projeto, um sabe de fato o que é lipodistrofia, dois apenas ouviram falar a respeito e sete não sabem nada. Por isso o primeiro contato é tão importante. A lipodistrofia é uma das questões que mais prejudicam a manutenção da adesão. Esse efeito adverso reduz a autoestima dos pacientes, empurrando-os para a suspensão do tratamento.

O terapeuta holístico Geraldo Cândido, de 42 anos, que vive com o HIV desde 2006, diz que o projeto ajuda na adesão ao tratamento. Segundo ele, a atividade tira o medo da lipodistrofia e facilita a adaptação ao coquetel. “Estou há um ano e meio na academia e não deixo de vir um único dia. O exercício vicia. De fato, é uma vida nova”, brinca, parafraseando o nome da organização. “É bom para o corpo e para a mente. Queremos estar aqui, vendo cada um superando as próprias dificuldades”, solidariza-se. Segundo ele, é do ser humano ter dias em que não se está bem. “Quando não estamos bem, chegamos aqui e tudo muda. Saímos com um sorriso no rosto, com o espírito leve.

O lugar é alegre, com astral bom. É igual a Viagra, em dez minutinhos tudo está de pé, tudo está bom”, diz, entre risos.

Ampliação dos serviços

Segundo Américo Nunes, o avanço do projeto, a observação dos educadores e as sugestões dos alunos revelaram a necessidade de ampliação das atividades ofertadas no Malhação Vida Nova. O primeiro passo foi aumentar o espaço físico disponível para a academia. Com isso, aumentou também o número de vagas. Depois, mais atividades foram agregadas ao projeto. “Sentimos a necessidade de incorporar outros profissionais. Hoje, temos três educadores físicos, um fisioterapeuta, um acupunturista e um terapeuta de **reiki**”, destaca Nunes.

A academia recebe pessoas que vivem com HIV provenientes das cinco regiões da capital paulista. Há pacientes que gastam cinco horas para chegar ao Instituto Vida Nova para fazer uma hora e meia de atividade física. Com a ampliação dos serviços, também passaram a ser atendidos pacientes que sofreram de toxoplasmose. “Ficamos impressionados com algumas pessoas que acolhem. A acupuntura, por exemplo, ajuda na recuperação dos movimentos. Temos pacientes que chegaram sem conseguir mexer sequer as mãos. A toxoplasmose os deixou paralisados”, relembra o assistente de projetos da organização, Celso Vitor dos Santos. Segundo ele, se os pacientes tivessem ficado em casa, poderiam estar da mesma forma como chegaram ao Instituto, ou pior. “Hoje, eles têm a coordenação motora praticamente normalizada”, comemora.

Graças à atividade física, os pacientes conquistam um sono e uma vida sexual melhores, além da estabilização da lipodistrofia. Os resultados são ainda mais significativos para quem ainda não manifesta a disfunção. “As atividades



Clara Marques* e Geraldo Cândido são alunos do projeto Malhação Vida Nova. Os exercícios tiram o medo da lipodistrofia e ajudam no processo de adaptação ao tratamento antiaids

Terapia baseada na canalização da energia universal por meio da imposição de mãos, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio energético vital de quem a recebe. Assim, restaura-se o estado de equilíbrio natural – seja ele emocional, físico ou espiritual –, o que pode eliminar doenças e promover saúde.

melhoram a adesão aos medicamentos, a nutrição. É uma mudança de hábitos. Cria-se uma relação continuada: o que se come, o que se bebe, o horário em que se vai dormir...”, finaliza Santos.

Visando complementar as atividades do projeto e mostrar para a juventude que é possível viver e conviver com a aids, o Instituto firmou parceria com o curso de Ciência da Educação Física da Universidade de São Paulo (USP) para abrir vagas de estágio na academia. Em quatro anos, mais de dez estudantes passaram pela entidade. Alguns deles retornaram ao Vida Nova como voluntários.

“Existe um imaginário popular sobre o HIV que não condiz com a realidade da doença. Às vezes não é o preconceito, é a falta de informação que cria barreiras. Esses jovens estudantes têm a oportunidade de conhecer pessoas que vivem com o HIV e enxergar que elas vivem como qualquer outra pessoa”, destaca o coordenador de Projetos do Vida Nova, Américo Nunes. Para ele, amanhã, esses mesmos jovens estarão na sala de aula com os colegas, ou nas academias e escolas como professores, passando essa experiência adiante. “Eles poderão nos ajudar a acabar com o preconceito social contra as pessoas que vivem com o HIV”, comemora.

Atenção às populações vulneráveis

A vida noturna na região central de Porto Alegre (RS) não foge à regra de toda cidade grande. A noite é povoada por profissionais do sexo e pessoas que vivem à margem da sociedade. A diferença está em uma casa antiga no meio da agitação notívaga. Por trás da fachada original preservada, funciona uma estrutura moderna de atendimento que assiste a travestis, prostitutas, usuários de drogas e moradores de rua vivendo com HIV e aids.

A estrutura, organizada como um hospital-dia – onde os pacientes realizam diversos procedimentos médicos sem necessidade de internação –, é da Pastoral da Aids, organização ligada à Igreja Católica. Sob o comando da Pastoral há mais de dez anos, o Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV, conhecido como Casa Fonte Colombo, investe na autoafirmação das pessoas com HIV e aids.

Nesse ambiente, que reproduz o aconchego de um lar, a população vulnerável conta, logo na entrada, com consultório médico e psicológico, além de sala de



Cada aula tem duração de uma hora e meia e acontece duas vezes por semana, com exercícios aeróbicos e de musculação

massagem e banheiros com ducha para banho. Um jardim interno serve como ponto de espera para os atendimentos. O acolhimento não para por aí. Atravessando a área que serve também como local de descanso e repouso, chega-se ao refeitório. Ali, nos fundos do lote, é oferecido um cardápio balanceado para reforçar o organismo e ajudar a manter alta a imunidade de quem enfrenta a doença.

O serviço acolhe pessoas que vivem com HIV e aids, principalmente a população de baixa renda ou que vive em situação de risco. No espaço, essas pessoas têm oportunidade de acesso a medidas de prevenção, assistência e reinserção social, e aqueles que aderem aos atendimentos e tratamento acabam melhorando o próprio estado de saúde. “Estamos aqui para ajudar a quem quer viver”, observa frei Luiz Carlos Lunardi, da Pastoral da Aids. O religioso ressalta que, para usufruir da assistência, o paciente precisa manter a adesão ao medicamento e adotar a rotina de exames e consultas oferecidas no local. “Aqui não tem lugar para

Medicamentos +



quem não cuida da saúde”, conclui ele.

Por meio do resgate da dignidade da pessoa humana, a Pastoral da Aids contribui para diminuir a discriminação e o preconceito gerados pela exclusão social. Cerca de 1,5 mil famílias já passaram pela Pastoral, que tem como “garota propaganda” a menina Mariana. Nascida em 1999, a pré-adolescente é filha de uma das primeiras usuárias da casa, cujos exames apresentaram resultado negativo em 2001. Atualmente, 560 pessoas frequentam a instituição.

A Fonte Colombo, como é conhecida a casa por seus frequentadores, é bancada pela Província dos Frades Menores Capuchinhos do Rio Grande do Sul e vive também do voluntariado de profissionais de diversas áreas. O projeto tem parceria com o Ministério da Saúde e a rede de saúde e assistência social do estado e de Porto Alegre, além do apoio das organizações da sociedade civil. A iniciativa é um exemplo das diversas contribuições Brasil afora para o controle da epidemia no país.

** Nomes fictícios*

A aposta brasileira na produção nacional de testes e medicamentos para a aids

Entrevista/Zich Moysés

Engenheiro químico, com formação na área industrial e há 30 anos acompanhando de perto o meio farmacêutico, depois de haver passado pelos setores de agrotóxicos, petroquímico e de plásticos. Por trás do sisudo perfil de especialista, a sensibilidade de homem formado também em Letras. O paulista de 53 anos fala com sotaque e gíngua adquiridos no tempo de universitário no Rio de Janeiro e durante o casamento com uma carioca. Diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde há pouco mais de dois anos, Zich Moysés Júnior sintetiza o que o deixa tão à vontade para falar de um assunto que envolve cifras de milhões: “É o que eu gosto de fazer”.

A opção pelo complexo mundo industrial não o intimida. A defesa da produção nacional de testes e medicamentos para a aids se traduz na agilidade das respostas na ponta da língua. Às vezes, ele começa a responder antes mesmo da pergunta concluída. “É uma política não só de saúde para a população, mas de criar riqueza por meio da Saúde”, ressalta. Zich sabe em que está apostando. Do R\$ 1,1 bilhão do

orçamento para a aids no Brasil em 2010, aproximadamente 70% são para compra de medicamento. Acreditar, investir e aperfeiçoar o setor farmacêutico nacional são formas de garantir o abastecimento do país. “O preço do dólar, hoje, está em uma situação confortável, a R\$ 1,80. Mas se a moeda estrangeira dobra de preço, importar implica duplicar o custo e o risco de diminuir o acesso”, argumenta.

O investimento em aids alinha-se com a política de desenvolvimento produtivo do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Zich lembra que, em 2010, o número de medicamentos que o Brasil vai deixar de importar chegará a um total de 21 remédios, o que gera uma economia de R\$ 170 milhões ao ano para o governo federal. A compra desses remédios custa, em média, R\$ 850 milhões ao ano. Sem deixar o bom humor de lado, ele explica a dedicação e o trabalho articulado que realiza com a área de aids, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), mesmo sendo de outro setor do Ministério da Saúde: “Trabalho mais para a SVS do que para a Ciência e Tecnologia”, conclui, brincando. A seguir, Zich dá um panorama da produção nacional de teste rápido e medicamentos antirretrovirais.

Resposta+: O Brasil está produzindo testes e medicamentos para aids...

Zich: Trabalhamos de duas maneiras: diretamente, com produção pública, e com parceria privado-pública. Além disso, às vezes, negociamos diretamente com os próprios detentores estrangeiros de produtos patenteados.

Resposta+: Vale a pena trabalhar com uma área farmacêutica tão complexa e cara?

Zich: O que é forte, hoje em dia, é nossa capacidade de gerar mercado. Além de oferecer tratamento para os doentes, estamos aproveitando para garantir esse processo em longo prazo. Olhando para a realidade do mercado, o preço do dólar hoje está em uma situação confortável, a R\$ 1,80. Mas se a moeda estrangeira dobra de preço, importar implica duplicar o custo e o risco de diminuir o acesso. Nesse sentido, a produção nacional pode ser traduzida como garantia. Nossa ideia é uma autosuficiência em produtos estratégicos.

Resposta+: O quanto esse investimento se reverte em saúde?

Zich: Estamos substituindo, em importação, mais de R\$ 300 milhões. Esse valor representa o que baixamos em preço [nas negociações]. Se considerássemos os preços de quando os produtos eram importados, esse montante seria bem mais alto. Só com o tenofovir gastávamos R\$ 70 milhões, e o efavirenz era um mercado de mais de R\$ 100 milhões. O ritonavir e o entecavir [para hepatites] são da ordem de cerca de R\$ 15 milhões. Os testes nos quais investimos também chegam perto dos R\$ 30 milhões. Os produtos para a aids geram uma economia de 25%, sem considerar o efavirenz e o teste rápido. Quando se economiza de um lado, é possível investir em outros produtos.

Resposta+: A compra centralizada possibilita a redução de preços. É mais simples do que investir em produção nacional, não?

Zich: [A compra centralizada] dá ao Estado um poder de compra muito forte. O poder de compra é um indutor fundamental para a produção nacional. Os produtos que estamos fabricando irão criar uma competição nesse mercado. Isso não é invenção brasileira. Os Estados Unidos, a China e a Europa utilizam essa estratégia.

Resposta+: E por que não começamos antes?

Zich: Com a abertura econômica [anos 1990], tivemos uma forte desaceleração da indústria farmacêutica brasileira e começamos a importar muito. Criou-se um ambiente em que houve queda da produção nacional e perdeu-se a competitividade externa. Os preços subiram três vezes.

Resposta+: Mas tínhamos condições de competir?

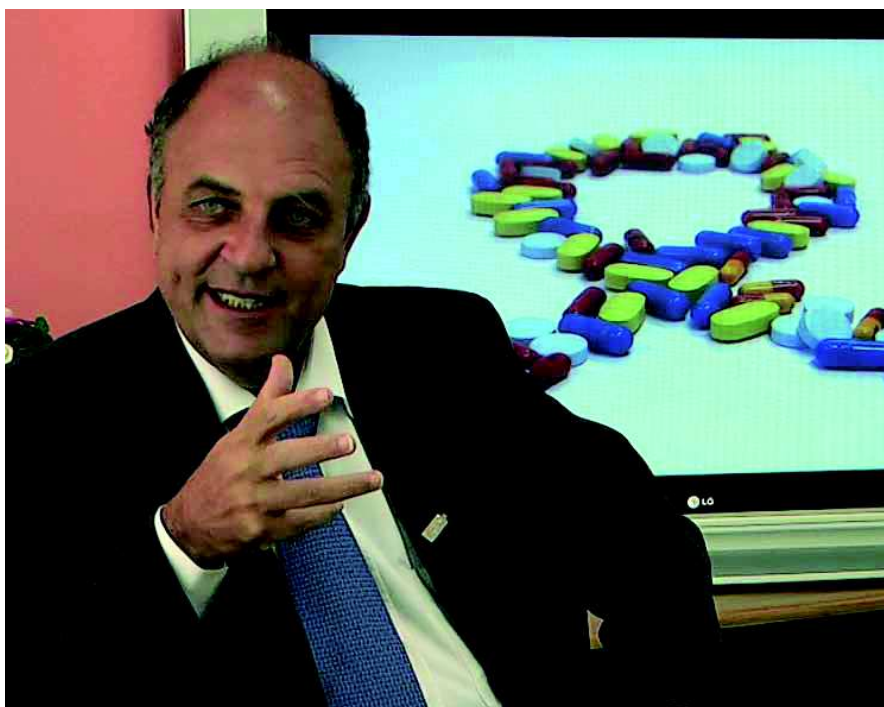
Zich: Em 1990, importávamos 14 milhões de medicamentos prontos. Hoje importamos 3 bilhões. Poderíamos estar fabricando esse montante aqui. É essa política de desenvolvimento produtivo que o ministro Temporão colocou no Programa Mais Saúde. É uma política não só de saúde para a população, mas de criar riqueza por meio da Saúde. O poder de compra do Estado é muito forte e é possível induzir muita produção aqui com preço competitivo. Essa é a ideia com que estamos trabalhando. Somente nos laboratórios públicos investimos em torno de R\$ 450 milhões.

Resposta+: Então é a expansão de uma política de desenvolvimento produtivo voltada para laboratórios públicos...

Zich: A ideia é aumentar a capacidade de competitividade do setor. Apesar de todas as nossas compras serem de laboratório público, há muita parceria [com o setor privado]. Com essas parcerias, podemos conseguir uma resposta adequada para o país. Além disso, ocupa-se a ociosidade dos laboratórios públicos com maior valor agregado. Isso é comum na indústria farmacêutica mundial. É a capacidade de se fazer uma política produtiva amarrada com a política de saúde.

Resposta+: O processo de produção de teste rápido para aids é 100% nacional...

Zich: São testes para várias análises de sangue, não só para a aids. Na verdade, a aids é exemplo para outras áreas. Alguns testes têm uma série de exames realizados a partir de uma única amostra colhida. Existem processos que permitem analisar até cinco doenças ao mesmo tempo, mediante reações químicas. Para o teste rápido, ainda compramos algumas matérias primas, mas estamos nacionalizando essa tecnologia.



Resposta+: Por que investir em teste rápido?

Zich: Você prefere descobrir se está doente cinco dias depois do exame, ou no mesmo dia? A demora no resultado impacta o início do tratamento. O teste rápido é fundamental porque vai ocasionar melhor atendimento. Tratando antes, interna-se menos. Isso é fundamental para todo o sistema de saúde. É muito importante do ponto de vista sanitário e econômico. Além disso, o grau de confiabilidade dos testes é alto. O teste rápido, por exemplo, tem mais de 95% de acerto. É válido lembrar que não existe teste com garantia de 100%. Acho que essa é a área em que vamos crescer mais.

Resposta+: E comparado ao mercado internacional, o produto genuinamente brasileiro é confiável?

Zich: A questão do preconceito contra produto nacional para a saúde está superada, porque qualquer produto dessa área precisa passar pela Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] para ser comercializado e chegar à ponta [ao usuário]. Ou seja, precisa de todas as garantias de produção, e mais, boas práticas de fabricação de matéria prima produzida aqui. A decisão final não é política.

Resposta+: E o produto importado?

Zich: Nós já tivemos um problema muito grave com matérias primas importadas porque o controle de qualidade não funcionava e não se conseguia entregar o produto finalizado aqui. Isso aconteceu em 2005 com matéria prima importada e afetou o abastecimento nacional.

Resposta+: O que é prioridade da aids, nessa política de desenvolvimento produtivo?

Zich: Estamos viabilizando os produtos de maior valor agregado da aids. São produtos que precisam contar com segurança de abastecimento. Não podemos depender de abastecimento exterior. Nesse sentido, estamos investindo recursos da ordem de R\$ 45 milhões para a verticalização de produtos da aids.

Resposta+: Verticalização?

Zich: Isso significa realizar todo o processo de produção aqui no Brasil. É o desenvolvimento tecnológico desde a primeira etapa até o final, passo a passo. Trata-se de produtos químicos que passam por até 12 etapas de reação.

Resposta+: A política de aids brasileira é tida como modelo. O conceito vale também para a área de produção de medicamentos e testes?

Zich: Na questão da aids, eu fico impressionado nos congressos e eventos do setor farmacêutico de que participo. Os industriais que fazem parte das representações de outros países nos perguntam sobre o mercado e outros setores, como o governo. Perguntam sobre a política em si, como conseguimos baixar preços, como fazemos para atender a toda a demanda, como é a produção de camisinhas, o controle de qualidade... Tudo isso é um trabalho de desenvolvimento tecnológico, análise técnica, produção e, conseqüentemente, riqueza. Essa política chegou para ficar e está servindo de exemplo para outras áreas da Saúde.

Parceria com a sociedade civil: Modelo para o enfrentamento da

“Tentarei influenciar os legisladores do meu país com a experiência que vi aqui”

Henry Mulenga, especialista na área de saúde no governo da Zâmbia

Caribe e África. Duas regiões do mundo geograficamente opostas encontram, no Brasil, um ponto em comum quando o assunto é aids: a busca de soluções e oportunidades para enfrentar a epidemia. Foi nesse sentido que em 2010, no estado do Pará, representantes de governos e da sociedade civil de países africanos se reuniram para conhecer como se dá a atuação conjunta dos dois setores no Brasil. Com esse intuito, participaram do encontro “Fortalecimento da parceria entre governo e sociedade civil na luta contra a aids”. À frente da cooperação, o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT), por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, mostrou experiências exitosas em Belém. Na capital paraense, a Secretaria de Estado de Saúde Pública leva atendimento a populações em situação de vulnerabilidade e promove uma melhor resposta à doença por meio da credibilidade de instituições sociais da periferia da cidade junto a profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e gays.

Os trabalhos são desenvolvidos por associações de bairro, grupos afro-reli-

giosos, de prostitutas e de defesa das mulheres. Nesses locais, os visitantes estrangeiros conheceram diferentes formas de abordagem de direitos humanos, *advocacy* e participação social. Os participantes da oficina do CICT concluíram que inserir esses públicos no atendimento de saúde, principalmente a população de baixa renda, é o desafio comum a todos os países para os próximos anos. “Tentarei influenciar os legisladores do meu país com a experiência que vi aqui”, destacou Henry Mulenga, especialista na área de saúde que trabalha para o governo da Zâmbia. Henry conta que, diferentemente do Brasil, é difícil lidar com prevenção junto a esses públicos na Zâmbia, tendo em vista que, no país africano, prostituição e homossexualidade são considerados crimes, além de a intolerância religiosa ser forte.

Desafios da lei

O representante do governo do Quênia no encontro, Sobbie Mulindi, também destacou as dificuldades de avanço na legislação do seu país. Ele acredita que o maior desafio do Quênia será conseguir superar a ilegalidade imputada a esses segmentos popula-

cionais. “Criminalizar (profissionais do sexo e homossexuais) não resolve o problema da aids”, lamentou. Segundo Mulindi, mesmo os avanços precisam de adequações para evitar o aumento da infecção pelo HIV. “No Quênia, a mãe que tem o vírus da aids é obrigada a amamentar”, observou. Outro ponto a melhorar é a atenção à população carcerária. “Adotamos o direito dos presos à visita íntima, mas não há investimento na proteção com o preservativo”, concluiu. De acordo com Mulindi, isso tem feito aumentar os casos de infecções nos presídios.

O Brasil também precisa progredir em termos de legislação. A conclusão é de Lourdes Bandeira, profissional do sexo e coordenadora do Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará (Gempac), sediado na periferia de Belém. O Gempac foi uma das ONG visitadas pelos africanos e caribenhos. “A prostituta brasileira ainda luta por respeito e legalização da profissão no Brasil”, explicou. O Gempac tem o papel de formar multiplicadores de informações por meio do trabalho com as prostitutas, além de oferecer atividades de capacitação para geração de renda, como cursos de corte e costura, con-



Fotos: José Pantoja

Representantes da Zâmbia e do Quênia visitam unidade de saúde da cidade de Belém



Delegações africanas conhecem Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará

Estrangeiros participam de seminário de cooperação no Brasil



fecção de bolsas, serigrafia e atividades artísticas e culturais, a exemplo de dança e teatro. Na área de prevenção, com apoio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Itinerante e da Secretaria de Saúde do Pará, o Gempac distribui preservativos e oferece o teste rápido de HIV. “Também atuamos no combate ao tráfico de seres humanos e à exploração sexual de crianças e adolescentes”, acrescentou. O grupo existe há 20 anos e por lá já passaram mais de 10 mil associadas.

Em outro bairro de baixa renda de Belém, a advogada Juliette Bynoe-Sutherland, do Caribe, observou como os grupos religiosos podem ter um papel importante na adesão ao tratamento nos países do Caribe e da África, ao ver o ônibus de teste itinerante de aids funcionando em frente à Associação Afro-Religiosa e Cultural Aciyomi. “É

um caminho de aproximação que deruba barreiras e traz os moradores do bairro para o tratamento. É isso que buscamos”, destacou. Coordenadora da Aciyomi, a mãe de santo Nalva de Oxum lembrou que trazer o serviço de saúde para dentro do bairro e promover prevenção junto à comunidade é fruto de anos de investimento. “Hoje as pessoas fazem fila para o teste de aids, mas para ganhar a confiança delas tivemos que começar pequeno”, ensinou. Mãe Nalva lembra que uma das estratégias de aproximação que a associação usou para chegar aos moradores do local foi oferecer-lhes lanches e ouvir as suas histórias de labuta. “São pessoas marcadas pela violência e desamparo. Aqui elas encontraram conforto e apoio e dessa forma conseguimos fazer com que assimilassem as medidas de prevenção”, afirmou.

Parceria

A experiência do Pará é apenas um dos retratos da contribuição do terceiro setor para a política brasileira de aids. A referência do Brasil na atuação compartilhada da sociedade civil com o governo se deve a mais de 20 anos de trabalho articulado no enfrentamento da aids no país. A experiência brasileira mostra que, para superar o HIV e a aids, é preciso também dar atenção à violação de direitos humanos de quem vive à margem da sociedade. “Sem esse reconhecimento, fica difícil termos representantes desses segmentos que nos ajudem no controle da epidemia”, avaliou Mulindi. A partir da realidade brasileira, representantes de Botsuana, do Quênia, da Tanzânia e da Zâmbia, na África, além de integrantes de governo e sociedade civil da Guiana Inglesa e do Caribe, comprometeram-se a por no papel estratégias e ações de promoção do acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids semelhantes às adotadas pelo Brasil. A intenção é levar aos respectivos governantes sugestões de políticas que possam contribuir para frear a epidemia e garantir qualidade de vida e respeito aos direitos humanos de pessoas vivendo com HIV/aids em seus países.

O Brasil no mundo

No cenário da política internacional de enfrentamento à aids, o Brasil desempenha um papel estratégico. Nas Nações Unidas, lidera discussões relacionadas à epidemia no âmbito da saúde global. Por meio de cooperação técnica, partilha experiências com outros países, colaborando para a promoção de políticas para o setor.

O modelo brasileiro de enfrentamento da epidemia é cada vez mais procurado por países com sistemas mais novos de combate à doença. De monitoramento e avaliação à garantia de direitos e estratégias de informação, atualmente, o Brasil transmite conhecimento a mais de 23 países na América Latina, Ásia e, principalmente, África.

Ao vivenciar diferentes realidades fora do país, o Brasil aprende a superar as barreiras e vulnerabilidades dos cidadãos, da sociedade e de instituições de saúde brasileiras. O intercâmbio contribui para mostrar que as ações do Ministério da Saúde em prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids estão no caminho certo e ajuda no aprimoramento da garantia do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais (ARV). Veja no mapa-mundi alguns exemplos de cooperação brasileira.

 **Bolívia**

 **Paraguai**

 **Cabo Verde**

 **Guiné Bissau**

 **Burkina Fasso**

 **São Tomé e Príncipe**

AMÉRICA LATINA

PARAGUAI, ARGENTINA, CHILE, PERU E URUGUAI

Na América Latina, a harmonização de políticas públicas para a prevenção do HIV/aids no ambiente escolar foi um dos temas que, com base na experiência brasileira do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), levou ao desenvolvimento da proposta na área educacional com o Paraguai, Argentina, Chile, Peru e Uruguai.

ÁFRICA

CABO VERDE E GUINÉ BISSAU

Na África, os profissionais de saúde de Cabo Verde receberam treinamento do Brasil em prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho) da sífilis e do HIV. O país também foi capacitado na implementação de vigilância epidemiológica. Na Guiné Bissau, dez profissionais da área administrativo-financeira foram treinados em sistema de medição de gastos em saúde pública. A iniciativa se deu por meio do fortalecimento da Cooperação Sul-Sul da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

- ▶ **3,5 mil** pacientes africanos são tratados com antirretrovirais doados pelo Brasil
- ▶ **4 países** recebem doações desses medicamentos brasileiros: São Tomé e Príncipe, Burkina Fasso, Guiné Bissau e Cabo Verde
- ▶ **7 antirretrovirais** em 11 apresentações farmacêuticas são disponibilizados para os países da África
- ▶ **R\$ 4,5 milhões** (cerca de US\$ 2,4 milhões) é o montante do investimento direto do Brasil em tratamento para o continente africano

ÁSIA

CHINA

Nas missões a países da Ásia foi apresentada a experiência brasileira de articulação com a sociedade civil para o desenvolvimento de projetos, principalmente junto às pessoas que vivem em situação de risco, como profissionais do sexo e usuários de drogas. Uma delegação composta por oito representantes da China veio ao Brasil, em 2009, para visitar instituições de apoio a pessoas que vivem com o vírus da aids ou estão em tratamento em São Paulo. Do Brasil, os chineses levaram o modelo de atuação das organizações não governamentais, estrutura a ser pensada como forma de articulação dentro da realidade da política governamental do país.



Timor Leste



Atualmente, o Brasil envia medicamentos ARV de primeira linha produzidos por laboratórios brasileiros para sete países.

Prevenção de uma forma especial



Mariana, Thiago, Ana Paula e Cláudio participam do Projeto Pipa

“O Pipa abriu minha cabeça.
Fiquei mais esperta, mais mulher”

Ana Paula, 25 anos, portadora da Síndrome de Down



O Projeto Pipa (Programa Interno de Prevenção e Assistência à Aids) nasceu do anseio de duas psicólogas, em 2005. Elas queriam levar informações sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis às pessoas com deficiência intelectual. O tema ainda era um **tabu**. Cinco anos depois, a iniciativa virou referência na área. “As instituições não sabiam por onde começar. Descobrimos que a questão não é o material utilizado, mas a abordagem”, conta Lilian Galvão, uma das criadoras do Pipa.

As histórias de Thiago Rodrigues, Ana Paula Dias, Cláudio Arruda e Mariana Amato, todos com **Síndrome de Down**, atestam o êxito da experiência. Eles e mais outros 14 jovens, junto com 10 famílias, fizeram parte do projeto-piloto, que teve duração de cinco meses. Antes do Pipa, o grupo já tinha informações sobre camisinha e prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, a forma como aprenderam a respeito no projeto foi diferente. As discussões não giravam apenas em torno desses temas. Iam mais além: abordavam questões de afetividade, sexualidade, como funciona o corpo do homem e da mulher, relacionamentos e até projetos de vida. A utilização de ilustrações e bonecos também fez toda a diferença. “O Pipa abriu minha cabeça. Fiquei mais esperta, mais mulher”, conta Ana Paula, 25 anos.

Essa abordagem foi ao encontro da realidade de grande parte das pessoas que vivem com a **síndrome nos dias de hoje**: elas estudam, trabalham e têm planos para o futuro. Cláudio, por exemplo, tem 25 anos e é vice-campeão paulista de hipismo. Dos 200 concorrentes que deixou para trás, nenhum tinha deficiência. “Consegui sucesso”, destaca. Ana Paula é auxiliar administrativo-financeira de uma empresa de engenharia há cinco anos.

Em 2004, a APTA, com apoio da agência de cooperação alemã GTZ, mapeou a existência de ações de educação preventiva para jovens com deficiência intelectual do município de São Paulo (SP). Das 66 instituições participantes, 35 responderam ao questionário (somando um total de 4.352 jovens com deficiência leve ou moderada). Os resultados apontaram algumas dificuldades na realização das ações de educação preventiva: total ausência de ações ou ações pontuais e sem eficácia, falta de materiais específicos, ausência de recursos financeiros, não aceitação da família ou a falta de formação do educador para lidar com a temática.

Decorre de um acidente genético. De acordo com o site www.sosdown.com, causa atraso no desenvolvimento, tanto das funções motoras como mentais. Um bebê com Síndrome de Down é pouco ativo, o que se denomina hipotonia. A hipotonia diminui com o tempo e a criança conquista – embora mais tarde que as outras – as diversas etapas do desenvolvimento.

“Não faz muito tempo, crianças nascidas com Down eram afastadas do grupo social e familiar e, em geral, não viviam mais do que 30, 35 anos. À medida, porém, que se investiu na estimulação precoce para estimular o desenvolvimento dessas crianças e de suas potencialidades, a expectativa de vida aumentou consideravelmente e, embora num ritmo mais lento, elas se mostraram capazes de vencer as limitações e foram sendo integradas na sociedade”. Texto extraído do site www.drauziovarella.com.br.

“Temos que nos posicionar. Sei que sou capaz”. Para Lizabeth Arruda, mãe de Cláudio, o grande problema não é a compreensão desses jovens, e sim a invisibilidade social. “As famílias pouco se envolvem com os parentes que têm deficiência intelectual”, lamenta.

Em relação à vida afetiva, eles namoram com frequência – Mariana, 31 anos, tem um relacionamento fixo há quatro. Quando o assunto é sexo, contudo, admitem que ainda não transaram, mas já se sentem preparados. Mariana sabe que o início da vida sexual envolve responsabilidade. “Temos que ir com calma”, explica. Ana Paula tomou a decisão de conversar com a família sobre a importância do uso da camisinha e da pílula anticoncepcional. “Queria prepará-los”, diz. Cláudio é o que se mostra mais seguro. “Já sei usar [o preservativo]. Agora só falta praticar”. Ele, inclusive, anda com camisinha na carteira. No caso de Thiago, 23 anos, o assunto foi tão incorporado à sua vida que ele se tornou palestrante sobre sexualidade e prevenção.

A replicação de conhecimento foi um processo natural na vida desses jovens. Mariana virou conselheira da irmã (que não tem Down) sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. “Ela não se cuidava”, conta, com desenvoltura. O mesmo aconteceu com Cláudio. Quando ele descobriu que um de seus primos, de 20 anos, iria ser pai, telefonou imediatamente para ele e perguntou: “por que você não usou camisinha?”.

Para a mãe de Cláudio, Lizabeth, a mudança do filho após o Pipa é nítida. “A compreensão dele ficou mais ampla. Passamos a conversar com mais facilidade”, confirma. Na opinião dela, seu filho foi privilegiado por participar de uma atividade como essa. Fernanda Sodelli, coautora do projeto, sabe que não é fácil para os pais dialogar sobre sexualidade com seus filhos, mesmo com os que não

têm deficiência. Por isso, acredita ser necessário um suporte mais frequente. “Alguns não falam sobre o tema porque não sabem como fazer”, explica. Outra percepção da psicóloga é de que as famílias precisam proporcionar mais oportunidades para que os jovens exerçam sua sexualidade com plenitude. “Os pais têm de perceber que temos desejos”, reivindica Mariana.

O Projeto Pipa foi executado pela Associação de Prevenção e Tratamento da Aids (APTA), pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e pela organização não governamental Carpe Diem – que oferece apoio complementar a jovens com Síndrome de Down e outras deficiências intelectuais. Juntas, essas instituições desenvolveram o kit “Pipas no ar”, composto por uma cartilha (http://bit.ly/cartilha_pipa) e um vídeo (http://bit.ly/video_pipa).

Deficiência pós-aids

Um dos grandes desafios do viver com HIV atualmente é o aparecimento de deficiências em decorrência da aids. A discussão do tema é recente, e por isso as ações ainda são tímidas. Nesse cenário, o trabalho do Instituto Vida Nova, em São Paulo (SP), se sobressai. A academia Malhação Vida Nova é uma das primeiras do Brasil que está preparada não só para desenvolver trabalhos de prevenção da lipodistrofia como também atuar na reabilitação de pessoas com deficiências motoras pós-aids.

Maria Gomes, 44 anos, é uma das beneficiadas pelo trabalho. Ela descobriu a aids em 2000, por causa de uma doença oportunista, a toxoplasmose. Ficou com praticamente todo o lado esquerdo do corpo paralisado e perdeu o equilíbrio. A academia a ajudou a recuperar os movimentos. “Dia a dia vejo a melhora. Quem não me conhece não



A academia ajudou Maria a recuperar os movimentos

diz que tive paralisia”, relata. Com seu exemplo, ela ajuda os que estão chegando à instituição. “Entendemos as dificuldades deles e isso facilita na hora de apoiá-los”, afirma.

Para Maria, auxiliar na recuperação dos outros é uma alegria. Mas sua atuação não acontece só nos bons momentos. “Puxo a orelha de quem não vem com regularidade ou não toma os remédios direitinho”, adverte. Ela ficou sabendo da Malhação Vida Nova por um site de apoio a homossexuais que vivem com HIV. Interessou-se e fez a inscrição. Ela está lá desde 2006, na primeira turma da academia.

Na área da militância, Beto Volpe, 49 anos, é um guerreiro. Sua história pessoal o incentivou a lutar pela discussão e implementação de políticas para soropositivos com deficiência ocasionada pela aids. Ele vive com HIV há 21 anos e tem sua mobilidade reduzida há 14. Teve oito tumores e realizou oito cirurgias para combater uma necrose óssea. Faz fisioterapia desde 1996. Nada disso o desestimu-

lou a lutar. “Os exercícios passaram a incorporar minha vida, assim como os antirretrovirais”, diz, bem-humorado.

Além de participar ativamente de quase todos os eventos que abordam a temática, Beto acaba de concretizar a realização de mais um projeto: uma coluna no blog “Ações e reflexões sobre aids e deficiência: diferentes vozes” (<http://aidsedeficiencia2010.blogspot.com>). O autor compartilha sua experiência e escreve sobre o assunto, algumas vezes com humor, outras com indignação – mas sempre com um tom informativo. O blog foi criado em 2010, pelo Instituto Amankay, para dar visibilidade ao assunto e coletar subsídios para intervenções efetivas de prevenção e assistência.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que mais de 650 milhões de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2000, essa população é de 24,5 milhões de pessoas (14,5% do total dos habitantes do país).

Reflexões sobre aids e deficiência

Desde 2007, o Ministério da Saúde promove, de forma mais sistemática, discussões para o estabelecimento de estratégias que atendam à demanda das pessoas com deficiência nas questões de direitos sexuais e reprodutivos. Um dos marcos na área foi a realização, em 2008, do 1º Fórum Nacional de DST/HIV e Aids e Pessoas com Deficiência, que resultou na Carta de Florianópolis. O documento traz diversas reivindicações. Entre elas, destacam-se as seguintes: elaboração de um plano integrado de ações de enfrentamento das DST e das deficiências; diagnóstico e tratamento precoce de infecções oportunistas que podem causar deficiência; treinamento dos profissionais dos serviços especializados para acolhimento dessa população; e realização de pesquisas na área.

No ano de 2009 ocorreu o 1º Seminário Nacional de Saúde sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e Pessoas com Deficiência. Após o evento, foi lançada uma publicação pioneira na abordagem da temática: "Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência", uma iniciativa do Ministério da Saúde, construída com ampla participação da sociedade civil.

Os vídeos trazem relatos de pessoas que vivem com HIV. Os temas abordados vão desde nutrição, juventude, tratamento, até qualidade de vida e direitos humanos. A série de pequenos documentários é exibida em Serviços de Atendimento Especializados (SAE) de todo o Brasil e complementa informações sobre como viver com a aids, já oferecidas pelos profissionais de saúde.



Nos últimos congressos brasileiros sobre a temática, recursos de acessibilidade foram disponibilizados

Estratégias

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem como um dos seus princípios o respeito à diversidade. Prova disso é que todas as campanhas publicitárias da instituição são legendadas, desde 2007. A série de documentários "Histórias Positivas", lançada em 2009, também está inserida nessa política. Os 13 curta-metragens que compõem o material foram traduzidos, ainda, para a linguagem de sinais.

Outro exemplo de inclusão foi a participação de um cadeirante no vídeo da campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 2008, voltada para homens com mais de 50 anos. Em 2009, o Ministério da Saúde também lançou um edital de pesquisa na área, com investimento de R\$ 500 mil, mas nenhuma proposta foi apresentada.

O novo site do Departamento (www.aids.gov.br), lançado em julho de 2010, está alinhado com as demandas

das pessoas com deficiência. O endereço eletrônico tem a opção de aumentar e diminuir fontes, além de um forte contraste de cores – fundo claro com fonte escura, o que facilita a leitura. Uma grande novidade é que o sistema de gerenciamento de conteúdo foi feito pensando nos programas que leem tela para cegos. O site foi testado por alguns deficientes, que o consideraram bastante acessível.

Durante o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e o I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, novas ferramentas de acessibilidade foram incorporadas, como a legendagem em tempo real e o recurso de áudio-descrição nas grandes conferências e salas relacionadas à questão da aids e da deficiência. O tema ganhou destaque desde o Fórum de Aids e Deficiência, realizado na edição anterior do Congresso.

Pelo fim do silêncio

“Para nós, a maneira de explicar vale muito mais do que a própria explicação”

Lúcio Lugão de Macedo, assistente educacional do Noss

Auditório lotado. Silêncio. As luzes do palco se acendem e começa a peça “Alerta! Cuidar, não pegar!”. Poderia ser apenas mais uma encenação, mas a proposta é bem diferente de qualquer outra apresentação cênica. No palco, por meio de gestos, surdos usam toda sua habilidade corporal para transmitir mensagens de prevenção à aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis. A técnica é tão aprimorada que qualquer pessoa consegue entender a mensagem, mesmo aqueles acostumados a ir ao teatro e ouvir o texto que narra todo o espetáculo.

O projeto é pioneiro – o primeiro do Brasil nessa área idealizado exclusivamente por surdos – e já dá os primeiros sinais de sucesso. Em Pernambuco, sete multiplicadores e um cinegrafista (todos surdos) aceitaram o desafio de levar informações de prevenção para o

interior do estado, principalmente para analfabetos. O preparo foi grande. Para produzir o material gráfico, eles participaram de treinamentos na área de saúde que abordaram desde a história da aids até conhecimentos sobre o corpo humano e o sistema imunológico. Também aprenderam sobre outras deficiências, por meio da vivência com cegos e deficientes intelectuais.

Antes de iniciar as viagens, a equipe começou a realizar oficinas presenciais em escolas inclusivas ou em espaços frequentados pela comunidade surda. “Havia conhecimento sobre o tema, mas não existia um trabalho como esse entre os surdos. Queríamos algo feito por nós”, conta Patrícia Cardoso, presidente da Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (Feneis) - regional Pernambuco.

São instituições de ensino que acolhem alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e com altas habilidades (superdotados). Essas escolas recebem apoio técnico e financeiro para oferta e garantia de atendimento educacional especializado, complementar à escolarização, de acordo com o Decreto nº 6.571/2008.



Por meio de linguagem corporal, surdos encenam peça que ensina prevenção ao HIV e às DST

As oficinas geralmente têm dois momentos. No início, o conteúdo é destinado a todos os presentes: surdos, familiares, profissionais de saúde e educação. Isso é possível porque foi montada a peça teatral gestual sobre prevenção, que não utiliza a linguagem de sinais – o que facilita o entendimento por qualquer plateia. No segundo momento, específico para os beneficiários da ação, uma palestra conta os objetivos do projeto. Depois, a equipe de multiplicadores repassa aos participantes conhecimentos sobre a aids, de forma interativa. Eles são convidados, por exemplo, a colocar o preservativo no palco em um pênis de borracha.

Ângelo Rogério, surdo de 26 anos, aprovou a iniciativa. “Gostei muito e fiquei admirado de ver tudo tão bem sinalizado”. Ele confessa que o assunto não faz parte do dia a dia dos surdos, por isso o trabalho é tão im-

portante. E quando o assunto é uso do preservativo, Ângelo se mostra consciente. “Às vezes esqueço a camisinha, mas se a menina tem uma, fico aliviado e satisfeito”, garante. Sua ideia é divulgar as oficinas entre outros amigos, para que haja mudança de comportamento em relação à aids.

A ação está fazendo a diferença não só entre o público-alvo, mas também entre os executores. “Depois do projeto, minha mente está se abrindo, despertando para outras temáticas, como os direitos das pessoas com deficiência e comunicação”, relata Geovanne Gila, 20 anos, um dos palestrantes multiplicadores. O que ele espera para o futuro é que a ideia seja divulgada em várias cidades de Pernambuco, do Brasil e do mundo. O material confeccionado para a ação, que está em fase de finalização, é composto por apostilas ilustradas,

revista, adesivo e DVD – todos com linguagem simples e acessível.

O Projeto Tampopo, como é intitulado, nasceu em 2008, fruto de uma parceria entre a Feneis e a DPI-Japão (em inglês, sigla para Japan National Assembly of Disabled Peoples' International), uma organização não governamental que trabalha com pessoas com deficiência. A Federação selecionou os sete multiplicadores surdos e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) entrou com o financiamento – cerca de R\$ 900 mil. O apoio de outras instituições foi fundamental para a concretização da iniciativa: a Secretaria de Saúde de Pernambuco, que realizou treinamentos sobre a epidemia de aids, e a DPI-Japão, juntamente com o Serviço Internacional (IS-Brasil), responsáveis pela capacitação de lideranças surdas. A ação está prevista para terminar em setembro de 2011.



Márcia, Lúcio e Maria de Fátima, do projeto Noss, fazem com as mãos o símbolo dos surdos

Manual de prevenção

O Núcleo de Orientação à Saúde do Surdo (Noss) – um projeto do Instituto Nacional de Educação de Surdos (Ines), no Rio de Janeiro, lançou em 2008 o manual *Sinalizando a Prevenção das DST/Aids*, com o objetivo de tornar as informações sobre o tema de fato acessíveis pela comunidade surda no país. “A ideia surgiu porque muitos dos nossos alunos encontravam-se em uma situação de vulnerabilidade, com incidência, inclusive, de alguns casos de contaminação por DST”, conta a coordenadora do núcleo e uma das autoras do manual, Regina Célia Almeida.

Uma das assistentes educacionais do Noss, Márcia Cristina dos Santos, que é surda desde que, com um ano de idade, contraiu meningite, conta que só tomou conhecimento das formas de transmissão do HIV quando

deu à luz seu filho, há oito anos. Com o teste negativo para HIV, ela decidiu ser doadora de leite. “Mas a enfermeira, que dominava [a língua] Libras, alertou-me para não deixar que outra pessoa amamentasse meu filho”, lembra.

Márcia explica que, ao contrário dos demais portadores de necessidades especiais, os surdos não se consideram como tais, mas como membros de um grupo linguístico minoritário, que em função de utilizar uma linguagem própria para se comunicar – a Libras (Língua Brasileira de Sinais) – acabam por se tornar detentores também de uma cultura peculiar. Enquanto os ouvintes utilizam a linguagem oral, a Libras se caracteriza por possuir uma estrutura gramatical independente da língua portuguesa, pois os surdos utilizam o corpo – principalmente

as mãos –, como forma de comunicação não verbal. Trata-se de um método linguístico diferente para a transmissão e recepção da mensagem.

Segundo a professora Maria de Fátima Ferrari, que também atua no Noss e é coautora do manual, os surdos, em sua maioria, ficam à margem do gozo pleno dos seus direitos, justamente pela dificuldade em se adequar à linguagem utilizada majoritariamente pelos ouvintes. A informação à qual o surdo tem acesso, pela mídia ou mesmo no sistema de saúde, é, portanto, fragmentada e insuficiente para subsidiar a compreensão integral de diversos assuntos, inclusive sobre a saúde reprodutiva e questões como prevenção à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, que por si só já são consideradas tabus.

Linguagem e conceituação

O desafio na orientação e no fornecimento de informações sobre sexualidade e saúde para os surdos está justamente na construção de conceitos. “Muitos deles, por exemplo, desconhecem o que é janela imunológica, porque sequer conhecem o conceito de vírus”, explica Fátima. “O que procuramos fazer no manual e nas dinâmicas que realizamos é trabalhar não só a informação, mas a construção de conceitos”, descreve Regina. Ela acredita que construir um conceito é estimular a pessoa a refletir e descobrir por si só a sua própria ideia a respeito de algo. Nesse sentido, o recurso visual é fundamental.

No caso da janela imunológica, a saída encontrada pela dupla de profissionais do Noss, juntamente com os assistentes educacionais, que são surdos, foi priorizar a cognição visual, por meio do uso de imagens, desenhos caricatos e uma abordagem linguística facilitadora, com frases curtas e que atendessem às necessidades desse grupo. “Era preciso que eles compreendessem que o teste anti-HIV detecta os anticorpos produzidos pelo organismo e não o vírus em si. Por isso, há um período de tempo desde o dia em que a pessoa adquire o vírus até que ela tenha anticorpos suficientes para ser detectados nos testes de laboratório”, explica Regina. A esse tempo dá-se o nome de janela imunológica.

“Para nós, a maneira de explicar vale muito mais do que a própria explicação”, diz o assistente educacional do Noss, que também é surdo, Lúcio Lugão de Macedo. “Por isso, a atitude dos pais e dos educadores é muito importante quando acolhem as perguntas das crianças, por exemplo, com tranquilidade e não com desconforto”, completa Regina. “Há casos de pais de adolescentes surdas, por exemplo, que dizem para as filhas toma-

rem anticoncepcionais sem sequer falar sobre sexualidade ou gravidez precoce. Como você espera que uma jovem tome um remédio sem saber para que está tomando?”, indaga Márcia.

“Pelo comprometimento na linguagem, muitas informações sobre questões de sexualidade não são eficientemente captadas”, afirma Isabella Welmowicki, surda que recentemente iniciou o trabalho no Noss como assistente educacional. “O resultado são pessoas com informações muitas vezes incompreensíveis, cheias de dúvidas, curiosidade e, sobretudo, de insatisfação”. Para a coordenadora do Noss, Regina Célia, um dos grandes desafios dos profissionais que atuam com surdos – e mesmo com outros portadores de necessidades especiais – na questão da prevenção da aids e outras DST é trabalhar a educação de pares. “O trabalho de orientação sexual só se torna eficaz quando é protagonizado e disseminado pelo próprio grupo, ou seja, pelos próprios multiplicadores oriundos daquele grupo e que se identificam com ele”.

No caso dos surdos, também não se deve esquecer que eles detêm uma maior percepção visual e apoiam-se muito mais, portanto, no comportamento não verbal. Além de utilizar o manual como ferramenta na orientação sexual a adolescentes, jovens e adultos surdos – oferecendo-lhes informações sobre sexualidade e organizando espaços de discussão, reflexão e questionamentos sobre valores, posturas e tabus referentes a relacionamentos e comportamentos sexuais –, o Noss desenvolveu ainda um DVD em que aborda temas como gravidez precoce, por meio de uma história de ficção sobre dois casais jovens – protagonizada pelos próprios alunos e profissionais do Ines.

Libras e médicos

Atualmente, além do aconselhamento ministrado aos alunos – desde o quarto ano do Ensino Fundamental até a Educação de Jovens e Adultos (EJA) – os assistentes educacionais do Noss também atuam na orientação de estudantes de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) sobre comunicação com o paciente surdo. Para o assistente educacional Lúcio Lugão de Macedo, apesar de o Governo Federal ter determinado a implantação da Libras em instituições públicas de saúde para assim fornecer atendimento e tratamento adequado aos surdos, a Lei nº 10.436, que obriga os profissionais a cumprir esse requisito, está longe de atingir seu objetivo.

“O despreparo ainda é enorme. Por isso se faz necessária uma atuação maior dos profissionais de saúde em parceria com as universidades e mesmo com o Ines”, diz. O encontro entre esses profissionais e os pacientes surdos costuma ser, ainda, muito marcado pela dificuldade na comunicação, seja por percepções conflituosas entre médicos e pacientes sobre surdez e deficiência auditiva, ou por noções diferentes sobre o que constitui comunicação eficaz (leitura labial, escrita, interpretação de língua de sinais). Há, ainda, problemas de comunicação durante o exame físico e procedimentos; dificuldades de interação com a equipe (incluindo pessoal administrativo), também na sala de espera; e problemas com a comunicação por telefone.

“Há muito que investir, especialmente porque, com o prolongamento da vida dos soropositivos – a partir dos medicamentos antirretrovirais –, novos portadores de necessidades especiais aparecem no cenário, em função dos efeitos colaterais provocados por esses medicamentos”, ressalta Regina.

POSTO DE SAÚDE



Sífilis congênita: a busca pelos parceiros

Passados quase 80 anos após ter mandado 300 homens ao front da Revolução Constitucionalista de 1932, o município de Taquaritinga, no interior de São Paulo, vive outra revolução. Desde que o Programa de DST/Aids do estado recomendou a todas as unidades de saúde de São Paulo uma nova modalidade de pré-natal – a masculina –, o número de homens que se submeteu aos testes para sífilis e HIV, no município, dobrou entre 2008 e 2009.

A partir dos 752 nascidos vivos no ano de 2008 em Taquaritinga, registrou-se a inclusão de 539 gestantes no pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS), das quais 100% realizaram o teste de HIV e de VDRL – que detecta a sífilis e evita o problema da sífilis congênita, transmitida ao bebê. Dentre os 389 homens que se identificaram parceiros dessas gestantes, submeteram-se à testagem, na ocasião, 175 pacientes, ou 45% deles. Já em 2009, esse percentual subiu para 80% nos testes ofertados aos 161 homens declarados parceiros de 228 gestantes incluídas no pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Taquaritinga não é a única. No estado de São Paulo, a proposta de que os papais também façam exames preventivos durante a gravidez de suas companheiras, para identificar se são portadores de alguma doença sexualmente transmissível ou do vírus da aids, o HIV – o que pode prejudicar o bebê – foi amplamente abraçada por outras cidades do estado, a partir de 2008. Entre elas, Pirajuí, São José do Rio Preto, Tupã, Várzea Paulista e Ribeirão Preto.

A medida foi tomada depois de dois levantamentos realizados pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Um deles revelou que as mulheres respondem por 75% dos casos de gonorréia, sífilis, HPV, herpes e outros problemas transmitidos pelo sexo sem proteção. A maioria feminina indica que os parceiros estão afastados dos médicos e longe do diagnóstico. O outro balanço mostrou que os homens dominam o grupo que descobre tardiamente ser portador do HIV (após cinco anos de contágio), o que compromete o tratamento. Entre os cinco mil pacientes homens que ingressam no programa todo ano para receber tratamento antiaids, 49,3% deles fazem matrícula tardia, contra 35,7% de mulheres.

“O ‘pré-natal do homem’ visa justamente a fechar a porta de entrada para outras DST, inclusive o HIV”

Dra. Fátima Almeida Neves, coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids de Ribeirão Preto

Pré-Natal do Homem

Mais uma vez, a explicação para o descompasso de gênero dos números é que, durante a gestação, somente as mulheres são convocadas a fazer o teste do HIV. “Por isso, sugerimos o ‘pré-natal do homem’, na rede de atenção básica, como estratégia para eliminação da sífilis congênita”, afirma a dermatologista e sanitarista Elizabeth Onaga, coordenadora do Grupo Especial de Programa (GEPRO) de DST, e interlocutora do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo para DST. “É uma estratégia que formulamos e recomendamos recentemente às unidades. Os pais são convidados a fazer exames de DST, em especial o VDRL”, completa o dermatologista Herculano Duarte de Alencar, membro do GEPRO-DST e também interlocutor do Programa Estadual de DST/Aids do estado.

Para Herculano, a criação do “pré-natal do homem” foi a grande virada no jogo da eliminação da sífilis no estado. “Um dos maiores entraves para a eliminação da sífilis congênita é a dificuldade de tratar os parceiros das mulheres grávidas com sífilis. Somente 14% dos parceiros são adequadamente tratados”, explica Herculano. Por ser apenas uma recomendação, as UBS não são obrigadas a aderir ao “pré-natal do homem”. Mas a sugestão agradou à médica Fátima Almeida Neves, coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids de Ribeirão Preto. “O grande problema das DST no mundo inteiro é a questão da quebra da cadeia de transmissão epidemiológica pelo manejo das parcerias sexuais. O ‘pré-natal do homem’ visa justamente a fechar a porta de entrada para outras DST, inclusive o HIV”, diz.



Dentro do “pré-natal do homem”, confirmada a gestação, a UBS deve: convidar o parceiro sexual para consulta em atendimento individual, na qual serão ofertados os exames laboratoriais para sífilis e HIV; realizar aconselhamento para a prevenção de DST e fornecer informação sobre práticas sexuais seguras e demais situações de risco; agendar consulta individual no prazo previsto de retorno dos exames para receber resultados e aconselhamento pós-teste (no período de acompanhamento do pré-natal, poderão ser solicitados novos exames laboratoriais para sífilis e HIV ao parceiro sexual, a critério do profissional de saúde); e repassar os

dados dos exames e tratamento do parceiro à maternidade.

Para quebrar a cadeia de transmissão do HIV por meio das DST, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde passaram a preconizar, no início da década de 1990, a abordagem sindrômica – identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinada doença, além da padronização de medicamento para os tratamentos das doenças mais frequentes dentro do espectro das DST. Essa abordagem evita a espera dos resultados de exames laboratoriais, que levam muito tempo para ficar prontos, o que faz com que os portadores de DST procurem soluções em balcões de farmácias.

Eliminação da Sífilis Congênita

Em 2007, a Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo elaborou e instituiu o Plano Estadual de Eliminação da Sífilis Congênita, com meta de redução de incidência da doença a níveis inferiores a um caso para cada mil nascidos vivos, até 2012. “Trabalhar DST é trabalhar a cadeia de transmissão. Por isso, temos que trabalhar com as parcerias”, declara Luiza Matida, médica responsável pela área de transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo. “É preciso sensibilizar a sociedade civil para essa questão. Ela precisa saber o que é a sífilis congênita, como preveni-la e como tratá-la”. Outra estratégia é exigir que os gestores de saúde garantam o exame VDRL nas unidades das redes pública e privada que realizam os partos.

O problema, segundo a médica Valéria Saraceni, assessora da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e autora de diversos trabalhos sobre sífilis congênita, é a falta de informação. “A maioria das gestantes desconhece o direito a esses exames e muitos profissionais de saúde também ignoram a norma”, reconhece. Para a médica, além do desconhecimento sobre a importância do diagnóstico, nem todos os casos são registrados. “A sífilis é uma doença com pouca visibilidade. Infelizmente, as pessoas ainda a identificam como um mal do passado”, diz. Cerca de 60% dos partos no estado de São Paulo são feitos pelo SUS. Tratar a sífilis garante economia para a saúde pública: o custo da realização dos exames e do tratamento é infinitamente inferior aos gastos despendidos para tratar as sequelas causadas pela sífilis, especialmente em crianças.

Projeto Homens

Para ampliar a ação de prevenção às DST/aids junto à população de homens heterossexuais, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, por meio do Programa Municipal de DST/Aids, desenvolve, desde março de 2008, um conjunto de estratégias para incentivar a população masculina heterossexual a procurar suas unidades de saúde especializadas para realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C. Nesse contexto, foi criado o projeto piloto do “Projeto Homens”, que iniciou suas atividades com ações de prevenção em estádios de futebol, mediante uma parceria com a Federação Paulista de Futebol. A proposta agora é expandir, por meio de parcerias, as atividades para outros locais onde há grande concentração de homens, como em clubes, sindicatos com categorias majoritariamente masculinas e quartéis, além de cadastrar agentes de prevenção para trabalhar com educação entre pares, metodologia já usada em outros projetos de prevenção do Programa Municipal de DST/Aids.

Vigilância Epidemiológica

Em Boa Vista, capital do estado de Roraima, na região Norte, a estratégia adotada no Plano Municipal de Redução da Sífilis Congênita é a implantação da Vigilância Epidemiológica da Sífilis. Segundo a coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids de Roraima, Jacqueline Voltolini, até 2008 a sífilis era vista como mais uma DST. “A partir da implementação da Vigilância Epidemiológica da Sífilis, organizamos a rede para a promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de todos os casos positivos de sífilis, por meio do exame VDRL”. Os resultados são informados imediatamente ao Programa Municipal ou à Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) do próprio serviço de saúde. “Assim, oportunizamos o tratamento do paciente com exame reativo e a notificação do caso de imediato, independentemente do bairro de residência ou da procedência do paciente”, diz Jacqueline.

No caso das gestantes, é feito o mesmo procedimento. No entanto, o programa realiza visitas domiciliares a todas as

gestantes com exame positivo para coleta de nova amostra, negociação e busca do parceiro. “Todos os nossos pacientes são referenciados para uma das trinta unidades de saúde de Boa Vista, seja a mais próxima da residência, seja a mais próxima do trabalho do paciente ou do parceiro”, explica. Além disso, a escolha da unidade é do paciente. “Realizamos o agendamento e o encaminhamento para o médico e/ou enfermeiro da unidade. É feito ainda um agendamento prévio, garantindo que o paciente será atendido, examinado e tratado”.

As mulheres não gestantes e os homens são largamente orientados quanto à importância do tratamento do parceiro, quebra da cadeia de transmissão, reinfecção e complicações da sífilis, principalmente quando em idade reprodutiva. Para essas pessoas, a busca dos parceiros é feita pela Estratégia de Saúde da Família, com visitas domiciliares de profissionais, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.



No dia 20 de setembro de 2009, Vik Muniz, artista plástico e fotógrafo paulista radicado em Nova Iorque, visitou o Ginásio Municipal de Guarulhos, em São Paulo, para realizar seu primeiro trabalho com a temática HIV/aids. Dele participaram 1.200 pessoas vivendo ou convivendo com a aids. Foram fotografados três mosaicos retratando beijos - uma mensagem de solidariedade na luta contra a epidemia. As fotografias foram doadas ao Museu de Arte de São Paulo - MASP.

“Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”

“Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”. É assim que se podem resumir as campanhas de prevenção à aids na década de 80. Há outros exemplos de slogan nessa mesma linha fatalista, que associava sexo a morte: “Aids: não deixe que essa seja sua última viagem”. E isso não era prerrogativa brasileira. Todos os países do mundo, paralisados pela novidade de uma epidemia terrível, sem saber direito o que dizer à população, limitavam-se a espalhar a mensagem: “aids mata”. E, na esteira dos filmes de horror que eram essas campanhas, vinham também os preconceitos, os estigmas e as acusações. “Peste gay”. “Coisa de viado, puta e viciado”. Era mais fácil culpabilizar os outros pela aids e relegar a eles a doença.

Muita gente também se levantou contra o pânico e o preconceito. Cazuza exibiu seu drama publicamente. Betinho exigia que os impostos que pagava não fossem gastos em campanhas sem fundamento científico. Estava cansado de ligar a TV para ouvir sua sentença de morte. As pessoas vivendo com HIV ou aids questionaram as representações que se faziam da epidemia e das pessoas afetadas pela doença.

Um dia chegou o AZT e, com ele, a esperança. E a epidemia começou a ser discutida de forma mais madura. Não era mais o medo que pautava os discursos da época, mas a preocupação com os direitos humanos. Pelo menos foi assim para o governo brasileiro.

Depois de reagir muito rapidamente (nem sempre, todavia, da melhor forma), o Ministério da Saúde começou a se estruturar para responder de maneira mais equânime. As estratégias de comunicação em aids do Ministério da Saúde foram divididas em duas direções: campanhas dirigidas ao público geral e campanhas para populações específicas.

Como exemplo de comunicação com a população geral, estão todas as campanhas realizadas durante o Carnaval e no Dia Mundial de Luta Contra a Aids e que tiveram como alvo, ao longo desses anos, os mais variados públicos: jovens, pais e mães, gestantes e mesmo idosos. Mas são as campanhas para os públicos específicos que nos proporcionam a maior diversidade, abrangendo desde profissionais do sexo, travestis, gays, caminhoneiros, usuários de drogas injetáveis e população carcerária até jovens conscritos do exército, comunidades de terreiro e religiosos.



O estilista Alexandre Herchcovitch faz o teste rápido de HIV

Um dos princípios da comunicação em aids do Brasil é de que qualquer coisa pode servir como um meio de comunicação. Da clássica propaganda de televisão às paredes de banheiro, gramados públicos e até postes de grandes cidades. Já fomos acolhidos, inclusive, pelos braços do Cristo Redentor. Nesse processo, ganhamos aliados importantes, amigos da causa. Artistas, formadores de opinião, jornalistas, jogadores de futebol, empresas, todos dispostos a aderir a uma difícil empreitada: ajudar as pessoas a pensar em um mundo com o preservativo e com o respeito aos direitos humanos. Afinal, hoje, muitas pessoas vivem como o vírus da aids. Foi assim que a comunicação em aids conquistou o artista plástico Vik Muniz, o organizador do São Paulo Fashion Week - maior evento de moda do país -, Paulo Borges, os jogadores Ronaldo e Kaká, o estilista Alexandre Herchcovitch, a Nestlé, entre tantos outros.

Fazemos isso para ampliar nosso acesso à população, usando diferentes caminhos. A imprensa, por exemplo, é fundamental na formação de uma opinião pública favorável para as ações que serão direcionadas às populações prioritárias. É bom lembrar que, quando fala-

mos de aids, estamos falando de sexo e morte, dois dos maiores tabus da nossa sociedade. Portanto, conseguir o apoio do público é tão fundamental quanto cativar sua atenção. Isso não significa que os alertas não serão dados; pelo contrário. É papel do governo informar a população sobre as alterações no perfil da epidemia e como cada um pode mudar essa história. A imprensa e a população sempre serão prioridade na informação.

Nesse processo de exposição de mensagens de prevenção, o governo conta com uma relação bem construída com empresas privadas, sejam elas da mídia ou não, e mesmo com as ONG, o que ajuda a ampliar o acesso à população que queremos abordar. As ONG, em especial, são parceiras fundamentais quando se trata de alcançar populações de difícil acesso.

E o que dizer dos conteúdos das campanhas? Como vimos, vários anos de luta dentro da nossa sociedade foram necessários para consolidar essa política em particular. Hoje em dia, temos diretrizes claras, imparciais e técnicas para cada tipo de abordagem.

Primeiramente, em relação à transmissão sexual do HIV/aids, nosso trabalho é estimular o uso da camisinha. Direta ou

indiretamente, estamos sempre indicando que o preservativo é a forma mais segura de prevenir o HIV/aids e outras DST. Não falamos em abstinência, fidelidade ou adiamento do início da vida sexual. A decisão do governo brasileiro baseia-se no princípio de que não cabe ao Estado fazer julgamentos morais dos seus cidadãos. A escolha da abstinência ou fidelidade são decisões íntimas e pessoais, nem sempre compatíveis com a realidade ou a cultura da nossa sociedade. Recomendar quando uma pessoa deve iniciar sua vida sexual é menos importante do que oferecer-lhe subsídios para uma vida sexual mais consciente, independentemente da faixa etária.

A segunda diretriz refere-se à transmissão do HIV durante a injeção de drogas. A orientação principal é que as seringas e agulhas não devem ser compartilhadas. Nossa maior preocupação no campo da aids e das hepatites é reduzir danos, oferecendo informações que permitam aos usuários de drogas assumir práticas de menor risco de infecção. Entendemos que não cabe a um órgão do Estado que trabalha na prevenção da aids julgar se é certo ou errado o uso de drogas, mas sim garantir, às pessoas que não podem ou que não querem parar de usá-las, informações e materiais que lhes permitam minimizar os danos causados por essa prática. Usando drogas ou não, todos devem ser tratados como cidadãos.

Quanto à transmissão vertical do HIV, nossas mensagens reforçam que toda mulher grávida tem o direito ao diagnóstico de HIV e de sífilis. E, em caso positivo, ela tem o direito à assistência na prevenção da transmissão do vírus para seu filho. A principal mensagem no campo de transmissão vertical do HIV e da sífilis é que o teste e o acompanhamento durante a gestação é um direito de todas as mães e que o bebê pode nascer sem o vírus.

Finalmente, há um princípio que permeia toda a nossa comunicação. É a ideia de que todos são diferentes e devem ser respeitados em relação a essas diferenças para que possam



desfrutar de direitos iguais. A sexualidade é exercida de formas diferentes dentro de cada grupo social e precisamos estar atentos a essas diferenças.

Há também um processo para a construção de cada campanha. É uma rotina que define a escolha do público, a validação das mensagens, a aprovação final e a veiculação. Nossas campanhas sempre começam a partir de análises de informações epidemiológicas e dados comportamentais. A escolha do perfil da população que iremos abordar baseia-se nesses dados. Também temos o compromisso de envolver a sociedade civil, especialmente quem representa o grupo a ser abordado, na construção de cada uma das campanhas. Essa relação nos permite obter um melhor conhecimento do nosso público e garante uma sólida parceria, o que contribui para o desenvolvimento da estratégia. Antes da produção, os materiais são submetidos a avaliações pelo público a quem se destina a mensagem. Isso é feito a partir de técnicas de pesquisa que envolvem a realização de grupos focais. O material é então apresentado ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República, que dão a última palavra sobre a campanha.

É claro que essa é a síntese de um processo que envolve muitas pessoas e muito tempo para ser realizado. Vale

dizer que hoje temos consolidada uma política de comunicação pública em aids, um “fazer comunicação em aids” que não brotou da terra, mas que foi sendo construído aos poucos, e por muitas mãos. Por trás disso, há todo um histórico de lutas, de participação social, de respeito aos direitos humanos e de conquistas. Também há muito de ousadia e inovação.

Que tal recordar uma campanha veiculada em 2003? Trata-se da primeira campanha do governo brasileiro a defender o direito a diferentes orientações sexuais. O roteiro do filme foi o seguinte:

O rapaz toca a campainha. Dentro de casa, a mulher avisa o marido:

- É ele.

O homem abre a porta e o jovem diz:

- Preciso muito...

Energético, quase autoritário, o pai interrompe:

- Ele não vai falar com você. E não volte mais aqui!

A porta se fecha. Marido e mulher vão até o quarto do filho.

- E aí? Ele já foi embora? - quer saber o moço.

- Não se preocupe, não. Você ainda vai encontrar um rapaz que te mereça - consola a mãe.

Uma voz masculina faz, então, a advertência: “Respeitar as diferenças é tão importante quanto usar preservativo”.

O filme foi alvo de vários protestos e saiu do ar a pedido do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, o Conar, embora tenha sido bem recebido pelas grandes redes de televisão: nenhuma emissora recusou a veiculação do filme. Uma das cartas recebidas pelo Ministério da Saúde contextualiza o momento histórico da campanha:

“Lindo! Quem dera as famílias de homossexuais realmente conversassem com seus entes da maneira como aparece no vídeo. Ainda me parece um conto de fadas, mas acredito que em breve o bate-papo irá invadir as residências e a aceitação será maior do que hoje. Um sonho que se tornará realidade”.

Se não começamos tão bem, tivemos o mérito de perceber isso e de reorientar nossas ações para um caminho de respeito e de defesa da diversidade e dos direitos humanos. A comunicação em aids caminha junto com a história da epidemia, mas às vezes é ela quem pauta a história. Foi assim no caso da campanha de homossexuais e foi assim outras vezes também. Por isso, há muito espaço para sonhar. Que a próxima campanha tenha como título aquele do sonho do Betinho: “O dia da cura”.

Eduardo Barbosa
Diretor Adjunto do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Pioneirismo no combate às hepatites



“Multiplicar informações de saúde é o que se espera do profissional do século XXI. Além disso, é gratificante ser útil para o próximo e para a nossa cidade”

Fabiano Figueiro, estudante

Fabiano Figueiro, de 17 anos, é um dos jovens que foram imunizados com as três doses da vacina. Agora ele quer transmitir o que aprendeu à sua família e amigos

O Programa de Hepatites do Município de Chapecó (SC) foi criado em 1991. Àquela época, o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (Hemocsc) apontava uma prevalência de 5,2% de hepatite B na população do município. Após uma ação pioneira na cidade, em menos de uma década houve mudança significativa. Já em 1999, as estatísticas do Hemocentro apontavam redução da prevalência para 3,2% entre os doadores de sangue.

A base do trabalho de combate à hepatite B começou com uma investigação do perfil sorológico da população. O Hemocentro considerava que as estatísticas eram distorcidas, em virtude das pessoas que voltavam para doar sangue mesmo sabendo que não podiam mais fazê-lo. Em 1992, foram

sorteadas 200 residências para pesquisa, onde se colheu o sangue de todos os moradores. O resultado surpreendeu os pesquisadores: 7,2% dos cidadãos do município tinham infecção pelo vírus - dois pontos percentuais acima do apontado pelo Hemosc.

No Brasil, a prevalência da hepatite B pode variar de 2% a 8%. Na região Sul, essa taxa cai para 0,55%. Ou seja, a população de Chapecó tinha prevalência 13 vezes maior do que a média entre Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná.

Em 1994, para mudar o quadro apontado nas pesquisas, o programa de hepatites da cidade implantou, de forma pioneira, a vacinação para menores de 15 anos. Primeiramente, foi escolhida uma escola com alunos entre 10 e 15 anos para servir de projeto-pilo-

to, tudo com a aquiescência dos pais. Coletaram-se amostras de sangue dos jovens para checar quem era portador do vírus e quem não era.

Com o sucesso do projeto-piloto, ainda em 1994, foi iniciada a vacinação de todos os menores de 15 anos. As equipes de saúde de Chapecó criaram uma estratégia de ação para

A vacina está disponível no Sistema Único de Saúde desde 1989, para regiões e faixas etárias específicas, tendo sido ampliada aos menores de um ano em todo o país a partir de 1998, ano em que também se incluíram menores de 15 anos na Amazônia Legal, em Santa Catarina, no Espírito Santo, no Paraná e no Distrito Federal. Entre 2001 e 2009, a vacina começou a ser oferecida aos menores de 20 anos em todo o território nacional.

Maria Luíza Sturmovski, do Programa Municipal de Hepatites de Chapecó, coordena cuidadosamente o trabalho para garantir que os jovens do município sejam vacinados contra a hepatite B

cobrir todas as escolas do município e vacinar os estudantes.

Desde o ano seguinte, as unidades de saúde, cada uma em sua área de abrangência, fazem um trabalho de busca ativa nas escolas. Elas entram em contato com as diretorias para saber quem é aluno novo e ainda não está imunizado contra a hepatite B. "O jovem que não estiver com o calendário vacinal de hepatite B em dia é encaminhado ao serviço de saúde para ser imunizado. Com esse nível de prevenção, não deixamos ninguém desprotegido", afirma a coordenadora do Programa Municipal de Hepatites, a enfermeira Maria Luíza Trizotto Sturmovski.

Segundo ela, o município tem muitas empresas que funcionam em ambiente totalmente fechado, com grande aglomeração de pessoas e presença de objetos perfurocortantes. "Conseguimos convencer as empresas para que, ao contratar os trabalhadores, não peçam só a vacina do tétano, mas também a da hepatite B, além de incentivar a família a fazer o teste sorológico para saber se tem o vírus", comemora.

A realidade do município está mudando. Entre os jovens, a quantidade de pessoas infectadas pelo vírus vem apresentando queda significativa. Essa mudança no perfil sorológico da cidade precisou de 20 anos de campanha de imunização para começar a apresentar resultados. Segundo estimativas parciais, a população está aumentando e a prevalência do vírus diminuiu aproximadamente um ponto percentual.



Sistema Sest/Senat

Há um ano, a Federação das Empresas de Transportes de Carga e Logística do Estado de Santa Catarina (Fetransesc) instalou uma unidade conjunta do Sest (Serviço Social do Transporte) e do Senat (Serviço Nacional de Aprendizagem de Transportes) em Chapecó. Desde então, as entidades se tornaram parceiras dos programas de DST e aids e de hepatites do município.

Cinquenta jovens menores de 18 anos participam do Programa Menor Aprendiz do Sest/Senat. Cada um trabalha em uma empresa distinta, onde compartilha com os colegas de serviço o conhecimento e as informações apreendidas durante o curso técnico de formação de aprendizes. Em 2010, durante a semana municipal de hepatites, eles participaram de uma palestra sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites A, B e C, reforçando a importância da imunização. Eles terão a oportunidade de se tornarem multiplicadores dessas informações nas escolas e nas empresas onde trabalham. Dessa forma, mais pessoas se juntam ao esforço de reduzir a hepatite B em Chapecó.

Fabiano Figueiro, 17 anos, é um dos jovens imunizados com as três doses contra hepatite B em Chapecó (1994) e aprendiz do Sest/Senat. Durante a palestra de hepatites, ele aprendeu a ter mais cuidado e atenção com as principais situações de risco masculinas (compartilhamento de lâminas de barbear), femininas (compartilhamento de instrumentos de manicure, pedicure e lâminas de depilar) e mistas (compartilhamento de equipamentos e/ou objetos perfurocortantes para tatuagem, piercing e uso de drogas, além de sexo desprotegido) de contaminação por hepatite B. "São situações preocupantes, pois estamos sempre expostos a elas. Vou transmitir tudo que aprendi para meus amigos, colegas de turma e do trabalho", compromete-se.

Segundo ele, o desafio é passar a informação adiante, e o material distribuído pelo Programa de Hepatites vai ajudar na tarefa. "A iniciativa do Sest/Senat é importante. Multiplicar esse tipo de informação é o que se espera do profissional do século XXI. Além disso, é gratificante ser útil para o próximo e para a nossa cidade", orgulha-se.

Dama da Noite

Na Zona Portuária de Santos, a movimentação de profissionais do sexo começa às 18h. Uma das formas de transmissão da hepatite B é o sexo desprotegido. Unase a isso marinheiros e técnicos portuários carentes e a alta rotatividade de parceiras. Pronto. É a mistura perfeita para se criar situações de vulnerabilidade para contágio com o vírus. Foi pensando nisso que a Coordenação de DST, Aids e Hepatites Virais da baixada santista e o Centro de Testagem e Aconselhamento de Santos promoveram a vacinação de profissionais do sexo, não só no porto santista, mas em todos os principais locais frequentados por elas.

Os agentes de saúde do projeto, em uma iniciativa inédita batizada de Dama da Noite, foram a campo conversar com cada uma, explicar o que são as hepatites virais, como se proteger e se imunizar. Fizeram cartão de vacinação para todas as que se interessaram, aplicando-lhes também as três doses contra a hepatite B.

Hoje, o Dama da Noite encontra-se reformulado. O trabalho de imunização não é mais feito nas ruas. Contudo, por meio da ajuda de **pares**, os agentes de saúde fazem um trabalho de busca para averiguar quem não se vacinou e encaminhar essas pessoas ao serviço de saúde para obter a vacinação.

A administração do Cine Júlio Dantas, que exhibe filmes de sexo explícito, abriu as portas para os agentes de saúde de Santos. Lá, dão orientações sobre sexo seguro, distribuem camisinhas e lubrificante íntimo e verificam se as profissionais do sexo que frequentam a casa foram vacinadas.

“O trabalho que eles realizam é maravilhoso! Não temos do que reclamar. Valorizam o ser humano. Escolheram trabalhar com prevenção porque gostam. São tão maravilhosos que extrapolam o trabalho deles, constroem amizade conosco, criam uma relação de confiança. É bom para todos”, elogia a travesti Bruni, 41 anos e



Camisinhas, lubrificantes, folhetos e vacinas: material para que as profissionais do sexo se protejam contra as DST e hepatites

Pares de trabalho são aqueles indivíduos que vivem ou já viveram a mesma situação que as pessoas às quais vão abordar para fazer um trabalho de prevenção ou aconselhamento. Usuários e ex-usuários de drogas, profissionais do sexo, homossexuais, travestis, jovens e idosos são voluntários em trabalhos com agentes de saúde. Nos processos educativos, os atores envolvidos – facilitadores e participantes – têm pontos em comum: estilo de vida, uso de drogas, soropositividade para o HIV ou hepatites etc. Essa similitude favorece a empatia, a compreensão e a abordagem de questões vivenciadas por pessoas que possuem a mesma condição clínica ou social.

O “nome de guerra” é o apelido que as profissionais do sexo escolhem para usar socialmente nos ambientes ligados ao seu trabalho.

frequentadora do cinema há oito. Bruni gostou tanto do trabalho dos agentes de saúde que ela mesma cobra das demais profissionais do sexo que usem camisinha. Quando necessário, também ajuda a distribuir os preservativos.

No centro de Santos, nos arredores do Ronda Bar, o movimento de profissionais de sexo em busca de clientes é grande. Em cerca de uma hora circulam pelo local mais de 50 mulheres. Marco Antônio Men-

des, 52 anos, é o proprietário do bar. Ele abriu as portas do estabelecimento para que a equipe da Coordenação de DST, Aids e Hepatites Virais pudesse dar assistência a essas mulheres. Ele conta que tomou a iniciativa ao se lembrar dos inúmeros amigos que perdeu na década de 1980 em decorrência da aids. “Quando éramos jovens, não havia coquetel. O diagnóstico era uma sentença de morte, além da carga social de preconceito, que até hoje é muito forte. Perdi grandes amigos e essa foi a forma que encontrei para ajudar, abrindo as portas do meu estabelecimento”, conta.

No Ronda Bar, os profissionais de saúde, além de realizar o trabalho de aconselhamento e prevenção, também distribuem camisinha e lubrificante para as profissionais do sexo. Durante a dispensação desses insumos, registram o “**nome de guerra**” e a idade das profissionais do sexo, e se foram imunizadas contra a hepatite B. Caso alguma delas ainda não tenha sido vacinada, é encaminhada para o serviço de saúde para tomar a primeira dose e agendar as outras duas.

Tia Baiana, uma senhora que não revela a idade, mas a quem os traços do tempo já conferem mais de 60 anos de vida, é uma das principais parceiras do combate às hepatites na baixada santista. Ela aluga quartos para as profissionais

Contaminação:

► Hepatite viral A:

via fecal-oral, ou seja, contato com água e alimentos contaminados com fezes que contêm o vírus, em condições sanitárias insatisfatórias.

► Hepatite viral B:

as relações sexuais desprotegidas e o compartilhamento de equipamentos para o uso de drogas (seringa, agulha, canudo, cachimbo) são as principais preocupações atuais. A transfusão sanguínea e derivados deixou de ser o principal motivo de aquisição do vírus, desde a implantação dos rigorosos cuidados vigentes nos bancos de sangue e a extinção de pagamento a doadores. O recém-nascido pode adquirir hepatite na hora do parto quando a mãe tiver o vírus.

► Hepatite viral C:

o contato com sangue ou secreções contaminadas com o vírus é a principal via de contaminação.

do sexo. O custo? R\$ 450 por mês, sendo expressamente proibida a presença de homens em casa. Toda semana ela vai ao Ronda Bar pegar camisinha, lubrificante íntimo e material informativo para as meninas que moram com ela.

Ela diz acompanhar a saúde de todas e sabe de cabeça o nome, idade e de onde vem cada uma delas. "Mandeí todas se vacinarem contra a hepatite B. Na minha casa não tem lugar para quem não cuida da saúde. Puxo a orelha mesmo. Sempre que chega uma menina nova, a trago para conversar com as agentes de saúde e, se preciso for, acompanho-a até o centro de saúde para tomar a vacina ou fazer algum tipo de consulta médica", enfatiza. Somente em uma das três casas de Tia Baiana moram 30 mulheres.

Em 2010, o acesso à vacina contra a hepatite B para populações vulneráveis foi estendido a cerca de 30 mil salas de vacina do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além da ampliação do acesso, outros grupos prioritários foram incorporados; entre eles, caminhoneiros, portadores de doenças sexualmente transmissíveis e gestantes. Manicures, pedicures e podólogos também estão no rol dos novos beneficiados, assim como lésbicas, bissexuais, transgêneros e pessoas que vivem em assentamentos e acampamentos.

O Ministério da Saúde adquiriu 33 milhões de doses para serem oferecidas ao longo de 2010 – 18 milhões a mais do que o destinado em 2009. A imunização contra a doença é uma das principais medidas de prevenção. Após as três doses, mais de 90% dos adultos jovens e 95% das crianças e adolescentes ficam imunizados contra a hepatite B.

Um grupo pela esperança

Há dez anos, as políticas públicas de combate às hepatites virais eram incipientes, com ações realizadas em locais e regiões pontuais. Para muitos, o acesso a informações sobre as infecções, bem como a forma de tratá-las, era escasso. Nesse sentido, um grupo de trabalhadores do sistema portuário de Santos fundou o Grupo Esperança, para oferecer suporte a quem vive com os vírus das hepatites, especialmente o do tipo C.

No começo, a entidade dava apoio e atenção aos pacientes e mantinha parceria com Organizações Não Governamentais (ONG) de transplantes de órgãos. O trabalho conjunto era importantíssimo para o aumento da sobrevivência das pessoas, visto que muitos pacientes eram diagnosticados com a doença tardiamente, quando o fígado já estava completamente comprometido. "Perdi bons amigos que estavam na fila do transplante. Um terço das pessoas que vivem com hepatite em Santos e que precisam de um fígado novo morrem na fila de espera pelo órgão", lembra com pesar o presidente do Grupo Esperança, Jeová Pessin Fragoso, de 53 anos.

Ele, que também vive com a hepatite C, fundou a ONG para ajudar as pessoas que sofrem da doença, bem como seus familiares. Apoiado pelo Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista (Sindipetro), ele deu início ao Grupo Esperança em 1999. Dezesete pacientes participaram da primeira reunião da entidade. Com atuação perseverante e combativa, conseguiram a criação do Programa de Hepatites do Município, que em 2010 completou uma década. "Além do programa, fomos os primeiros no Brasil a conseguir um assento no Conselho Municipal de Saúde e a lançar uma cartilha focada em hepatite C", comemora. O objetivo foi, e ainda é, dar qualidade de vida e acesso ao tratamento para quem vive com hepatite.

O Esperança começou com apenas uma sala cedida pelo Sindipetro. Hoje, são três salas: atendimento, psicologia e nutrição, além dos 30 voluntários que se revezam nos trabalhos desenvolvidos pela ONG. Palestras em empresas, escolas ou qualquer grupo que queira saber sobre hepatites fazem parte da agenda cotidiana desses voluntários. O Esperança foi a primeira entidade a organizar um seminário nacional com as ONG de hepatites. A primeira edição contou com a participação de 11 entidades de todo o Brasil. Nove edições depois, elas são quase cem. "Foi muito bom poder ver o Brasil se mobilizar no combate às hepatites. Temos orgulho de estar entre os pioneiros e ter ajudado a criar políticas públicas voltadas para o tema", alegra-se Fragoso.

O trabalho encampado pelo Grupo Esperança conseguiu espaço no programa Verso e Reverso da Rádio Cacique, de Santos. Sempre às quartas-feiras a rádio promove entrevistas, reportagens e debates sobre hepatites, incluindo prevenção, imunização, tratamento e assistência. "O sucesso do programa foi tão grande que passamos a ter, também, um espaço às terças-feiras para o Programa de DST e Aids, e às quintas-feiras para o Conselho Municipal de Saúde", entusiasma-se Fragoso.



UM DELES TEM HIV.

O OUTRO SABE.

VIVER COM AIDS É POSSÍVEL.
COM O PRECONCEITO NÃO.



Se você acha que vamos deixar de ser livres só porque vivemos com o HIV, sentimos muito. Nós nos chamamos Felipe e Cristiano.
NOSSO NOME NÃO É AIDS.



www.aids.gov.br