

resposta+

10
anos

A experiência do Departamento
de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
2012





Dez anos de respostas positivas

Em 2002, durante a XIV Conferência Mundial de Aids, em Barcelona, o Brasil apresentou a primeira edição da Revista Resposta Positiva. A Revista foi proposta como material de suporte para a divulgação das ações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS (o então Programa Nacional de DST e Aids), do Ministério da Saúde. Nela se relatavam experiências brasileiras bem-sucedidas no enfrentamento da epidemia da aids.

Dez anos se passaram e nesse período foram lançadas cinco edições da Revista. Em 2012, ao apresentar as ações institucionais para prevenir a transmissão das DST e do vírus da aids, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, a Resposta Positiva inova ao incluir histórias reais de pessoas de todos os cantos do Brasil. São verdadeiros heróis anônimos, que travam uma luta diária contra o preconceito e seus próprios medos, pelos direitos humanos e pela igualdade.

Por meio dessas histórias, são apresentados e discutidos os desafios e as conquistas para o efetivo controle da epidemia da aids.

Nesta edição incluem-se reflexões sobre conhecimentos, atitudes e prevenção da aids; o acesso à sorologia e o seu resultado; o cuidado de saúde adequado; os direitos humanos e o combate ao preconceito e discriminação; o acesso a medicamentos e insumos, sua sustentabilidade e o direito a esse acesso, em contraponto à propriedade intelectual – todos eixos norteadores das políticas do Sistema Único de Saúde.

O trabalho realizado pelo Ministério da Saúde no enfrentamento da epidemia está alicerçado na defesa inequívoca dos direitos humanos, contra todo e qualquer tipo de discriminação, em conjunto com a sociedade civil e o meio acadêmico. Isso possibilita que todas as pessoas vivendo ou convivendo com HIV/aids possam ter acesso universal e sem custo adicional ao diagnóstico, aos cuidados de saúde, aos insumos de prevenção e diagnóstico e aos medicamentos, com recursos provenientes exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

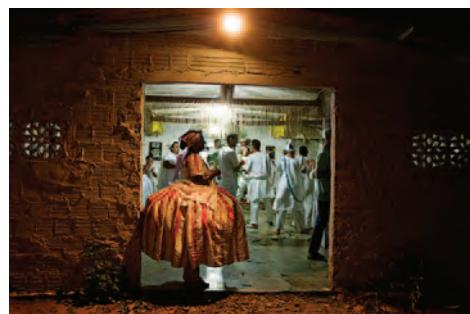
Essa política tem sido exemplo para países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas há ainda muito a se fazer na busca por um país mais justo e sem pobreza. Esperamos que a presente edição da Revista Resposta Positiva possa contribuir nesse sentido.

Continuemos a luta e boa leitura!

Dirceu Greco

Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

Sumário



Portas abertas para
a prevenção **4**



Prevenção nos
bordéis de Belém **6**



Mãos dadas pela
prevenção **10**



Direito à
sexualidade **14**



Caminhos da
Cidadania **18**



Saúde na
floresta **24**



Mobilização
social **30**



Criando
oportunidades **34**



Camisinha no
seringal **41**



I Love You com
Camisinha **46**



Compartilhar
informação **48**



Além-fronteiras **56**



Aids em números **60**



Em dia com a saúde **64**



Medicamento como prevenção **80**



Cozinha pedagógica **70**



Luta contra a coinfeção **84**



Rumo à maturidade **74**



Uma vida de resistência **88**



Tecnologia pela vida **78**



Perto do fim **92**



Em busca de identidade **98**

Ministério da Saúde do Brasil
Tiragem: 5.000 unidades – 1ª edição

Contato para sugestões e solicitação de exemplares:
www.aids.gov.br
imprensa@aids.gov.br

**Presidenta da República
Federativa do Brasil**
Dilma Rousseff

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

Secretário de Vigilância em Saúde
Jarbas Barbosa

**Diretor do Departamento de DST,
Aids e Hepatites Virais**
Dirceu Greco

Diretores-Adjuntos
Eduardo Barbosa e Ruy Burgos

**Coordenação de Vigilância,
Informação e Pesquisa**
Karen Bruck

**Edição, organização e coordenação
de Comunicação**
Hércules Barros

Redação
Daniela Brito, Gabriela Campos, Hércules Barros, Luiz Philipe Leite, Nivaldo Coelho

**Projeto gráfico, diagramação
e infografia**
Taty Fonseca

Versão digital
Ana Luiza Gomes e Colin Pantin

Revisão
Angela Gasperin Martinazzo
Telma Tavares Richa e Souza

Tradução
Inglês: David Ian Harrad
Espanhol: Javier Martínez

Fotografia
Olivier Boels

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; às Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids e às de Hepatites Virais; às Organizações da Sociedade Civil.



No bairro Nossa Senhora da Apresentação, na periferia de Natal, a orientadora espiritual Luciene de Oya Togun é referência na distribuição de preservativos

Portas abertas para a prevenção

Instituições religiosas de matriz africana no Rio Grande do Norte desenvolvem ações que contribuem para a ampliação do acesso da população a preservativos *Por Hércules Barros*

“Mãe Luciene, a minha camisinha já chegou?”. A pergunta faz parte da rotina da orientadora espiritual Luciene de Oya Togun, durante caminhadas pelas ruas do bairro Nossa Senhora da Apresentação, na periferia de Natal (RN). O loteamento, divisa com os municípios de São Gonçalo e Extremoz, abriga pessoas de baixa renda. A busca dos moradores locais por relações sexuais protegidas é resultado de cinco anos de abordagem preventiva realizada pelo terreiro Ojóloyá Jeje Obéotógundá. Durante as festas religiosas no barracão, além do batuque e das comidas de santo, os preservativos

ocupam lugar de destaque nas cerimônias. Essa forma inovadora de acesso à camisinha tem-se revertido em prevenção à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis nas comunidades potiguaras. O material colocado à disposição dos mais de 300 frequentadores do centro também chega às 19 comunidades religiosas da região, por meio de palestras de combate ao preconceito e de cuidados com a saúde.

Mas o reconhecimento de hoje enfrentou resistência no início. Mãe Luciene conta que na primeira reunião com os filhos de santo, ao expor o pênis de borracha para demons-

trar como se coloca a camisinha, teve gente que deixou o barracão, dizendo que não tinha ido ali para ver aquela cena. “Só com o tempo foram entendendo que essa era a melhor forma de conscientizar as pessoas para a prevenção. Principalmente os jovens”, diz.

Ela é taxativa ao ser perguntada por que trabalhar o tema saúde em um espaço de culto religioso. “É a mesma coisa de você me perguntar por que trabalhar a fé. A gente trabalha a natureza. Eu sou a minha árvore. A importância da preservação da saúde para nós é a importância da preservação da natureza, da vida”, explica.

Mais conhecido como frei Fernandes, Josimar é um dos responsáveis pelas ações que contribuem para a ampliação do acesso da população a preservativos



Mãe Luciene confessa que também se espantou de início. "Fui convidada por um frei a sair do barracão e começar essa distribuição de camisinhas", observa. A referência é ao ex-frei Josimar Rocha Fernandes, que atualmente faz parte da Rede Mandacaru. A organização reúne 34 congregações religiosas de matriz africana no estado e desenvolve ações que contribuem para a ampliação do acesso da população a preservativos.

"Caixinha (de preservativo) na cabeça e muitas vezes só com o dinheiro da passagem e do cafezinho, a gente sai daqui para Macau para distribuir camisinha", ressalta Luciene. O município, conhecido como terra do sal por causa do grande número de salinas, fica a cerca de 180 quilômetros de Natal. "A gente aproveita as festas das casas para levar camisinhas e fazer panfletagem", completa Fernandes, conhecido na comunidade como frei Fernandes.

Ele lembra que, em 2012, a rede Mandacaru passou a contar com recursos da **Programação Anual de Metas (PAM)**. O investimento é destinado à realização de quatro oficinas regionais, visando a introduzir na religião os temas DST, aids, hepatites virais e tuberculose. "Vamos chamar profissionais de saúde e religiosos para fazer uma troca de saberes", explica Fernandes. Segundo ele, parte da verba servirá para organizar o primeiro encontro de religiões, saúde e direitos humanos do Nordeste.

Instrumento de planejamento apresentado pelo Gestor de Saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais.



Insumos de prevenção

Em 2011, dos cinco milhões de preservativos enviados pelo Ministério da Saúde para distribuição no Rio Grande do Norte, 48 mil tiveram como destino o centro de mãe Luciene. As camisinhas são recebidas por meio do Programa Estadual de DST/Aids. Além de ser distribuído em ações de prevenção realizadas por organizações não governamentais, como a Rede Mandacaru, o preservativo está disponível nas unidades básicas de saúde, centros de testagem e aconselhamento, serviços especializados e bancos de preservativos. Essa capilaridade é resultado de esforço conjunto dos governos federal, estaduais e municipais e viabiliza a chegada de preservativos a postos de saúde e a cidadãos.

Histórico

O preservativo começou a ser distribuído pelo Ministério da Saúde em 1994. Na tentativa de melhorar a distribuição e o acesso da população aos produtos de prevenção, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem descentralizado as ações e os investimentos. Cada estado precisa especificar sua demanda de compra e distribuição no Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção. Esse plano faz parte da política de incentivo, instituída pelo ministério em 2002.

Em 2009, o Ministério da Saúde enviou aos serviços de saúde de todo o país recomendação para facilitar o acesso à camisinha nas unidades de saúde do SUS e diminuir a burocracia na oferta do preservativo. Entre as recomendações, está a de não cobrar prescrição médica

ou documento de identidade para retirada do insumo, nem participação em palestra ou qualquer outro tipo de reunião.

A responsabilidade pela compra e distribuição de 80% a 90% do total de preservativos oferecidos 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%. Para 2012, a previsão é disponibilizar 600 milhões de preservativos. Todos os estados recebem esses insumos do governo federal. Desde 1994, foram distribuídos no país 2,2 bilhões de camisinhas masculinas.





Prevenção nos bordéis de Belém

Voluntárias percorrem
boates do centro da cidade
distribuindo preservativos e
fazendo aconselhamento sobre
DST, aids e direitos humanos

Por Gabriela Campos

Misture vontade de mudar o mundo, um bocado de solidariedade e uma porção de responsabilidade social. Acrescente uma pitada de indignação. Está pronta a receita de trabalho do Movimento de Promoção da Mulher, o Moprom, ONG que atua na periferia de Belém (PA) há 45 anos.

No início de suas atividades, em 1967, o grupo desenvolvia ações para mulheres profissionais do sexo, com reuniões semanais de lazer, quando refletiam sobre suas condições de vida. Com o tempo, o público foi ampliado e outras mulheres em situação de vulnerabilidade social passaram a ser atendidas pela ONG. O tempo também foi responsável por afastar, na década de 90, as atividades de prevenção ao HIV/aids do rol de ações do Movimento. Mas a participação da instituição no projeto de rede “Mulheres Tecendo Ações pela Vida”, financiado pelo Ministério da Saúde, fez com que o assunto voltasse à pauta da ONG, em 2011.

Quando escurece, as voluntárias do Moprom, munidas de sacolinhas com preservativos e panfletos, começam as visitas às boates

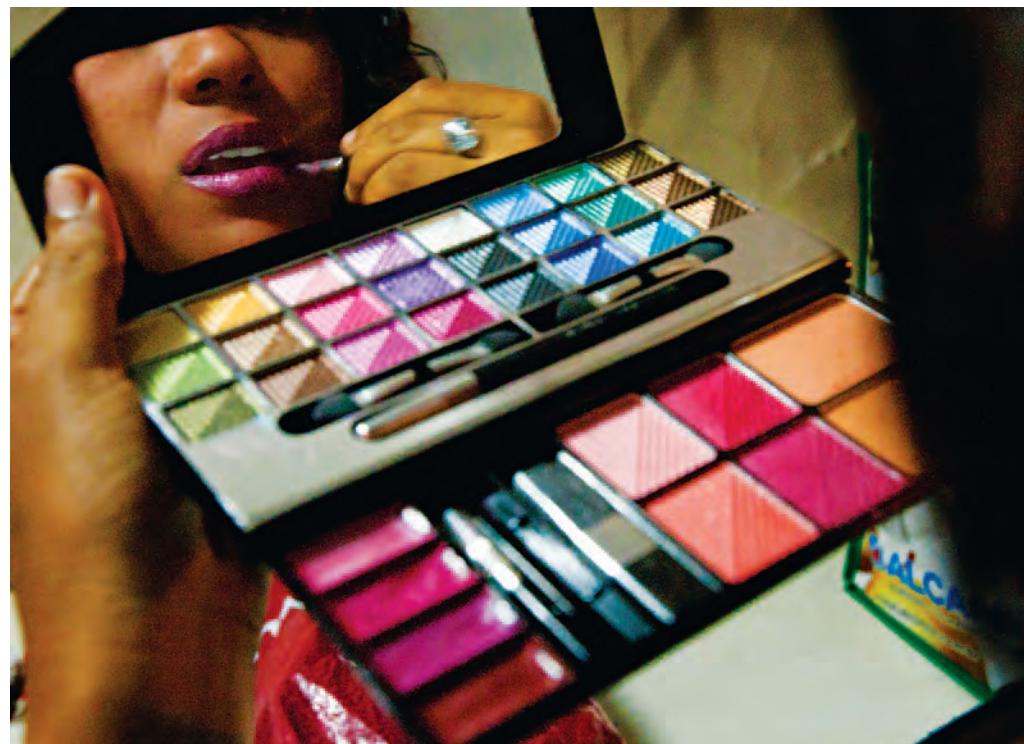
“Participar desse projeto de rede foi uma construção coletiva importante para nós. Podemos dizer que foi uma semente que germinou. Hoje é uma ação voluntária”, explica Maria Luiza Barroso Magno, presidente do Moprom, e militante há 22 anos em favor das mulheres.

O projeto, financiado de 2009 a 2011 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, envolveu seis instituições de cinco estados do país: Associação das Prostitutas do Ceará (Aproce), entidade que coordenou a rede; Associação de Moradores do Condomínio e Amigos da Vila Mimosa (Amocavim), no Rio de Janeiro; Associação das Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí (Aprosvi), em Santa Catarina; Grupo União Espírita Santa Bárbara (Guesb), em Alagoas; Instituto Brasileiro de Inovações Pró-Sociedade Saudável (IBISS-CO), no Mato Grosso do Sul e o Moprom.

Promover e ampliar o acesso à informação, desenvolver o protagonismo das trabalhadoras do sexo na prevenção às DST e HIV/aids e fortalecer seu papel político na sociedade foram os objetivos do trabalho em rede. As instituições envolvidas também buscaram trabalhar a questão da discriminação e do estigma sofridos pelas profissionais do sexo.

Segundo Maria Luiza, o projeto atingiu seus objetivos. “Desenvolvemos ações de prevenção em vários pontos de Belém; realizamos oficinas de capacitação com sociedade civil e profissionais de saúde; trabalhamos com a questão do aconselhamento e da autoestima”, pontuou. O projeto funcionou tão bem que o Moprom decidiu dar continuidade ao trabalho por conta própria. Hoje, as voluntárias da ONG, munidas de panfletos e preservativos, visitam bordéis no bairro da Campina, de 15 em 15 dias.

“Vamos de carona, de ônibus, do jeito que der. O importante é estar lá e fazer nosso trabalho”, conta Nilde Mendes, ex-profissional do sexo e hoje vice-presidente do Movimento.



As profissionais do sexo geralmente são abordadas pelas voluntárias do Moprom enquanto estão se arrumando

Por ter vivido 18 anos no “meretrício” – como ela mesma definiu –, Nilde tem um jeito todo especial para lidar com as moças quando chega aos bordéis. E funciona. Todas param suas atividades e reúnem-se em volta das duas senhoras. A preocupação com a prevenção está visivelmente presente nesses locais.

Nani*, de 33 anos, é uma das moças que têm consciência da importância de se proteger. “Não faço programa sem camisinha. Uma vez saí do quarto e deixei o cliente lá. Ele tinha me oferecido R\$ 1.000,00 para fazer sexo sem preservativo”, conta.

Vítima de violência do marido, Nani se divorciou e encontrou na prostituição a fonte de renda que não tinha para criar os dois filhos. Segundo ela, a casa própria, com ar-condicionado e computador, foi comprada com o dinheiro desse trabalho. “Não gosto, faço por necessidade e invisto na educação dos meus filhos”, diz. Para ela, é uma questão de tempo. A moça exuberante, de olhos verdes, quer montar uma fábrica de iogurte.

“Participar desse projeto de rede foi uma construção coletiva importante para nós. Podemos dizer que foi uma semente que germinou. Hoje é uma ação voluntária”

Maria Luiza Barroso Magno,
presidente do Moprom.

Sueli*, 49 anos, também é adepta do sexo seguro. Há cinco meses voltou a fazer programa. Mas o caso dela é um pouco diferente. Sueli vai ao bordel para fugir da solidão. "Vou ficar fazendo o quê em casa? Vendo televisão sozinha?", questiona. A filha mora no Japão, onde trabalha em uma concessionária e manda dinheiro para a mãe. "Eu tenho profissão, sou costureira, não trabalho aqui pelo dinheiro. Venho pela diversão".

Sueli também recusa clientes que não querem usar camisinha. Segundo ela, alguns insistem para que pelo menos o sexo oral seja feito sem proteção. "Não aceito de jeito nenhum e eles acabam se conformando. Acho que as pessoas estão ficando mais conscientes", diz.

O incentivo a fazer o teste anti-HIV também é parte do trabalho das voluntárias do Moprom. Nos bordéis visitados na ação noturna, as profissionais do sexo foram unânimes em afirmar que realizam o exame de seis em seis meses.

Agora o Moprom volta sua atenção para dois novos projetos, com recursos da Programação Anual de Metas (PAM) do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. "Já assinamos o convênio com o estado e vamos trabalhar por dez meses com prevenção de DST/aids e direitos humanos nos presídios femininos e nos núcleos comunitários da periferia", explica Maria Luiza. Segundo ela, o projeto "Mulheres Tecendo a Liberdade" é também fruto do projeto de rede das profissionais do sexo.

Destinar 10% dos recursos da PAM estatal para apoio de ações desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil que atuem junto às profissionais do sexo é, a propósito, uma das recomendações da I Consulta Nacional sobre DST/Aids, Direitos Humanos e Prostituição. O documento, elaborado pelo Departamento, foi proposto pelo Ministério da Saúde como uma resposta brasileira às recomendações apresentadas pela Consulta Latino-Americana sobre Trabalho Sexual e DST/Aids, realizada em Lima, no Peru.

Outro documento mostra, pela primeira vez no Brasil, a situação de vulnerabilidade das profissionais do sexo. O estudo, coordenado e financiado pelo Departamento em 2009, se valeu da RDS (Respondent-Driven Sampling) – técnica de amostragem probabilística para populações de difícil acesso – para mostrar o nível de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis no grupo dessas mulheres.



As profissionais do sexo se amontoam em volta das voluntárias do Moprom, para receber os preservativos e o aconselhamento



Consciente, Nani não faz sexo sem preservativo, apesar da insistência de vários clientes

No total, 2.523 profissionais do sexo foram entrevistadas, em dez municípios do país. A pesquisa mostra que 97,9% delas sabem que uma pessoa pode ser infectada pelo HIV se não usar preservativos em relações sexuais. Por outro lado, nas relações sexuais que tiveram com o parceiro fixo, apenas 36,6% usaram camisinha. Com clientes, o uso do preservativo sobe para 90,1%.

A última edição do Boletim Epidemiológico Aids/DST do Departamento, divulgada no fim de 2011, mostrou que a proporção de homens para cada mulher com aids vem diminuindo ao longo dos anos. Para se ter uma ideia, enquanto em 1986 havia apenas um caso de aids entre mulheres para cada 15 casos entre homens, em 2010, para cada 1,4 caso de aids em homens, há uma mulher infectada.

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos mantém-se estável em 0,6% desde 2004. Por conta do estigma e da própria vulnerabilidade do trabalho, as profissionais do sexo têm **taxa de prevalência bem maior**, de 4,9%.

Projeto “Áreas da Vida” promove ações de prevenção entre profissionais do sexo na BR-316

É quase meia-noite e é intenso o movimento em um dos postos de gasolina à beira da rodovia Belém-Brasília, a BR-316. Entre os caminhões, circulam muitas moças oferecendo seus serviços como profissionais do sexo. Outras trabalham nas boates próximas dali. Há dezenas desses estabelecimentos ao longo da estrada.

Às margens da rodovia está Ananindeua, o município de 400 mil habitantes de onde as meninas vêm. E, apesar de ter menos de 1/3 da população de Belém, há mais prostitutas ali do que na capital paraense.

“Sua localização, às margens da BR, e a quantidade de caminhoneiros que circulam por aqui dia e noite acabou propiciando isso”, explica Beto Paes, coordenador do movimento LGBT do Pará e articulador da sociedade civil que trabalha na Coordenação Municipal de DST/Aids de Ananindeua.

De olho nessa realidade, a Coordenação, em parceria com o Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará (Gempac), desenvolveu o projeto “Áreas da Vida”. Dez pessoas, três vezes por semana, fazem trabalho de prevenção (com distribuição de materiais informativos e preservativos) e orientação sobre direitos humanos.

“É preciso ser prostituta para fazer esse trabalho com prostitutas. Circulamos entre os caminhões, entramos nas boates e somos recebidas com alegria e gratidão”, conta Lourdes Barreto, ex-profissional do sexo, fundadora e presidente do Gempac.



Nos bares à margem da BR-316, as profissionais do sexo recebem material informativo sobre DST e aids



Lourdes Barreto, do GEMPAC, e Beto Paes, do SAE de Ananindeua, participam de ação de prevenção nas boates próximas à rodovia



Durante a ação de prevenção, a diretora do Gempac ensina as profissionais do sexo a colocar o preservativo em seus clientes

Paralelamente a esse trabalho, as meninas do Gempac atuam no projeto “Zona de Direitos”. A iniciativa prevê a contabilização dos casos de violência cometidos contra profissionais do sexo. “Elas continuam sendo alvo de grande violência, tanto de seus companheiros quanto de clientes. Pretendemos levar isso ao conhecimento das autoridades”, explica. Segundo Lourdes, as profissionais do sexo também são vítimas de tráfico de mulheres.

Ananindeua tem-se destacado quando o assunto é prevenção ao HIV e qualidade de vida de quem vive com o vírus. Desde 2003, o município conta com o Serviço de Atenção Especializada em Aids (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA). Com 37 profissionais, o serviço conjunto atende cerca de 400 pacientes.

Além de realizar a testagem, o SAE/CTA oferece aconselhamento pré e pós-teste, distribui medicamentos (para aids e tuberculose) e esclarece dúvidas sobre DST.

“Vamos, inclusive, descentralizar os testes anti-HIV para os cinco polos de saúde do município. A ideia é ampliar o acesso ao teste”, diz a coordenadora de DST/aids do município, Margareth Imbiriba.

De acordo com ela, que é médica infectologista, a notificação do número de casos no município vem crescendo. “Creditamos isso à conscientização das pessoas, que passaram a fazer o teste. O diagnóstico precoce é fundamental para que o tratamento seja bem-sucedido”, explicou.

O SAE/CTA também realizou oficinas de capacitação e o primeiro curso sobre hepatites virais. “Conseguimos capacitar 21 médicos e 37 enfermeiros, o que é superdifícil por aqui”, comemorou Beto Paes.

Outra conquista da coordenação de Ananindeua, segundo ele, foi o CTA itinerante. “Isso foi uma demanda da sociedade civil. Agora as pessoas terão acesso ao teste anti-HIV em vários locais na cidade”, concluiu. * Nomes fictícios.



Com um trabalho de prevenção de 10 anos nas ruas de Fortaleza, Thina é bem recebida pelas travestis em cada ponto por que passa

Mãos dadas pela prevenção

Na capital cearense, pontos de prostituição de travestis viram espaço de diálogo aberto, distribuição de camisinhas e promoção de direitos humanos *Por Daniela Brito*

São 21 horas de quarta-feira. Thina Rodrigues e Renaldo Gomes estão prontos para mais um dia de trabalho nas ruas de Fortaleza (CE). Ela é travesti e ele é gay. Estão juntos em uma parceria inusitada, em que ambos atuam em prol da causa que abraçaram: a prevenção do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis. O foco é o centro da cidade, local frequentado pelas travestis. Mesmo não estando montada para a noite, Thina é muito bem recebida e a presença de Renaldo não causa estranheza nos pontos em que só travestis se prostituem. As "meninas" sabem que eles vieram distribuir camisinhas. Isso é o que importa.

Por noite, das 21 às 2 horas, cerca de 200 travestis são abordadas. Não há uma norma específica para a aproximação – esta varia de

acordo com a necessidade encontrada –, mas uma regra básica é usar o linguajar próprio do ambiente. O objetivo é travar um contato mais próximo. Depois disso, aí sim as conversas vão para temas como negociação do uso da camisinha, próteses de silicone, cidadania, direitos humanos e até consumo de drogas. Cada uma recebe informações de cuidados com a saúde e ganha de 12 a 15 preservativos, e, ainda, gel lubrificante.

Terças e sextas-feiras, as atividades acontecem nas casas de prostituição e na **pista**. Quarta-feira é o dia dos cinemas pornôs. O serviço é uma referência no estado, fruto de mais de 10 anos de atuação nesse campo.

É como as travestis costumam chamar as ruas, local onde fazem programas.



Renaldo se sente inserido na realidade das travestis e mostra desenvoltura na abordagem de rua, com a vivência adquirida



Cecília comemora a chegada das camisinhas. A distribuição de preservativos facilita a vida dela

O crack é hoje o maior obstáculo para a prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. “Quando estão sob efeito do entorpecente, as travestis não usam camisinha”

Renaldo Gomes, agente de prevenção



Jamile Blond é uma das beneficiadas pelas oficinas realizadas pela Atrac. “Aprendi muita coisa que não sabia sobre as DST”.

Cecília é uma das usuárias que acompanha a atuação da **Associação de Travestis do Ceará (Atrac)** desde o início, em 2001, e sabe a importância da iniciativa. Quando a ação não ocorre, ela tem que “se virar” para pegar camisinha no posto de saúde ou em motéis. “Fica chato porque às vezes tem (sexo) oral no carro, e sem camisinha não rola”, garante.

Além da abordagem de rua, a associação promove oficinas profissionalizantes e de prevenção. Já foram realizados cursos básicos de cabeleireiro, informática, confecção de sabonete, vela e bijuteria. Jamile Blond é uma das ex-alunas e participou dos dois tipos de capacitação. “Aprendi muita coisa que não sabia sobre as DST e também recebi encaminhamento para um serviço de saúde quando precisei”, recorda. Esse tipo de incentivo é fruto de uma parceria com a Coordenação de DST e Aids do Ceará, que já banhou atividades como essa por meio de recursos da **Política de Incentivo em DST/HIV/Aids**.

Na área das hepatites, o trabalho conjunto também teve caráter pioneiro. Por meio de um projeto-piloto, financiado pelo Ministério da Saúde, foi distribuído material informativo, testagem para as hepatites B e C e oferta de vacina para hepatite B em salões de beleza e **terreiros de umbanda e candomblé**.

Com atuação tão abrangente, pode até parecer que a tarefa é fácil, mas Thina e Renaldo sabem os desafios que enfrentam para viabilizar as atividades. O primeiro é o próprio público-alvo, historicamente marginalizado. “Um cachorro tem mais valor do que uma travesti”, dispara indignada a presidente da associação.

A organização não governamental foi criada em 2001 para lutar pelos direitos das travestis e pela prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Thina Rodrigues é a presidente da instituição desde 2004.

É uma forma regular de financiamento no SUS, estabelecida pela Portaria nº 2.313/2002. A verba destina-se ao aprimoramento das ações voltadas para promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e HIV/aids, na rede de serviços governamentais e nos projetos mantidos pelas organizações da sociedade civil. Desses recursos, cerca de R\$ 10 milhões por ano são destinados a projetos de organizações não governamentais de todo o Brasil.

As religiões afro-brasileiras usam espátulas para fazer cortes na pele para rituais. Quando compartilhadas, essas ferramentas se tornam uma porta aberta para a transmissão das hepatites virais.



Na vida de Thina Rodrigues, o despertar para o ativismo aconteceu quando ela foi presa injustamente, em 1988, por um gestor que queria “limpar a cidade”. Desde então, não consegue ver uma travesti tendo seus direitos desrespeitados e não fazer nada

Esse processo de exclusão também se reflete no financiamento das ações. A causa não tem apelo social, por isso muitas vezes falta verba para executá-las – nem sempre há dinheiro, por exemplo, para colocar combustível no carro que ganharam do Ministério da Saúde. E, como se não bastasse tudo isso, eles ainda têm que lidar com o problema do crack. A droga é hoje o maior obstáculo para a prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. “Quando estão sob efeito do entorpecente, as travestis não usam camisinha”, lamenta Renaldo.

Do mesmo modo que as dificuldades em alguns momentos desanimam, são elas também a mola propulsora da continuidade das ações. Na vida de Thina Rodrigues, o despertar para o ativismo aconteceu quando ela foi presa injustamente, em 1988, por um gestor que queria “limpar a cidade”. Desde então, não consegue ver uma travesti tendo seus direitos desrespeitados e não fazer nada. A militância está “no sangue”, como ela costuma frisar.

Nesse universo tão complexo, as parcerias são fundamentais. A Atrac leva para as ruas a vivência e o conhecimento acumu-

lado de mais de uma década com o público-alvo. “Todas me conhecem, então fica mais fácil chegar nos pontos de prostituição e realizar o trabalho de prevenção”, reforça Thina. O governo do Ceará distribui as camisinas fornecidas pelos governos federal e estadual. Além disso, a Coordenação de DST e Aids do estado financia as ações, por meio de **projetos aprovados**

Em 2012, foi executado o projeto “Salto Alto para a Prevenção”. Os recursos são provenientes da PAM do estado. Foram destinados R\$ 30 mil para o projeto.

em edital de seleção pública. Já a administração dos recursos e a prestação de contas ficam por conta do **Movimento Arco-Íris da Sociedade Horizontina (Maish)**, organização que Renaldo preside.

Criado em 2003, com o intuito de trabalhar com gays. Em 2008 incluiu travestis e no ano de 2009 também passou a atuar com profissionais do sexo. Renaldo Gomes é presidente da instituição desde 2008.



Visibilidade

O Ministério da Saúde está investindo, nos últimos anos, em campanhas dirigidas a esse público. A ideia é promover a inserção social e a imagem positiva das travestis, além de disseminar o conhecimento sobre as formas de prevenção às DST, HIV e aids e o combate à violência e à discriminação.

Em 2010, as travestis fizeram, pela primeira vez, a produção e criação do conceito de um material publicitário. Com o slogan **“Sou travesti. Tenho direito de ser quem eu sou”**,

www.aids.gov.br/travestis

aram criados vídeos, toques de celular, las de descanso, cartazes e fôlder. o produzirem sua própria campanha rígida, elas se tornaram protagonistas e suas histórias", enfatiza Dirceu Greco, retor do Departamento de DST, Aids e epatites Virais. "Na vida real", explica diretor, "elas não são ouvidas nem stas". No carnaval de 2012, a campanha ublitzária de massa trouxe outra grande ovidade: um **pôster** voltado às travestis.

www.aids.gov.br/campanhas/2012/carnaval

Ativismo LGBT

Em todo o Brasil, ações de enfrentamento à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis para gays, outros HSH e travestis são realizadas de acordo com as necessidades locais. Os planos de atuação, acordados entre gestores e sociedade civil, estão disponíveis no **link abaixo** e são resultado da política nacional, firmada em 2008.

Especificamente para organizações da sociedade civil, um financiamento inédito apoiou iniciativas das cinco regiões brasileiras que atuam com travestis. Sete instituições e a Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros do

Brasil (Antra) trabalharam juntas nos anos de 2008 e 2009, no projeto “Transponto Barreiras”.

Um dos principais ganhos foi a atuação nos espaços de controle social. Elas passaram a conhecer as formas de participação na construção das políticas públicas de saúde, apoderaram-se dos planos de enfrentamento junto à população-alvo e participaram mais ativamente da construção da **Programação Anual de Metas (PAM)**.

Instrumento de planejamento apresentado pelo Gestor de Saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais

Instrumento de planejamento apresentado pelo Gestor de Saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais



Nome social

As travestis ainda têm dificuldade de acesso aos serviços públicos. Desde 2008, o Ministério da Saúde garante o direito de uso do nome social no prontuário do serviço de saúde, mas isso nem sempre é observado. Esse processo de desrespeito, associado às situações de violência e exclusão a que as travestis estão expostas, faz com que elas se tornem mais vulneráveis ao HIV.

Apesar de ainda não existir uma pesquisa nacional exclusiva com essa população, **estudo realizado com gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)** comprova que a prevalência da infecção é alta – 10,5%, enquanto na população geral o índice é de 0,6%. O preconceito também é um componente presente na vida dessas pessoas: 29,6% dos entrevistados afirmaram já ter sofrido discriminação por causa da orientação sexual alguma vez; 44,5% disseram ter sido xingados e 12,4% já foram agredidos fisicamente.

http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2011/08153/Reliability_of_Self_Report_of_HIV_Status_Among_Men_5.aspx



Toalha na cintura e preservativo na mão fazem parte da abordagem preventiva em cinco saunas de Fortaleza (CE), pontos de encontro do público masculino

Direito à sexualidade

Estar onde a população de gays e HSH se encontra e combater a homofobia e discriminação sexual contribuem para a redução da vulnerabilidade LGBT ao vírus da aids e às hepatites virais *Por Hércules Barros*

Tirar a roupa e enrolar uma toalha no corpo para falar de prevenção às DST, aids e hepatites virais em saunas gays de Fortaleza (CE). Os primeiros olhares dos frequentadores do local são de desconfiança, mas aos poucos eles se aproximam, tiram dúvidas. O strip-tease preventivo funciona. Em menos de duas horas, as 200 camisinhas e sachês de gel lubrificante colocados na antessala das cabines privativas da sauna se vão.

A intervenção direcionada a homens que fazem sexo com homens (HSH) e gays faz parte do projeto no Calor da Prevenção. Realizada pela organização não governamental Gapa, do

Ceará, a abordagem ocorre no início da noite, em cerca de cinco saunas da capital cearense, pontos de encontro do público masculino. O ritual de prevenção se repete em cada uma. Com toalha na cintura, um pênis de borracha e camisinhas, dois educadores do Gapa dão orientação sobre o uso correto do preservativo e em seguida saem pelos corredores esclarecendo dúvidas sobre sexo. Entram nas salas de vapor quente e frio, de vídeo e internet, na ducha e piscina, bar e *darkroom*. Em todos os ambientes são bem recebidos.

Espaço destinado a atividades eróticas ou sexuais anônimas em boates e saunas.

“Eles não deixam a toalha cair”, brinca o jovem Kaio, garoto de programa frequentador de sauna que sempre recorre ao estoque de camisinhas distribuído pelo Gapa. “Nunca tive a informação de que sexo oral tinha de ser com camisinha”, destaca o professor Adriano Gonçalves. “Fico de olho no pote de camisinhas que eles deixam aqui quando saem”, confessa o cabelereiro Anderson. “Conheci o trabalho deles no ano passado em outra sauna. Acho importante”, ressalta o cearense Neto. “Trata-se de atenção a um grupo social que merece consideração da Saúde como qualquer

outro", afirma o servidor público Leonardo Ventura. As declarações são dos clientes desses espaços, pessoas abordadas pelos educadores, que além de receberem informações sobre como cuidar da saúde, acabam incentivando os educadores a continuar o trabalho.

A ação ocorre geralmente aos domingos, quando a movimentação nesses lugares é intensa. "São quase 19 mil preservativos e 1,5 mil sachês de gel por mês", contabiliza o coordenador da articulação, Armando de Paula. A intervenção educativa é realizada conjuntamente com a Coordenação Estadual de DST/Aids do Ceará. Por meio dos recursos da Política de Incentivo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a Coordenação do Ceará firmou parceria com quatro ONG locais que atuam diretamente junto à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais). O investimento em prevenção é definido em conjunto na construção da Programação Anual de Metas (PAM) do estado.

Em 2011, a Coordenação do Ceará investiu R\$ 108 mil com a abertura de editais de concorrência pública. As instituições vencedoras receberam R\$ 27 mil cada uma para desenvolver ações de prevenção às DST e aids com foco no segmento gay. Uma dessas atividades capacitou 320 integrantes do Programa Saúde da Família (PSF). Para os profissionais de saúde do PSF, o foco foi na melhoria do atendimento à população LGBT. Eles trocam ideias sobre a interface entre saúde e temas como identidade, sexualidade e prevenção.

O combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos como forma de enfrentamento das DST, aids e hepatites virais também estão previstos na PAM do Ceará. O Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB) é uma das organizações contempladas pela PAM que promovem atenção aos jovens gays. O GRAB, uma das ONG pioneiras no país na defesa dos direitos da população LGBT, trabalha o resgate da autoestima e a autonomia de jovens gays. Para isso, realiza encontros em que reúne meninos com histórias de vida em comum. São jovens de família de baixa renda que enfrentam preconceito e discriminação, além de conviver, diariamente, com a violência. A ideia da organização que trabalha com o respeito aos homossexuais é promover cidadania e formar novos líderes do movimento gay.

"Eles (jovens gays) sabem que a camisinha está disponível no serviço público de saúde, mas não têm noção de coisas básicas, como onde pegá-la e como tratar do assunto com profissionais", diz o assistente de projeto Délson Souza, 29 anos de idade. Nas ações de que participa junto com lideranças comunitárias da Barra do Ceará, ele acaba atuando como um elo entre a comunidade e os gays do bairro. "Com o preconceito e tabus, essa população acaba excluída de políticas públicas", explica.



Uma pequena mesa com um pênis de borracha e camisinhas completa o cenário da intervenção direcionada a HSH e gays do projeto no Calor da Prevenção (Gapa)

Parceria

Levar informação a jovens gays para reagir à homofobia e cuidar da saúde. Esta é a via que os militantes do GRAB vivendo com HIV/aids encontraram para conciliar sexualidade com prazer e prevenção para jovens que vivem uma situação de vulnerabilidade social. "É difícil você pensar em saúde quando tem de cuidar para não ser morto", completa Joaci Lima, 32 anos.

Joaci vive e trabalha em uma periferia violenta da capital cearense e sabe que questões como uso abusivo de drogas e desestruturação familiar contribuem para a vitimização dos jovens gays. "Aceitação e respeito em um ambiente como esse deixam de ser prioridade", diz. Para Joaci, as novas tecnologias podem ser um caminho de atração da atenção desses jovens. "Acho que investir em novas linguagens, como Facebook e MSN (serviço de mensagem instantânea), é a melhor forma de chegar nessa galera", opina.

Além dos recursos da PAM, o Ministério da Saúde também apoia projetos de prevenção às DST, aids e hepatites virais dirigidos a atividades de mobilização do Orgulho LGBT. A iniciativa ocorre por meio de seleção pública e tem por objetivo estimular a ampliação das ações de prevenção e a realização de teste e diagnóstico precoce do HIV e hepatites virais. Em

2012, foi destinado R\$ 1,3 milhão para esse fim. Na perspectiva do direito à saúde, a medida visa a combater a vulnerabilidade da comunidade LGBT a essas doenças, em decorrência do estigma e preconceito.

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde reforçou, com um montante de R\$ 10 milhões, as ações voltadas à saúde de gays, HSH, travestis, transexuais e outras populações vulneráveis às DST, aids e hepatites virais. Os recursos são destinados a instituições que trabalham em parcerias regionais com mobilização para prevenção e incentivo ao diagnóstico de aids e hepatites virais. Além disso, outros R\$ 2 milhões foram investidos em instituições que atuam com assessoria jurídica na área de direitos humanos.

Dirceu Greco, diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, lembra que as iniciativas atingem, principalmente, os públicos prioritários no enfrentamento a essas doenças, além de contribuírem para que o Ministério da Saúde possa consolidar parcerias com a sociedade civil organizada. "Queremos ampliar o conhecimento sobre os mecanismos de combate à violação de direitos, especialmente em saúde", conclui.



SEM PRECONCEITO VOU

Entendendo a diferença, respeitando a diversidade

Orientação sexual (e não opção sexual):

capacidade de ter atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero. Opção sexual é uma expressão incorreta porque ninguém “opta”, conscientemente, por sua orientação sexual.

Homossexualidade (e não homossexualismo):

homossexualidade se refere de forma correta à orientação sexual do indivíduo, indicando “modo de ser”. Homossexualismo é um termo inadequado por trazer uma carga semântica de conotação negativa (o sufixo “ismo” denota doença, anormalidade).

LGBT (e não mais GLS):

desde 2008, ficou definido, em Conferência Nacional, o uso do termo LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A sigla GLS – Gays, Lésbicas e Simpatizantes – é excludente porque não identifica as pessoas bissexuais, travestis e transexuais.

O estandarte do bloco **Sem preconceito eu vou** está à frente de uma série de ações comunicativas que valorizam a cidadania e o direito à saúde de lésbicas e mulheres bissexuais. A iniciativa é do Grupo Afirmativo de Mulheres Independentes (Gami) de Natal, no Rio Grande do Norte, que pelo quarto ano consecutivo divulga informações sobre como evitar DST e aids durante os festejos carnavalescos pelas ruas da capital potiguar. O Gami realiza oficinas e rodas de conversa denominadas pela instituição como "cadeia informativa" de prevenção às DST, aids e hepatites virais entre o público feminino. As atividades recebem recursos do governo federal por meio da política de incentivo, a partir da Programação Anual de Metas (PAM) elaborada pelo estado.

Bissexual:

pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente com pessoas de ambos os sexos/gêneros.

Homocafetivo:

adjetivo utilizado para descrever as relações entre as pessoas do mesmo sexo/gênero (e não as pessoas).

Lésbica:

mulher que é atraída afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero.

Homossexual:

pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero.

Drag queen:

homem que se veste com roupas femininas de forma satírica e extravagante, com foco no humor e no exagero, para o exercício da profissão em shows e outros eventos.

Transexual:

pessoa que possui identidade de gênero diferente do sexo de nascimento. Homens e mulheres transexuais podem ou não manifestar o desejo de se submeterem a intervenções médico-cirúrgicas para mudança de órgão genital.

Transformista:

indivíduo que se veste com roupas do gênero oposto, movido por questões artísticas.

HSH:

sigla, cunhada pelos profissionais de saúde, referente ao termo "homens que fazem sexo com homens", e que não se consideram gays. Exemplos: caminhoneiros, michês.

Travesti:

pessoa que nasce como sendo do sexo masculino ou feminino, mas que tem sua identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico, assumindo papéis de gênero diferentes daqueles reconhecidos pela sociedade. A identidade de gênero para a travesti se caracteriza pelo modo como a própria pessoa se vê.

Homofobia:

medo, aversão ou ódio aos homossexuais, e, por extensão, a todos os que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. O preconceito pode se caracterizar também como lesbofobia e transfobia.



Trilhos da antiga ferrovia de Santos. Esconderijo do crack. Lar de usuários de droga.

Caminhos da Cidadania

Em Santos, aids e saúde mental se unem para levar atendimento àqueles que não acessam o serviço tradicional do SUS *Por Luiz Philipe Leite*

Quinta-feira. Calor, 30°C na baixa-da-santista. Uma van de cores quentes e temas urbanos chega ao Bairro José Menino por volta das 15h. Para próxima a uma velha linha de trem. A rua é antiga, de paralelepípedos. Em frente está o morro que leva o mesmo nome. Ao lado, há a Gruta de Nossa Senhora de Lourdes. Da van saltam uma enfermeira, um terapeuta ocupacional, uma assistente social e o motorista. Começam os preparativos de mais um dia de atenção à saúde: montar e estender o toldo que fica acoplado à van; colocar a mesa branca, quadrada, de plás-

tico, para o acolhimento dos usuários que chegarão logo mais; organizar e vestir os equipamentos de proteção individual; preparar os kits de testagem; colocar as duas escadas que facilitam a entrada no veículo.

Pouco tempo depois, de moto, chegam dois agentes de prevenção voluntários. Eles conhecem bem o local... os usuários de drogas... a melhor maneira de abordagem... São conhecidos como **redutores de danos** e irão auxiliar a equipe da van a estabelecer o contato e ganhar a confiança dos usuários de drogas da região. Vários deles em situação de rua.

Indivíduos providos de um conjunto de estratégias práticas de saúde pública, voltadas para o campo do uso de drogas, que visam a reduzir danos desse uso, sejam estes biológicos, sociais, econômicos ou culturais. Respeitam a liberdade de escolha das pessoas, assim como sua liberdade de uso do próprio corpo.

Os agentes caminham sobre trilhos de trem desativados. Seguem na direção do antigo túnel que ligava a estação ferroviária de Santos à de Cubatão, passando pelo município de São Vicente. Em volta, uma densa mata de galeria e muito lixo espremem o espaço disponível. Uma parede de concreto fria e cinza cerra o túnel. É nesse cenário que usuários de crack encontram refúgio para alimentar seus vícios e esquecer suas mazelas. E é nele que são feitos os primeiros contatos de uma iniciativa estatal de promoção intersetorial da saúde: o Consultório na Rua – Caminhos da Cidadania. Uma experiência integrada. O atendimento é voltado para a saúde mental, prevenção, uso abusivo de drogas, HIV/aids, hepatites virais e doenças sexualmente transmissíveis.

A noite começa a cair. O Morro do José Menino, que dá nome ao bairro, fica bem próximo à praia. A essa altura, o frio e a umidade chegam. Da van é possível ver um dos redutores de danos voltar pelos trilhos do trem. Ele vem acompanhado de João Carlos*, 31 anos, natural de Santos. João foi casado por uma década. Tem um filho. Aos 18, era gerente administrativo de um jornal do município. E estudava administração em uma conhecida universidade paulista. Ainda jovem, já é aposentado... por causa do crack. Ele é usuário desse entorpecente há 13 anos.

Foram quase dois meses tentando estabelecer uma relação de confiança com João. Esse é o espaço de tempo em que a van, periodicamente, vai ao José Menino. O agente de prevenção usou a distribuição de camisetas e de pomada contra **queimadura labial** para se aproximar do usuário. Criou algum vínculo. Os outros profissionais da van fizeram o mesmo. Inclusive o motorista. E agora, confiando na equipe, João decide fazer o teste rápido de aids.

Está agitado. O efeito do crack, gradativamente, se esvai. Ele quer outra **bola**. Para passar pelo aconselhamento e teste, mantém-se firme e luta ante a sobriedade que insiste em chegar e a necessidade de se drogar novamente.

O cachimbo para o uso de crack queima a boca e abre fissuras no lábio. A pomada ajuda a amenizar esses efeitos.

Gíria popular que representa o ato de consumir uma dose de droga inalável por fumo ou pipagem (cachimbo improvisado)



Equipe multidisciplinar conversa com usuária de crack no Bairro do José Menino. No diálogo? Saúde, dificuldades, realidade e direitos humanos.

Feito o pré-acolhimento, a assistente social entende que João Carlos está apto a fazer o teste. A enfermeira Simone Aoki colhe uma amostra de sangue e dá início ao exame. A equipe de saúde segue conversando com o usuário (agora não mais de droga, e sim, do Sistema Único de Saúde - SUS). Querem mantê-lo por perto até que o resultado fique pronto. Para ele, os quinze minutos do anti-HIV são uma eternidade.

O dispositivo que detecta o vírus da aids quase conclui o diagnóstico, mas o víncio subverte a vontade de ficar. João se vai. A equipe de saúde e o redutor de danos entendem. "Daqui a pouco ele volta. Eles sempre voltam. É o tempo do usuário. Não é o tempo do Estado", defende Fernanda Marques, terapeuta ocupacional. A assistente social Luciana Werneck completa:

– Estar em campo é sempre uma surpresa. E aqui no Zé Menino um dia nunca é igual ao outro. Temos que estar preparados para atender e entender o que surgi.

O resultado do exame fica pronto. Depois de algum tempo, João Carlos passa por ali, comendo alguma coisa. O corpo pede um pouco de alimento, antes da próxima tragada. Fernanda aproveita a oportunidade e o convida a receber o resultado do

“A aids sempre foi transversal em todos os campos. Discutir aids é discutir tudo, inclusive a saúde mental.”

Márcia Frigério, enfermeira

teste anti-HIV. Ele aceita. Vão para a sala reservada da van. Depois de algum tempo ele sai, aparentemente tranquilo. Pega mais umas camisetas. Encontra a companheira dele, que também fora fazer o teste. E seguem juntos para o refúgio dos usuários de crack. O resultado? Isso fica entre a profissional de saúde e ele. Os princípios do SUS garantem sigilo e confidencialidade a quem faz o teste de aids. * Nome fictício.



Um dos incontáveis usuários de crack que só acessam o serviço de saúde porque o projeto vai até ele.

Dentro de mais algum tempo, ele poderá voltar para fazer os testes rápidos de sífilis e hepatites B e C e, se for o caso, tomar a vacina contra a hepatite B. Todo o processo faz parte da construção de confiança entre o usuário e os profissionais desse serviço móvel de saúde. Quando os laços forem mais estreitos, esses mesmos servidores irão convidá-lo a conhecer outros colegas no Núcleo de Atenção ao Tóxico Dependente. Se ele aceitar, pode ser o primeiro passo para o abandono das drogas.

O compasso é de espera, mas todos os envolvidos no projeto estão preparados e otimistas, esperando a hora certa para dar o próximo passo. Reintegrar alguém requer paciência e persistência. “O nosso objetivo é tentar reinserir o indivíduo na sociedade. Para isso, temos que respeitar o **modus vivendi** dele para atendê-lo de forma integral”, destaca a enfermeira Simone Aoki. João Carlos faz parte de um grupo de centenas de usuários

de drogas e moradores em situação de rua que não conseguem chegar ao serviço de saúde. Se não fossem os profissionais do Caminhos da Cidadania, essas pessoas em situação de vulnerabilidade não teriam meio de conhecer a própria situação sorológica, tampouco enxergar uma luz no fim do túnel para largar o vício. Tudo é um processo.

O projeto começou há quase um ano no Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. É fruto de uma parceria entre os programas de Saúde Mental e o de DST, Aids e Hepatites Virais.

Significa um acordo entre partes cujas opiniões diferem de tal maneira que elas concordam em discordar, para permitir a vida em conjunto.

A chefê do Departamento, a enfermeira Márcia Fregírio, é uma mulher cheia de energia e disposta ao trabalho. Mais que isso. É uma realizadora. Defende

com ardor que a política de enfrentamento da aids nunca abandonou a política de redução de danos. E encontrou fiéis colaboradores que também acreditam nessa estratégia para abordar e se aproximar de populações mais vulneráveis.

– O nosso paciente (de drogas e DST) é o mesmo. Às vezes, não quer nada na hora. Só pegar o preservativo. É um exercício de perseverança. Por meio da distribuição de camisinhas, chegaremos ao resgate de usuários.

Uma das escudeiras de Márcia é a coordenadora do Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites Virais, Maria José Muglia. Quem vê a Zezé, como é conhecida, com aqueles óculos retangulares, cabelos cacheados, sorriso fácil e a ouve falar sobre o programa, percebe logo de cara o espírito humanitário e social que permeia as ideias dela.

– A população tem que sentir que estamos próximos. Essas pessoas não vão se adequar ao nosso sistema de procedimentos burocráticos e hora marca da. Pouquíssimos profissionais de saúde se dão conta de que o usuário de drogas tem que ser priorizado e respeitado. É por isso que o Caminhos da Cidadania consegue acessá-lo.

Desde maio de 2012, o Caminhos da Cidadania realiza testes rápidos anti-HIV. Os exames de triagem para sífilis e hepatites B e C e a vacina para hepatite B serão gradativamente incorporados às atividades, conforme o cronograma estabelecido pela equipe do projeto.

Esse é o caso de O.D.A., 47 anos. Mais conhecido como Cabelo. Natural de Minas Gerais. Vive nas ruas de Santos há três anos. Nunca se vacinou contra a hepatite B. Foi usuário de crack por algum tempo. Não sabe dizer quanto. Substituiu o vício por vontade própria. Assim... de um dia para o outro:

Aparelho de fumar, composto por um forninho, em que se deita a pedra de crack, e um tubo aspirador. Na maioria das vezes, é improvisado a partir de uma lata de alumínio furada.

– Usei muito cachimbo. Cansei, tomei nojo. Eu vi a destruição que essa droga (o crack) provoca. Arquitetei um plano na cabeça e larguei por conta própria. Minha clínica de recuperação fui eu mesmo. Meu problema agora é outro. O álcool.

Cuidar do uso abusivo de bebidas alcoólicas também é responsabilidade da Saúde Mental.

Quando os profissionais de Saúde do Caminhos da Cidadania começarem a ofertar o teste de triagem para hepatite B, Cabelo garante que será um dos primeiros a se testar. Se o resultado for negativo, ele promete receber as três doses da vacina na própria van.

O assistente social Miguel Bersani é assessor técnico do Departamento de Atenção Especializada. Diariamente ele cruza as ruas e canais que cortam Santos de moto para ir de casa à Secretaria de Saúde, ao José Menino e ao Núcleo de Atenção aos Tóxico-Dependentes.



O Caminhos da Cidadania vai em busca dos usuários que estão isolados, entregues à própria sorte. E ajuda a encontrar a esperança roubada pelas drogas.

É em cima dessa moto, enquanto segue para uma reunião com moradores em situação de rua, que ele traça uma linha do tempo. Segundo Bersani, o projeto de redução de danos começou no antigo Programa Municipal de Aids, ainda hoje instalado em uma velha casa em Santos. Um sobrado de dois andares, que abriga o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a Farmácia, a Assistência Especializada e o Hospital-Dia.

– Tudo começou com a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis. O objetivo era reduzir a transmissão do HIV ad-vinda do compartilhamento desses objetos. Hoje, o programa distribui camisinhas, gel lubrificante, pomadas labiais, informação para prevenção, respeito, direitos humanos e cidadania.

Para Miguel, a redução de danos é uma grande estratégia de prevenção para tudo. Não é um mero campo teórico. É estratégico:

– Lidar com usuários de drogas, pessoas vivendo com HIV/aids, sífilis ou hepatites virais e pessoas em situação de rua requer que os profissionais de todo o sistema de saúde tenham sólida formação em direitos humanos. As pessoas vêm com histórias, conflitos individuais. Isso precisa ser respeitado. E existe um preconceito institucional muito forte na saúde, que precisa ser quebrado.

De modo geral, todos os que estão envolvidos com o Caminhos da Cidadania defendem que o sexo (protegido ou não), a droga, o jogo, a delícia do riso... refletem compulsões não diagnosticadas e ou não tratadas. Os servidores da saúde, governantes e a sociedade não devem fazer juízo de valores (se é certo ou errado) em relação ao consumo dessas drogas. Têm que tentar entender e oferecer alternativas. A redução de danos, além de ser um caminho para ajudar a resgatar os direitos e autoestima, é também uma grande estratégia de prevenção.



Marcos Santos é motorista da van. Mede por volta de 1,75m. Moreno, magro, tranquilo. É o único homem da equipe básica do Consultório na Rua. Você pensa que ele se atém ao ofício de conduzir o veículo pelos campos de atuação da equipe? Está enganado! Ele participa das reuniões de planejamento. Conversa com os usuários de drogas. Dá sugestões. Associa-se ao espírito coletivo de humanidade:

– É necessário respeitar a “viagem” dos usuários porque depois eles voltam e procuram o serviço. E esse retorno pode se dar por meio de qualquer um de nós. A qualquer momento. Precisamos estar atentos para recebê-los.

Estado psíquico alterado pelo uso de entorpecentes. Os sentidos são conduzidos a uma nova maneira de interpretar o mundo ao redor, que não condiz com o ambiente natural traduzido pelo cérebro.

Consultório na Rua

O Ministério da Saúde busca intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS.

Parte integrante desses Planos, o Consultório na Rua (CR) constitui dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Busca reduzir a histórica lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua.

O Consultório na Rua tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Deve, ainda, estar alinhado às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, da Política Nacional de DST/Aids, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_rua17_1_11.pdf

A promoção de estratégias e ações de redução de danos no âmbito da saúde pública e dos direitos humanos deve ser realizada de forma articulada, inter e intrasetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para as pessoas, a família e a sociedade.

Redução dos Danos Sociais e à Saúde. Política Nacional sobre Drogas. Senad, 2005.
www.aids.gov.br/publicacao/politicas-publicas-em-contextos-de-violencia-relacionados-ao-consumo-de-alcool-e-outras-d



Prevenção no cais

Faz calor em Santos. Mais do que o calor do clima, há o calor humano. Tão intenso que é quase possível tocar o ideário que norteia esses engajados servidores de saúde. A chefe do Departamento de Assistência Especializada, Márcia Frigério, caminha apressada pelo centro da cidade. E segue até a van do Caminhos da Cidadania. O veículo está estacionado em cima da calçada, em frente ao Mercado Municipal. Os integrantes da equipe estão a postos para dar início ao trabalho naquela região.

A distância entre a van e o bucólico terminal de catraias é de menos de 100 metros. Estas são embarcações de madeira, coloridas, com motores que não chegam a 8 HP. Há um tripulante e uma

dúzia de passageiros em cada catraia. As embarcações atravessam um canal por baixo de toda a região portuária até alcançar o mar aberto. Fazem o trajeto Santos – Vicente de Carvalho (Guarujá).

Os arredores do Mercado Municipal concentram usuários de drogas e moradores em situação de rua. O bairro do José Menino e o Centro não foram escolhidos por acaso. Os dois locais foram elencados pela Secretaria Municipal de Saúde para receber o serviço. A escolha foi feita com base em estudo encomendado à Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), em 2011. A pesquisa diagnosticou tais áreas como as que concentram a maior incidência dessa população em Santos.

Enquanto observa o ir e vir das catraias pelo canal, Márcia revisita todas as questões do projeto. E compartilha o entusiasmo que sente pelo trabalho e pela equipe do Caminhos da Cidadania:

– A aids sempre foi transversal em todos os campos. Discutir aids é discutir tudo, inclusive a saúde mental. Agora, conseguimos associar essas duas áreas e fornecer subsídios para muitas outras. Toda a sociedade precisa se unir nesse enfrentamento. E eu tive a felicidade de construir uma equipe em que todos, mais do que trabalhar, acreditam ser possível reconquistar a cidadania desses usuários.



Moradores de Salvaterra aguardam na fila para serem atendidos por profissionais de saúde na ilha de Marajó, no Pará

Saúde na floresta

Testagem e vacinação para hepatites se expande pelo país e atinge áreas isoladas da Amazônia

Por Nivaldo Coelho

Os amigos Wellington (17 anos), Elinaldo (16 anos) e Cleber (17 anos) entraram na fila por volta das três e meia da manhã. Dezenas de pessoas já esperavam em frente à Escola Estadual Salomão Rocha, na cidade de Salvaterra, ilha de Marajó, Pará. Com cerca de 20 mil habitantes, a cidade vive basicamente da pesca, lavoura, pecuária e ecoturismo. Nem a chuva da madrugada afastou as pessoas que, desde as 18 horas da véspera do feriado de 1º de maio, se acumulavam na porta da escola em busca de atendimento.

Durante a madrugada, uma tempestade, comum na região, levou a prefeitura a alojar as pessoas da fila no ginásio da escola até que se iniciasse a distribuição de fichas para atendimento, às seis da manhã. Antes das nove horas, todas as fichas já haviam sido distribuídas. Se não estivessem ali, os amigos estariam aproveitando o feriado e o calor de 35 graus, jogando bola numa das praias do rio Câmara, que margeia a cidade.

Na verdade, os três rapazes tinham ido ao local tirar carteira de identidade, mas diante da oferta de outros serviços, como a vacinação, foram convencidos pela socióloga Cisa Alpina, Coordenadora de Hepatites Virais do Estado do Pará, que falava com todos na fila: "A gente aproveita aquela população que fica esperando e tenta convencê-los a fazer a testagem para hepatite", explica. Cisa e sua equipe aproveitam também para falar sobre prevenção à doença e entregar material informativo. Ela conta que muitas pessoas se vacinam espontaneamente. "Às vezes começamos às oito da manhã e vamos até as seis da tarde. Quando a gente está encerrando o atendimento chega alguém. Fazemos em média 120 testes por dia", afirma.

Foi numa dessas conversas com a equipe de Cisa que os três amigos decidiram se testar e tomar a vacina. "A fila para tirar carteira de identidade estava muito grande, não andava, decidimos ficar por aqui. Enquanto isso, a gente faz o teste e toma a vacina. Aproveita o tempo,



Cisa Alpina, Coordenadora de Hepatites Virais do Estado do Pará, faz aconselhamento antes e depois da testagem de hepatites virais

Os amigos Wellington (17 anos), Elinaldo (16 anos) e Cleber (17 anos) tiraram o feriado de 1º de maio para tomar vacina para hepatite B

né?" afirma Wellington, o mais falante do grupo. Ao fazer o teste, os três amigos também tiveram de responder a um questionário detalhado, com perguntas sobre pessoas da família com hepatites e uso ou não de piercing ou tatuagens. Essas informações auxiliam a traçar um panorama do perfil dos usuários dos serviços.

Ao final do atendimento e após serem orientados, Wellington, Elinaldo e Cleber assinaram um termo de consentimento. O documento autoriza o Serviço de Saúde a contatá-los caso o resultado do exame seja positivo. Na abordagem aos jovens, os profissionais também sugeriram que fizessem o teste rápido da aids, o que aceitaram. O exame, feito com apenas um furo no dedo, estava disponível na sala de aula ao lado do atendimento para hepatites.

As ações de prevenção e testagem das hepatites virais e da aids desenvolvidas na cidade de Salvaterra fazem parte da caravana Pró Paz Presença Viva. O programa é do governo do Estado do Pará e leva a todos os municípios mais de 50 serviços, entre consultas médicas, exames, vacinas e vigilância sanitária. A atenção à saúde vem acompanhada de atendimento jurídico, emissão de documentos, oficinas e programação cultural.

A ação permanece cerca de três dias em cada município, onde são feitas por volta de 300 vacinações, que podem ser o início ou a continuação do esquema das três doses da hepatite B. Só ficam imunes à doença aquelas pessoas que tomam as três doses. "O programa Presença Viva possibilita sanar um de nossos grandes problemas, que é a dificuldade de acesso da população ao diagnóstico precoce" explica o infectologista Hélio Franco, secretário de saúde do estado.



O município de Salvaterra, por exemplo, fica a quatro horas de barco de Belém.

Os equipamentos e estrutura de laboratório necessários às ações de testagem são levados de barco, o que implica operação logística bastante complicada. "Para o oeste do estado, temos um convênio com a Marinha brasileira, que ajuda com navios para levar equipamentos pesados aos pontos mais distantes", explica o secretário de saúde. Os caminhões com equipamentos de laboratórios e consultórios ambulantes são transportados em grandes barcos de carga pela foz do rio Amazonas até a ilha de Marajó. A capital do estado, Belém, está a sudoeste do canal que separa a ilha do continente. Maior ilha fluvial e marítima do mundo, Marajó fica a cerca de quatro horas de barco de Belém, de onde saem dois barcos de passageiros por dia para a ilha.

No aconselhamento, os usuários respondem a questionários para traçar um perfil dos usuários dos serviços



Os caminhões com equipamentos de laboratórios e consultórios são transportados em barcos de carga pelos rios da região

Só em Marajó, foram visitados todos os 16 municípios da ilha, durante 72 dias. Nesse período foram feitas testagens, buscas por quem teve o resultado positivo e encaminhamentos para tratamento. O baixo índice de casos de hepatite em Marajó contrasta com a incidência da doença na região amazônica, uma das maiores do país. A região apresenta alto índice de hepatite A por falta de saneamento básico. “Toma-se muita água de cacimbas e poços e quando vem o período de chuva, a água contaminada das fossas transborda e contamina esses poços e cacimbas” alerta o infectologista.

Até o final de 2012, a meta é cobrir todos os municípios do estado com o teste rápido de hepatites. Quando o resultado da testagem é positivo, a pessoa é encaminhada ao posto de saúde ou hospital mais próximo para fazer a sorologia e, quando indicado, receber o medicamento. No caso de Salvaterra, o encaminhamento é feito para Belém, onde cinco hospitais estão ca-

dastrados para atendimento. No Pará existem apenas 54 CTA e SAE capacitados para atender a 143 municípios.

Ainda de acordo com o Secretário de Saúde, Hélio Franco, a notificação é imediata nas ações em curso. Para isso, têm sido realizadas capacitações em todo o estado para conscientizar os profissionais de saúde sobre a necessidade do registro da doença. “Sempre digo aos prefeitos e secretários de saúde municipais que, para ter o recurso, os testes e o apoio, tanto da Secretaria da Saúde do estado como do Ministério da Saúde, é preciso fazer a notificação de forma correta”, ressalta Franco.

O Secretário lembra a relevância de tratar a saúde de forma ampliada, a partir de uma série de determinantes sociais. “É preciso discutir questões de saúde pública nas escolas. Durante as ações nos municípios, tentamos conscientizar todos os setores das comunidades, agentes de saúde, sindicatos, associações, igrejas”, exemplifica.

Até o final de 2012, a meta é cobrir todos os municípios do estado do Pará com o teste rápido de hepatites.

Panorama Brasil

O país, por meio de ações conjuntas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP) e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, tem como prioridade, até 2015, atingir cobertura vacinal superior a 90% para hepatite B. A meta prevê também identificar os quase dois milhões de brasileiros que o Ministério da Saúde estima que estejam infectados pelos vírus B e C.

Uma das estratégias utilizadas para a ampliação do diagnóstico, não só das hepatites, mas também de aids e sífilis, é a mobilização para testagem Fique Sabendo, criada em 2003. Nessas ações itinerantes, as pessoas são recebidas por profissionais especializados em aconselhamento que dão informações sobre prevenção e sobre a possibilidade de realizar o teste. O teste é feito com apenas um furo no dedo. Após a realização do exame, a pessoa é encaminhada para receber, individualmente, o resultado e aconselhamento pós-teste, independentemente do resultado. No caso de positivo para HIV, o aconselha-

dor estará atento e preparado para prestar o apoio necessário e providenciar o encaminhamento ao serviço de referência em aids.

A página do Fique Sabendo (www.aids.gov.br/fiquesabendo) traz informações sobre prevenção e dicas sobre quando fazer o teste, além dos endereços dos Centros de Testagem e Aconselhamento, nos quais é possível fazer o exame de forma gratuita e sigilosa.

Realizar o diagnóstico precoce das hepatites é um dos principais determinantes para evitar a transmissão ou a progressão dessas doenças e suas graves consequências para o fígado, como a evolução para cirrose ou câncer. Os testes para as hepatites estão disponíveis em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

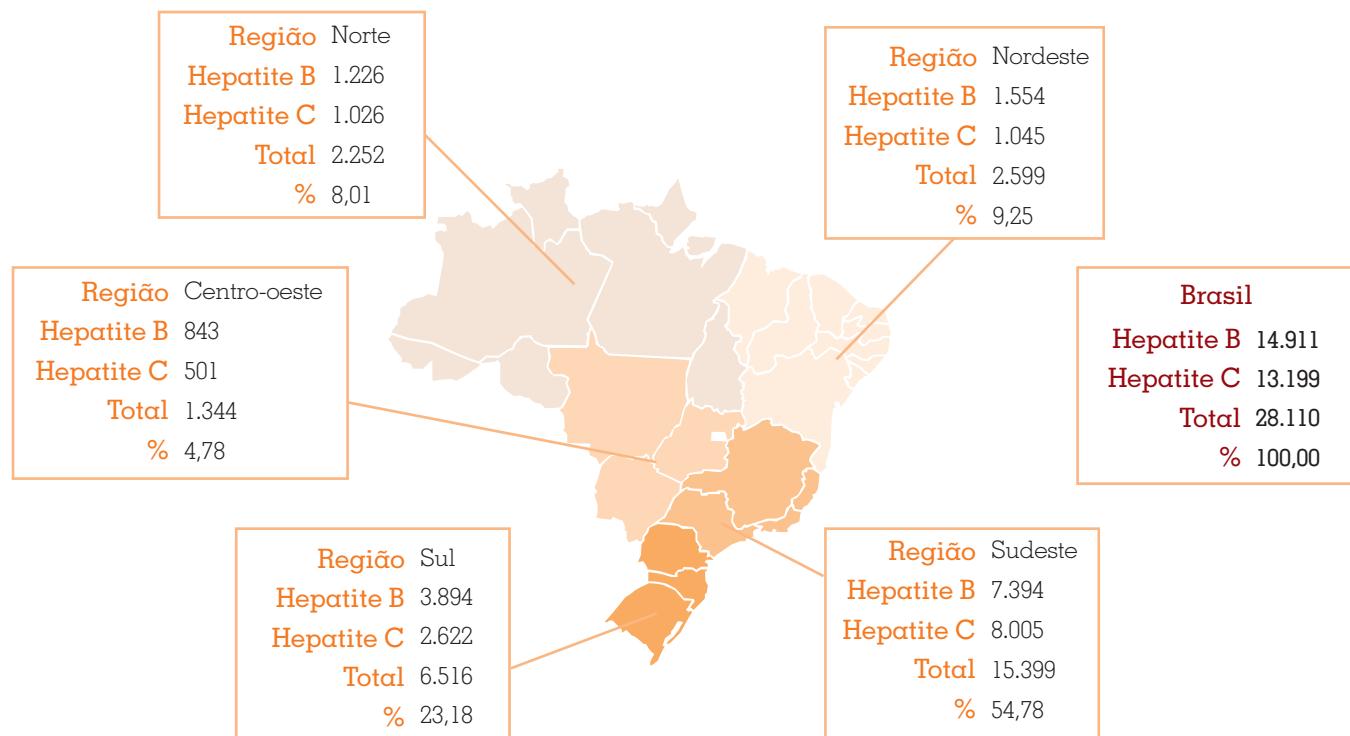
Em 2012, o Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais indicou 342.886 casos confirmados de hepatites virais registrados no país, no período de 1999 a 2011. Uma importante característica das hepatites virais no país é sua distribuição heterogênea nas diferentes regiões brasileiras, dadas as especificidades dos agentes causadores das hepatites, mecanismos de transmissão e evolução clínica.

Dia Mundial

A partir de iniciativa e proposta brasileiras, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu, durante a Assembleia Mundial da Saúde realizada em maio de 2010, a data de 28 de julho como o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais. Na campanha de 2012, o Ministério da Saúde promoveu a visibilidade pública em torno do debate sobre as hepatites virais com o tema: "As hepatites estão próximas de você. Vacine-se, faça o teste, previna-se".

O país também aderiu à campanha mundial da *World Hepatitis Alliance*, organização não governamental com sede em Londres, que atua internacionalmente no enfrentamento a essas doenças. A ONG realizou, em 2011, em parceria com a OMS, a primeira campanha para o Dia Mundial das Hepatites Virais, apoiada em mensagens e declarações de autoridades como o presidente dos Estados Unidos, Barack Obama; a diretora geral da OMS, Margaret Chan; e o primeiro-ministro do Reino Unido, David Cameron.

Total de Pacientes - Brasil, 2012



A cara dos testes

Governo federal investe em ciência de última geração e cursos de capacitação para promover e acelerar o diagnóstico precoce de sífilis, HIV/aids e hepatites B e C

Por Luiz Philipe Leite

Uma gestante chega para a sua primeira consulta pré-natal. Durante a entrevista, o médico conversa com ela sobre sífilis, HIV/aids e hepatites B e C. Após ouvir tudo atentamente, ela decide fazer os exames que diagnosticam essas doenças. O médico a encaminha ao laboratório da maternidade.

A enfermeira pega uma agulha (lanceta) descartável e faz um pequeno furo na ponta do dedo da gestante. A profissional colhe duas gotas de sangue e as despeja nos pequenos espaços de uma placa própria para o teste rápido que detecta a doença. Uma gota de produto químico reagente é colocada sobre as gotas de sangue. Em 15 minutos ela terá o resultado do exame. O teste é prático pela simplicidade de execução e o resultado é de fácil interpretação.

Mas, o diagnóstico, neste momento, pouco importa.

Essa gestante é apenas uma personagem fictícia para explicar um dos principais investimentos feitos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce de sífilis, aids e hepatites virais. Para isso, o governo federal empenhou incentivos em novas tecnologias e cursos de capacitação. O investimento permitiu aumentar a oferta e a capilaridade dos testes. O material, feito de plástico, à primeira vista parece simples. Mas a tecnologia contida nele é de última geração, como a da fita impregnada com proteínas do vírus que, ao mudar de cor, revela o diagnóstico.

Desde 2011, foram realizados 16 cursos de capacitação de profissionais da saúde para a utilização dessas tecnologias. Quase 800 profissionais foram certificados. Eles atuarão como multiplicadores para disseminar o conhecimento de utilização desses testes em toda a rede de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de estados e municípios, nas maternidades e nos serviços de atenção básica que fazem parte do Programa Rede Cegonha, de cuidado com a saúde de gestantes, recém-nascidos e crianças.



Rede Cegonha

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

Testes rápidos para aids

A oferta do teste rápido de HIV foi implementada em 2005. O exame tem a mesma confiabilidade do diagnóstico convencional, cujo resultado pode demorar até 15 dias. Desde 2008, todos os testes rápidos utilizados no Brasil passaram a ser produzidos pelos laboratórios nacionais de Biomanguinhos/Fiocruz (RJ) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Esses testes são utilizados para definir o diagnóstico e o resultado sai em 15 minutos. O fluxograma compreende dois testes de forma sequencial. Se o primeiro der **não reagente**, o diagnóstico é negativo. Se der **reagente**, é feito o segundo teste para concluir o diagnóstico positivo. Entre 2010 e 2011 foram distribuídos quatro milhões de testes rápidos. Outros oito milhões foram adquiridos para 2012 (e para o primeiro trimestre de 2013), sendo três milhões para uso exclusivo na Rede Cegonha.

Imunoblot rápido

Para o diagnóstico laboratorial do HIV é necessário utilizar um fluxograma de duas etapas. Na primeira é realizado o teste Elisa (ou outros com as mesmas características). Se der **reagente**, a amostra vai para a segunda etapa. É aí que entra em cena o Imunoblot rápido. De nome pomposo, esse exame nada mais é do que uma prova específica que utiliza as proteínas do vírus para detectar o anticorpo que combate o HIV. É pelo conjunto desses exames (Elisa + Imunoblot rápido) que se tem condições de afirmar se há infecção pelo vírus da aids (HIV tipos 1 e 2). O Imunoblot passou a ser usado em 2012 para substituir o antigo teste, o Imunofluorescência Indireta, utilizado em laboratórios públicos.

Testes rápidos para sífilis

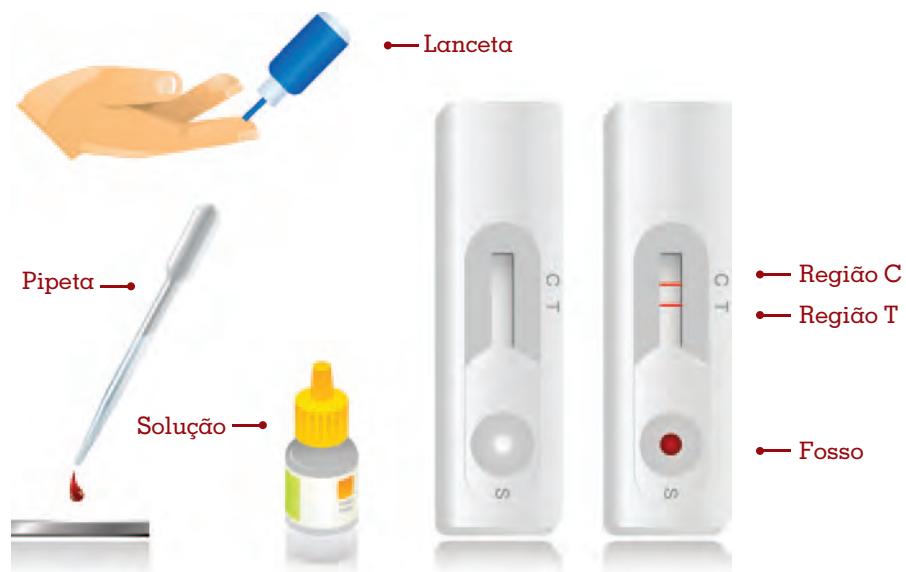
A implantação dos testes rápidos de triagem para a sífilis começou em 2011, com a aquisição de 392 mil exames. Os testes serão implementados, prioritariamente, nos CTA, serviços de saúde indígena e serviços de atenção básica (pré-natal). A atenção no pré-natal faz parte do projeto Rede Cegonha e será implantada por adesão dos estados e municípios. O teste identifica se a pessoa já teve contato com a bactéria causadora da sífilis, a *Treponema pallidum*. Como se trata de um exame de triagem, se o resultado for positivo o paciente deve fazer exames laboratoriais complementares para concluir o diagnóstico.

Testes rápidos para hepatites

O Ministério da Saúde iniciou, em agosto de 2011, o fornecimento de testes rápidos para triagem de hepatites B e C. Foram adquiridos 3,6 milhões de testes (metade para a detecção de hepatite B, metade para a de hepatite C).

Os testes estão disponíveis nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), inicialmente nas capitais. Assim como no teste rápido para a sífilis, os exames para as hepatites B e C são de triagem. Ou seja, o paciente cujo resultado é reagente/positivo é encaminhado para o serviço de saúde para realizar o diagnóstico tradicional e definir o resultado.

Tecnologia de Fluxo Lateral



É utilizada nos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Trata-se de um pequeno dispositivo com um fosso (buraco) onde o sangue é depositado com uma pipeta e acrescido de uma solução chamada de corrida. Essa amostra passa por uma membrana impregnada com proteínas do vírus. Ao correr pela fita de leitura, os anticorpos se ligam à membrana na região do vírus onde estão as proteínas (região T). Essa ligação vai gerar uma coloração (banda, marcação que aparece – “acende”). Todo teste rápido possui, também, uma banda chamada controle (região C). Esse local sempre deve apresentar coloração (acender) para indicar que o teste é válido (ocorreu). O resultado será reagente/positivo quando as duas bandas (T e C) acenderem. E negativo quando apenas a banda C aparecer.

Outra forma de corrida utilizada para os testes rápidos é encontrada na Plataforma de Duplo Percurso (em inglês, DPP - Dual Path Platform). Em um primeiro fosso coloca-se a amostra já diluída com a solução de corrida e espera-se que ela corra pela fita, a fim de que se dê a ligação entre os anticorpos com as proteínas do vírus. Num segundo fosso, coloca-se a solução que dará coloração às bandas. Esse teste também possui banda de controle, que deve acender em todos os exames realizados. A leitura da fita/banda é a mesma do Fluxo Lateral.

Se o resultado for negativo, apenas a última marca vai acender. Essa banda de controle serve para atestar a funcionalidade do teste. Para o resultado ser considerado positivo (reagente), as duas bandas precisam acender.

Mobilização social

No Ceará e em São Paulo, governo e sociedade civil trabalham de mãos dadas. Exemplos que dão certo e podem ajudar a barrar o avanço da aids *Por Daniela Brito*



O teatro de bonecos é utilizado como ferramenta para despertar a consciência da plateia sobre a importância da prevenção

As cortinas estão fechadas e a plateia aguarda a apresentação que já vai começar. No palco improvisado surgem os fantoches Previnilda e Zé Pedro. São eles que, de forma bem-humorada, dão o recado sobre a importância da prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Zé Pedro é um machista assumido, que se recusa a usar camisinha porque é saudável, dizendo que tira o tesão. Previnilda é uma mulher consciente – só faz sexo com preservativo.

“Pois é, o bonitão veio com essa fala mansa, mas eu vou dizer o que eu disse pra ele: que antes dele vinha eu, que eu era uma mulher que me amava. E que não ia correr risco. Ou

era com camisinha, ou eu tava fora”, dispara Previnilda. Zé Pedro tenta desviar o assunto, desconversa, mas no final admite: “As meninas já entenderam, eu usei a bendita”.

Com um texto leve e adaptado à realidade do público-alvo – mulheres privadas de liberdade – a narrativa serve como isca para despertar a consciência sobre o assunto. “Tentamos falar de sexualidade como algo natural e os bonecos ajudam muito nisso. Eles levam as pessoas a visitar o espaço do lúdico”, explica Theófilo Gravinis, intérprete do Zé Pedro e assessor técnico da Coordenação de DST e Aids do Ceará. A abordagem funciona. Quem o atesta são

as próprias detentas do Instituto Penal Auri Moura Costa. “Brincando, os bonecos foram ensinando para todas nós”, relata Suelen Vanessa Vicente, que é multiplicadora de saúde e está presa na instituição. Outra detenta, Sthephanny Cristine Mendes, gostou tanto da encenação que pretende levar para fora do presídio um pouco do conhecimento adquirido. “É fácil falar sobre prevenção? Não é, mas a gente vai falar assim mesmo”, garante.

Além do teatro de bonecos, faz parte da atividade uma breve palestra sobre o viver com o vírus da aids, como lidar com o preconceito, superação pessoal e importância de usar camisinha mesmo após o diag-



“Tentamos falar de sexualidade como algo natural e os bonecos ajudam muito nisso. Eles levam as pessoas a visitar o espaço do lúdico”, Theófilo Gravinis, intérprete do fantoche Zé Pedro e assessor técnico da Coordenação de DST e Aids do Ceará

nóstico positivo. Quem fala é Credileuda Azevedo, coordenadora do núcleo estadual do Movimento Nacional de Cidadãs Positivas (MNCP): “aqui (no presídio), acredito que muitas mulheres que vivem com HIV têm vergonha de revelar sua sorologia. Quero encorajá-las a enfrentar a vida”.

Credileuda sabe a força das suas palavras para o público feminino, por isso conta que tem um companheiro soronegativo, é mãe, avó e só terminou os estudos depois da descoberta da infecção. “Sou como um espelho para dizer que a vida não acabou depois do HIV. É preciso levantar a cabeça e continuar”, enfatiza. Na opinião da diretora do Instituto Penal, Analu-pi Araújo, atividades educativas como essa são estratégicas para trabalhar prevenção e tratamento da aids. “Muitas mulheres não têm essa oportunidade lá fora”, acredita.

Esta é a segunda vez que a ação acontece no presídio, mas a iniciativa faz parte de uma prática que é comum no estado do Ceará: governo e sociedade civil articulando parcerias para enfrentar a epidemia. Esse trabalho acontece há bastante tempo e é bem abrangente – o primeiro convênio foi firmado em 1994 e no

A iniciativa faz parte de uma prática que é comum no estado do Ceará: governo e sociedade civil articulando parcerias para enfrentar a epidemia.

ano de 2001 a Coordenação Estadual de DST e Aids iniciou o processo de seleção pública.

No cotidiano, os dois intérpretes da peça sentam na mesma mesa para definir como será utilizada a verba que o Ministério da Saúde repassa para ações de combate às DST/aids no estado do Ceará. O recurso chega ao seu destino via Política de Incentivo – cerca de R\$ 800 mil por ano para o esta-

do. No planejamento da execução do recurso, gestores, organizações da sociedade civil e profissionais de saúde se reúnem e constroem, durante três dias, a programação anual de ações. “É preciso ter abertura para ouvir, para construir em conjunto”, defende Lurdes Oliveira, psicóloga e assessora técnica do governo cearense. “A equipe (do governo) é muito acessível”, elogia a militante Credileuda.

Os editais de seleção pública também são construídos em conjunto e é comum a participação de atores das duas esferas (governo e sociedade) na execução das ações. Foi assim no presídio e é assim que acontece no estado. No final dos projetos, a avaliação das atividades não foge à regra – também é conjunta. Além disso, mesmo as organizações da sociedade civil não contempladas na concorrência têm acesso a camisinhas, gel lubrificante e material educativo, o que possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção. “É muito difícil trabalhar sozinho”, explica Lurdes. Segundo a assessora técnica, em muitas situações a ação só é eficaz quando o profissional de saúde está inserido no contexto sociocultural da população-alvo. “A melhor forma de atuação é a parceria”, diz.



A detenta Suellen Vanessa (1ª à direita) aprovou a abordagem teatral: "Brincando, os bonecos foram ensinando para todas nós"

Experiência paulista

No estado de São Paulo, é ainda mais anti-ga a articulação entre governo e sociedade civil na área de combate à aids e outras DST. Desde 2000, existe um **grupo de trabalho (GT)** permanente, composto por representantes do governo e da sociedade civil organizada. As reuniões ocorrem a cada dois meses. Na pauta, sempre estão presentes as principais demandas do momento.

"O diálogo com a sociedade civil faz com que a assertividade da política pública seja maior", garante Jean Dantas, coordenador do Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil do Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids de São Paulo (CRT/SP). Cláudio Pereira, presidente do Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e membro histórico do GT, concorda com Jean. "É uma troca. Se as organizações não governamentais estão mais fortes, há mais respaldo para a resposta".

Nos encontros nem sempre há consenso, mas as duas partes respeitam o papel de cada um e sabem a importância da ação integrada. "Não propomos algo novo sem dialogar com o movimento social. O princípio de estar junto é o diferencial que fortalece a política pública", revela Dantas.

O Grupo de Trabalho (GT) é composto por dois representantes do Fórum de ONG/Aids de São Paulo, um da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+), um do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e um do Movimento Nacional de Cidadãs Positivas.

De acordo com o presidente do GIV, os principais frutos do grupo de discussão permanente são a garantia da formulação de editais que busquem atender, de fato, as populações prioritárias, e a execução dos recursos disponíveis. "Ninguém melhor do que o público-alvo para dizer quais são suas necessidades. A articulação faz com que esse processo de construção não seja verticalizado, complementa o coordenador do Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil, Jean Dantas.

Qual o segredo para dar certo? Segundo Cláudio Pereira, é a junção de dois fatores: o interesse do gestor público em estimular e manter um grupo como esse; e o diálogo com organizações que representem os interesses da população, para que se possa responder ao avanço da epidemia.

"É uma troca. Se as organizações não governamentais estão mais fortes, há mais respaldo para a resposta".

Cláudio Pereira, presidente do Grupo de Incentivo à Vida (GIV)

Articulação nacional

Um dos pilares para a resposta brasileira à aids, desde o início do enfrentamento à epidemia no Brasil, foi o trabalho integrado entre governo e sociedade civil. “O país sempre ouviu as pessoas afetadas pelo HIV e, com isso, conseguiu dar uma resposta muito mais alinhada à realidade de quem vive com a doença”, esclarece Eduardo Barbosa, diretor-adjunto do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Atualmente, a parceria nacional entre governo e organizações não governamentais acontece principalmente de forma descentralizada. Desde 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política de Incentivo aos estados, Distrito Federal e municípios, na área de aids. A política é uma modalidade de financiamento, com repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde. “Quem está na ponta conhece melhor as necessidades locais e sabe como elaborar estratégias de ação mais eficazes”, afirma Barbosa.

Esse mecanismo permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e responsabilidades nos níveis de governo. Para isso, foi instituído o instrumento de planejamento denominado PAM – Programação Anual de Ações e Metas para DST/Aids.

Atualmente, estão qualificadas para receber esse incentivo as secretarias de saúde dos 26 estados, do DF e de 499 municípios. Essas cidades abrangem cerca de 70% da população nacional e 90% dos casos de aids notificados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Ministério da Saúde, nessa modalidade, é de R\$ 168 milhões, sendo 10% desse valor destinados a projetos de organizações da sociedade civil.



Mulheres privadas de liberdade, um dos públicos prioritários das ações de prevenção às DST/aids no Ceará

Um dos pilares para a resposta brasileira à aids, desde o início do enfrentamento da epidemia no Brasil, foi o trabalho integrado entre governo e sociedade civil.



A estudante Maria Dayara exibe, com orgulho, seu cartão de vacina. Ela é a primeira de sua casa a tomar as três doses contra a hepatite B

Criando oportunidades

Para ampliar a cobertura vacinal da hepatite B, a Coordenação de Imunizações de Fortaleza (CE) investe em visão estratégica, capacitação profissional e muito trabalho

Por Daniela Brito

Fotos: Drawlio Joca

Aproveitar cada momento. Esse é o lema da Coordenação de Imunizações do município de Fortaleza (CE). Na cidade, com aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, diversas estratégias são elaboradas para acessar o **público-alvo** da vacina contra hepatite B. Faz parte da rotina, por exemplo, oferecer a imunização a quem vai ao posto de saúde levar outra pessoa para ser atendida. Para os que não conseguem ir ao serviço por incompatibilidade com o horário de trabalho, 40 salas de vacina mantêm as portas abertas até às 21 horas. E quando se percebe que determinados grupos não estão procurando os postos, são as equipes de saúde que se deslocam até onde o povo está.

Durante as campanhas anuais de vacinação (realizadas nos meses de maio e junho), não apenas as crianças são imunizadas. Gestantes, além de pais e acompanhantes com até

A vacina contra a hepatite B é oferecida no SUS para toda a população de 0 a 29 anos e outras pessoas mais expostas à doença (veja relação completa no quadro da pág. 39), como portadores de doenças sexualmente transmissíveis, gestantes, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e vítimas de abuso sexual.

29 anos de idade, também podem se prevenir da hepatite B. A primeira dose é oferecida na mobilização contra a influenza (gripe). Um mês depois, no período da campanha de prevenção da paralisia infantil, é a vez da segunda dose. Após seis meses da primeira ação, acontece o Dia D da Hepatite B, quando a população é convocada para completar o esquema de imunização contra a doença.



Profissionais de saúde de Fortaleza vão até as escolas para levar informações e vacinas contra a hepatite B

Para atingir os adolescentes, as equipes entram nas escolas. A ação envolve a comunidade escolar e é realizada de acordo com os **critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde**: pais são comunicados sobre a atividade, professores e alunos recebem informações a respeito da importância da prevenção e dos riscos da doença.

Maria Dayara Santos, 15 anos de idade, é um bom exemplo da eficácia da iniciativa. Estudante do 7º ano da Escola Municipal de Ensino Fundamental Cláudio Martins, a adolescente está imune contra a hepatite B. Ela é a primeira da família a **completar o esquema vacinal**, apesar de morar com três pessoas que estão dentro da faixa etária contemplada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – o irmão, de 18 anos, a irmã, de 21, e o sobrinho, de três anos. Para terminar o ciclo das dosagens, Maria Dayara foi beneficiada pelo trabalho realizado na

própria instituição de ensino que frequenta. “Se não houvesse vacinação na escola, eu não saberia sobre a hepatite B”, relata. A adolescente agora está consciente dos danos que a doença pode causar ao fígado e pretende convencer os parentes a adotar a mesma atitude que ela. “Já falei com todo mundo lá em casa”, diz, com orgulho.

Assim como Maria Dayara, outros alunos aprenderam sobre hepatite B graças às informações repassadas na escola. É o caso de Geovanna Sousa, que tem 13 anos e cursa o 8º ano. Ela admite que não tinha informações corretas sobre a doença, mas, quando soube da campanha, decidiu participar. “Pensava que era uma doença séria, e é, mas não sabia como era transmitida e como me prevenir”, confessa. Depois da palestra, Geovanna tomou a primeira dose da vacina e garante que vai completar o esquema. “Se não tiver na escola, vou procurar em postos”, afirma.

A vacina é administrada em três doses. A segunda dose é dada um mês após a primeira, e a terceira, seis meses após o início da imunização. Ao terminar o esquema, mais de 90% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes ficam imunes contra a doença.



Geovanna Souza, aluna do 8º ano, acaba de tomar a primeira dose da vacina contra a hepatite B e garante que vai completar o esquema. “Se não tiver na escola, vou procurar em postos”

Durante as campanhas anuais de vacinação, não apenas as crianças são imunizadas. Gestantes, pais e acompanhantes também podem receber a agulhada e se prevenir da hepatite B

Beleza e saúde

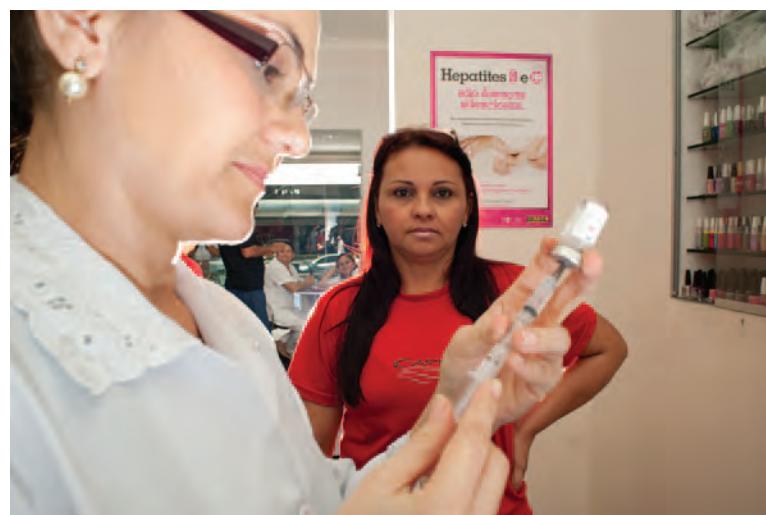
No caso de populações vulneráveis, como manicures e podólogos, foi feito o mapeamento dos salões de beleza de Fortaleza que querem abrir as portas para a imunização contra a hepatite B, e a ação já começa a dar resultado. O Capelli Studio é um dos salões que estão participando da prevenção. Lá, o cuidado com profissionais e clientes é constante. As manicures lavam sempre as mãos, utilizam materiais descartáveis, esterilizam alicates na autoclave e individualizam o uso da toalha – tudo com supervisão do administrador do estabelecimento, Eduardo Valença, que faz questão de conferir cada item. “Isso não é favor para ninguém, é a nossa obrigação”, enfatiza Valença.

Desde a entrada desse público na lista dos segmentos prioritários para vacinação contra a hepatite B no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2010, a equipe do Capelli decidiu ir além. A empresa teve a iniciativa de levar os funcionários ao posto de saúde mais próximo. Depois, os profissionais de saúde foram duas vezes ao salão. Como resultado desse trabalho, alguns beneficiados conseguiram tomar todas as doses da vacina. Aurenilza Pinheiro, conhecida como Nilza, é uma delas. Manicure profissional há sete anos, só veio conhecer a doença bem depois. “Foi muito importante saber que a hepatite se transmite pelo contato com o sangue e que eu precisava me vacinar”, relata. Além de estar protegida, ela leva o conhecimento adquirido para casa, onde mantém o próprio negócio, aos finais de semana. “Tenho autoclave e tento seguir o modelo daqui, para me proteger e proteger minhas clientes”, afirma.

A oferta da vacina contra a hepatite B dentro do salão elimina duas grandes barreiras, na opinião de Francisca Cláudia Gomes, manicure há 15 anos: a correria do dia a dia que impede a ida ao serviço de saúde e a falsa ideia que as pessoas têm de que estão imunes à doença. “Nossa rotina é de casa para o trabalho e do trabalho para casa. No tempo que sobra vamos resolver outras coisas. É bem mais prático quando o posto vem até nós”, explica. Hoje, a profissional fala com desenvoltura sobre a importância da prevenção. “Ficamos pensando que isso nunca vai acontecer conosco, mas ninguém está livre”, reconhece.



O conhecimento que Nilza adquiriu no Capelli Studio foi estendido até o seu salão, que funciona aos finais de semana. Ela tem autoclave e acaba de tomar a 3ª dose da vacina



“Nossa rotina é de casa para o trabalho e do trabalho para casa. É bem mais prático quando o posto vem até nós”.
Francisca Cláudia Gomes, manicure há 15 anos

No caso de populações vulneráveis, como manicures e podólogos, foi feito o mapeamento dos salões de beleza de Fortaleza que querem abrir as portas para a imunização



Coordenadora do Programa de Imunizações de Fortaleza, Vanessa Soldatelli se prepara para vacinar profissionais do salão de beleza Capelli Studio

Engajamento

Para chegar a esse patamar de cobertura e realizar um trabalho tão diversificado, a trajetória da Coordenação de Imunizações da capital cearense nem sempre foi fácil, mas contou com o engajamento dos profissionais e o respaldo do governo. Nesse processo, algumas estratégias foram fundamentais: curso de qualificação para os técnicos que atuam na área; ampliação do número de doses oferecidas; planejamento focado na realidade local; reforma da **rede de frios** e das salas de vacina; e divulgação na imprensa.

A intensificação das ações começou em 2006, quando Fortaleza enfrentava uma epidemia de dengue – a Prefeitura decidiu deixar 40 postos de saúde abertos até às 21h e 18 deles funcionando nos finais de semana. Nesse momento, a coordenadora do setor de imunizações do município, Vanessa Soldatelli, percebeu a oportunidade e passou a manter as salas de vacina abertas nos horários alternativos. “A população procura esse tipo de atendimento”, garante.

O ano de 2007 foi marcado pelo início da vacinação contra a hepatite B nas escolas e uni-

versidades. Em 2010, as 92 salas de vacina da cidade foram fotografadas para avaliação dos espaços e do armazenamento dos produtos. A rede de frios foi reformada nessa época, ficando toda climatizada e bem equipada. No ano

de 2011, 454 profissionais de saúde – entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem – participaram de treinamento sobre os tipos de vacina disponíveis no SUS, sua conservação, preparo e manuseio, notificação de doses aplicadas e até o que fazer em casos de falta de energia. Nesse curso, os alunos também puderam ver as condições de cada ambiente de trabalho e como podiam melhorá-las.

A partir de 2011, a vacina contra hepatite B começou a ser formalmente incorporada nas campanhas contra gripe e paralisia infantil. “Como os postos estão todos abertos, aproveitamos a ocasião para imunizar os familiares e acompanhantes das crianças”, esclarece Vanessa Soldatelli. Nessa ação, a surpresa foi a procura pelos serviços no Dia D da Hepatite B, última etapa da atividade: cerca de 12 mil pes-

soas se vacinaram, sendo que 3 mil iniciaram o esquema e quase 2 mil tomaram a terceira dose – um número considerado alto para apenas um dia, segundo a Coordenadora de Imunizações.

Até o final de 2012, a chegada dos recursos da **Política de Incentivo às Hepatites Virais**

incrementará a infraestrutura local: com a verba, serão adquiridos 80 aparelhos de ar-condicionado e 118 geladeiras (para equipar as salas ou substituir máquinas antigas). “Não vamos mais precisar buscar vacinas na rede de frios com tanta frequência, porque

Em dezembro de 2011, por meio da Portaria nº 2.849, o Ministério da Saúde se comprometeu a repassar, por ano, R\$ 30 milhões para o enfrentamento das hepatites virais no Brasil. O cálculo da distribuição foi feito a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. A escolha dos municípios prioritários e o valor destinado a cada um deles foi pactuado entre os gestores locais, em comissão bipartite.

agora teremos onde armazenar uma quantidade maior do produto no próprio serviço”, diz.

Em todas essas ações, os veículos de comunicação locais foram grandes aliados. “Sempre fazemos textos informativos convidando jornalistas. A imprensa comparece e conseguimos espaço em todos os jornais da cidade”, comemora Vanessa.



Podólogo há 27 anos, José Eduardo Alves tem informações sobre a hepatite B desde o início da carreira, mas só agora tomou a 1ª dose da vacina

Desafios

Apesar dos avanços, Fortaleza tem obstáculos a superar: as pessoas perdem o cartão de vacina com frequência e os jovens e adultos não costumam frequentar os serviços de saúde.

José Eduardo Alves, 46 anos de idade, é um típico exemplo dessa situação. Podólogo há 27 anos, sabe desde o início de sua carreira que a hepatite B é uma doença silenciosa, ataca o fígado e pode ser transmitida por objetos perfurocortantes contaminados. Contudo, não lembra se tem cartão de registro ou se alguma vez na vida foi vacinado. Só agora tomou a primeira dose, porque foi oferecida no seu local de trabalho. “Isso deveria ser constante. É uma forma de dar mais segurança para o profissional e para o cliente”, avalia.

Outro grande desafio é o registro do número de casos. O esforço de mobilizar a população-alvo para a prevenção não aparece nos números, por uma série de fatores. O primeiro é o erro de notificações da dose aplicada. Os profissionais de saúde precisam contabilizar os procedimentos em três locais: no cartão de vacina, no livro de registro do posto e no sistema informatizado.

A par disso, o sistema de notificação do município ainda não é o mesmo utilizado pelo Ministério da Saúde. A dificuldade para fazer a migração existe porque o banco de dados de Fortaleza não é alimentado somente com informações sobre vacinas – ele também traz anotações gerais sobre o paciente. Para acelerar a transferência, será feito um projeto-piloto nas regionais de saúde a fim de testar o novo sistema. Depois, este será implementado em todas as salas de vacina. “Sabemos que essa medida vai melhorar muito o levantamento de dados”, afirma a Coordenadora de Imunizações.

Pensando no futuro, metas foram traçadas a médio e longo prazos. A mais básica e importante é completar o esquema vacinal do público-alvo. Com esse intuito, pretende-se, entre outras coisas, reestabelecer a rotina de acessar os faltosos – realizada pelos agentes de saúde, que conferem se toda a família está em dia com o calendário vacinal. O plano inclui, ainda, a sensibilização de médicos (para que criem o hábito de verificar o cartão de vacinas, em todas as faixas etárias) e a desburocratização da imunização para populações em situação de vulnerabilidade.



Política nacional

A vacina contra a hepatite B está disponível no SUS desde 1998. Atualmente, beneficiam-se da ação toda a população de 0 a 29 anos e outras pessoas mais expostas ao risco da infecção (veja relação completa no quadro), tais como portadores de doenças sexualmente transmissíveis, gestantes, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e vítimas de abuso sexual. Ela é oferecida em três doses, tanto para crianças quanto para jovens e adultos.

Uma vez imunizado contra hepatite B, o paciente também está protegido de ser infectado pelo vírus D. A transmissão da hepatite B se dá principalmente por meio de relações sexuais, acidentes com instrumentos contaminados, pelo sangue ou na gravidez, quando a mãe está infectada.

Com a ampliação do público-alvo que tem direito a receber a vacina, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, elaborou material educativo específico para manicures e tatuadores. **“Meu salão livre das hepatites”** traz orientações sobre práticas seguras no ambiente de trabalho. Já o selo “Este estúdio de tatuagem se preocupa com você, previna-se das hepatites” foi criado para mobilizar estúdios de tatuagem, buscando prevenir profissionais e clientes. A adoção desses procedimentos impede também a infecção pelo HIV e pelo vírus da hepatite C.

www.aids.gov.br/campanha/combate-hepatites-virais-em-saloes-de-beleza-e-estudios-de-tatuagem

Quem pode se vacinar contra a hepatite B no SUS

População geral 0 a 29 anos

Profissionais das seguintes áreas:

Bombeiros e policiais militares, civis e rodoviários

Profissionais envolvidos em atividades de resgate

Carcereiros de delegacias e penitenciárias

Profissionais de saúde

Manicures, pedicures e podólogos

Profissionais do sexo

Coletadores de lixo hospitalar e domiciliar

Caminhoneiros

Populações em situação de vulnerabilidade:

Gestantes, após o primeiro trimestre de gestação

Populações indígenas

Usuários de drogas injetáveis, inaláveis ou pipadas

Lésbicas, bissexuais e transgêneros

Homens que fazem sexo com homens

Vítimas de abuso sexual

Vítimas de acidentes com material biológico infectado ou fortemente suspeito de infecção pelo vírus da hepatite B

Pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas etc.)

Pessoas em convívio domiciliar contínuo ou que mantêm relações sexuais com portadores do vírus da hepatite B

Doadores de sangue

Transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea

Doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea

Potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou pessoas que já realizaram mais de uma transfusão de sangue (politransfundidos)

Populações de assentamentos e acampamentos

Portadores das seguintes doenças:

Fibrose cística (mucoviscidose)

Doença autoimune

Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

Doenças do sangue

Hemofilia

Hepatopatias crônicas

Hepatite C

Imunodeprimidos

Nefropatias crônicas/ dialisados/síndrome nefrótica

Asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas



São 42 quilômetros de estrada de terra – chamada de “ramal” na região – de Xapuri ao centro comunitário São João do Guarani



Camisinha no seringal

Ação promovida pela fábrica de preservativos Nátex e a Secretaria Municipal de Saúde de Xapuri leva informação e preservativos para comunidades extrativistas no Acre

Por Gabriela Campos

Parecia dia de festa em São João do Guarani, centro comunitário do Seringal Boa Vista, na região de Xapuri, no Acre. Quase todas as famílias de seringueiros do local, trajadas com visível capricho, reuniam-se, em clima de animação, para participar da oficina de Saúde e Cidadania. A ação é uma parceria da fábrica de preservativos Nátex – empreendimento do governo do Acre e do governo federal – e da Secretaria Municipal de Saúde.

Ali, onde há uma igreja, uma vendinha e duas escolas, cerca de 300 pessoas, de 60 colocações (pequenos lotes dentro da floresta) da Reserva Extrativista Chico Mendes, venceram o trajeto de 42 quilômetros de ramal (estrada de terra) lamaçento e esburacado para participar das atividades.



No centro comunitário São João do Guarani, há uma igreja, um pequeno comércio e duas escolas para os seringueiros e suas famílias

A surpresa de São Pedro – dois dias de chuva sem parar em plena época de estiagem – não desanimou os convidados, que se valeram de caronas na carroceria das caminhonetes, nas garupas de motos e nos lombos de boi e de cavalo para chegar à oficina. Foram várias atividades: palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, vacinação, consultas médicas e exames preventivos, além da distribuição de medicamentos, oito mil camisetas masculinas, 500 femininas e 700 sachês lubrificantes.

Mais de 50 pessoas foram mobilizadas desde o dia anterior para organizar a ação, que também ofereceu almoço a quem prestigiou o evento. No churrasco, 90 quilos de carne, 40 de mandioca e 40 de arroz. Fartura de comida e de vontade de ajudar.

Na primeira atividade, a palestra, olhares atentos para os slides sobre prevenção de DST e aids. Duas farmacêuticas da Nátex arrancaram gargalhadas da plateia, usando expressões do tipo “furufada” e “encapar o bicho” ao tratar do tema sexo seguro. Em outro momento da apresentação, as funcionárias falaram sobre os sintomas das doenças e mostraram fotos das manifestações clínicas, o que impressionou bastante os participantes.

A diretora-geral da fábrica, Dirlei Bersch, aproveitou a ocasião para ressaltar a importância dos seringueiros para o empreendimento de Xapuri e a contribuição deles no esforço do país em reduzir a incidência de DST e aids. “A Nátex produz 92 milhões de preservativos por ano e hoje é responsável por

Flemis, seringueiro de 26 anos, não sabia que aids era uma doença sexualmente transmissível



Na palestra, os seringueiros aprenderam sobre DST, aids e a melhor forma de prevenir essas doenças

20% de todas as camisetas distribuídas no Brasil pelo governo federal. E isso só é possível graças ao trabalho de vocês”, afirmou.

Conforme as informações eram repassadas pelos profissionais de saúde ao público, a timidez dos participantes ia indo embora. Quase no fim da palestra, Flemis Teixeira, seringueiro de 26 anos, pediu a palavra. Espantado, disse que antes pensava que a aids se pegava sentando no mesmo vaso sanitário que uma pessoa vivendo com a doença. “Gostei muito da palestra e aprendi várias coisas. Eu não sabia que a gente pode pegar aids fazendo sexo”, declarou.

“Eu não sabia que a gente pode pegar aids fazendo sexo”

Flemis Teixeira, 26 anos, seringueiro



A agente comunitária de saúde Maria Cleide visita 43 famílias de seringueiros, uma vez por mês, levando insumos de prevenção e medicamentos

A mulher de Flemis, Elizete Ribeiro da Silva, 23 anos, também assistiu à apresentação. Apesar de grávida de uma menina e mãe de um menino de 6 anos, ela contou que usa preservativo e recebe o insu-
mo mensalmente da agente comunitária de saú-
de. “Eu também achava que a camisinha só servia mesmo para evitar gravidez”.

Mais assídua que Elizete no uso do preservativo é Jovelina Vieira da Silva, de 20 anos, moradora do Seringal Floresta. Casada há dois anos com o seringueiro Aloizio Teles, de 24, Jovelina é mãe de Jaíne, uma menina de traços indígenas de três anos. Mas o casal ainda não tem filhos. “Eu uso camisinha, sim, porque não quero ter filho agora. E meu marido aceita”, contou.

Jovelina recebe, uma vez por mês, a visita da agente de saúde conhecida no seringal pelo apelido de Mundica. Além de distribuir preservativos, Mundica leva às famílias da região medicamentos para hipertensão e diabetes, hipoclorito de sódio para água, anticoncepcionais e soro de reidratação oral.

Uma dessas agentes comunitárias de saú-
de, que faz visitas mensais às famílias de se-
ringueiros, é Maria Cleide dos Santos, que
realiza o trabalho desde 2002. Maria atende
43 famílias e acredita que a cultura do preser-
vativo começa a ser assimilada pela população
do seringal. “Muitas mulheres preferem o an-

ticoncepcional, mas tenho algumas famílias que não dispensam a camisinha”, explicou.

Maria mesma tem sete filhos. Disse, às
gargalhadas, que, se não fosse o preservati-
vo, teria muito mais. “O povo daqui da re-
gião diz que usar camisinha é a mesma coisa
que comer bombom com papel mas, desde
a instalação da fábrica em Xapuri e dessas
ações de prevenção que acontecem por aqui,
muita gente mudou de opinião”, afirmou.

Ao todo, 133 pessoas assistiram à palestra sobre prevenção e puderam pegar camisinhas. A ação ofereceu a adultos e
crianças todas as vacinas do calendário ofi-
cial, consultas médicas com clínico geral,
exames de pré-natal e exames preventivos
femininos (o papanicolau). Técnicos da
Secretaria e da Coordenação Estadual de
DST/Aids do Acre fizeram demonstrações
de como usar a camisinha – tanto masculi-
na quanto a feminina – corretamente.

De acordo com a secretária munici-
pal de Saúde de Xapuri, Alessandra Ca-
minha, na semana seguinte um grupo de
profissionais da saúde ficou de retornar
ao seringal para passar os resultados dos
exames e, se for o caso, os medicamentos
necessários. “Vamos aos seringais toda
quarta-feira. Paralelamente a isso, temos
os agentes comunitários, que visitam
as famílias uma vez por mês”, explicou.

Jaíne é filha única de Jovelina, usuária
assídua dos preservativos da Nátex.
Casada há dois anos, Jovelina ainda não
tem filhos com o segundo marido



**“Muitas mulheres
preferem o
anticoncepcional,
mas tenho algumas
famílias que não
dispensam a
camisinha”**

*Maria Cleide dos Santos,
agente comunitária de saúde*



Com a instalação da fábrica e o preço pago pelo látex, a vida dos seringueiros melhorou bastante. Cada um ganha, em média, R\$ 800,00 por mês

A fábrica de preservativos Nátex

Parceria entre governo do Acre e governo federal agrega produção sustentável, inclusão social e desenvolvimento econômico

Por Gabriela Campos

Todo ano, cerca de 500 mil litros de látex percorrem a linha de produção da fábrica de preservativos Nátex, em Xapuri, no Acre, para se transformar em 92 milhões de camisinhas masculinas. O imenso estoque dos insumos é distribuído para todos os sete estados do Norte do país, além de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Essa distribuição faz parte da política do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, de ampliar o acesso aos insumos de prevenção. Só para se ter uma ideia, em 2011 o governo federal repassou, aos 27 estados do país, 493 milhões de preservativos. “A forma mais eficiente de prevenir a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis é usar a camisinha em todas as relações sexuais”, afirma o diretor do Departamento, Dirceu Greco.

Nessa linha da política de aids do Brasil é que surgiu o investimento na fábrica de Xapuri. O empreendimento, inaugurado

em 2008, é resultado de uma parceria entre o governo do Acre e o governo federal, e também foi criado para recuperar a economia extrativista do látex, elevando a qualidade de vida dos povos da floresta. A Fundação de Tecnologia do Acre (Funtac) é a gestora do projeto.

Além da questão econômica – são 160 empregos diretos na fábrica e 700 famílias de 30 seringais que fornecem o látex – os preservativos da Nátex são os primeiros e únicos, no mundo, fabricados a partir do látex de seringal nativo. Isso significa um produto mais resistente. “No seringal nativo não há uso de produtos como ferro ou zinco para manter a produção. E é a presença desses minerais que faz com que o produto fique mais frágil e apresente furos”, explica a diretora-geral da Nátex, Dirlei Bersch. Segundo ela, todo o processo extrativista, bem como a produção, são realizados de modo a garantir a preservação da floresta.

O teste de resistência mede a capacidade de pressão suportada pelo preservativo



O teste elétrico é o primeiro de uma série que garante a qualidade do produto da fábrica Nátex



Maísa Silva Farias, gerente de laboratório, conta que a fábrica segue um sistema de qualidade que monitora cada etapa do processo de produção. "Em nossos testes, a camisinha da Nátex chega a suportar 40 litros de ar", disse, acrescentando que outros preservativos estavam com 36 litros. O volume mínimo exigido pelo Inmetro é de 18 litros.

No laboratório, outro teste mostra a superioridade do produto de Xapuri no quesito resistência. Enquanto a camisinha convencional suporta **1,8 Kpa** de pressão, o preservativo da Nátex aguenta 2,1 Kpa. Mais uma vez, bem superior à pressão mínima exigida pelo Inmetro, que é de 1,0 Kpa.

"Além de oferecer um produto de qualidade, há a questão da inclusão social, o que torna o projeto mais bonito ainda", defende Dirlei. Ela conta que a qualidade de vida dos seringueiros melhorou muito de-

Kpa: quilopascal
– unidade padrão de medida de pressão do ar

pois do empreendimento. "Um seringueiro hoje ganha, em média, R\$ 800,00. Recebe, incluindo o subsídio do estado, R\$ 7,80 pelo litro do látex. Antes, vendia o litro por pouco mais que R\$ 2,00".

De acordo com Dirlei, a fábrica ainda desenvolve pesquisas e realiza ações de prevenção, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Xapuri. "Também investimos na qualificação e no crescimento profissional dos nossos funcionários".

Atualmente há três pesquisas em andamento previstas para serem concluídas ainda em 2012. A primeira estuda a produtividade e qualidade da *Hevea spp*, uma espécie de seringueira, nos municípios de Brasiléia, Epitaciolândia e Xapuri. As outras duas analisam espécies oleaginosas e extratos vegetais para desenvolver um lubrificante natural e um lubrificante com ação retardante para preservativos masculinos. Ambas estão na fase de testes clínicos e estudos sobre o registro de patente.

A fábrica de Xapuri produz 92 milhões de preservativos por ano, distribuídos gratuitamente para nove estados do Brasil



I Love You com Camisinha

Em Rio Branco, no Acre, jovens voluntários encenam para a comunidade escolar, há três anos, peça que fala sobre a importância de se usar preservativo sempre

Por Gabriela Campos

O amor está no ar dentro do auditório do Colégio Estadual Barão do Rio Branco, na capital do Acre. Cerca de 100 estudantes do ensino médio aguardam o início da peça "I Love You com Camisinha". Entre os jovens de 14 a 18 anos, há muitos casais. E nem o calor – que beira os 40 graus – impede que eles se abracem e se beijem quase o tempo todo.

É nesse ambiente de altas temperaturas que vai acontecer a ação de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva. A peça é encenada por jovens da própria escola, a maior do estado, capitaneados pelo ex-aluno Magdiel de Moura.

O que começou em 2009 como parte das atividades do Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) – programa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação – hoje é ação voluntária. "Fazemos a peça há três anos,

e contamos com o apoio logístico da Coordenação de DST/Aids da Secretaria de Saúde do Acre", explica Magdiel, que atualmente é estudante universitário de Enfermagem.

O futuro enfermeiro passou a integrar o SPE em 2006 e conta que, na época, havia pelo menos duas meninas grávidas em cada sala de aula do Colégio Rio Branco. "Hoje, se houver cinco moças em toda a escola é muito", orgulha-se.

Ao seu lado no trabalho de prevenção está Rafael da Silva, também ex-aluno do Colégio e hoje funcionário da Prefeitura. Os dois lideram o grupo que apresenta a peça e promove dinâmicas e bate-papos com jovens alunos. "Até agora já encenamos I Love You com Camisinha em 25 escolas aqui em Rio Branco, além de festas juninas e outros eventos festivos", conta Rafael.

Alunos do ensino médio da Escola Estadual Barão do Rio Branco encenam a peça há três anos

Com a experiência adquirida, os dois perceberam que poderiam ampliar a temática das discussões, abordando tudo o que interessa e interfere na vida dos jovens. **Bullying**, drogas, violência contra a mulher,

aberto, gravidez na adolescência, homofobia, DST e aids passaram a fazer parte das dinâmicas do grupo.

"Um dos nossos objetivos é formar multiplicadores. Promovemos oficinas de capacitação em temas que envolvem a saúde dos jovens", explica Magdiel. De acordo com ele, até julho de 2012, cerca de 600 rapazes e moças se-

rão capacitados na capital do estado e outros 200 no interior. Só no Colégio Rio Branco já passaram pela capacitação 140 jovens.

Um deles é Marcos Henrique Araújo, aluno do 2º ano do ensino médio. O rapaz de 18 anos encantou-se com o projeto desde a primeira vez que teve contato com ele, em 2010. "Engajei-me na hora e aprendi muito. Na capacitação, me ensinaram tudo sobre DST e aids e sobre a melhor forma para prevenir essas doenças", disse.

Para Marcos Henrique, os conhecimentos que adquiriu mudaram sua postura. "Só faço sexo com camisinha e já passei por uma situação em que a menina não queria usar preservativo de jeito nenhum. Não rolou", conta o estudante.

Cena oposta está na peça encenada pelos rapazes. Uma menina apaixonada acaba rendendo-se ao pedido do namorado malandro – um homem casado – que exige uma prova de amor: fazer sexo sem camisinha. A atitude gera uma gravidez indesejada e, com ela, a rejeição da família e do próprio namorado.



1



2



3



4

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. O Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é um dos componentes do programa, voltado à promoção da saúde e prevenção, e que tem como principais objetivos promover os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens; contribuir para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids entre adolescentes e jovens escolares; desenvolver ações articuladas no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde; envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva; e promover a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores das suas realidades.

“Só faço sexo com camisinha e já passei por uma situação em que a menina não queria usar preservativo de jeito nenhum. Não rolou”

Marcos Henrique Araújo, 18 anos

1. Magdiel de Moura é ex-aluno da escola e lidera o grupo.
2. Na peça, a moça ingênua é enganada pelo namorado e faz sexo sem prevenção.
3. A questão da homofobia também é retratada na apresentação.
4. No fim da peça, os alunos provam que camisinha não tira a sensibilidade.



Compartilhar informação

Ações simples mostram o caminho para ampliar a prevenção às DST, aids e hepatites virais, reforçando o processo comunicativo como estratégico no reconhecimento do direito à saúde

Por Hércules Barros





Kakau aborda as pessoas e fala sobre prevenção à aids no meio da rua em Rio das Pedras (RJ). Em outro ponto da comunidade, a turma de agentes de saúde mantém um ponto de referência para a distribuição de material informativo e camisinha

Bicicleta decorada com camisinhas, bom humor e criatividade em ebulição. Com esses acessórios, a educadora social Kakau Moraes e sua turma de agentes de saúde ganham a atenção de moradores da comunidade Rio das Pedras, na periferia da cidade do Rio de Janeiro. O grupo caminha pelas ruelas estreitas da favela, passa pela avenida comercial, para carros e entra em lojas. Aborda quem encontra no meio do caminho para distribuir preservativos e falar sobre DST, aids e tuberculose. Em menos de duas horas o material acaba.

“Todo mundo quer saúde e sabe o que deve fazer para se cuidar. O que falta é acolhimento e incentivo”, dispara Kakau. A carioca mora em Rio das Pedras há 14 anos e desde 2003 realiza oficinas de saúde na rua para explicar como se evitam essas doenças. Novidade? A diferença está na comunicação.

A jovem acredita na capacidade que cada pessoa tem de emitir, selecionar, receber e transmitir mensagens, de decidir autonomamente. Fala de igual para igual. É a partir dessa abertura para ouvir que ela vem provocando mudanças na população local. “Vou onde as pessoas estão. Não digo: faça isso ou aquilo. A gente precisa é que todos tenham iniciativa de prevenção”, observa.

“Todo mundo quer saúde e sabe o que deve fazer para se cuidar. O que falta é acolhimento e incentivo”

Kakau Moraes, educadora social e moradora da comunidade de Rio das Pedras, na capital do Rio de Janeiro.

A fórmula surte efeito. Por onde ela passa, jovens, idosos e adolescentes perguntam o que está distribuindo e se podem pegar. “Vem, vem. É brinde”, brinca. Os jovens dizem que é para uso pessoal. Os idosos ressaltam que é para os filhos e netos. Os adolescentes confessam que ainda não se sentem à vontade para pegar preservativo nos serviços



de saúde ou na escola e muito menos pedir aos pais. Os mais tímidos riem, apontam o dedo. Kakau não perde a oportunidade. Convida os acanhados a se aproximarem e entrega camisinha e informativo. “Só para quem tem mais de 13 anos de idade”, ressalta. Aqueles que têm vergonha, ela ajuda com um empurrãozinho. “Leva para os seus pais.”

As intervenções comunicativas de Kakau ganharam notoriedade em Rio das Pedras. Por mês, ela recebe do governo federal 1,3 mil preservativos para suas ações. As rádios comunitárias do local sempre a convidam para dar entrevistas. Ela aproveita e põe para fora seu dom musical. Nas emissoras, grava funk com letras de autoria própria. Por meio das canções, passa mensagens sobre como se prevenir contra aids e tuberculose.

As músicas ficam tocando nas caixas de som instaladas no alto dos postes de energia espalhados por todos os cantos da comunidade. “Os ouvintes acabam vindo ao estúdio atrás de camisinha”, conta o radialista Diego Fernandes. Ele comanda uma rádio comunitária em Rio das Pedras que tem mais de 14 mil acessos por dia e de 30 em 30 minutos põe para rodar as campanhas educativas gravadas por Kakau.



As intervenções comunicativas de Kakau ganharam notoriedade em Rio das Pedras. Por mês, ela recebe do governo federal 1,3 mil preservativos para suas ações de prevenção

“Vou onde as pessoas estão. Não digo: faça isso ou aquilo. A gente precisa é que todos tenham iniciativa de prevenção”

Kakau Moraes, educadora social e moradora da comunidade de Rio das Pedras, na capital do Rio de Janeiro.



Por onde Kakau Moraes passa, chama a atenção de jovens, idosos e adolescentes que perguntam o que está distribuindo e se podem pegar



Nas rádios comunitárias do local, Kakau Moraes grava funk com letras criadas por ela, trazendo mensagens sobre como se prevenir contra aids e tuberculose

As pedaladas na bicicleta decorada com camisinhas prosseguem. “Viram uma empolgação” na opinião de Kakau. Segundo sua filha Thyane Moraes, de 18 anos, a popularidade chega a ser demais e dá trabalho à família de Kakau. “O pessoal sabe onde a gente mora, bate na porta de casa, aparece na janela, vem pedir camisinha. A gente não consegue nem ver TV”, revela. Mas a bronca de Thyane é lembrança do passado, ficou na infância. Hoje a filha ajuda a mãe nas intervenções que Kakau faz na rua. “Ela se veste de coelhinha na páscoa para distribuir camisinha e vai até a encontros de casais na igreja. É doida”, diz, com admiração.

Thyane lembra que uma vez a mãe conseguiu um carro para fazer a ação semanal, mas

o veículo enguiçou de última hora. Segundo ela, Kakau não perdeu a esportiva. Pegou um carrinho de mão desses usados em obra e fez o trabalho de prevenção nas ruas com a maior naturalidade. “Ainda vou conseguir uma van cor-de-rosa e escrever nela: ‘Operação Sexo só com Camisinha, Eu apoio’. O inusitado quebra o gelo”, ensina a educadora social.

O que Kakau faz é compartilhar informação e, sem imposição, promover de forma horizontal aquilo que considera a maneira mais eficaz de prevenção às DST, aids e hepatites virais: a camisinha. “Com acolhimento e sem dizer o que é certo ou errado consigo passar a minha mensagem”, afirma. É esse processo adotado pela educadora so-

cial de Rio das Pedras que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde vem buscando aprimorar em sua estratégia de comunicação para a promoção da resposta brasileira a essas doenças.

Nesse sentido, desde 2011, as áreas de Comunicação em Saúde, Informação e Imprensa do Departamento têm ampliado a cooperação e a abordagem multidisciplinar em seus processos comunicativos. Para tanto, o Departamento tem buscado alinhar ações de mobilização social e educação em saúde que favoreçam a continuidade de projetos comunicativos e, ao mesmo tempo, garantam o envolvimento direto de outros atores e parceiros, desde gestores regionais a organizações não governamentais.



Comunicação popular para construir coletivamente acesso à saúde

Arthur Moreno e Gilmara Cunha vivem em pontos opostos da cidade do Rio de Janeiro, mas estão ligados por meio das ações comunicativas que promovem junto a moradores da periferia da capital fluminense. Do Complexo da Maré ao Morro do Alemão, Gilmara anda pelas vielas das comunidades buscando reunir jovens gays para discutir direitos humanos e promoção da saúde. “A proposta é levar conhecimento à população LGBT para tirá-la da vulnerabilidade às doenças”, explica. Já Arthur faz parte do projeto RAP da Saúde. Trata-se da Rede de Adolescentes Promotores da Saúde que, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Cedaps (Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro), produz vídeos educativos e conteúdo para rádios comunitárias. “Com uma linguagem jovem, abordamos assuntos na área de saúde em escolas e instituições locais”, ressalta Arthur. A RAP da Saúde grava programas que vão do bem estar físico e mental à boa alimentação. “Usamos os meios de comunicação para trocar informação”, completa o jovem.



Em busca de experiências bem-sucedidas

A construção de uma campanha de combate à homofobia no Rio Grande do Norte, em 2011, foi um desses momentos dentro da proposta de Comunicação em Saúde. Rumo à cooperação horizontal na área, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde) e o Programa Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Norte compartilharam experiências na elaboração da campanha Desarme Seus Olhos. A meta foi sensibilizar a população do estado para a violência praticada contra os homossexuais e a relação desses crimes com a vulnerabilidade da comunidade gay à aids.

“Atingimos nosso objetivo”, orgulha-se o roteirista Geraldo Cavalcanti, servidor público da Saúde do Rio Grande do Norte. Ele e o diretor de cinema Buca Dantas, também servidor da Saúde do estado, trabalharam em conjunto com técnicos do Departamento, em Brasília e Natal. Entre idas e vindas das terras potiguares à capital federal, os dois lados uniram conhecimentos nas áreas de publicidade e vídeo para a elaboração da campanha. Segundo Geraldo, em 22 anos como servidor público, foi a primeira vez que trabalhou de forma horizontal com o Ministério da Saúde. “Foi um processo na base do pingue-pongue e o resultado foi maravilhoso. Existia muito em comum entre a gente e a forma de o Departamento trabalhar a comunicação em saúde. Provocamos reações”, avalia.

O esportista Harley Lacerda, 26 anos, e o comerciário Leandro da Silva, 22 anos, viveram na pele a repercussão da campanha. Os dois jovens mergulharam de cabeça como protagonistas da Desarme Seus Olhos e passaram por situações de preconceito depois que as peças publicitárias foram expostas em Natal. Chegaram a ser questionados até por amigos sobre o fato de terem participado de uma “campanha gay”. Mas, apesar de as imagens deles veiculadas em outdoors e cartazes espalhados pela cidade terem sido depredadas, eles souberam administrar as reações contrárias.

“Aprendi a respeitar ainda mais a orientação de cada um, pois tive noção das situações pelas quais passa um homossexual no cotidiano”, afirma Harley. Ele conta que um dia, saindo da academia, foi parado por um menino de 15 anos na rua que o reconheceu por causa da campanha. “Ele disse que a propaganda o encorajou a contar para os



O esportista Harley Lacerda e o comerciário Leandro da Silva, protagonistas da campanha Desarme Seus Olhos, passaram por situações de preconceito depois que as peças publicitárias foram expostas em Natal (RN)



pais que é homossexual, porque antes tinha medo”, lembra. Segundo estimativas de organizações da sociedade civil de luta pelos direitos, o Nordeste é uma das regiões do país com mais alto índice de homofobia.

Para o Programa Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Norte, a campanha Desarme Seus Olhos foi na contramão das estatísticas e atingiu o objetivo de fomentar a discussão, ampliando o debate na mídia local sobre como a violência velada afeta a saúde de homossexuais. Para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, investir em comunicação em saúde faz parte do reconhecimento da cidadania e do direito à saúde de todos.



Para o roteirista Geraldo Cavalcanti, servidor público da Saúde do Rio Grande do Norte, o trabalho em conjunto com a Comunicação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais fez a diferença na campanha Desarme Seus Olhos, de combate à homofobia no estado



Cara de palhaço, pinta de palhaço... os agentes sociais Alexandre Jota e Daniel Samy estão sempre em busca da melhor forma de se comunicar com jovens da periferia de Natal, no Rio Grande do Norte, e promover educação em sexualidade



Um olhar crítico sobre a comunicação

O desafio de promover mudança de comportamento na área da saúde por meio da comunicação exige criatividade e abertura para entender o novo. Foi usando letras eróticas de funk para falar de prevenção às DST, aids e hepatites virais que os agentes sociais Daniel Samy e Alexandre Jota encontraram a melhor forma de se comunicar com jovens da periferia de Natal, no Rio Grande do Norte.

“É essa a linguagem dos jovens que procuram as nossas oficinas educativas”, observa Daniel, que se veste de palhaço junto com Alexandre para promover educação em sexualidade na organização não governamental potiguar Canto Jovem. Fundada em 1999, a ONG desenvolve atualmente atividades em saúde com cerca de 400 adolescentes. De acordo com Daniel, a estratégia é fazer uma leitura reflexiva sobre como o direito sexual e reprodutivo se apresenta nas músicas de funk, a partir do que os jovens trazem para as oficinas desenvolvidas pela ONG.

Especialista em educação sexual, Ildete Mendes conta que a estratégia tem dado certo. “É uma troca de energia e experiências que provoca mudanças significativas”, pontua. Ildete está na Canto Jovem desde o início e pelas mãos dela já passaram 120 agentes multiplicadores, como os palhaços Daniel e Alexandre. “Tenho com eles a oportunidade que não tive na educação repressora que recebi, sem direitos”, conta.

No processo educativo da comunicação horizontal por meio das músicas, os ativistas da Canto Jovem fazem um acordo com os meninos participantes do projeto. Eles aceitam que os jovens dancem funk, mas pedem que tragam também as letras e depois do ensaio fazem um bate-papo. “Se aquela linguagem faz parte do que toca no rádio deles, a gente tem que socializar e discutir. Pergunto: o funk fala que você é tarada e o seu parceiro é taradão, e aí? A partir disso, eles prestam atenção e refletem”, ressalta.

De acordo com Daniel, nesse momento discute-se a questão do ficar, namorar, a primeira relação. “Sem precisar dizer o que é certo ou errado”, ressalta. O resultado é aferido pela Canto Jovem por meio do comportamento de quem participa das atividades. “Aumentou a retirada de preservativo na ONG. Eles, inclusive, passaram a compor música sobre a importância da camisinha para as apresentações de fim de ano”, afirma.

Daniel tem hoje 24 anos de idade e atua como colaborador da ONG, mas chegou à Canto Jovem aos 13 anos. “Minha primeira vez (relação sexual) foi aos 14 anos, com camisinha, e a participação na Canto Jovem influenciou para que isso acontecesse. Tenho poucos amigos que tiveram iniciação sexual fazendo uso do preservativo.”

Ações como a da ONG Canto Jovem e da educadora social Kakau Moraes fazem a diferença no Brasil afora para a prevenção às DST, aids e hepatites virais. O Departamento apoia iniciativas como essas e investe na construção conjunta de estratégias regionais de comunicação. As medidas contribuem para a descentralização do processo comunicativo e ampliam a promoção da resposta brasileira a essas doenças.



A comunicação via internet ampliou a troca de conhecimento entre Brasil e Botsuana durante a oficina de comunicação em Gaborone, capital do país.

Além-fronteiras

Ao reconhecer a saúde como um direito humano fundamental, o Brasil reforça a importância da cooperação entre os países como compromisso para a saúde pública global

Por Hércules Barros

Fotos: Hércules Barros e Maria Rehder

Vinte e nove de maio de 2012. Depois de quase 15 horas de vôo, dois técnicos do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais chegam a Gaborone, capital de Botsuana. No país africano – famoso pelas minas de diamantes e por manter reservas para a preservação de elefantes – a dupla coordena uma oficina de troca de informações referentes à comunicação para a mudança de comportamento quanto ao HIV/aids. Em uma semana de trabalho, os técnicos brasileiros constatam que Brasil e Botsuana têm muitos desafios em comum. A certeza é de que as experiências exitosas de um e de outro podem ser adaptadas à realidade local para a promoção da resposta à epidemia.



Ouvir as profissionais do sexo para fazer uma campanha de prevenção à aids para caminhoneiros. A proposta de comunicação entre pares surgiu durante elaboração de um plano de prevenção para a categoria, durante a oficina em Botsuana

A comunicação via internet foi utilizada para ampliar a troca de conhecimento entre os dois países durante o evento. Direto da periferia de Salvador, na Bahia, o jovem Enderson Araújo falou com os africanos sobre a sua experiência em levar informação a populações de baixa renda do bairro onde mora. Enderson, que atua com comunicação comunitária nas redes sociais por meio do blog Mídia Periférica, deu exemplos das estratégias que usa para chamar a atenção da mídia tradicional para os problemas locais.

De Fortaleza, no Ceará, o professor Augusto Martins participou da oficina por meio de videoconferência. Ele apresentou um passo-a-passo de como interage com a comunidade escolar para promover prevenção à aids usando o computador no interior do estado. Augusto coordena um grupo de jovens da re-

gião responsável pela difusão de assuntos de saúde por meio da Web Rádio Ajir.

Do outro lado, no continente africano, os participantes da oficina surpreenderam os brasileiros com suas contribuições para a prevenção ao HIV mediante partidas de futebol. Apresentaram a Enderson e Augusto, durante o bate-papo virtual, experiências locais de como Botsuana faz testes de aids durante os jogos. E a troca de ideias dos participantes da oficina com os brasileiros foi além do bate-bola.

Durante a elaboração de um plano de prevenção à aids voltado para caminhoneiros em Botsuana, os técnicos do Brasil presentes na oficina sugeriram a busca de parceiros que ajudassem na adesão dos motoristas à estratégia. Empenhados em promover mudanças na categoria, os par-

ticipantes do evento propuseram visita a profissionais do sexo na periferia de Gaborone. São essas mulheres, residentes na área onde se hospedam os motoristas de diversos países da África em trânsito pela capital de Botsuana, que têm maior contato com os caminhoneiros.

A parceria pode beneficiar, inclusive, as próprias profissionais do sexo, pois a rotatividade de parceiros e o sexo desprotegido (sem camisinha) deixam a população local vulnerável à aids. “Elas conhecem melhor os caminhoneiros e vão poder nos ajudar a construir uma campanha que consiga sensibilizá-los para o uso da camisinha”, observa a coordenadora do encontro, Elizabeth Koko, que trabalha no Departamento de Prevenção e Cuidado ao HIV/Aids do Ministério da Saúde de Botsuana.



“Foi preciso vocês (brasileiros) virem ao meu país para eu visitar essas mulheres onde elas moram, sentar com elas e, pela primeira vez, falar sobre a saúde delas e dos caminhoneiros.”

Refeletswe Lebelonyane, diretora do Departamento de Prevenção e Cuidado ao HIV/Aids do Ministério da Saúde de Botsuana

Atenta à forma como brasileiros e africanos conduziram o diálogo dos integrantes da oficina com as profissionais do sexo, visando envolvê-las na construção de mensagens para os caminhoneiros, a diretora do Departamento de Prevenção e Cuidado ao HIV/Aids do Ministério da Saúde de Botsuana, Refeletswe Lebelonyane, ressaltou que não havia pensado em comunicação entre pares e que as profissionais do sexo poderiam ajudar o Ministério de Botsuana a elaborar uma ação para os caminhoneiros. “Foi preciso vocês (brasileiros) virem ao meu país para eu

Os participantes da oficina de comunicação surpreenderam os brasileiros com exemplos de prevenção ao HIV em partidas de futebol, apresentando experiências locais de como Botsuana faz testes de aids em jogos



visitar essas mulheres onde elas moram, sentar com elas e, pela primeira vez, falar sobre a saúde delas e dos caminhoneiros”, observa.

A atuação conjunta de Brasil e Botsuana em HIV/aids faz parte de um modelo de cooperação internacional que rompe com a prática tradicional assistencialista unilateral. Denominada Laços Sul-Sul, a iniciativa de países em desenvolvimento prioriza a realização de programas e parcerias que deixem um legado de qualificação e de transferência de tecnologia, além de compartilhar lições em relação à saúde.

A mobilização dos dois países foi tida como referência mundial e reconhecida com o prêmio South South Awards, em setembro de 2011, durante a Assembleia Geral das Nações Unidas. Na ocasião, a presidente Dilma Rousseff e o presidente de Botsuana, Khama

Ian Khama, foram homenageados por inovar o processo de colaboração e utilizar a expertise do Brasil no combate à epidemia de aids.

Além de Botsuana, o Brasil possui atividades em saúde com outros dez países africanos (Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Gana, Guiné Bissau, Tanzânia, Quênia, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Zâmbia). As áreas de atuação vão desde a troca de experiências sobre assistência e tratamento a quem vive com HIV/aids à valorização dos direitos humanos. Algumas missões tratam de questões sobre como os países podem aprimorar a testagem de aids e o armazenamento de material laboratorial. O desafio de garantir o acesso universal a medicamentos, além de como armazenar os antirretrovirais e distribuí-los a quem precisa, também entra na pauta de discussões das visitas.

Sustentabilidade

O investimento em cooperação entre os países apresenta-se como uma alternativa ao financiamento internacional tradicional para o enfrentamento da aids. Nesse sentido, o Brasil também tem-se destacado em discussões na Organização Mundial de Saúde (OMS) e fóruns internacionais, especialmente ao defender o direito à saúde de populações vulneráveis, como usuários de drogas, profissionais do sexo, homossexuais, travestis e transexuais.

Em decorrência de iniciativa brasileira, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas inseriu, na sessão de março de 2012, o tema dos direitos das pessoas que vivem com HIV/aids. A medida trouxe à tona a necessidade de combater a criminalização e as restrições impostas por alguns países à entrada e permanência de pessoas soropositivas em seus territórios e proporcionou ampliação de voz às pessoas vivendo com HIV/aids.

A participação social na luta contra a aids e a valorização das pessoas que vivem com o vírus norteou a oficina bilateral realizada no início de 2012, no Brasil. O evento reuniu ativistas sociais brasileiros e integrantes da sociedade civil do Congo para a troca de experiências sobre as particularidades socioeconômicas e culturais de cada país. Os representantes do Congo conheceram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o protagonismo da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA). O grupo elogiou o esforço dos jovens em fortalecer o ativismo juvenil no Brasil.

O diálogo entre os países na luta contra a aids contribui para o fortalecimento da cooperação internacional em saúde. Interligados por meio de parcerias e ações conjuntas, as nações em desenvolvimento constroem uma política que responda de forma mais efetiva no enfrentamento às DST, aids e hepatites virais. “Nesse sentido, a atuação do Brasil valoriza o respeito mútuo entre os países e põe em prática os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, além do controle social”, afirma o diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Dirceu Greco.



Marcas de uma experiência

No enfrentamento da aids, o Brasil também deu o primeiro passo para a formação do Laços Sul-Sul. Criada em 2004, a rede reúne atualmente oito países. Na América Latina, além do Brasil, fazem parte do grupo Bolívia, Nicarágua e Paraguai. A lista se completa com os países africanos Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, e o Timor Leste (Ásia). Os integrantes do Laços Sul-Sul unem esforços para assegurar o acesso universal à prevenção, tratamento do HIV/aids e assistência aos pacientes.

Quando se trata da doação brasileira de medicamentos, a parceria se estende a Burkina Faso (África) e alguns países do Caribe. O envio de antirretrovirais (ARV) ocorre desde 2003. Nos últimos nove anos, o Brasil totalizou a cobertura de 30.810 tratamentos. A maior parte das colaborações foram feitas a países

de língua portuguesa, dentro do bloco de cooperação. A medida serve como estímulo ao acesso universal e às condições de igualdade e respeito mútuo entre os países parceiros.

O empenho brasileiro em promover sustentabilidade para o enfrentamento da aids entre países em desenvolvimento foi destaque da Quarta Cúpula dos **Brics**, em março de 2012, em Nova Déli, Índia. A colaboração

Grupo formado pelo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

do Brasil na construção, em Moçambique, na África, de uma fábrica de drogas antirretrovirais foi mencionada como exemplo de iniciativa bem-sucedida. A citação ocorreu durante a apresentação do relatório da organização internacional Global Health Strategies Iniciativas sobre um novo modelo de cooperação.

Aids em números

Investimento em pesquisa, consolidação e cruzamento de bancos de dados e acúmulo de experiências bem-sucedidas no diagnóstico e tratamento das DST, aids e hepatites virais revelam os números de cada uma dessas doenças

Por Luiz Philipe Leite

Em 1980, um homem de 34 anos, por força da profissão, fazia viagens regulares aos Estados Unidos. Durante as noites que passava em solo estadunidense, aproveitava para namorar. A camisinha e ele não tinham afinidade durante os encontros românticos com outros rapazes.

O verão brasileiro se aproximava. Em dezembro, este homem deu entrada no Hospital São Paulo, na capital paulista, com um quadro grave de pneumonia e *herpes-zóster*. As dificuldades respiratórias eram intensas. Os esforços médicos para estabilizar e curar o paciente não obtiveram sucesso. E ele morreu em janeiro de 1981.

Amostras do tecido pulmonar foram recolhidas para biópsia. A análise do material não agregou novas informações. O diagnóstico ficou obscuro para a equipe do hospital. As lâminas da análise histológica foram guardadas.

Seis anos depois, em 1987, pesquisadores decidiram fazer um estudo retrospectivo de lâminas de biópsias armazenadas no Hospital São Paulo. Entre elas, a do paciente em questão. As novas análises confirmaram que se tratava de herpes-zóster e que a pneumonia fora provocada por *Pneumocystis jirovecii*.

Um técnico da Vigilância Epidemiológica do hospital telefonou para o antigo Centro de Informação de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, relatando o caso. À época, não havia teste sorológico para o HIV. Porém, ao analisar os históricos clínico e epidemiológico do paciente, os epidemiologistas da Secretaria foram conclusivos: ele morrera em decorrência da aids.

Em 1987, portanto, os técnicos de São Paulo notificaram esse caso de síndrome de imunodeficiência adquirida, com data de diagnóstico em dezembro de 1980. E assim, o paciente foi considerado o primeiro caso de aids no Brasil.

O *Herpes-zóster* (zolster, zoster), popularmente chamado de cobrão, sobreiro ou zona, é uma virose provocada por uma variante do herpesvírus que também causa a varicela (ou catapora), de incidência rara e que provoca afecções na pele, de maior ou menor gravidade, em geral atingindo pessoas com deficiência imunológica, como idosos, pessoas que passaram por uma fase de estresse ou pacientes com aids.

Pneumocystis jirovecii é um fungo que reside inofensivamente nos pulmões. Entretanto, pode desencadear infecção oportunista em pessoas imunocomprometidas, sobretudo naquelas com aids, acometendo frequentemente pacientes com contagem de linfócitos CD4+ inferior a 200 células/mm³. Mais de 80% dos doentes de aids que não recebem uma profilaxia específica desenvolvem em algum momento pneumonia por *Pneumocystis*. Muitas vezes, esta é a primeira indicação de que uma pessoa com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) desenvolveu a aids. A insuficiência respiratória aguda, com necessidade de suporte ventilatório, ocorre em cerca de 20% dos casos.

Sexta-feira, 14 de outubro de 1994. Hospital São Leopoldo, São Paulo (SP). É fim de expediente. Pouco antes de entregar o plantão, uma auxiliar de enfermagem percebe que o soro escapou do braço de um paciente com aids em estado terminal. Ela pede ajuda a uma colega, que tenta pegar a veia. O paciente move-se subitamente e esbarra na mão da ajudante. O cateter venoso, infectado, perfura o antebraço direito da auxiliar de enfermagem.

Passados três dias, ela realiza sorologia para o HIV. O resultado é negativo. Como ainda estava em janela imunológica (tempo que o organismo leva para criar os anticorpos detectados pelos testes sorológicos), comprova-se que a paciente não era portadora de infecção anterior pelo vírus da aids. Outras possíveis situações de vulnerabilidade são descartadas. O único parceiro sexual é submetido ao teste anti-HIV. O resultado também é negativo.

Em novembro, a auxiliar de enfermagem apresenta febre e gânglios cervicais (caroços no pescoço) sem diagnóstico definido. No mesmo período, o paciente, fonte da agulha contaminada, morre, caracterizando a gravidade do quadro clínico no momento do acidente. Às vésperas do ano-novo, quase três meses após o acidente, ela faz nova sorologia. Mais uma vez o resultado é negativo.

Teste que detecta anticorpos específicos que combatem o HIV.

Exame específico que utiliza as proteínas do vírus da aids para detectar os anticorpos que combatem essa infecção.

didíase oral e de esôfago, perda significativa de peso, anemia e tosse persistente.

Com o diagnóstico, a auxiliar de enfermagem torna-se o primeiro caso brasileiro de infecção por transmissão em acidente de trabalho. A notificação foi realizada em agosto de 1997, como categoria de exposição ignorada, pois, à época, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) não contemplava esse tipo de transmissão. Em 1999, após a inclusão da categoria de exposição por acidente de trabalho no Sinan, a notificação da paciente foi reclassificada.

Seis meses depois do acidente é realizado um terceiro teste pelo mesmo método, o **Elisa** – agora, reagente. A confirmação veio 16 dias depois, com um teste **Western Blot**. No fim de setembro de 1996, a paciente foi definida como um caso de aids, com contagem de células CD4 igual a 72 unidades por centímetro cúbico de sangue, can-

Números

Esses dois pacientes fazem parte de um universo de **608.230** casos de aids registrados nos bancos de dados do Brasil entre 1980 e junho de 2011. Na última década foram inseridos nos sistemas, em média, 35 mil novos casos de aids por ano. Estima-se que 630 mil brasileiros vivam com o HIV. Desses, 255 mil não sabem que são portadores do vírus.

Os sistemas de vigilância epidemiológica se modernizaram e a metodologia de processamento de dados ganhou os contornos atuais. Os investimentos em pesquisa geraram novos conhecimentos, como o de que a aids está no Brasil há mais tempo do que se imaginava.

Bancos de dados

Para entender os números da aids é preciso mergulhar num emaranhado de tabelas e formulários manuais e eletrônicos que compõem a base de dados onde são armazenadas informações sobre cada paciente atendido no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, o Ministério da Saúde elaborou uma lista de doenças de **notificação compulsória**, entre as quais: gestantes HIV+; crianças expostas ao risco de transmissão vertical pelo HIV; sífilis congênita, adquirida e em gestantes; aids (crianças e adultos); e hepatites virais.

Os dados são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Pode acontecer de o mesmo paciente ser notificado duas vezes no sistema. Para eliminar a duplicidade, os técnicos do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais utilizam o nome, data de nascimento e nome da mãe do paciente.

Outro banco de dados é o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que registra todas as mortes declaradas no país. Dentro do formulário há campos para indicação da presença de HIV/aids, ainda que essa não seja a *causa mortis*. A informação é registrada para que o governo possa fazer a vigilância sanitária e a análise epidemiológica, além de elaborar estatísticas de saúde e demografia. É por meio do SIM que o Ministério da Saúde chega ao número de 11 mil óbitos anuais, em média, em decorrência da aids.

A notificação compulsória consiste na obrigação de comunicar às autoridades sanitárias a ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, de determinadas doenças. A comunicação deve ser feita por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção de medidas de controle dessas doenças.

Estima-se que 630 mil brasileiros vivam com o HIV. Desses, 255 mil não sabem que são portadores do vírus

O SUS não se atém apenas a dados sobre agravos e óbitos. Dispõe também de outros sistemas de informação. No Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da **Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral** (Siscel) entram todos os pacientes que fazem exames periódicos na rede pública de saúde.

Células responsáveis pela defesa do organismo. Se a contagem de CD4 e CD8 for muito baixa, o corpo fica vulnerável a doenças. O HIV destrói essas células de defesa.

Exame que mede a quantidade de cópias do HIV no organismo.

Aqueles que recebem do SUS remédios para aids também fazem parte de uma outra base de dados. Essa notificação é feita por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Sicлом), que registra os pacientes em tratamento antirretroviral (TARV) em território brasileiro. O tratamento oferecido pelo SUS é composto de 21 medicamentos, sendo dez de produção nacional e 11 importados. O Sicлом controla os estoques de medicamentos e armazena os esquemas terapêuticos de cada paciente. Não há venda de antirretrovirais no Brasil. Desse modo, ainda que o paciente faça todo acompanhamento clínico em unidades privadas de saúde, ele precisará acessar o SUS para retirar os medicamentos.

O cruzamento desses quatro bancos de dados qualifica as informações estatísticas brasileiras e geram o número absoluto de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil desde 1980. “Quando mesclamos os números, vemos que o Sicлом apresenta 25% mais pacientes que o Sinan. Isso revela a quantidade de notificações tardias que recebemos. E graças ao cruzamento de dados podemos ter uma melhor dimensão da epidemia” defende Gerson Pereira, gerente de Vigilância Epidemiológica do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

“Quando mesclamos os números, vemos que o Sicлом apresenta 25% mais pacientes que no Sinan. Isso revela a quantidade de notificações tardias que recebemos”.

Gerson Pereira, gerente de Vigilância Epidemiológica do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

O aconselhamento fornece informações sobre as formas de transmissão da aids, significados dos resultados dos exames e período de janela imunológica (tempo entre a infecção pelo HIV e a detecção sorológica). Em caso de resultado positivo, o profissional fala sobre a doença e seu tratamento, a prevenção secundária, o significado e utilidade de vários exames laboratoriais e os possíveis efeitos adversos do uso dos medicamentos antirretrovirais a curto e longo prazos. Com acesso às informações sobre a doença e às formas de promover sua própria independência e autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades decorrentes da soropositividade e seu tratamento. Nesse momento, ocorre também o encaminhamento do paciente ao serviço especializado.

Transmissão vertical

O cuidado do governo com as ocorrências de aids registradas no Brasil inclui também grávidas e crianças. O número de casos da doença em crianças menores de cinco anos é utilizado para medir a transmissão vertical no país, visto que a maioria dos casos diagnosticados nessa faixa etária são atribuídos à transmissão materno-infantil.

A porcentagem de transmissão do HIV da mãe para o bebê vem apresentando constante redução. A taxa média de transmissão vertical do HIV, que era de 16% no Brasil em 1997, diminuiu gradativamente para 8,6% em 2000 e para 6,8% em 2004. No Brasil, a taxa de incidência em menores de cinco anos é utilizada como indicador de monitoramento da transmissão vertical, e ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma redução de 40,7% na incidência de casos.

Até 2015, a meta do governo brasileiro é reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 2% e a da sífilis congênita para menos de 0,5 casos por mil nascidos vivos em todo o país. Para atingir esse objetivo, o Ministério da Saúde incluiu no **Pacto pela Saúde**, em 2006, a redução da mortalidade materno-infantil, sendo uma das prioridades a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.

A prevenção da infecção pelo HIV e pela sífilis nas mulheres em idade fértil, o conhecimento precoce do estado sorológico e o tratamento adequado são as principais estratégias dessa medida. “O diagnóstico no início da gestação possibilita o efetivo controle da infecção materna e a consequente redução da transmissão do vírus da aids e do agente causador da sífilis para o bebê”, observa o diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Dirceu Greco.

Segundo Greco, os testes para HIV e sífilis devem ser sempre oferecidos, com **aconselhamento pré e pós-teste**, a todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, independentemente de qualquer situação. Se a mãe tiver o devido acompanhamento, a chance de o bebê nascer com uma das infecções é menor que 1%.

Estudos especiais

Os rumos da política de enfrentamento à aids, sífilis e hepatites virais são definidos também a partir de estudos e pesquisas. O objetivo é realizar intervenções estratégicas que considerem a diversidade nacional, tanto do ponto de vista geográfico quanto do cultural, social e econômico.

Uma das formas de monitorar a prevalência da infecção pelo HIV, em âmbito nacional, é a coleta sistemática de dados por meio de estudos transversais, repetidos periodicamente, para estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção pelo HIV em determinados subgrupos populacionais, denominados “Grupos-Sentinela”. Atualmente, dois segmentos populacionais são periodicamente estudados.

Corresponde ao número de casos (novos e antigos) de uma determinada doença ocorridos numa região, num determinado período de tempo (geralmente um ano civil), relativamente à população total dessa região no mesmo período.

O estudo com o Grupo Sentinela Parturientes pesquisou 35 mil mulheres de 15 a 45 anos durante o pré-natal, por serem consideradas o conjunto com taxa de infecção mais parecida com a apresentada pela população feminina. A **prevalência** do HIV para esse grupo, estimada no estudo de 2006, foi de 0,41%.

A outra população é o Grupo-Sentinela Conscritos das Forças Armadas, tendo em vista que jovens de todas as classes sociais se alistam, em geral, aos 18 anos. Assim, é possível monitorar situações de risco à infecção pelo HIV no conjunto dos adolescentes do sexo masculino. O levantamento de dados utilizou amostragem de 35 mil homens jovens. A taxa de prevalência encontrada nesse grupo foi de 0,12%.

“A partir dos dois Estudos-Sentinela, extrapolamos os números para o Brasil. Hoje, essa taxa está estimada em 0,61%”, explica Gerson Pereira. “Em 2012, incluímos nesses estudos o monitoramento das hepatites B e C”, destaca.

O diretor do Departamento, Dirceu Greco, reforça que a inclusão da sífilis e das hepatites B e C em todos os estudos e pesquisas proporciona a possibilidade de dar uma resposta mais ampla e eficaz às epidemias de transmissão sexual no Brasil. “É necessário que os profissionais de saúde ofertem os exames sorológicos. O inverso também é importante – o próprio paciente deve pedir ao médico que prescreva os exames”, assevera.

“É necessário que os profissionais de saúde ofertem os exames sorológicos. O inverso também é importante – o próprio paciente deve pedir ao médico que prescreva os exames”

Dirceu Greco, Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Epidemia concentrada

Existem também os estudos que monitoram a presença do HIV em populações de difícil acesso, como: usuários de drogas (prevalência de 5,91%); homens que fazem sexo com outros homens - HSH (10,5%); e profissionais do sexo feminino (4,9%).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemia de aids no Brasil deve ser considerada concentrada, uma vez que apresenta prevalências superiores a 5% em grupos específicos e inferior a 1% (0,61%) na população de 15 a 49 anos.

“Os dados são importantes para gerar políticas públicas enfáticas para populações mais vulneráveis, como jovens HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas – sem deixar de manter uma postura incisiva também para a população geral”, defende Ivo Brito, coordenador de Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Atitudes e práticas sexuais

O governo brasileiro também realiza as “Pesquisas sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas” relacionadas às DST e aids. Conhecidas como PCAP, são inquéritos domiciliares realizados com cerca de oito mil brasileiros maiores de 15 anos de idade. Essas pesquisas são importantes para o monitoramento da epidemia e para o controle dessas doenças. O último inquérito foi realizado em 2008.

A PCAP mostra que o conhecimento da população sobre as formas de transmissão é alto: 96,6% da população sexualmente ativa sabem que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV, sendo que homens usam mais o preservativo do que mulheres.

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. Além disso, verifica-se que 65% da população de 15 a 54 anos usaram preservativo na última relação sexual com parceiros casuais nos últimos 12 meses.



A caminhada é apenas uma das atividades oferecidas pelo Espaço CR. Os pacientes também têm acesso a yoga, shiatsu, movimento vital expressivo e vôlei

Em dia com a saúde

Campinas (SP)
dá lição de como
promover o bem-estar
dos pacientes de aids
diante dos novos
desafios de viver
com a doença

Por Daniela Brito

O aumento da expectativa de vida dos soropositivos brasileiros é uma realidade incontestável. Mas não basta estar vivo. Os pacientes hoje precisam lidar com outros obstáculos, impostos pela ação do HIV, dos medicamentos antirretrovirais e do próprio envelhecimento. Questões como diabetes, alterações ósseas, aumento do colesterol estão cada vez mais presentes na rotina de quem vive com a doença. Muitos ainda enfrentam a **lipodistrofia**, que impacta diretamente a adesão ao tratamento e a autoestima. Nesse cenário, como promover a qualidade de vida dessas pessoas, contemplando o bem-estar físico, mental e psicológico?

A resposta não é simples, mas trabalhos como o realizado pelo Centro de Referência de DST e Aids de Campinas (SP) mostram que é possível se aproximar do cuidado integral quando há disposição e criatividade. Lá, as pessoas que vivem com HIV podem desfrutar do Espaço CR, que conta com academia de musculação, aulas de vôlei, grupo de caminhada, shiatsu, yoga, **movimento vital expressivo** e orientação nutricional direcionada – tudo disponível na rede pública de saúde municipal.

Síndrome caracterizada por alterações na redistribuição da gordura corporal. Pode se manifestar como perda de gordura (lipoatrofia) nas pernas, braços, rosto e glúteo ou ganho de gordura (lipo-hipertrofia) no abdômen, mamas, parte superior das costas (giba) e na mandíbula (papada). A lipodistrofia parece ser causada por um somatório que engloba fatores genéticos, ação do próprio HIV e dos medicamentos antirretrovirais no organismo, sedentarismo e envelhecimento.

Trabalha com aspectos biomecânicos (muscular, articular, respiratório e de alongamento) e posturais, por meio de movimentos expressivos, da música, do toque e relaxamento, buscando harmonia psicofísica.



José Victor sua a camisa para manter a forma. O esforço vale a pena: com a prática de exercícios físicos, conseguiu estabilizar o HIV, as taxas de colesterol e de triglicírides

José Victor Moreira é uma prova dos benefícios dessa iniciativa. Aos 57 anos de idade e sabidamente infectado pelo HIV desde 1998, viu sua vida mudar depois que começou a frequentar assiduamente o serviço. As taxas de **triglicírides**, colesterol e glicose,

É um tipo de gordura que forma 90% da reserva de energia do organismo e se deposita no tecido gorduroso e muscular. Mas, em grandes quantidades no sangue, pode indicar risco de doenças do coração. Devem-se evitar alimentos gordurosos, refrigerantes e doces em geral.

Não me pergunto mais por que sou soropositivo, por que isso tinha que acontecer comigo, e, sim, como faço para melhorar minha qualidade de vida", relata.

Com a saúde equilibrada, nem um câncer de próstata o desestabilizou. Quando descobriu o tumor, em 2010, recebeu um cardápio individualizado para responder melhor à radioterapia e sua recuperação surpreendeu até o oncologista que o acompanhava. "Ele ganhou 2 kg no final do tratamento, um caso raro nesse tipo de situação, quando geralmente há perda de peso", relata Nacle Nabak, nutricionista e coordenador do Espaço CR.

A prática regular de exercícios físicos, aliada à dieta nutricional balanceada, tem feito com que os usuários do serviço de aids de Campinas mantenham o peso e o **índice de massa corporal (IMC)** adequados. É o que acontece com Maria Izabel da Fonseca, 61 anos de idade, 54 kg e IMC de 21,8 – medidas invejáveis até para muitas jovens. Ela segue a orientação médica do tratamento antirretroviral, caminha regularmente e se alimenta bem. "Na minha cabeça, tenho 20 anos", confessa. No caso dela, a descoberta do HIV foi uma mola propulsora para o cuidado com a saúde. "Depois da tempestade da notícia de que estava infectada, resolvi que eu seria primeiro lugar em tudo".

Maria Izabel é uma das pioneiras do grupo de caminhada e acabou se tornando uma espécie de multiplicadora de saúde. Além de lidar bem com a revelação do diagnóstico, convida outros pacientes para participar das atividades físicas oferecidas pelo serviço. Comunicativa, sempre é indicada para dar entrevistas sobre o tema.

Para fazer o cálculo do IMC basta dividir o peso em quilogramas pela altura ao quadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$$

Inferior a 18,5	abaixo do ideal
Entre 18,5 e 24,9	normal
Entre 25 e 29,9	sobre peso
Acima de 30	obesidade



Maria Izabel, sorrindo à toa com IMC de 21,8. "Na minha cabeça, tenho 20 anos"

"O grupo faz com que eu me sinta vivo. Não me pergunto mais por que sou soropositivo, por que isso tinha que acontecer comigo, e, sim, como faço para melhorar minha qualidade de vida"

José Victor Moreira, 57 anos



Nacle Nabak (no bloqueio), coordenador do Espaço CR: incentivo aos pacientes dentro e fora das quadras

Suporte emocional

Para conseguir superar as dificuldades, as pessoas que vivem com HIV contam com o apoio psicossocial que o grupo oferece. Essa ajuda vem não só do psicólogo e do psiquiatra que compõem a **equipe multiprofissional**, como da troca de experiências que essas atividades proporcionam.

“Faltava sentido e direção para a minha vida. Hoje sinto que não estou mais sozinho. Isso me ajuda a trabalhar angústias e ansiedades”, comemora José Victor.

O Espaço CR virou mais do que um ambiente de promoção de atividades físicas. “É um local de convivência, com foco na saúde. Algumas pessoas vêm aqui só para conversar”, relata Nabak. O coordenador do serviço sabe o que está falando. Ele acompanha vários pacientes que só conseguiram resgatar a autoestima e se reinserir na sociedade após o contato com o grupo. Roseane Ferreira é

- Fisioterapeuta
- Dentista
- Ginecologista
- Infectologista
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Psicólogo
- Psiquiatra

uma delas. Quando tinha 25 anos de idade, durante a gestação, descobriu que tinha o vírus da aids. Para Roseane, casada e sem nenhuma situação de risco aparente, foi um choque receber essa notícia. Naquela época, desistiu dos projetos pessoais e ainda teve que lidar com o preconceito. “Durante o trabalho de parto, fui isolada na maternidade e a minha filha quase morreu porque não queriam colocar a mão em mim”, lembra.

Cerca de 10 anos depois, quando já tinha até desistido da vida profissional, conheceu o trabalho do Centro de Referência e conseguiu retomar alguns sonhos. Após passar por três cursos de graduação e não terminar nenhum, iniciou a faculdade de pedagogia, com término previsto para o fim de 2012. Na área sentimental, a estudante também está feliz. Perdeu o medo de se relacionar e, há um ano, namora Carlos Barreiros, soronegativo. A filha, que agora está com 14 anos, não tem o vírus – um estímulo a mais para a mãe, que passou a lutar com vigor pela vida. “Essas pessoas (do Espaço CR) foram fundamentais no meu processo de retomada”, observa.

As pessoas do município que vivem com HIV podem desfrutar de academia de musulação, aulas de vôlei, grupo de caminhada, shiatsu, yoga, movimento vital expressivo e orientação nutricional direcionada – tudo na rede pública de saúde.

O Espaço CR virou mais do que um ambiente de promoção de atividades físicas.

“É um local de convivência, com foco na saúde. Algumas pessoas vêm aqui só para conversar”

Nacle Nabak, nutricionista e coordenador do Espaço CR

Suor e criatividade

O impacto que a rede de convivência promove alcança não só os usuários, como também a equipe técnica. Wendell Leme, técnico do centro de referência de aids e atual treinador de vôlei da equipe do CR, aprendeu muito sobre relacionamentos interpessoais. Por ser jogador profissional há aproximadamente 20 anos, vivia sob tensão, era impaciente e cobrava muito dos outros. “Aqui é diferente. As pessoas respeitam o espaço e as limitações de cada um e ainda estendem a mão para te mostrar um caminho”, conta. Ele foi convidado a ensinar regras do esporte e acabou recebendo lições de vida. “Quando acordo de manhã e não estou legal, venho para cá e esqueço tudo. Eles me ensinam a dar a volta por cima”.

A estrutura para o desenvolvimento das atividades físicas e nutricionais é modesta. O diferencial é o engajamento de profissionais e pacientes. O espaço para montar a academia foi cedido pela prefeitura de Campinas. Os equipamentos – esteiras, bicicletas ergométricas, barras e pesos – foram adquiridos com recursos (R\$ 40 mil) de prêmio concedido ao

Primeira atividade de qualidade de vida desenvolvida pelo Centro de Referência em DST e Aids de Campinas, iniciada em 2005. Nessa época também surgiu o grupo de vôlei.

projeto **Grupo de Caminhada Atlética CR**, em 2007. Para o vôlei e a caminhada, são utilizados espaços públicos da cidade (geralmente os treinos ocorrem no Parque Lagoa do Taquaral, situado na região leste da cidade).



Time de campeões

Além do benefício comprovado da prática de exercícios físicos para os pacientes de aids, o grupo de vôlei se consagrou em competições. Eles são tetracampeões da Olimpíada de Saúde Mental, campeonato estadual que conta com a participação de 2 mil pessoas, de diversos serviços de saúde. Desde que começaram a jogar, em 2007, nenhum outro time conseguiu ganhar deles. A equipe é composta por usuários do SUS e por dois profissionais de saúde.

Zélia Rocha, que vive com HIV há 20 anos, obteve inclusive o título de melhor jogadora (2011). Para ela, que perdeu o marido e a filha em consequência da aids, a conquista é um estímulo. “Nunca mais tive nada na vida e, por isso, um prêmio como esse é muito especial. Dá fôlego para continuar”, diz.

Com a experiência adquirida na Olimpíada, o Espaço CR passou a promover anualmente, desde 2008, o Torneio Positivo. Nessa competição, de abrangência municipal, eles também ganharam todos os títulos. E, agora, estão sonhando mais alto: “queremos organizar uma olimpíada nacional”, conta Nacle Nabak.



Um estímulo para continuar: depois de perder o marido e a filha para o HIV, Zélia (no saque) foi eleita a melhor jogadora da Olimpíada de Saúde Mental



Imbatíveis: o grupo de vôlei do Espaço CR é tetracampeão da Olimpíada de Saúde Mental e tricampeão do Torneio Positivo



Protagonismo

Foi com essa marca, de criatividade e disposição, que o serviço de promoção de qualidade de vida para soropositivos nasceu. Tudo começou como sugestão dos próprios usuários. Foram eles que estimularam a criação do grupo de vôlei, de caminhada e, mais tarde, da academia de musculação. “Catalisamos o desejo deles. Se não houvesse essa vontade, não haveria o trabalho”, revela o nutricionista Nabak. “Inicialmente parecia um absurdo (montar uma academia), algo muito distante do que temos nas unidades de saúde. Depois vimos que era uma proposta viável, com baixo custo para o tipo de retorno obtido”, complementa. Já passaram pelo serviço mais de 400 pacientes. Desses, 154 frequentam a academia atualmente.

Cuidado integral

O Ministério da Saúde incentiva e recomenda a adoção de alimentação saudável e a prática de atividades físicas. No guia “**Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e aids**”, é possível obter dicas simples e práticas sobre como comprar, guardar e preparar os alimentos, higiene das comidas e cuidados para fortalecer as defesas do corpo.

O livro também explica como se alimentar em situações especiais – nos casos de alteração de peso, falta de apetite, constipação intestinal, diarreia, aumento de colesterol ou triglicírides, alterações ósseas e lipodistrofia. Para quem já toma antirretroviral, há uma seção dedicada às restrições alimentares decorrentes do uso de alguns medicamentos e os tipos de ervas que interagem com os remédios para a aids.

Uma série de três cartilhas, chamadas “**Dicas Positivas**”, explicam didaticamente o que é a lipodistrofia, a importância do tratamento contra a aids e o que fazer para seguir uma dieta balanceada (colocar link para as três). No folder “**10 passos para melhorar a qualidade de vida**”, reforçam-se não apenas os tipos de alimentos mais saudáveis, como também a importância de comer com prazer e o que fazer para realçar o sabor dos pratos servidos à mesa.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais lançou, em junho de 2012, a publicação “**Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**”, voltada para educadores físicos e equipe multidisciplinar. A ideia é que esses profissionais estejam aptos a receber os portadores de HIV no **Programa Academia da Saúde**.

Com esse material, foi realizada uma ação-piloto de treinamento para profissionais de educação física e nutrição nessas academias. Participaram da iniciativa as cidades de Belo Horizonte (MG) e Recife (PE), locais em que a rede de academias é bem estruturada. Foram treinadas mais de 300 pessoas. Com esse trabalho, a proposta do Ministério da Saúde é que as pessoas infectadas pelo HIV tenham mais acesso à prática de atividades físicas na rede pública.

“Inicialmente parecia um absurdo (montar uma academia), algo muito distante do que temos nas unidades de saúde. Depois vimos que era uma proposta viável, com baixo custo para o tipo de retorno obtido”

Nacle Nabak, nutricionista e coordenador do Espaço CR



Criada pela Portaria nº 719/2011, do Ministério da Saúde, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população geral, a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividades físicas, lazer e estilos de vida saudáveis.

Links desta página:

Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e aids
www.aids.gov.br/sites/default/files/cartilha_alimentacao_nutricao_0.pdf

Dicas Positivas
www.aids.gov.br/publicacao/dicas-positivas

10 passos para melhorar a qualidade de vida
www.aids.gov.br/sites/default/files/folder_10_passos_alimentacao.pdf

Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids
www.aids.gov.br/publicacao/2012/recomendacoes_para_pratica_de_atividades_fisicas_para_pessoas_vivendo_com_hiv_e_aids

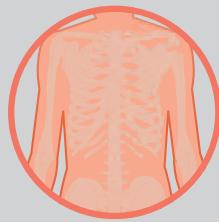
Alguns problemas que as PVHA enfrentam atualmente:

Síndrome metabólica

Conjunto de anormalidades metabólicas que aumentam o risco de doença cardiovascular e diabetes mellitus tipo II. É caracterizada, de forma geral, pelo aumento da circunferência abdominal (obesidade visceral); hipertensão arterial; hiperglicemias (níveis elevados de açúcar no sangue); hiperlipidemia (aumento dos níveis de triglicírides e do colesterol) e resistência à insulina.

Alterações ósseas

Osteoporose e osteopenia são alterações do tecido ósseo, caracterizadas pela diminuição da densidade mineral e comprometimento da resistência e da qualidade óssea, podendo levar a fraturas espontâneas. Também pode ocorrer a osteonecrose asséptica ou isquêmica, quando há comprometimento da vascularização do osso.



Doenças cardiovasculares

Afetam o sistema circulatório, ou seja, os vasos sanguíneos e o coração. Existem vários tipos de doenças cardiovasculares. Entre as mais comuns estão o infarto do miocárdio, a angina de peito e a aterosclerose.



O que fazer para prevenir ou tratar esses problemas:

Exercícios físicos	Alimentação saudável
<p>Alguns benefícios físicos:</p> <ul style="list-style-type: none">› Melhor funcionamento do coração e pulmões;› Músculos maiores e mais fortes;› Ossos mais fortes;› Maior coordenação e flexibilidade;› Maior resistência;› Sistema digestivo mais ativo e eficiente, resultando em maior aproveitamento dos alimentos e das medicações;› Diminuição dos níveis de colesterol e triglicírides. <p>Como praticar?</p> <ul style="list-style-type: none">› Em primeiro lugar, procurar sempre orientação de profissional qualificado.› A atividade física regular, em sessões de 30 a 45 minutos (de 3 a 4 vezes por semana), é excelente para exercitar o sistema cardiovascular. Exemplos: caminhada, bicicleta, dança, ginástica localizada, natação, hidroginástica, patins, futebol, basquete, musculação, bicicleta ergométrica e esteira.› As atividades do dia a dia podem ser consideradas ótimas atividades físicas. Descer e subir escadas ao invés de usar o elevador, varrer e arrumar a casa, levar o cachorro para passear, ir caminhando até a padaria, cuidar do jardim, descer do ônibus ou metrô uma parada antes são alguns exemplos de como aproveitar as atividades cotidianas para exercitar o corpo.› Dança, jogos em grupo ou ioga são opções interessantes, que também favorecem fazer amigos.	<p>Alguns benefícios:</p> <ul style="list-style-type: none">› Ajuda a absorção intestinal dos alimentos e dos remédios.› Diminui problemas provocados pela diarreia e outros efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais. <p>Como manter?</p> <ul style="list-style-type: none">› Fracionar a alimentação em três refeições e dois lanches ao dia.› Tomar 2 litros de água ao dia, no mínimo.› Aumentar o consumo de líquidos, como água, sucos naturais ou água de coco, antes, durante e após a atividade física.› Fazer alimentação balanceada, com cereais, carnes, leite, ovos, frutas, legumes e vegetais, e diminuir o consumo de gorduras saturadas.› Mastigar bem os alimentos e procurar fazer as refeições em lugares tranquilos. Estabelecer horários fixos para as refeições. <p>Consumir:</p> <ul style="list-style-type: none">› Alimentos ricos em ferro, tais como carne vermelha magra, legumes e vegetais de cor verde escura.› Frutas e vegetais ricos em vitamina C (laranja, mamão, caju, acerola, kiwi, morango).› Alimentos ricos em cálcio, como leite, coalhada, queijos, iogurtes, couve, gergelim, castanha-do-pará.› Cereais integrais, como arroz, pão, aveia, trigo, quinua. <p>Evitar:</p> <ul style="list-style-type: none">› A ingestão de grandes quantidades de café, chá preto, chocolate e alimentos com aditivos, como conservantes e corantes.› O consumo de bebidas alcoólicas e cigarros.› Praticar atividade física sem se alimentar.› O consumo de refrigerantes, doces, alimentos gordurosos e frituras em geral.

Cozinha pedagógica

Dicas de alimentação saudável inspiram pessoas que vivem com HIV a buscar qualidade de vida

Por Daniela Brito



O infectologista Heverton Zambrini vira "chef" de cozinha para provar que quem vive com HIV pode e deve alimentar-se bem

O projeto é muito mais do que uma aula de culinária. "É um ambiente terapêutico, em que há troca de experiências".

Heverton Zambrini, coordenador do programa de lipodistrofia do Hospital Heliópolis

Em meio a paredes brancas, leitos hospitalares e centros cirúrgicos, uma pequena porta dá acesso a uma cozinha colorida e bem equipada. O espaço se parece com aqueles estúdios de programas de culinária veiculados na televisão. Na verdade, trata-se do local de acolhimento e recepção dos **soropositivos** que têm indicação de cirurgia reparadora de lipodistrofia, do Hospital Heliópolis, em São Paulo (SP). Eles chegam para consulta de avaliação e são surpreendidos pela presença de um médico de avental e sem jaleco – o infectologista Heverton Zambrini, coordenador do programa de lipodistrofia (página 64) do serviço de saúde.

Termo usado para designar pessoas que vivem com HIV

A ideia da abordagem inusitada para um serviço de saúde é mostrar que quem vive com HIV pode e deve alimentar-se bem, independentemente do nível socioeconômico. Para provar que essa teoria é factível, o infectologista conta com o apoio da equipe de nutrição – que dá dicas sobre alimentação balanceada – e dos pacientes, que são convidados a "colocar a mão na massa". A partir de uma **receita** sugerida, o grupo prepara a refeição que será servida a todos naquele dia. Os ingredientes são simples, costumam ser baratos e os pratos são saborosos: carne de panela com iogurte e legumes, salpicão de repolho com uva e suco antioxidante são exemplos de cardápio para o almoço.

Para os que desejam saber mais dicas nutricionais, o hospital oferece minicursos, três a quatro vezes por ano. São formadas turmas de até 20 integrantes, com quatro aulas – cada uma com três horas de duração. O foco principal é o reaproveitamento de alimentos. Podem participar das aulas todos os pacientes de HIV e aids que fazem tratamento no Heliópolis. Os cursos acontecem graças a uma parceria firmada desde 2008 com o programa "Alimente-se Bem" do Serviço Social da Indústria (SESI). Os profissionais do SESI ministram as aulas dentro do próprio hospital.

Zambrini faz questão de frisar que o projeto é muito mais do que uma aula de culinária. "É um ambiente terapêutico, em que há troca de experiências", explica Heverton. A seu ver, esse clima é importante para os pacientes, que carregam no corpo as marcas do viver com aids, nos dias de hoje. "Essas pessoas geralmente chegam ao hospital com baixa autoestima e relatam sofrer preconceito e discriminação", completa.

O ex-maratonista Valdemar Silva, por exemplo, perdeu gordura no rosto, o que afeta sua imagem e interfere na vida social. Para ele, que está com 59 anos de idade e vive com HIV há 15, o acolhimento hospitalar com dicas nutricionais foi uma oportunidade a mais de aprendizado e um momento de descontração. "A gente fica com o astral pra cima", atesta.

Livro de receitas: www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51482/cook_book.pdf



Com disposição, criatividade e poucos recursos, as equipes de lipodistrofia e de nutrição do Heliópolis conseguiram montar uma cozinha moderna

"A cirurgia é o final da linha, o último recurso que temos. Precisamos cuidar da saúde desde o início".

Heverton Zambrini

Além de estimular o prazer de comer bem e de forma saudável, o propósito é, igualmente, desmistificar a ideia de que a operação reparadora vai resolver todos os problemas de quem vive com HIV. A equipe do Heliópolis também é comprometida em reforçar que o exercício físico precisa acompanhar a rotina do paciente. "A cirurgia é o final da linha, o último recurso que temos. Precisamos cuidar da saúde desde o início", enfatiza Zambrini.

Para que isso fique bem claro, após o momento da cozinha pedagógica acontece uma palestra – dessa vez com informações mais técnicas sobre o que é lipodistrofia, suas causas, como prevenir e tratar esse tipo de alteração. É o momento de apresentação do programa de cirurgia do hospital, dos critérios e exames necessários para a realização dos procedimentos. Aí os pacientes entendem que



O ex-maratonista Valdemar Silva, que sofre com lipodistrofia facial, prepara suco antioxidante e aproveita para aprender sobre alimentação saudável e de baixo custo

as operações são reparadoras, e não estéticas. O objetivo é corrigir mudanças anormais no corpo e atingir o resultado mais natural possível, próximo do que era antes.

Elisângela Oliveira, 37 anos de idade, entendeu o recado. Com ganho de gordura na parte superior das costas (giba) e abdômen, além de perda no glúteo, ela quer mudar de vida. A paciente sabe que para isso vai ter que adotar hábitos alimentares saudáveis e praticar exercícios físicos. "Se a gente quer alcançar um objetivo, tem uma hora que é preciso mudar a cabeça", diz.

O serviço conta com uma psicóloga que faz avaliação do estilo de vida e do impacto da lipodistrofia na qualidade de vida dos soropositivos. Quando precisa de terapia, a pessoa é encaminhada para um atendimento continuado. Até o final de 2012, também será analisado o impacto dos pro-

cedimentos cirúrgicos, a partir de uma reavaliação psíquica de quem já fez a cirurgia.

O hospital Heliópolis é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), pioneiro na realização de cirurgias reparadoras de lipodistrofia. É, também, o que mais realizou esses procedimentos no Brasil – foram quase 500 operações e mais de 300 preenchimentos faciais, desde 2005. Para chegar a esse patamar, foi fundamental a sensibilização da equipe de cirurgia plástica e dos dermatologistas (que realizam o preenchimento facial). As equipes recebem orientação sobre a segurança dos procedimentos e a importância deles na vida de quem vive com HIV/aids. Mesmo assim, ainda persiste o desafio de diminuir o tempo de espera para cada operação. A próxima meta do infectologista é ousada: construir uma academia de ginástica dentro do hospital.



Palestra aos pacientes ministrada por Heverton Zambrini, coordenador do programa de lipodistrofia do Hospital Heliópolis.

As operações são reparadoras, e não estéticas. O objetivo é corrigir mudanças anormais no corpo e atingir o resultado mais natural possível, próximo do que era antes.

Histórico

O programa de lipodistrofia começou em 2005. Como o hospital já tinha ambulatório de aids e serviço de cirurgia plástica, foi convidado a realizar cirurgias reparadoras em pessoas que vivem com HIV e aids. Desde o início, os profissionais envolvidos queriam que o paciente fosse avaliado de forma integral e, por isso, a equipe de nutrição sempre teve participação ativa no processo. “Daí surgiu a inquietude de fazer algo preventivo, com atuação mais prática, e nasceu o projeto da cozinha pedagógica, no ano de 2006”, lembra Rosana Brasileiro, diretora do serviço de nutrição. Para virar realidade, o projeto foi inscrito em concursos de saúde e ganhou três prêmios. Com os R\$ 35 mil arrecadados, o espaço foi reformado e equipado. Antes, ali funcionava uma sala de nutrição e outra de limpeza.

Cirurgias no SUS

Maria*, 55 anos de idade, deixou de ir à praia quando a perda de gordura no bumbum se agravou. Há 10 anos, sua mãe pagou uma lipoescultura para ela, mas o problema voltou. Hoje ela sonha em fazer uma nova operação e voltar a usar biquíni. Maria faz parte dos pacientes de aids que sofrem com a lipodistrofia. Para casos como o dela, o SUS **oferece tratamento**. Hoje, existem 12 hospitais públicos credenciados para realizar cirurgias reparadoras e preenchimento facial, além de 13 serviços ambulatoriais que fazem somente o preenchimento facial, distribuídos em 22 cidades do Brasil. **Desde 2004**, foram realizados mais de 9 mil preenchimentos faciais e cerca de 650 cirurgias reparadoras.

Cirurgias previstas na Portaria Ministerial nº 2.582/2004):

1. Preenchimento facial com polimetilmetacrilato – PMMA;
2. Lipoaspiração de giba, dorso e abdômen;
3. Redução de mama e tratamento da ginecomastia;
4. Reconstrução glútea com uso de prótese, lipoenxertia e/ou PMMA.

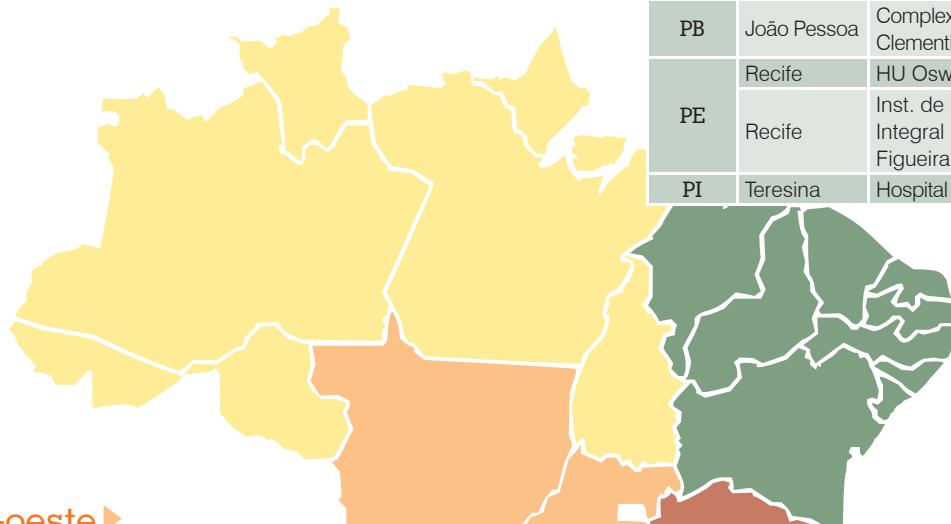
O tratamento cirúrgico das alterações corporais foi incluído no SUS em 2004, pela Portaria Ministerial nº 2.582, para portadores de aids em uso de terapia antirretroviral. A esse documento sucederam-se a Portaria nº 118, de 02/2005, que estabelece os protocolos de indicação das cirurgias reparadoras; a Portaria Conjunta SAS/SVS nº 02, de 03/2007, e a Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 01/2009, que estabelecem as normas para credenciamento das instituições de saúde para o tratamento reparador da lipodistrofia em portadores de HIV e aids.

*Nome fictício, a pedido da entrevistada

Serviços Credenciados para Tratamento da Lipodistrofia (atualizado em abril de 2012)

Norte ▼

Estado	Cidade	Instituição	Credenciamento para:
TO	Araguaína	Hospital de Doenças Tropicais	●



Nordeste ▼

Estado	Cidade	Instituição	Credenciamento para:
BA	Salvador	CEDAPS	●
CE	Fortaleza	HU Walter Cantídio	▲ ●
	Fortaleza	Hospital São José	●
PB	João Pessoa	Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga	●
PE	Recife	HU Oswaldo Cruz	●
	Recife	Inst. de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (IMIP)	▲ ●
PI	Teresina	Hospital Getúlio Vargas	●

Centro-oeste ►

Estado	Cidade	Instituição	Credenciamento para:
DF	Brasília	Hospital Regional da Asa Norte HRAN	▲ ●

Sul ►

Estado	Cidade	Instituição	Credenciamento para:
PR	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	▲ ●
	Curitiba	Hospital Evangélico de Curitiba	▲ ●
RS	Porto Alegre	Hospital Nossa Sra. da Conceição	▲ ●
	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul	▲ ●

▲ Cirurgias

● Preenchimento Facial

Sudeste ▲

Estado	Cidade	Instituição	Credenciamento para:
SP	Rio de Janeiro	Hospital Geral de Bonsucesso	●
	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina	▲ ●
	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	▲ ●
	Ribeirão Preto	Hospital de Clínicas	▲ ●
	São Paulo	Hospital Heliópolis	▲ ●
	Botucatu	HC da Faculdade de Medicina – UNESP	●
	São Vicente	SAE de São Vicente	●
	São Paulo	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	▲ ●
	Assis	Hospital Regional de Assis	●
ES	Taboão da Serra	SAE do Jardim Helena	●
	Guarujá	SAE do Guarujá	●
ES	Vitória	Santa Casa de Misericórdia	●



Juliano, 23 anos, saiu da casa Vitória em 2009 e divide uma casa com um irmão e uma irmã na Zona Leste de São Paulo

Rumo à maturidade

As mudanças da vida adulta trazem muitos desafios aos jovens vivendo com HIV/aids. Duas experiências em São Paulo mostram como é possível fazer essa transição sem traumas

Por Nivaldo Coelho

Marcela* é uma jovem negra de sorriso largo, que vive com aids desde “pequenina”. Perguntada sobre sua idade, diz ter 16 anos, corrigindo-se em seguida. Com ar sapeca e um amplo sorriso revela: “não, na verdade tenho 20”. Por trás do ato falho de Marcela, reflete-se a resistência dos jovens brasileiros vivendo com aids desde crianças e que, com o passar dos anos, têm dificuldade de fazer a transição do tratamento pediátrico para o adulto. Abandonar uma vida de cuidados e atenções do ambulatório pediátrico e assumir a responsabilidade com a terapia adulta é um passo que exige maturidade da geração que nasceu com HIV.

Paciente do Centro de Atendimento Pediátrico da Universidade Federal de São

Paulo (Unifesp), Marcela volta ao ambulatório de quatro em quatro meses para acompanhamento da saúde. Considerando apenas a idade, já poderia estar sendo atendida no ambulatório adulto, mas por enquanto só pega seus medicamentos na pediatria. “Eles tentam me convencer a ir para o ambulatório geral, mas não me sinto preparada. Tenho medo, já me acostumei com as pessoas daqui”, revela Marcela. A jovem teme encontrar dificuldade em se abrir para o diálogo com uma nova equipe médica e conversar sobre sua condição sorológica. “Aqui me sinto melhor. Já conheço as pessoas, é mais fácil, todo mundo já sabe a minha história”, justifica Marcela, que contraiu a doença da mãe. *Nome fictício.

Preocupado com a situação de Marcela e dos cerca de 4.800 jovens de 13 a 17 anos vivendo com HIV e aids que tomam medicamento, mas que precisam fazer a transição para o tratamento adulto, o Ministério da Saúde recomenda aos profissionais atenção ao processo de transição. Essas orientações estão publicadas no documento **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. A publicação, de 2009, traz item específico sobre o cuidado que os profissionais de saúde devem ter com essa fase de mudança ambulatorial.

O documento recomenda que a transição não seja encarada apenas como um evento administrativo de transferência de um ambulatório para outro, mas como um processo que envolve diferentes aspectos culturais e psicológicos na vida do adolescente. O objetivo é promover um tratamento ininterrupto, coordenado e adaptado ao desenvolvimento psicológico e comportamental do jovem. Para isso, são necessários planejamento e preparação por parte das equipes, antes da transferência do paciente pediátrico para o ambulatório de adultos.

Casos de jovens (de 20 anos ou mais) como Marcela, ainda em atendimento nos ambulatórios infantis, não são raros. “A questão não é cronológica”, lembra a pediatra Marilisa Silva, do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT), da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. De acordo com a médica, a idade não é um critério para a transição. “Mais importante é a maturidade para manter a adesão ao tratamento”, lembra. A jovem Marcela trabalha com telemarketing e diz tomar seus cinco medicamentos todas as noites no horário certo. Sente-se bem e mantém uma rotina normal para a idade: sai, vai ao cinema, à balada. No entanto, ninguém, além de poucas pessoas de sua família, sabe de sua soropositividade.

Para a pediatra Daisy Machado, do Centro de Atendimento da disciplina de infectologia da Universidade Federal de São Paulo, é fundamental levar em conta critérios técnicos. O nível de independência desses jovens e sua capacidade de autocuidado são critérios de avaliação relevantes na hora de decidir se um adolescente está pronto ou não para a transição para o ambulatório adulto. Daisy ressalta, também, ser importante observar se esses novos adultos têm condições de ir ao consultório sozinhos e de expor suas dificuldades ao profissional de saúde. A esses fatores se somam o entendimento correto da dosagem do medica-



A casa Suzane recebe adolescentes na transição para a vida adulta



A assistente social Derli de Oliveira e a pediatra Marilisa Silva ajudam crianças do CRT/SP no processo de transição ao serviço de atendimento adulto

mento, os exames a que devem ser submetidos, a questão da adesão ao medicamento e o envolvimento com o tratamento como um todo.

“No ambulatório temos essa possibilidade, pois criamos um vínculo que veio desde muito cedo. Temos jovens que chegaram aqui bebês e hoje são adultos”, conta a pediatra. Segundo Daisy, abordar questões psicológicas é essencial no processo de transição pelo qual essas crianças e jovens passam. “Essa abordagem é que definirá o futuro deles no ambulatório adulto”, completa.

Daisy Machado lembra que a adolescência é normalmente uma fase difícil, momento de transformações e questionamentos, e que naturalmente merece um cuidado especial. “Isso faz parte de nosso trabalho enquanto pediatras”,

explica. E, para não perder esse tratamento personalizado, Marcela é categórica: “Estou muito insegura e tenho medo de não ser tratada lá (ambulatório adulto) do jeito que sou aqui”.

Fatores sociais também são levados em conta na avaliação da adolescência como uma fase crítica para os jovens que vivem com HIV/aids. Derli de Oliveira, assistente social do CRT-DST/Aids-SP, lembra que muitas vezes existe dificuldade com o espaço físico do atendimento. “O adolescente não quer se misturar com as crianças, com aquele espaço cheio de brinquedos. Ao mesmo tempo, não se sente confortável no espaço do ambulatório adulto”, explica. Para Derli é fundamental que a abordagem do jovem considere o processo de identidade desse novo adulto.



"Eu quero sair daqui. Mas tudo tem seu tempo" Renan, 21 anos

As Casas de Apoio

As dificuldades da transição não acontecem apenas no atendimento médico dos ambulatórios. Nas Casas de Apoio, muitas vezes longe do convívio familiar, a tensão de buscar algo lá fora e encarar as responsabilidades da vida adulta é um grande desafio para os jovens vivendo com aids. Eles sentem dificuldades em sair das amarras de um lugar seguro, com horários de refeições e medicamentos controlados. O medo do desconhecido, das “coisas do mundo”, é o que os marca.

“Eu quero sair daqui”, diz um tanto inseguro Renan, de 21 anos. “Mas tudo tem seu tempo” completa com voz lenta, após uma longa pausa. Renan é morador da Casa Vitória há dois anos, parte do complexo de três Casas de Apoio que abrigam crianças e adolescentes vivendo com aids, mantidas pela Sociedade Padre Costanzo Dalbesio. A instituição trabalha junto à paróquia Nossa Senhora de Fátima do Ipiranga, na região metropolitana de São Paulo. O acolhimento da instituição a quem vive com HIV/aids é dividido em três espaços próximos. A Casa Siloé, que recebe as crianças, fica no próprio terreno da paróquia, nos fundos da igreja. As outras duas Casas – Casa Suzane, que recebe os adolescentes, e Casa Vila Vitória, que abriga os jovens adultos – ficam alguns lotes depois, na mesma rua.

A Casa Siloé (exclusiva para crianças) foi a primeira a ser criada, em 1995; depois surgiu a Casa Suzane, que abriga 63 jovens. Diante da necessidade de abrigar os adolescentes que chegavam à idade adulta, surgiu a Casa Vila Vitória, onde atualmente Renan mora. Ele é um dos órfãos da aids, seja porque tiveram pai ou mãe mortos pela doença, ou mesmo porque o que resta de suas famílias não tem a mínima estrutura social ou emocional para cuidar desses jovens.

Renan cursa o segundo ano do colegial e trabalha nos fins de semana na cantina de seu padrinho. Já sabe fazer cappelletti, mas diz que gostaria mesmo é de trabalhar de cabeleireiro. “Eu quero sair, ter uma vida lá fora, mas é um pouco difícil se afastar das pessoas de quem a gente gosta”, reflete Renan.

Com a ajuda da comunidade da paróquia, a instituição que abriga Renan tenta conseguir trabalho e cursos profissionalizantes para os jovens que chegam à maioria. Juliano, 23 anos, é um caso de sucesso na comunidade. Saiu da Casa em 2009 e na época já trabalhava há um ano e meio. Hoje divide uma casa na Zona Leste de São Paulo com um irmão e uma irmã. Mas os vínculos com a Casa de Apoio que o criou são fortes.

Transição

A solução encontrada pelo CRT-São Paulo para minimizar os impactos da transição do tratamento pediátrico para o adulto foi alternar consultas nos dois ambulatórios. “Atualmente, estamos mesclando os atendimentos aqui no CRT.

Continuamos no mesmo espaço físico, mas os profissionais vão-se revezando”, explica a pediatra do CRT, Marilisa Silva. Segundo ela, às vezes o adolescente fica com a referência de uma enfermeira, ou de um psicólogo, e o processo vai-se dando aos poucos. “As consultas se alternam, uma vez no atendimento pediátrico, outra no adulto”, complementa. “Buscamos um meio termo, para que o processo não se dê de forma brusca”, corrobora a pediatra Daisy Silva.

“Eu quero sair, ter uma vida lá fora, mas é um pouco difícil se afastar das pessoas de quem a gente gosta”

Renan, 21 anos

Toda noite, quando sai do trabalho, Juliano pega metrô e ônibus para jantar na antiga Casa de Apoio em que morou desde a infância. Às segundas e quartas-feiras, sempre joga futebol no campinho da paróquia com os meninos residentes do local. “Saí de um lugar em que eu tinha tudo e acabei indo para a casa do meu irmão, uma família pobre. É uma realidade completamente diferente, mas estamos na luta”, diz Juliano esperançoso.

A coordenadora da Casa Siloé, Marlene da Silva Ribeira, acha natural que os meninos ainda frequentem a Casa depois de saírem; afinal, “o vínculo que eles formam conosco é muito forte.” Segundo a cuidadora, esses jovens acabam se tornando uma espécie de monitores dos que ficam internos. “Estão sempre por aqui, ajudando a gente nas consultas e internações das outras crianças”, ressalta.

No Brasil, muitos jovens como esses estão abrigados nas cerca de 40 Casas de Apoio que atualmente recebem crianças com HIV e aids. A primeira entidade para crianças de que se tem registro no país foi a Casa de Apoio Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum, em 1987. Esses locais, geralmente, recebiam crianças com HIV/aids recusadas por orfanatos e instituições por causa da faixa etária.

As Casas de Apoio surgiram da necessidade de abrigar pessoas que se descobriam portadoras da doença e eram abandonadas pelas famílias e órfãos de pessoas que morriam em decorrência da epidemia de aids. Principalmente, crianças que haviam perdido seus pais para a epidemia e tinham de lidar com o estigma e discriminação da herança familiar.

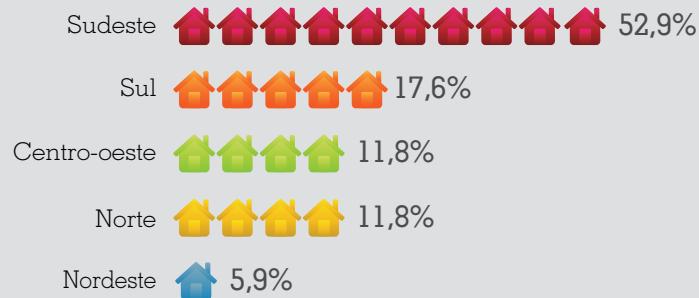
O objetivo principal das Casas de Apoio é oferecer assistência aos portadores do HIV ou doentes de aids sem recursos financeiros ou apoio familiar, promovendo a sua reintegração à família e à sociedade. Nesses espaços são oferecidos aos pacientes alimentação adequada, cuidados básicos de saúde e higiene, transporte aos serviços oficiais de saúde, informação e educação para a prevenção das DST, HIV e aids, além de atividades de caráter terapêutico. As atividades desenvolvidas dirigem-se, primordialmente, à reintegração do paciente no seu núcleo familiar e na comunidade.

Recursos

O Ministério envia, a cada ano, cerca de R\$ 12 milhões a essas Casas, repassados do Fundo Nacional aos estados e municípios, os quais, por sua vez, os repassam às instituições por meio de convênios. Em 2011, houve ampliação dos recursos destinados ao atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids, em Casas de Apoio. Atualmente, cerca de cem organizações não governamentais que acolhem adultos vivendo com HIV/aids acessam esses recursos e, com a nova **Portaria**, instituições que abrigam crianças e adolescentes poderão também acessá-los.

www.aids.gov.br/pagina/casas-de-apoio

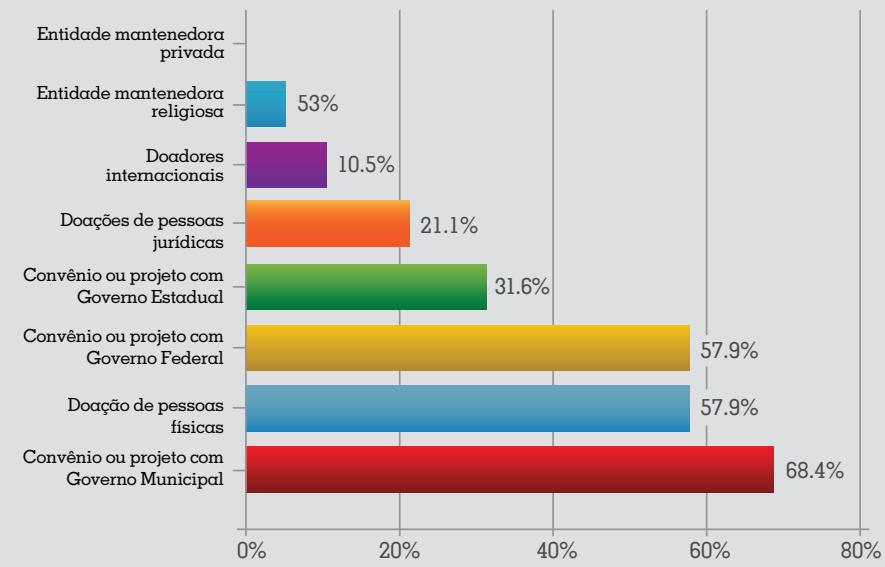
Casas de apoio por região



Tipos de casas de apoio



Principais fontes de financiamento





Tecnologia pela vida

Técnicas de reprodução assistida auxiliam casais sorodiscordantes a gerar filhos sem o vírus da aids

Por Gabriela Campos

Um procedimento simples de reprodução assistida devolveu a Kátia*, 26 anos, a esperança de ser mãe e gerar uma criança sem o HIV. Ela não tem o vírus da aids, mas o companheiro, sim. A sorologia positiva do marido fazia com que o assunto fosse tabu entre o casal, junto há 12 anos, e agora à espera do primeiro filho.

“Chegamos a conversar com os médicos sobre a concepção natural. Mas meu marido, mais do que eu, tinha muito medo de que eu ou a criança pudéssemos ser infectados. Foi quando soubemos dessa técnica e ficamos bastante empolgados”, conta. Kátia está se referindo à lavagem de espermatozoides, método em que o sêmen é preparado e, sem o vírus, inseminado na mulher.

A técnica, criada em 1997 por cientistas italianos e disponível no Brasil desde 2000 em um centro de reprodução humana em

Campinas (SP), agora é ofertada, de graça, no Centro de Referência e Treinamento (CRT) da Secretaria de Saúde de São Paulo. Trata-se de um projeto de parceria entre o CRT e o Centro de Reprodução Assistida em Situações Especiais (Crase), da Faculdade de Medicina do ABC, financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

O primeiro passo para o casal sorodiscordante (em que um dos parceiros tem HIV e o outro não) que gostaria de ter um filho e quer fazer o tratamento no ambulatório do CRT é descartar a possibilidade de infertilidade. “Para isso, o homem faz um espermograma e a mulher, uma radiografia contrastada do útero e das trompas. Verificamos, também, se a candidata tem ciclo menstrual regular”, explica o ginecologista e obstetra Waldemar Carvalho, especializado em reprodução assistida e o responsável pelo projeto no CRT.

“Os casais têm o direito de saber que podem ter filhos. A aids hoje tem outro perfil e, com as medidas preventivas adequadas, o risco de transmissão é inferior a 1%”

Rita Manzano Sarti, médica infectologista

"Meu marido chorou. Sempre quis ser pai. Estamos muito felizes"

Kátia*, 26 anos,
grávida do primeiro filho

Entre os casos mais frequentes de atendimento no ambulatório do CRT, estão os casais em que a mulher é soronegativa e o homem, soropositivo. "É aí que entra o serviço oferecido pelo Crase: evitar a transmissão do HIV do homem para a mulher e, consequentemente, para a criança", diz.

Waldemar explica que o procedimento, que só pode ser realizado em casais férteis, é simples: "o sêmen é colocado em meio de cultura e centrifugado. Durante o processo, sua carga viral é medida até que esteja livre do vírus. Quando isso acontece, o sêmen já lavado é inoculado no útero da mulher".

O caso de Kátia foi um sucesso. Ela conseguiu engravidar na primeira tentativa do procedimento. "Fizemos surpresa para ele. Fomos ao Crase e ele pensou que se tratava de uma coleta de esperma para exames iniciais. No mesmo dia, o sêmen estava pronto e fizemos a inseminação", conta. Depois de dois exames de farmácia negativos, finalmente a boa notícia. "Meu marido chorou. Sempre quis ser pai. Estamos muito felizes".

A técnica do preparo de sêmen é indicada até mesmo para casais soroconcordantes (em que os dois têm o vírus) para diminuir os riscos de reinfecção, ou seja, de ser infectado pelo HIV mais de uma vez. Isso porque há diferentes tipos do vírus e um pode reinfestar o outro. Em muitos casos, inclusive, pode acontecer a transmissão de uma cepa (tipo) que seja resistente aos medicamentos que a pessoa já estava tomando.

Em dois anos do projeto, 235 casais procuraram o serviço e 98 foram selecionados. Quarenta e cinco já se submeteram à técnica e 13 deles estão à espera do primeiro filho. "Como envolve baixo custo, queremos mostrar, com o projeto, que se trata de um procedimento viável para o SUS. O preparo do sêmen é considerado hoje o *gold standard* (padrão ouro) dos tratamentos", defendeu Waldemar.

*Nome fictício, a pedido da entrevistada.

Mulher soropositiva

Há outros casos em que é a mulher quem tem o vírus e o parceiro não. De acordo com Waldemar, a orientação para o casal é realizar a autoinseminação. "Eles podem fazer em casa mesmo. O homem deposita o sêmen em um potinho e colhe com uma seringa, que é injetada na vagina da mulher".

O médico deve estar atento e conversar com a mulher soropositiva que pretende engravidar – e está em uso regular de antirretrovíral – sobre a questão da medicação, pois pode haver indicação de troca de medicamento por risco de efeito teratogênico (que provoca malformação fetal). "Se a mulher estiver utilizando um desses medicamentos, deve trocá-los bem antes de engravidar", explica a médica infectologista Rita Manzano Sarti, coordenadora do ambulatório do CRT.

Para ela, a questão da saúde reprodutiva deve ser sempre abordada pelos infectologistas com seus pacientes. "Os casais têm o direito de saber que podem ter filhos. A aids hoje tem outro perfil e, com as medidas preventivas adequadas, o risco de transmissão é inferior a 1%", esclarece.

Outra estratégia para reduzir a transmissão vertical (da mãe para o filho) preconizada pelo Ministério da Saúde é a utilização de AZT endovenoso pela gestante, desde o início do trabalho de parto até o corte do cordão umbilical. Em caso de cesárea, o medicamento deve ser administrado três horas antes da cirurgia. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais publicou, em outubro de 2010, um suplemento às "Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV", contendo estratégias de redução de risco para casais sorodiscordantes ou soroconcordantes que desejam ter filhos.

O recém-nascido também é medicado com xarope de AZT no momento do nascimento (ou no máximo até duas horas depois), mantendo-se o tratamento durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias).

A mulher que vive com HIV também não pode amamentar e o bebê deve ser alimentado com fórmula infantil (leite artificial). O Departamento elaborou um manual para auxiliar as mães: é o **"Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 anos que não podem ser amamentadas"**.

www.aids.gov.br/sites/default/files/aids_versao_internete.pdf

Como é feito o preparo do sêmen:

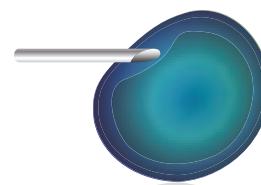
1 O sêmen é inserido em um tubo com uma solução mais densa.



2 O tubo é colocado para girar na centrífuga. Durante o processo, são retiradas amostras do material para medir a carga viral do esperma.



3 Quando a carga viral for indetectável, o sêmen está pronto para ser injetado no útero da mulher.





A infectologista Denise Lotufo, do CRT de São Paulo, alerta para o preconceito de profissionais de saúde em relação à PEP Sexual

Medicamento como prevenção

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) reduz o risco de transmissão do vírus da aids com uso de antirretrovirais até 72 horas depois da relação sexual ocasional sem proteção *Por Nivaldo Coelho*

Márcio*, 31 anos, entra no ambulatório do CRT de São Paulo no bairro de Vila Mariana, às duas e meia da tarde de uma quinta-feira. Ninguém de sua família ou do trabalho sabe que ele foi pegar medicamentos para aids. Há dez dias passou a tomar o coquetel de antirretrovirais pela manhã e à noite, em casa, escondido da esposa. O segurança tem feito malabarismos para disfarçar as tonturas, o mal-estar, os vômitos, o cansaço e as dores de cabeça – efeitos colaterais dos remédios. Motivo para tamanha ginástica: relação sem camisinha com uma profissional do sexo. *Nome fictício

O Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids - SP (CRT-DST/Aids) é um complexo ambulatorial e hospitalar do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), no Estado de São Paulo. O CRT-DST/Aids tem por finalidade elaborar e implantar normas relativas às DST/aids, no âmbito do SUS/SP. Localizado no bairro de Vila Mariana, São Paulo, o CRT presta assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/aids.

O procedimento, que já era adotado, desde 2007, nos serviços de saúde para casais em que um dos parceiros tinha HIV, gestantes, vítimas de violência sexual e para a relação sexual sem proteção, passou a ser oferecido em outubro de 2011 para a população geral.

“Nunca fui de vida boêmia, de sair, da noite... foi um momento de fraqueza. É muito constrangedor, mas o incômodo é a consequência, não é?”, concluiu com voz baixa, desviando o olhar envergonhado. Segundo Márcio, aquela foi a primeira vez que transou sem preservativo. “Eu aprendi bastante, estou aprendendo...”, diz. Márcio é um dos 1.600 usuários do SUS que, desde o ano passado, utilizaram a medida emergencial de prevenção para relação sexual sem uso da camisinha.

Conhecido como profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual), o tratamento reduz o risco de transmissão do vírus da aids com uso de medicamentos antirretrovirais até 72 horas após a exposição sexual sem proteção. “Fiquei mal com essa situação. Eu sabia do serviço de emergência para a aids e vim aqui no dia seguinte. Fiz os exames e comecei o tratamento”, observou o segurançista.

Preconizada desde outubro de 2010, quando foi publicado o Suplemento III às Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, a PEP sexual é indicada somente para situações excepcionais em que ocorra falha, rompimento ou não uso da camisinha durante a relação sexual.

Se é delicado para os usuários lidar com a vergonha e a insegurança do tratamento pós-exposição, a situação não é diferente para médicos, enfermeiros e assistentes sociais envolvidos. Medo e preconceito em relação ao HIV vêm à tona quando o profissional de saúde depara-se com um paciente que procura o serviço porque teve uma relação sexual sem preservativo, ou porque o preservativo se rompeu. “Existe muita resistência por parte dos profissionais em atenderem pacientes de PEP sexual. A questão não é capacitação, porque os procedimentos são simples, principalmente para os profissionais que já trabalham com aids. A questão é mesmo o preconceito”, explica Denise Lotufo, infectologista do CRT da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Denise lembra que já ouviu muito médico dizendo: “Tenho um monte de casos

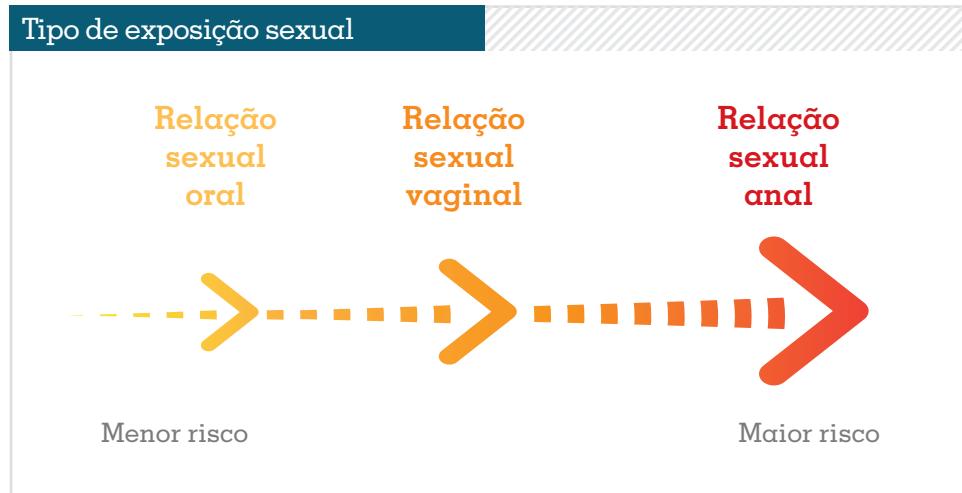
graves na emergência e vou parar para atender um cara que não usou camisinha? Não vou!”, conta. Segundo ela, é importante a sensibilização desses profissionais para ver a PEP como um instrumento fundamental de prevenção e saúde. “Quem trabalha com aids não pode ter a mente fechada”, justifica.

“No início, quando a PEP sexual foi lançada, em 2011, houve muita discussão entre os profissionais de saúde”, lembra Judit Lia Buisanello, psicóloga do CRT. Segundo ela, eles temiam que a medida acabasse servindo como forma de incentivo ao sexo desprotegido. “A gente se questionava: será que isso não é promover a pílula do dia seguinte? Tudo isso gerou muita discussão na equipe, muitos foram contra”, lembra. De acordo com Judit, levou um tempo até os profissionais entenderem que a proposta da PEP é uma ação de prevenção.

O procedimento já era adotado nos serviços de saúde para **casais sorodiscordantes** e vítimas de violência sexual desde 2006, quando foi publicada a 6ª edição das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. “E isso não é tema de discussão. As pessoas aceitam de forma natural. Mas, quando entra em questão o comportamento sexual, a situação muda”, ressalta Judit. “É preciso aproveitar a vinda da pessoa ao serviço e agir de forma a evitar uma nova infecção. Geralmente, são pessoas que vêm ao serviço pela primeira vez”, completa.

No documento, o Ministério da Saúde aponta como uma das vantagens da adoção da estratégia de profilaxia sexual a possibilidade de trazer ao serviço de saúde as pessoas expostas a situações de risco, utilizando esse momento para testagem, diagnóstico e aconselhamento, a fim de reduzir a vulnerabilidade às DST e aids, e promovendo práticas de sexo seguras.

Casal em que um dos parceiros vive com HIV ou aids e o outro não.



O atendimento inicial no caso da PEP é feito por meio de acolhimento, aconselhamento e avaliação de risco de transmissão do HIV por um profissional de saúde capacitado. Aproveita-se a oportunidade para investigar a ocorrência de outras DST e fazer testes de sífilis e hepatites. Isso pode ser realizado pelas equipes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE) espalhados pelo país.

Como existe o limite de 72 horas após a exposição de risco para o início da PEP, o Ministério recomenda que, nos horários em que esses serviços não estejam funcionando, o atendimento seja feito em serviços de urgência, devendo o SAE ser a referência para acompanhamento do caso.

A profilaxia pode ser indicada após avaliação médica, na qual são considerados aspectos que aumentam a possibilidade de transmissão do HIV, como presença de doença sexualmente transmissível (DST) e de sangramento. Além da situação de risco, o profissional de saúde deve considerar o tipo de exposição sexual e o panorama da epidemia de aids no país. A prevalência do vírus da aids entre a população geral de 15 a 49 anos é de 0,6%. Esse percentual sobe para 5,9% na população que faz uso de drogas, 10,5% entre gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e 4,9% nos profissionais do sexo. Há casos em que não é recomendada a medicação, sendo oferecida apenas a testagem

sorológica para HIV, hepatites e sífilis.

O CRT de São Paulo entrega, em três etapas, os medicamentos a quem tem indicação da PEP sexual. "Existe uma série de efeitos colaterais que precisam ser monitorados. Por isso, aqui, nós distribuímos os medicamentos em três vezes", explica Denise. Com isso, o paciente precisa retornar a cada sete, oito dias para pegar os remédios a serem tomados na semana seguinte. "Embora todo mundo passe pelo aconselhamento, nossa experiência mostra que, até mesmo pelo estresse da primeira visita, eles acabam não retendo quase nada das informações passadas no aconselhamento; então, quando retornam à consulta, chegam cheios de dúvidas, como se não tivessem sido aconselhados antes", destaca a infectologista Denise Lotufo.

Em São Paulo – onde a PEP sexual se encontra mais difundida – existem 317 serviços cadastrados. Um hotsite com informações gerais para usuários e uma página no facebook ajudam na disseminação do procedimento no estado. Atualmente está em andamento, no CRT-SP, um projeto-piloto de questionário específico para o atendimento de PEP sexual. Preenchido no momento do acolhimento, o formulário coleta informações do usuário e do parceiro – quantas vezes houve exposição, se a pessoa vive ou não com HIV, a quantidade de vírus no sangue e outros dados que servirão tanto para o prontuário como para a possibilidade de uma **abordagem consentida**.

Como existe o limite de 72 horas para o início da PEP após a exposição de risco, o Ministério recomenda que, nos horários em que esses serviços não estejam funcionando, o atendimento seja feito em serviços de urgência.

Contato que o serviço de saúde estabelece com a pessoa, a partir da autorização prévia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visa a respeitar a privacidade do usuário e garantir o direito de decidir pelo contato ou não, bem como, se for o caso, escolher o melhor meio de ser encontrado - correio, telefone, mensagem eletrônica ou visita domiciliar.




O tratamento é feito com:

- **2 comprimidos da combinação**

Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)



Tomados com um intervalo de 12 horas

- **1 comprimido de Tenofovir (TFV) ao dia.**



Esses três comprimidos diários devem ser tomados durante 28 dias.

O tratamento é simples, mas os efeitos colaterais devem ser monitorados pela equipe de saúde.

A psicóloga Judit Buisanello alerta para um desafio que tem-se apresentando aos profissionais de saúde, no atendimento em São Paulo: “Um problema ainda em discussão é a pessoa que constantemente se submete a risco. Às vezes, ainda na metade do tratamento da PEP, ela aparece porque se colocou novamente em outra exposição ao HIV”, detalha. Segundo Judit, a equipe do CRT tem discutido a necessidade de atendimento especializado em tais situações para descobrir o porquê desse comportamento de risco repetitivo. “Inclusive com psicoterapia focal breve”, sugere. No entanto, o Ministério da Saúde não indica a PEP para exposições sucessivas, pois a pessoa

pode ter se infectado em uma das relações desprotegidas, caracterizando tratamento excessivamente precoce e não profilaxia. Além disso, os efeitos da medicação em pessoas HIV negativas, a longo prazo, ainda não são conhecidos.

Ela acredita ainda que a associação com a equipe de Saúde Mental é essencial não só para os casos de PEP sexual, mas para todas as DST em que essa questão do risco – tanto para a própria pessoa como para a outra – seja relevante. “Devemos refletir, pensar normas e diretrizes para essas situações, porque isso acaba afetando até mesmo o profissional, que pode se sentir revoltado e impotente na condução desses casos de PEP”, diz.



A enfermeira Patrícia Vitória e seu paciente, Mário do Nascimento, em dia de consulta no SAE de São Leopoldo

Uma casa de tijolinho com uma laranjeira no quintal abriga o Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul. Ali, os serviços de aids e tuberculose funcionam de maneira integrada.

Um olhar menos atento não veria nada de muito diferente nisso. Mas o serviço da cidade de 200 mil habitantes, mais do que funcionar num lugar agradável e acolhedor, poderia ser considerado modelo. A começar por sua estrutura. O ambiente é arejado, conta com iluminação natural e tem entradas separadas para pacientes de HIV e de tuberculose (o que diminui o risco de transmissão do bacilo de Koch). Medidas simples, mas que fazem toda a diferença e ajudam a baixar as estatísticas da coinfeção (quando o doente tem o vírus HIV e o bacilo da tuberculose ao mesmo tempo). A tuberculose, a propósito, é a principal causa de morte entre os pacientes que vivem com HIV/aids. E viver com HIV é a condição que mais fortemente acarreta o desenvolvimento de tuberculose: uma pessoa com o vírus tem 30 vezes mais chance de desenvolvê-la.

No SAE de São Leopoldo, há uma equipe de profissionais motivada. Na sala de reuniões, o cartaz: “Se um vírus (HIV) e uma bactéria (tuberculose) podem trabalhar juntos, por que nós não podemos?” mostra a disposição da equipe em combater e tratar a coinfeção.

E é na Região Sul que estão concentrados os maiores percentuais do país: 18,6% dos pacientes estão coinfetados. O número é considerado alto pelo Ministério da Saúde – representa quase o dobro da média nacional, que é de 9,9%.

Por causa dessa realidade é que a região foi escolhida para sediar o projeto-piloto Ações Colaborativas TB/HIV, uma parceria entre o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), ambos do Ministério da Saúde. O projeto é gerenciado pela ONG MSH (Management Sciences for Health) e financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), que destinou US\$ 750 mil para as ações.

Luta contra a coinfeção

Projeto-piloto do Ministério da Saúde está implantando ações na Região Sul para integrar os serviços, prevenir a transmissão e diminuir a mortalidade entre pessoas que vivem com HIV/aids e desenvolvem tuberculose *Por Gabriela Campos*

Nove municípios

Paranaguá (PR), Florianópolis e Itajaí (SC), Sapucaia do Sul, Alvorada, Canoas, Viamão, Porto Alegre e São Leopoldo (RS) – foram selecionados para participar do projeto-piloto. Nesses locais, a taxa de prevalência (proporção de indivíduos numa população específica) da coinfeção ultrapassa 20%.

O projeto contemplou várias ações com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde. Entre as medidas, destacam-se: melhorar o diagnóstico e o tratamento oportuno de tuberculose em pacientes com HIV e realizar testagem para o vírus da aids em pacientes com tuberculose. Quanto mais precoce for descoberta a coinfeção e iniciado o tratamento das duas doenças, maiores são as chances de sucesso do tratamento.

A quimioprofilaxia da tuberculose (tratamento preventivo) também é uma das ações que o Departamento está implantando nos Serviços de Atenção Especializada (SAE). A recomendação é que ela seja adotada quando o paciente teve contato no passado com o bacilo de Koch, mas ainda não desenvolveu a doença (infecção latente da tuberculose), o que é identificado especialmente por meio da prova tuberculínica. Indica-se a quimioprofilaxia por um período de seis meses.

Outra medida que está sendo adotada é o Tratamento Diretamente Observado (TDO). A estratégia prevê o acompanhamento mais de perto do infectado, de modo a garantir que o longo esquema terapêutico seja cumprido até o fim. “A adesão é muito mais do que uma questão medicamentosa, é uma questão de vínculo”, explica a enfermeira Patrícia Pires.

A questão da adesão foi um dos desafios colocados pelo projeto. Para Patrícia, não é possível definir a melhor estratégia de adesão de maneira geral. “Para nós, a forma deve ser plural. Precisamos partir da realidade das pessoas, que têm uma vida fora do SAE, com suas famílias, seus trabalhos, seus problemas. Então, acreditamos que tudo passa pelo acolhimento, pela escuta, pelo vínculo”.

O SAE de São Leopoldo é considerado uma das experiências mais bem-sucedidas do projeto, de acordo com o diretor da organização MSH, Joel Keravec. Quem está à frente desse trabalho é o médico infectologista Gabriel Rossetto, coordenador de DST, aids, hepatites vírais, tuberculose e hanseníase do município. De acordo com ele, o projeto contribuiu para algo que já estava em andamento. “A aproximação física dos serviços de tuberculose e aids já havia acontecido em 2005. Agora, a integração terminou de acontecer e temos o médico que atende o paciente na íntegra”, disse.

Segundo ele, o paciente agora tem uma situação muito mais confortável. “Ele chega ao serviço, é atendido pelo mesmo médico que trata a tuberculose e a aids, pega os medicamentos para cada doença, pode fazer consulta com a psicóloga e volta para o trabalho ou para sua casa”, explica.

Com equipe multidisciplinar de 23 profissionais – médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistente social, terapeuta ocupacional e bioquímicos – o SAE atende hoje a 2.250 pessoas (850 delas em tratamento antirretroviral, e as demais, vivendo com HIV, mas apenas em acompanhamento).

Pessoas que vivem com HIV/aids têm 30 vezes mais chances de contrair tuberculose

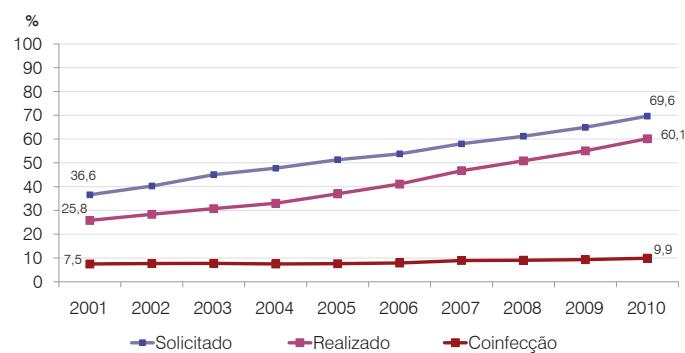
Uma das particularidades do SAE é o apoio nutricional. Denise Ritter é a profissional responsável pelas indicações alimentares aos pacientes de HIV e de tuberculose. “Fazemos dietoterapia. No caso dos pacientes com aids, para controle de triglicerídeos, colesterol e diabetes. E para os de TB, visando à recuperação do peso”, explica.

Outra iniciativa do serviço de São Leopoldo é o grupo de Educação em Saúde, que funciona na última sexta-feira de cada mês. Nesse espaço, os usuários do SAE podem tirar dúvidas em relação ao tratamento e às formas de contágio, além de desmistificar o preconceito em torno da doença e conversar sobre a importância de realizar os testes para descobrir a coinfeção.

“Aproveitamos a ocasião para entregar uma cesta básica para quem já está em tratamento, como incentivo à adesão e reforço da alimentação. A estratégia se mostrou efetiva porque muitas pessoas passaram a aderir ao tratamento depois disso”, conta Patrícia.

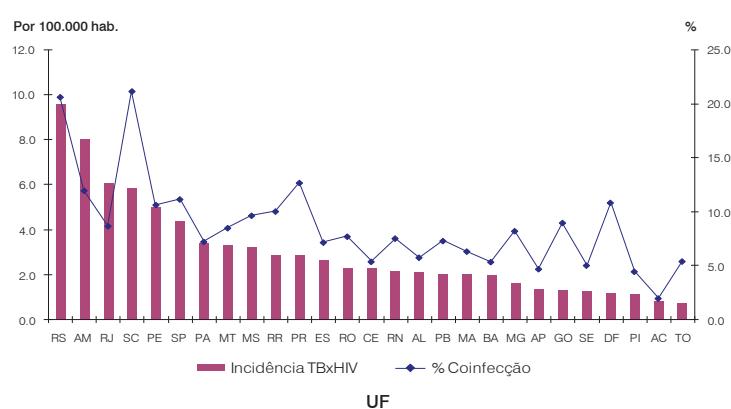
Taxa de incidência e coinfeção TB/HIV

Percentual de casos novos de TB segundo coinfeção, solicitação e realização do exame anti-HIV. Brasil, 2001-2010*



Fonte: MS/SINAN. * Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Taxa de incidência e coinfeção TB/HIV por UF. Brasil, 2010*



Fonte: MS/Sinan e IBGE. * Dados preliminares sujeitos a revisão



Campanha educativa

O projeto previu, ainda, o fortalecimento da resposta comunitária no enfrentamento à coinfecção. Para isso, lançou campanha educativa, no fim de março, em Porto Alegre (RS), com folder para profissionais de saúde, cartilha para a população geral e cartazes e adesivos para os SAE com o slogan “Tuberculose + HIV: essa dupla não combina!”.

O diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Dirceu Greco, participou do lançamento da campanha. “Esta é uma política pública implementável e a integração entre os serviços de aids e tuberculose deve ser cada vez maior daqui para a frente”, disse.

Para o coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (gerenciado pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Vigilância em Saúde), Dráurio Barreira, o primeiro passo já foi dado. “Não se trata de um projeto inovador, pois já se preconizava a integração entre tuberculose e aids, mas é uma ação efetiva nesse sentido”.

Nesse contexto, o governo federal iniciou a distribuição de medicamentos tuberculostáticos (remédios para tratar a tuberculose) na rede de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e nos SAE de 11 capitais, selecionadas por concentrarem casos de coinfecção.

A intenção, segundo o coordenador da área de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento, Ronaldo Hallal, é expandir a distribuição, até o fim deste ano, para as regiões metropolitanas dessas 11 capitais. E, em 2013, para todas as unidades da Federação.



Mário do Nascimento trabalha com reciclagem de lixo. A atividade pode ter favorecido o aparecimento da tuberculose

Final feliz

Em dezembro de 2011, sentindo fraqueza, dor de cabeça, febre e suores noturnos, Mário Lopes do Nascimento, 39 anos, procurou o SAE de São Leopoldo e fez o teste do escarro, exame que diagnostica a tuberculose. Durante a visita ao serviço, foi aconselhado a fazer também o teste anti-HIV. Em 24 horas, foi confirmada a tuberculose. Sete dias depois, o resultado de seu exame de aids foi revelado pela psicóloga. Mário estava coinfectado.

O diagnóstico precoce do paciente foi decisivo para o sucesso de seu tratamento. Mário integrou as estatísticas que mostram o crescimento da testagem. Em 2010, 60,1% dos novos casos de tuberculose foram testados para HIV. A Região Sul se destacou no país, testando pelo menos 75% dos seus casos de tuberculose. O próximo passo é realizar o exame em tempo oportuno, ou seja, nas primeiras 2 semanas após o diagnóstico da doença.

Foi a iniciativa do SAE que mudou a vida de Mário. Casado pela segunda vez há três anos, sempre soube que a esposa tinha o vírus. “Nunca a discriminhei e confesso que fiquei tão preocupado com a saúde dela que acabei me esquecendo da minha”, conta. O trabalho de Mário pode ter colaborado para a coinfecção – ele coleta, separa e vende lixo para reciclagem.

A esposa também recebe o tratamento no SAE. O casal frequenta o serviço de duas a três vezes por mês. “O médico me passou confiança e a certeza de que eu ia ficar bom da tuberculose. É maravilhoso ser tratado pelo mesmo médico e receber a medicação, ou seja, tudo no mesmo lugar”, elogiou.

Em 2009, ao contrário, quando teve tuberculose pela primeira vez, Mário interrompeu o tratamento antes de chegar ao fim. Ele conta que quase morreu, perdeu muito peso, teve fraqueza, mas acabou desistindo. O fato de os serviços não serem integrados desmotivava o reciclagem, que muitas vezes não tinha dinheiro para pagar a passagem e ir até o hospital onde receberia os medicamentos para tuberculose. Mário não morreu e acabou curado nas duas vezes em que pegou a doença – um caso raro, já que, geralmente, nessa situação, a tuberculose vem com muito mais força e o bacilo se torna mais resistente.

“No começo o tratamento foi difícil, porque o remédio me dava muita fraqueza e diarreia. Mas o segredo é insistir, que depois passa”, explica. Segundo ele, em um mês tomando a medicação, conseguiu recuperar os cinco quilos perdidos e a disposição física.

Tuberculose

O que é?

Doença infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro).

Qual a causa?

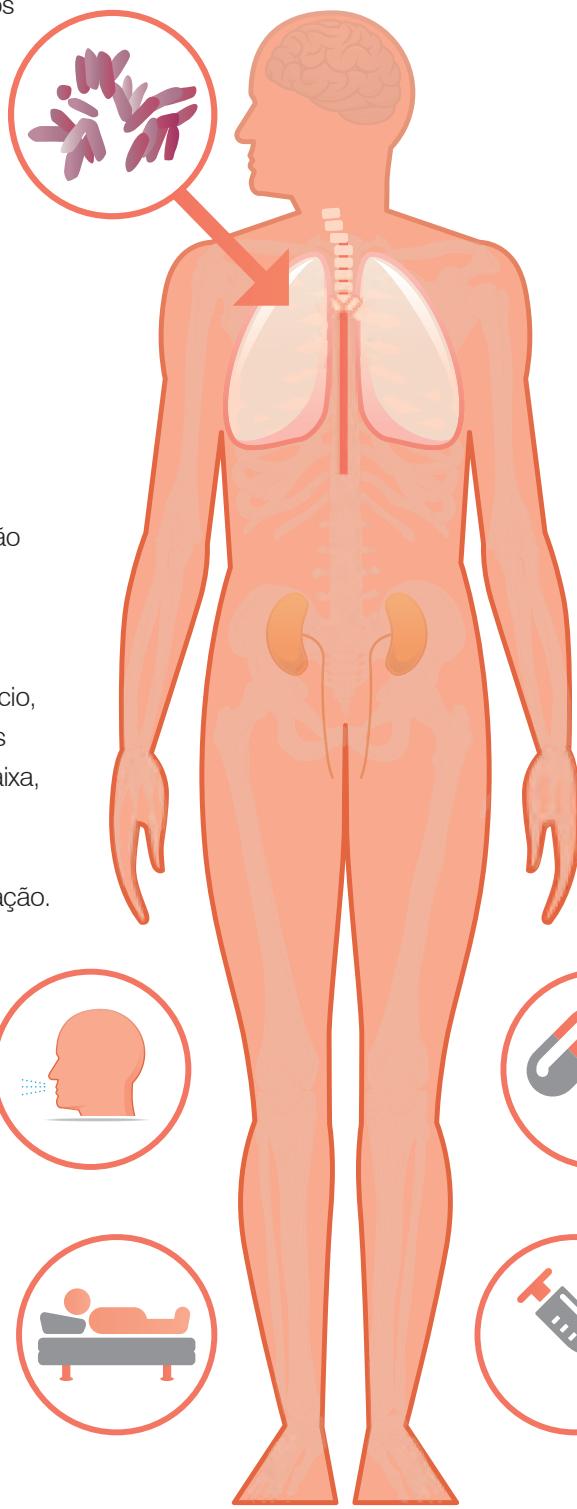
Mycobacterium tuberculosis
ou bacilo de Koch (BK).

Quais os sintomas?

Alguns pacientes não exibem nenhum indício da doença, outros apresentam sintomas aparentemente simples que são ignorados durante algumas semanas. Contudo, na maioria dos infectados, os sinais e sintomas mais frequentemente descritos são tosse seca contínua no início, podendo haver escarro e tosse com pus ou sangue; cansaço excessivo; febre baixa, geralmente à tarde; sudorese noturna; falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza; prostração.

Como se transmite?

A transmissão é direta, de pessoa a pessoa. O doente expelle, ao falar, espirrar ou tossir, pequenas gotas de saliva que contêm o agente infeccioso e podem ser inaladas por outro indivíduo, infectando-o. Somente 5% a 10% dos infectados pelo bacilo de Koch adquirem a doença. Pessoas com aids, diabetes, insuficiência renal crônica (IRA), desnutridas, idosos doentes, usuários de álcool e drogas e fumantes são mais propensos a desenvolver a tuberculose.



Como tratar?

O tratamento, fornecido sem custo pelo SUS, é muito eficaz e deve ser feito por um período mínimo de seis meses, diariamente e sem interrupção. São utilizados quatro fármacos para o tratamento dos casos que utilizam o esquema básico: rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E).

Como se prevenir?

Para diminuir o risco de contrair a doença, é necessário imunizar as crianças de até 4 anos (obrigatoriamente, as menores de 1 ano), com a vacina BCG. Crianças soropositivas ou recém-nascidas que apresentam sinais ou sintomas de aids não devem receber a vacina. A prevenção inclui evitar aglomerações, especialmente em ambientes fechados, mal ventilados e sem iluminação solar. No entanto, as medidas mais importantes para evitar que pessoas que vivem com HIV contraiam o bacilo é a implementação de estratégias de biossegurança nos SAE, para evitar a exposição a indivíduos que possam ter o agente causador da tuberculose. Para impedir o desenvolvimento da tuberculose, é imprescindível a utilização da quimioprofilaxia para aqueles que tiveram contato com o bacilo no passado.

Fonte: www.saude.gov.br/tuberculose



Estima-se que de 20% a 30% dos pacientes podem apresentar mutações de resistência aos medicamentos

Uma vida de resistência

Rede de laboratórios de genotipagem ajudam pacientes vivendo com aids a melhorar a qualidade do seu tratamento

Por Nivaldo Coelho

Cláudia Ferreira vive com aids há 19 anos. Acorda cedo, pouco depois das sete horas, e às oito começa a rotina de medicamentos antirretrovirais do dia com um comprimido de raltegravir. Uma hora depois, toma mais um de darunavir e outro de ritonavir. Aposentada, passa o dia quase sempre em casa. Sai pouco. Às seis da tarde é hora de mais remédio: o tenofovir e dois comprimidos de lamivudina. Duas horas depois, outro um comprimido de raltegravir. Às nove da noite, antes de dormir, a rotina diária se encerra com dois comprimidos de darunavir e um de ritonavir.

Até chegar a essa combinação de remédios, Cláudia experimentou quase toda a lista de medicação antirretroviral para o tratamento da aids disponível no Sistema

Único de Saúde (SUS). Quando começou, em 1994, tomava AZT. Mas, com o tempo, a medicação já não fazia efeito. “Eu estava cada vez mais fraca; foi aí que peguei pneumonia e fiquei internada”, lembra.

Ela iniciou o tratamento na rede particular. Fez uma peregrinação até chegar, em 1995, ao Hospital São Paulo – hospital universitário ligado à Unifesp – onde permanece até hoje. Naquela época, ela estava com a imunidade baixa e a carga viral (quantidade de vírus HIV no sangue) alta. “Tive falência terapêutica; então resolvemos mudar a medicação que eu tomava. Fizeram o exame de genotipagem que mostrou que meu vírus da aids era resistente a medicamento AZT”, explica.

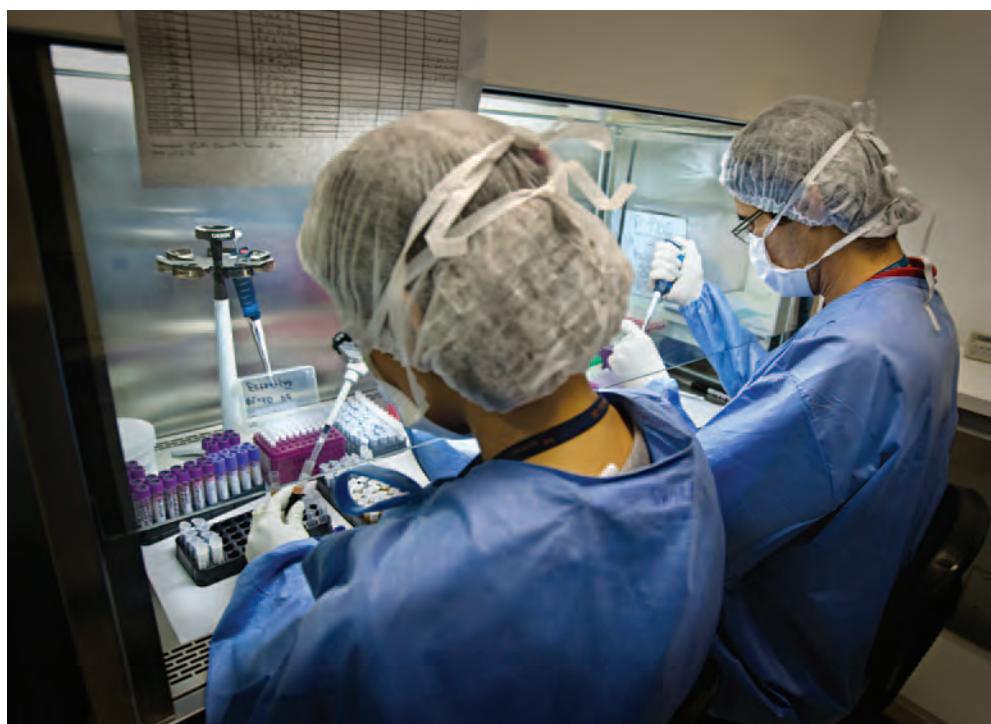
Cláudia começou a tomar outros remédios, mas a experiência acabou não dando muito certo. "Eu tinha rejeição à medicação e vomitava. Não comia, não bebia, tudo enjoava, passava muito tempo na cama" lembra. A partir de então, a aposentada passou a ter acesso, quando necessário, aos exames de genotipagem para detectar mutações no vírus que possam comprometer a eficácia dos remédios tomados para enfrentar a doença.

O procedimento de genotipagem permite que o médico acompanhe o tratamento e possa avaliar a evolução da doença. Dessa forma, o profissional tem como propor esquemas terapêuticos alternativos que proporcionem melhor qualidade de vida ao paciente, de acordo com cada caso. É essa rotina laboratorial que hoje permite a Cláudia ter qualidade de vida, antes marcada por altos e baixos.

No entanto, para entender essa reviravolta na vida dela é preciso retroceder no tempo. "Descobri que eu tinha HIV na minha gravidez, há cerca de 19 anos, fazendo o pré-natal", esclarece. O susto começou com os primeiros exames solicitados durante a gravidez. "Deu positivo para sífilis. Quase fiquei louca, afinal não me considero uma pessoa promíscua", conta. O médico a tranquilizou. Segundo Cláudia, ele disse que poderia ter saído alguma coisa errada no laboratório.

O médico pediu que ela refizesse os exames de pré-natal num outro laboratório, mas não incluiu o de aids. A paciente insistiu, por acreditar que talvez o resultado positivo para sífilis prenunciasse alguma outra coisa. "Cheguei em casa e contei para os meus pais, que arregalaram os olhos e não acreditavam no que eu estava dizendo. Eu me lembro que ainda disse a eles: não esquentem, vou fazer outro exame para ver o que realmente tenho."

Cláudia fez a nova bateria de testes em outro laboratório particular. No dia do resultado, apresentou o protocolo para a retirada do exame. A atendente digitou o número no computador e aguardou a impressão do resultado. "Eu sou muito observadora, e fiquei olhando para a moça, que acompanhava a saída do papel. Naquela hora me deu um calafrio. Ela estava um pouco distante e virou-se para ver de quem era o exame. Olhou para mim diretamente. Senti que havia alguma coisa errada. Ela cutucou a colega no balcão e ambas ficaram me olhando". Cláudia pegou o envelope fechado, e a atendente desejou-lhe boa sorte. "Gelei! Senti que não vinha coisa boa. Liguei para minha tia e contei o que houve. Ela me perguntou se eu havia aberto o resultado; eu



Três laboratórios nacionais estão desenvolvendo novos alvos de genotipagem para drogas mais recentes

O procedimento de genotipagem permite que o médico acompanhe o tratamento e avalie a evolução da doença

disse que não, que estava sem coragem". Ao sair do laboratório, ainda com o exame lacrado, Cláudia virou a esquina e olhou para trás para ver se não havia alguém olhando. "Sei lá porque pensei aquilo, era uma sensação de perseguição muito esquisita", conta. Decidiu parar ali mesmo e abrir o envelope. "Estava escrito NÃO REAGENTE para sífilis, e REAGENTE para HIV. Fiquei feliz e triste ao mesmo tempo. Na minha cabeça, reagente significava que meu organismo reagira para o HIV e fiquei triste porque não reagira para a sífilis. Pensei: 'Nossa, como peguei essa doença?'

Curiosa e ansiosa, Cláudia ligou para Karla, a prima enfermeira. Leu para ela o que estava escrito nos exames. A prima, num tom seco, disse apenas: "Hã?". Cláudia repetiu as informações e perguntou se estava tudo bem. "Ela respondeu que sim. Mas num tom de voz meio

baixo, estranho", completa. Segundo Cláudia, a prima preferiu não emitir opinião. "Ela pediu que eu falasse com meu médico, porque não tinha entendido muito bem aquele resultado. Daí, pensei: nossa, ela é enfermeira e não entendeu? Tem alguma coisa de errado", observa.

Cláudia conta que ao desligar o telefone ficou com as pernas trêmulas, com muito medo, o coração batendo forte. "Eu não sabia o que fazer". No metrô, voltando para casa, olhou para os trilhos longamente. Ao mesmo tempo que sentiu vontade de se jogar, também sentiu medo.

Dias depois, marcou nova consulta. Percebeu que o médico ficou vermelho ao abrir papel e ler o resultado. "Ele tirou os óculos e disse que eu não tinha sífilis. Falei, ufa, que alívio! Mas ele ficou me olhando, esperando. Depois de alguns segundos, caí em mim e pensei: se o que eu entendi foi o contrário, então eu tenho HIV". Cláudia recorda o médico dizendo em seguida que o resultado acusava positivo para HIV e que achava que havia algum erro. "Ele ligou para o laboratório e falou com o responsável." O médico pediu que Cláudia fizesse outro exame mais preciso. Alguns dias depois, ela refez os exames. "Dessa vez não fiquei olhando para ninguém, nem queria mais ver a reação das pessoas, porque pior do que já estava não poderia ficar". Cláudia levou os exames ao médico e confirmou que realmente estava infectada pelo vírus da aids.



Graças aos exames de genotipagem, é possível detectar resistência aos antirretrovirais e reorientar o tratamento, o que melhora a qualidade de vida dos pacientes

“Naquela hora meu mundo caiu, não tinha mais como ficar me enganando”. Ela pergunta sobre as chances de manter o bebê. O médico diz que, pelo histórico, poderia ser que a criança não tivesse nada. “Eu disse que queria ter minha filha”. O médico explica que ela deveria fazer cesária, porque o risco de transmitir o vírus para o bebê era menor. “Aproveitei e falei que queria fazer laqueadura; ele disse que era bobagem, que aos 42 anos eu poderia estar curada e que talvez quisesse mais filhos. Eu respondi que queria ser mãe e não avó de meus filhos. Insisti e ele concordou.”

Cláudia volta para casa e conta para os pais. “Foi um horror! Nunca senti tanta vergonha na minha vida. Eles choravam, estavam tristes. Nossa vida parou por um tempo. Ninguém tinha ânimo pra nada, nem comer direito nós comíamos. Ficava entalado”, lamenta.

Naquela época, Cláudia trabalhava numa multinacional chilena. O rendimento no trabalho caiu, ela chegava atrasada, não se concentrava, tinha diarreia, faltava muito. Saiu de licença-maternidade por quatro meses. Teve a filha, Ana Paula*, e voltou a trabalhar. Ninguém no trabalho sabia que ela vivia com aids. “Eu não me concentrava, relaxei geral, até que eles resolveram me demitir. No dia da homologação, eu contei que estava com HIV. A médica disse que, se eu quisesse, poderia entrar com recurso para ser readmitida”, explica.

Cláudia disse que naquele momento não estava preparada para responder de imediato. Preferiu ir pra casa. “Pensei, pensei, e minha consciência falou mais alto. Eu realmente tinh sido mandada embora por negligência própria, estava desmotivada, não tinha com quem desabafar. Então abri mão do recurso da

readmissão.” Cláudia temia o que poderia encontrar pela frente. “Não sabia se eles usariam o mesmo banheiro que eu, se queriam que eu voltasse ou não”, acrescenta.

Hoje, depois de orientada, Cláudia sente-se bem. Admite suas limitações em lidar com as mudanças na combinação de medicamentos para combater a resistência do vírus e aceita os efeitos colaterais que os anos de tratamento lhe trouxeram. “Disso tudo, aprendi a reconhecer que moro num país privilegiado. Ter acesso a medicações e exames de alta tecnologia para me manter viva realmente não tem preço”, afirma. Sobre o futuro, é taxativa. “Continuarei a levar uma vida normal. Ficar em casa fazendo as coisas que precisam ser feitas, ir às consultas e realizar exames com regularidade e não deixar de fazer o que gosto: ir ao cinema e teatro. Essa é minha rotina”, conclui. *Nome fictício



Renageno

A avaliação da resistência ao uso dos antirretrovirais, utilizados por Cláudia e por milhares de outros pacientes que vivem com aids no país e que têm acesso ao tratamento universal, completou dez anos em 2012. Estima-se que de 20% a 30% dos pacientes podem apresentar mutações de resistência aos medicamentos, o que lhes permite ter acesso aos testes de genotipagem.

As primeiras discussões para a criação da rede de genotipagem iniciaram-se em 1999. O Brasil já distribuía medicamentos para tratamento da aids desde o início dos anos 90. Como consequência natural dos uso contínuo dessa terapia, um grupo de pesquisadores brasileiros perceberam a necessidade de implantar no país um sistema de avaliação e monitoramento da resistência dos pacientes ao uso dos medicamentos antirretrovirais. Surgia então a Rede Nacional de Genotipagem – Renageno.

É a partir da realização, pela Renageno, de exames para monitorar as mutações do vírus HIV (resistência genotípica) que o médico de pacientes com aids em uso da terapia antirretroviral pode reorientar o tratamento em caso de falha terapêutica, possibilitando uma nova combinação de drogas, conhecida como terapia de resgate.

A rede foi estabelecida como política nacional em 2002 e, dois anos depois, iniciou seu funcionamento operacional com 12 laboratórios. A consolidação da rede de genotipagem permitiu que hoje os testes sejam oferecidos por um conjunto de 23 laboratórios, cobrindo todas as regiões do país. São laboratórios de fundações e universidades públicas brasileiras, que realizam a cada ano cerca de 6 mil testes.



A rede de avaliação da resistência ao uso dos antirretrovirais no Brasil completou dez anos em 2012

Novos alvos

Os novos medicamentos antirretrovirais atacam regiões do vírus diferentes das inicialmente atingidas pelos medicamentos mais antigos. Diante dessas inovações, faz-se necessário o desenvolvimento de novos alvos de genotipagem, ou seja, metodologias que abarquem as novas porções do vírus atingidas pelas drogas mais recentes.

A genotipagem para novos alvos foi baseada em pesquisas desenvolvidas por laboratórios brasileiros. Trata-se de uma grande inovação e desafio para a ciência brasileira, pois não existe no mundo nenhum kit produzido industrialmente que possa realizar esse tipo de genotipagem.

Três grupos de pesquisadores desenvolveram protocolos para os medicamentos que atingem novas partes do vírus. Os estudos foram realizados no laboratório de Imunologia e Aids da Fiocruz do Rio de Janeiro, no Laboratório de Dermatologia Médica da Faculdade de Medicina de USP e no Laboratório de Retrovírologia da Unifesp, ambos em São Paulo.

Estima-se que de 20% a 30% dos pacientes possam apresentar mutações de resistência aos medicamentos, o que lhes permite ter acesso aos testes de genotipagem



Antônia descobriu que tinha sífilis quando estava grávida de sete meses. O tratamento adequado garantiu que a filha nascesse sem a doença

Perto do fim

Experiência do Núcleo de Epidemiologia de um hospital da rede estadual do Ceará mostrou que ações integradas podem contribuir para a prevenção e o controle da sífilis congênita

Por Gabriela Campos

Maria Cecília é uma bebezinha fofo de seis meses, daquelas com chucrinha no alto da cabeça. É esperta e curiosa como os nénés da sua idade. Isso graças às injeções de Benzetacil que tomou durante os dez primeiros dias de sua vida. A mãe descobriu, fazendo o pré-natal, que tinha sífilis. E foi o diagnóstico a tempo e a hora, além do tratamento imediato, que salvaram a pequena Maria Cecília de sofrer as sequelas – geralmente gravíssimas – da sífilis congênita.

A infecção, passada da mãe para o bebê, pode provocar cegueira, surdez, encefalite (inflamação do cérebro), déficit de aprendizado, retardo no desenvolvimento motor e outros comprometimentos neurológicos. O tratamento adequado, distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser feito até 30 dias antes do parto, na gestante e também em seu **parceiro**.

Foi o que aconteceu com a mãe de Maria Cecília. Antônia Taiane, de 21 anos, fez o **VDRL**, teste que diagnostica a sífilis, durante o pré-natal, com 28 semanas de gestação. “Fiquei em estado de choque quando recebi o diagnóstico. Chorei muito, com medo de passar isso para minha filha.

Quando soube o que podia acontecer com ela, sofri demais”, conta a mãe, que recebeu o tratamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Fortaleza, no Hospital Geral Dr. César Cals. A

Se o parceiro não se tratar, a mulher pode se reinfetar e, numa próxima gravidez, transmitir a doença para o bebê.

unidade é a mais antiga da rede de saúde do estado do Ceará. Presta atendimento público desde 1928.

Venereal
Diseases
Research
Laboratory

Para evitar a transmissão de sífilis para a filha, Taiane recebeu três doses, com intervalo de sete dias, de penicilina benzatina, a conhecida Benzetacil. O marido, que até então não sabia estar com sífilis, também fez o tratamento. Em janeiro de 2012, ao nascer, Maria Cecília ficou internada por dez dias para também receber a medicação como profilaxia. Agora a bebezinha faz o seguimento, que prevê a realização de mais dois VDRL – um com 12 e outro com 18 meses de idade.

A comerciante Meigna Rosa, 35 anos, não teve a mesma sorte. Diagnosticada com sífilis no terceiro mês de gestação, perdeu o bebê em seguida. Mas o tratamento foi feito corretamente, nela e no marido. "Estamos na fase de controle. Faremos ainda mais três exames e, quando os três negativarem, vamos tentar gerar outro filho. É o nosso sonho", contou.

Tanto o tratamento de Meigna quanto o de Taiane, e o de seus parceiros, foram feitos no César Cals. E foi dali, do Núcleo de Epidemiologia do hospital, que saiu um dos três projetos finalistas da última Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), evento promovido há 12 anos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Apresentado na Expoepi pela fisioterapeuta Maria do Socorro Cavalcante, o projeto "Núcleo Hospitalar de Epidemiologia como importante ferramenta nas ações de prevenção e controle da sífilis congênita em uma maternidade terciária em Fortaleza" mostrou que a implantação do setor foi fundamental para desencadear ações de prevenção e controle da doença.

"Percebemos que as gestantes admitidas no hospital para parto ou curetagem pós-aborto não eram testadas para sífilis. A partir daí, passamos a testar 100% das mulheres, em todas essas situações", explicou Socorro, que é a coordenadora do Núcleo de Epidemiologia do César Cals.

Segundo ela, outro problema que foi saudado com a implantação do núcleo referia-se à questão do diagnóstico. Alguns médicos interpretavam o resultado do exame como negativo porque acreditavam que se tratava apenas de **cicatriz sorológica** e não recomendavam tratamento aos recém-nascidos. Para orientar os profissionais de saúde, o Núcleo, então, passou a elaborar informes epidemiológicos com as defini-



Meigna Rosa recebeu o tratamento contra a sífilis, mas perdeu o bebê com três meses de gestação. Assim que ficar curada, vai tentar nova gravidez



Maria do Socorro Cavalcante foi uma das finalistas da mostra que premia experiências bem-sucedidas de epidemiologia, prevenção e controle de doenças

Ocorre quando o VDRL permanece com resultado positivo por longos períodos mesmo com o desaparecimento dos sintomas, tratamento e cura da sífilis.

ções de caso de sífilis congênita e o manejo clínico adequado para tratamento de cada caso. "Várias vezes chegamos a interferir, correndo atrás do médico que já havia dado alta à paciente e pedindo que ele mantivesse o neném e a mãe internados para tratamento", contou Luciane Maria Freitas Colares, enfermeira do César Cals há 26 anos.

Luciane foi, inclusive, a responsável pela terceira ação desencadeada pelo Núcleo. A enfermeira percebeu que mais de 90% dos parceiros não eram tratados ao mesmo tempo que as gestantes com sífilis durante o pré-natal. “Não se realizava sorologia nos companheiros, ou seja, não se quebrava a cadeia de transmissão”, explica, referindo-se ao fato de que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível. A partir dessa percepção, o VDRL dos parceiros passou a ser solicitado.

O trabalho “corpo a corpo” feito por Luciane mais uma vez foi decisivo. “Mais do que estimular o diagnóstico, precisamos também garantir o tratamento. E façam questão de conversar com todos eles, mostrando o que a doença pode causar e a importância da prevenção”, conta.

Quando o parceiro não é tratado durante o pré-natal da gestante, o Núcleo procura por ele mesmo depois da alta hospitalar da paciente. “É fundamental tratar o companheiro para evitar a reinfecção da mulher em outra gestação”, explica a coordenadora Socorro. Para ela, apesar de não ser a situação ideal, a realização do teste no momento do parto tem sido um importante fator de impacto na prevenção de sequelas da sífilis congênita.

O que o Ministério da Saúde preconiza, com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a realização de VDRL durante o 1º trimestre de gestação (idealmente na primeira consulta), no 3º trimestre (em torno da 28ª semana) e ainda no parto. “Essa é, de fato, a medida mais efetiva no controle da sífilis congênita”, concorda Socorro.

O acompanhamento dos recém-nascidos com sífilis congênita tem sido outro diferencial do Núcleo de Epidemiologia. Todas as crianças nessa condição passaram a ser acompanhadas pelo serviço ambulatorial de pediatria do hospital, o que não acontecia antes.

“Para que a sífilis congênita seja realmente eliminada no Brasil, é necessário haver uma boa estruturação da rede de atenção básica, articulada com a rede secundária e terciária, e que garanta uma assistência integral à gestante e ao recém-nascido”, defende Socorro.

O diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Dirceu Greco, completa: “Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, reduzindo a incidência desse agravão a menos de um caso por mil nascidos vivos”.



A enfermeira Luciane Colares faz um trabalho corpo a corpo com os parceiros das gestantes com sífilis, estimulando o diagnóstico e garantindo o tratamento

Os números da sífilis congênita no Brasil

Em 2010, foram notificados no Brasil **6.677** casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, com taxa de detecção de sífilis congênita de 2,3 casos por 1.000 nascidos vivos.

Entre os estados, o **Rio de Janeiro** (6,1 por 1.000 nascidos vivos), **Roraima** (5,4) e **Amapá** (5,2) apresentaram as maiores taxas de detecção em 2010.

As maiores proporções de gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária **entre 20 e 29 anos (52,5%)** e na raça/cor parda (47,3%) e branca (29,7%).

Entre 1998 e junho de 2011, foram notificados **62.881** casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.

A região **Sudeste** registrou **28.724** (45,7%) desses casos; o Nordeste, 19.815 (31,6%); o Norte, 5.910 (9,4%); o Sul, 4.622 (7,3%); e o Centro-Oeste, 3.810 (6,0%).

“Para que a sífilis congênita seja realmente eliminada no Brasil, é necessário haver uma boa estruturação da rede de atenção básica, articulada com a rede secundária e terciária, e que garanta uma assistência integral à gestante e ao recém-nascido”.

Maria do Socorro Cavalcante, coordenadora do Núcleo de Epidemiologia do Hospital César Cals



A transmissão vertical do HIV vem caindo consideravelmente no Brasil. De 1998 para cá, a queda no número de casos foi de 49,1%: passou de 947 para 482

Em Maracanaú, no Ceará, a transmissão do vírus da aids de mãe para o filho é zero

Por Gabriela Campos

Não há fila de espera em qualquer Unidade Básica de Saúde em Maracanaú, no Ceará. Ali, as gestantes que precisam realizar o exame anti-HIV são atendidas na hora. Essa é apenas uma das ações implantadas pelo Programa Municipal de DST/Aids que tornaram o município referência quando o assunto é transmissão vertical. Em Maracanaú, nenhuma mãe transmite o vírus da aids para seus filhos durante a gravidez ou parto. E a estatística tem-se mantido assim há 12 anos.

Para o coordenador do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Maracanaú, Riksberg Cabral, foram medidas simples as responsáveis pela estatística que impressiona. “Fizemos da atenção

ação básica a porta de acesso aos serviços de saúde que previnem e controlam a transmissão vertical. Com isso, descentralizamos e conferimos maior capilaridade às ações de prevenção às DST/aids, ao diagnóstico e ao tratamento”, explicou.

No município cearense de 209 mil habitantes, são 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em metade delas, há Postos de Coleta Laboratorial para testagem do HIV em gestantes, além de outros exames do pré-natal. Os testes rápidos estão disponíveis em nove das 30 UBS, ou seja, em 30% do total. “Mas já temos 100% das enfermeiras do município capacitadas para a realização do teste rápido”, destacou Riksberg. O coordenador lembra que só falta a aquisição de geladeiras para acondicionar os testes rápidos nas outras 21 unidades.

De acordo com ele, a descentralização da oferta de testes anti-HIV do Serviço de Atenção Especializada (SAE) para as Unidades Básicas de Saúde foi fundamental para ampliar o diagnóstico entre as gestantes e, assim, diminuir a transmissão vertical. Em 2010, foram realizados cerca de 3 mil exames de aids em gestantes, número que subiu para 3.859 em 2011 – um aumento de quase 30%. “Isso significa que testamos 96% de todas as gestantes do município, contra 88% em 2010”, comemora.

Nesse sentido, a prefeitura adquiriu, com recursos da Programação Anual de Ações e Metas para DST/Aids (PAM), repassada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, seis motos. O veículo realiza o transporte do sangue coletado nas Unidades Básicas até o Centro de Análises Clínicas do Hospital Municipal João Elísio de Holanda. “Isso reduziu o tempo de espera do laudo do exame, que hoje é de apenas 10 dias”, disse Riksberg. Os resultados são entregues às gestantes pela equipe do Saúde da Família, que também passou a ser responsável pelo aconselhamento.



Francisca Andréa é mãe de três filhos sem o vírus da aids. Descobriu ser portadora do HIV na segunda gestação

Riksberg credita ao trabalho de base desses profissionais – são 53 equipes em Maracanaú – a captação cada vez mais precoce das gestantes. Só para se ter uma ideia, 72% daquelas diagnosticadas com HIV no município foram identificadas por essas equipes. O tratamento no SAE começa, geralmente, na metade do segundo trimestre gestacional (aproximadamente 20 semanas de gravidez), o que possibilita que as medidas de profilaxia (uso de antirretroviral como prevenção) sejam adotadas de maneira eficaz, evitando a transmissão vertical.

“Quando elas chegam até aqui, já tomamos ciência da situação, conversando anteriormente com o pessoal da atenção básica. E procuramos individualizar o tratamento, conhecendo a história de cada uma”, explicou a coordenadora do SAE, a enfermeira Lívia Parente.

Segundo Lívia, a localização do SAE, criado em julho de 2006, dentro do hospital municipal, propicia cuidado integral às gestantes soropositivas. Para ela, um bom serviço precisa oferecer mais do que o tratamento em si. “Aqui nossas pacientes têm apoio, carinho e aconchego”, completou.

Esse trabalho do SAE, em articulação com a Atenção Básica, foi um dos fatores que garantiu à Francisca Andréia, de 30 anos, gerar o terceiro filho sem HIV. Casada há 14 anos, ela acredita ter pegado o vírus do marido,

ex-usuário de drogas. “Descobri que tinha o HIV na segunda gravidez do meu filho, hoje com quatro anos. Ficamos desesperados na época. Agora estamos ótimos e nossos filhos também”, conta. Para ela, o acompanhamento e o tratamento que recebeu foram decisivos para que tivesse coragem de engravidar novamente. O filho caçula de Andréia hoje tem dois anos e não é portador do vírus.

A história se repetiu com a caçula de Antônia Maria, 32 anos. A moça franzina, que também é paciente do SAE de Maracanaú, descobriu, aos seis meses de gravidez da pequena Ana Kelly, hoje com 1 ano e meio, que estava com tuberculose. Ao descobrir a doença, o médico requisitou o teste anti-HIV, que deu positivo. “Quando eu soube, quis me matar. Fiquei mais aliviada quando meu marido fez o exame e deu negativo. Hoje me sinto bem”, conta Antônia, que se curou da tuberculose e toma os medicamentos para a aids. Segundo ela, a relação com o companheiro até melhorou. “Ele cuida de mim, briga porque eu fumo e se preocupa com minha saúde”. A pequena Ana Kelly não tem o HIV.

O Programa Municipal de DST/Aids de Maracanaú também investiu na capacitação dos trabalhadores da rede básica de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e profissionais dos Núcleos de

“Fizemos da atenção básica a porta de acesso aos serviços de saúde que previnem e controlam a transmissão vertical. Com isso, descentralizamos e conferimos maior capilaridade às ações de prevenção, às DST/aids, ao diagnóstico e ao tratamento”.

Riksberg Cabral, coordenador do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Maracanaú

Apoio à Saúde da Família – NASF), além dos educadores de escolas e centros de convivência social. Nas capacitações, além da questão prática (como fazer os testes, como deve ser a quimioprofilaxia da gestante soropositiva, entre outros), os profissionais aprendem técnicas de abordagem e aconselhamento relativas à prevenção e aos cuidados que garantem qualidade de vida para quem já vive com HIV/aids.

A situação exemplar de Maracanaú é o que o Ministério da Saúde vem perseguindo. No Brasil, a taxa de incidência (número de casos para cada 100 mil habitantes) de aids em menores de cinco anos de idade é utilizada como indicador de monitoramento da transmissão vertical e vem caindo consideravelmente nos últimos 12 anos. Para se ter uma ideia, enquanto em 1998 foram notificados 947 casos de aids nessa faixa etária (incidência de 5,9), em 2010 foram 482 (incidência de 3,5). Isso significa uma redução de 40,7% na taxa de incidência e de 49,1% no número de casos. Com relação às gestantes com HIV, foram notificados 5.666 casos de aids em 2010. No ano anterior, foram 6.289.

“Entre as principais estratégias para a redução da transmissão vertical do HIV estão a prevenção da infecção nas mulheres em idade fértil, o conhecimento precoce do estado sorológico e o tratamento adequado”, diz o diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Dirceu Greco. A testagem e o aconselhamento integram o cuidado no pré-natal, parto e puerpério, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

O Ministério investiu, para um período de 15 meses, R\$ 925.648,00 na aquisição de medicamentos antirretrovirais para quimioprofilaxia em gestantes e recém-nascidos de mães soropositivas. No mesmo período, foram gastos R\$ 46,5 milhões para a aquisição de 8,1 milhões de testes rápidos anti-HIV e R\$ 24,2 milhões para 4,8 milhões de testes rápidos anti-sífilis. Desse total, três milhões de cada tipo de teste destinados à Rede Cegonha – estratégia do governo federal, lançada em março de 2011, para qualificar a assistência à gestante e ao bebê. A Rede busca assegurar e prevê a expansão e qualificação de maternidades; leitos; Centros de Parto Normal; Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera; o direito ao acompanhamento no parto; exames de pré-natal; planejamento familiar; acompanhamento das crianças até os dois anos de idade, entre outras ações. Todos os estados e o Distrito Federal já aderiram à Rede Cegonha.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde também disponibiliza a publicação **“Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes”**. O documento oferece ao profissional de saúde as recomendações atualizadas de diagnóstico, manejo e tratamento.

www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

Gestantes infectadas e transmissão vertical do HIV no Brasil

A prevalência da infecção pelo HIV em gestantes, segundo o estudo **Sentinela Parturiente**, de 2006, foi de **0,41%**.

Essa prevalência, quando aplicada ao total esperado de gestantes por ano no Brasil, resulta no número estimado de gestantes infectadas pelo HIV, ou seja, pouco menos de **12.000 por ano**.

Segundo o estudo, **96,5%** das mulheres avaliadas fizeram pelo menos **uma consulta de pré-natal**. Esse percentual foi de 98% na Região Centro-Oeste, 97% no Norte e no Sudeste, 96% no Sul e 95% no Nordeste.

Cerca de 60% das gestantes realizaram mais de seis consultas de pré-natal e **62,3%** fizeram o **teste anti-HIV**. Do total de grávidas, 19% não fizeram o exame em momento algum e outras 19% foram testadas apenas na hora do parto.

Fonte: *Sentinela Parturiente: pesquisa realizada em parceria entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, que obtém estimativas nacionais e regionais da prevalência de HIV e sífilis em gestantes e avalia a qualidade das ações de profilaxia no pré-natal e parto. O último estudo, realizado em 2006, envolveu 16 mil gestantes em todo o país.*



Em busca de identidade

Marcelo Santana é homossexual, vive com HIV e é feliz. Mas a estrada da sua história já foi cheia de curvas e obstáculos.

Por Gabriela Campos

De ex-travesti a pai de família. A jornada do cabelereiro Marcelo Santana definitivamente renderia um livro. E não apenas sobre as mudanças que viveu em sua orientação sexual. O paraense de Ananindeua, município na região metropolitana de Belém, vive com o vírus da aids. A ex-esposa também. Já a filhinha do casal, hoje com três anos, não tem o HIV.

Marcelo é um rapaz bonito de 33 anos que chama a atenção por onde passa. Além da aparência, fala bem, é engajado e seu astral se revela por meio de um sorriso contagiante. Hoje é um dos diretores do núcleo, em Ananindeua, da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids.

A reviravolta em sua vida começou há quatro anos, quando se cansou da vida de travesti em São Paulo e decidiu voltar para casa. “Virar travesti foi uma grande aventura, mas passou. Sempre tive vontade de viver uma vida diferente”, diz ele, que apenas se descobriu portador do HIV ao fazer exames antes da cirurgia para retirada do silicone.

De volta à cidade natal, Marcelo procurou o Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município e lá, além de tratamento e acolhida, encontrou aquela que seria a mãe de sua filha. O casamento só durou dois meses, mas gerou uma criança. “Ela foi a primeira mulher com quem eu tive um envolvimento, em todos os sentidos. Mas não deu certo porque eu estava lutando contra minha própria natureza”, explicou.

Para gerar a filhinha, o casal seguiu as recomendações da equipe de saúde do SAE de Ananindeua. No caso de Marcelo e da ex-esposa, um casal soroconcordante (em que os dois têm o vírus da aids), é importante que ambos estejam tomando antirretroviral, com boa adesão ao tratamento e com a quantidade de vírus no sangue indetectável. A condição imunológica do casal também precisa estar adequada. Outra recomendação, caso a opção do casal seja pela concepção natural, é que a relação sexual aconteça, necessariamente, no período fértil da mulher.

Para Marcelo, toda a orientação que recebeu antes de tomar a decisão definitiva de ter um filho foi fundamental. O aconselhamento reprodutivo aos pacientes que têm HIV/aids, a propósito, é recomendação do Ministério da Saúde. É nesse momento que os casais se informam sobre as opções de que dispõem, os riscos e os benefícios de cada método. Outro detalhe fundamental para preservar a saúde da filhinha recém-nascida foi o fato de a mãe não ter amamentado a criança, a qual tomou medicação logo ao nascer, via parto cesáreo.

Hoje, Marcelo Santana mora com a mãe dele, leva a vida tranquilamente e diz não buscar mais grandes aventuras. “Estou feliz com meu trabalho e com minha filha. Descobri que para a gente ser feliz é preciso muito pouco. Também estou solteiro, mas já aberto a viver um novo amor”, dispara.

Como Marcelo, milhares de pessoas que vivem e convivem com HIV/aids têm trajetórias que rendem um romance. São protagonistas de uma saga entrelaçada de momentos de dor, sofrimento, superação, conquistas, alegrias e, principalmente, vida. E você, qual é a sua história? Envie o seu relato para www.aids.gov.br/vidas e faça parte das experiências bem-sucedidas que compõem a revista Resposta Positiva.



HIV/aids no Brasil

Política pública

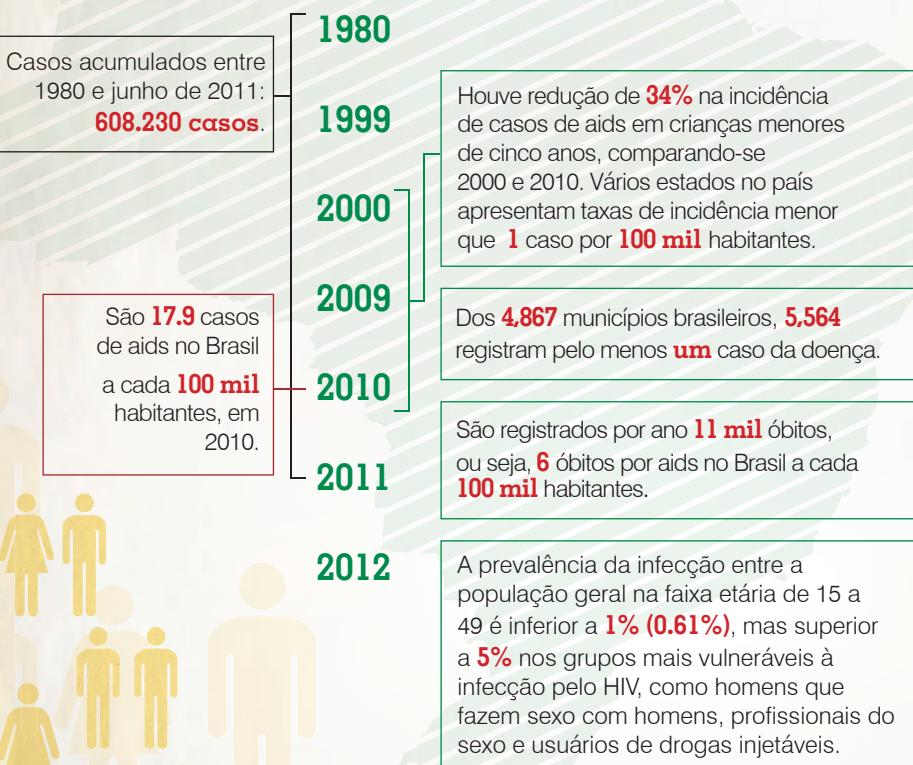
O princípio da já consolidada política brasileira de DST/aids é o direito à saúde, acima de qualquer outra questão. Com base nisso, o Brasil investe fortemente na promoção dos direitos humanos, no acesso universal ao tratamento e na prevenção às novas infecções, sem deixar de considerar uma realidade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

Ainda há grandes desafios. O diagnóstico precoce é um deles. Estima-se que 630 mil pessoas vivam com o vírus no país. Destas, pelo menos 255 mil não sabem disso ou nunca fizeram o teste de HIV. Uma realidade que o

Governo Federal, em conjunto com os estados e municípios, tem enfrentado por meio de campanhas de mobilização para a ampliação do diagnóstico, por meio de testes rápidos. A principal dessas iniciativas é o Fique Sabendo. Em seis anos (2005-2011) o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo SUS mais que dobrou: passou de 3,3 milhões para 7,4 milhões de unidades. O resultado pode ser percebido no aumento da testagem para o HIV no país, que foi ampliada de 23,9% em 1998 para 38,4% em 2008. Hoje, todos os testes rápidos do país são de produção 100% nacional.

Dados sobre a infecção

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



Tratamento

- Todas as **217 mil pessoas**, que precisam de tratamento antirretroviral no país o recebem gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.
- O país distribui atualmente **20** medicamentos antirretrovirais, sendo **10** nacionais e **10** importados.
- O Brasil usa o seu próprio orçamento nacional para o enfrentamento da epidemia de aids.

Atitudes e práticas sexuais

- O conhecimento da população sobre as formas de transmissão é alto: **96,6%** da população sexualmente ativa sabem que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV.
- 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.
- 65%** da população de 15 a 54 anos usaram o preservativo na última relação sexual com parceiros casuais nos últimos 12 meses.

Homens, mulheres e jovens

- Apesar de ser uma epidemia concentrada, a aids hoje atinge mulheres e homens de diferentes idades e classes sociais.
- De 1980 até junho de 2011 foram identificados, **397 mil** casos de aids no sexo masculino e **210 mil** no sexo feminino.
- A razão entre os sexos (número de casos em homens : número de casos em mulheres) está estabilizada em **1,7 : 1**, no ano de 2012.
- A população de jovens gays apresenta uma particular vulnerabilidade ao HIV/aids. Entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, **31,8%** dos casos notificados em 1998 ocorreram entre homens que fazem sexo com homens. Em 2010, esse percentual saltou para **46,4%**.

Hepatites Virais

Política Pública

As hepatites virais, em sua maioria, são doenças silenciosas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há no mundo cerca de 520 milhões de pessoas portadoras da infecção pelos vírus das hepatites B e C. O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle de Hepatites Virais foi criado em 2002 e em 2009 integrou-se ao Departamento de DST e Aids. A união de esforços, a partir das afinidades programáticas, potencializa as respostas, causando maior impacto nos indicadores de saúde. O Sistema Único de Saúde garante aos brasileiros o direito à saúde com base na promoção dos direitos humanos, no acesso universal ao tratamento e na prevenção de novas infecções.

Diagnóstico precoce

- Ampliar o diagnóstico das hepatites virais é uma prioridade para o Ministério da Saúde.
- Os testes de diagnóstico estão disponíveis em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- O Ministério da Saúde acaba de validar e adquirir o teste rápido para triagem das hepatites B e C.
- O diagnóstico precoce proporciona acesso ao tratamento em tempo adequado, o que previne as complicações da infecção crônica (cirrose, câncer e transplante de fígado).
- A ampliação do diagnóstico significará mais notificações e uma estimativa mais realista do número de casos, o que contribuirá para aperfeiçoar a resposta brasileira em relação a essas infecções.

Tratamento

- O governo oferece, sem custo, seis medicamentos para o tratamento da hepatite B. Para a hepatite C, há três medicamentos disponíveis e mais dois serão incorporados no início de 2013.
- O tenofovir passou a ser produzido no Brasil em 2011. Sua produção fortalece a autonomia do país na produção de fármacos.
- Atualmente estão em tratamento cerca de 16 mil pacientes com hepatite B e cerca de 13 mil pacientes com hepatite C.
- A infecção pelo vírus da hepatite A é na maioria das vezes benigna, com remissão espontânea, sem necessidade de tratamento medicamentoso.

Vacinação para hepatite B

- A vacinação pode controlar a hepatite B.
- Atualmente, o SUS disponibiliza a vacinação para todas as pessoas até os 29 anos de idade e também para populações vulneráveis em todas as faixas etárias. Entre estas, incluem-se: manicures e pedicures; profissionais do sexo; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; caminhoneiros; policiais militares e civis; doadores de sangue; coletadores de lixo domiciliar e hospitalar; profissionais de saúde.
- Em 2012, a faixa etária de vacinação foi ampliada para as pessoas entre 25 a 29 anos.
- A vacina é administrada em três doses e sua eficácia é alta. Para garantir a eficácia é necessário que as pessoas recebam as três doses.
- Para ampliar a cobertura entre os jovens, os estados e municípios têm realizado vacinação em escolas.

Fonte: Estudo - UNIVERSIDADE de Pernambuco. Núcleo de Pós-Graduação. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Relatório de Pesquisa. Brasil, 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Dados sobre as hepatites virais

Hepatite A

- Relacionada às condições de saneamento básico e higiene.
- Prevalência de 39,5% (na faixa etária de 5 a 19 anos) de contato com o vírus nas capitais e DF.
- No grupo de 5 a 9 anos o percentual de contato com o vírus foi de 27,0% e na faixa etária de 10 a 19 anos chegou a 44,1%.
- Pesquisa brasileira recente revelou que a endemicidade nas capitais do país e no DF é de intermediária a baixa.

Hepatite B

- Maior proporção de transmissão por via sexual.
- A prevalência de hepatite B na população geral (10 a 69 anos) é de 0,37% nas capitais e no DF.
- Pesquisa nas capitais do Brasil e no DF mostrou baixa endemicidade (menor que 1%) nas 5 regiões.
- A melhor forma de prevenção para a hepatite B é vacina, associada ao uso do preservativo.

Hepatite C

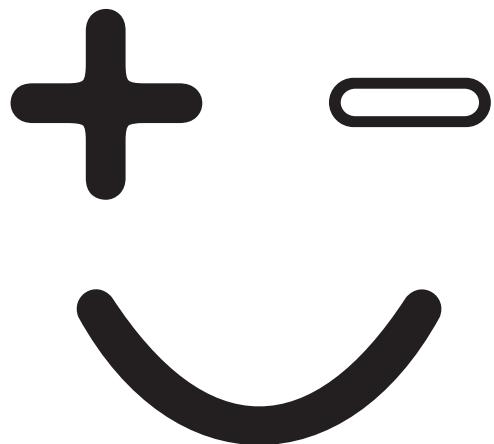
- A principal forma de transmissão se dá por contato com sangue (por exemplo, compartilhamento de objetos como alicates de unha, lâminas de barbear, agulhas, seringas, equipamentos para tatuagens e uso de drogas).
- As pessoas que foram submetidas a transfusão de sangue antes de 1993 devem se testar.
- A prevalência na população geral foi de 1,38% (10 a 69 anos) nas capitais e no DF.
- Maior prevalência na Região Norte (2,1%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste e Sudeste (ambas com 1,3%), Sul (1,2%) e Nordeste (0,7%).
- De 70 a 80% das infecções se cronificam. Em média, 20% destas podem evoluir para cirrose e de 1% a 5% para câncer do fígado.

Hepatite D

- A principal forma de transmissão ocorre por via sexual.
- Só as pessoas portadoras da infecção pelo vírus B têm risco de se infectar pelo vírus da hepatite D.
- A hepatite B, quando associada à hepatite D, tem maior risco de complicações hepáticas graves.
- O diagnóstico precoce e a vacina para a hepatite B podem evitar a transmissão pelo tipo D.
- Esse tipo da doença é endêmico na Região Norte.

Hepatite E

- A transmissão ocorre por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus.
- É mais comum na Ásia e África, sendo rara no Brasil.
- A melhor forma de evitar a doença é pela melhoria do saneamento básico e por medidas educacionais de higiene.



Fique Sabendo

Faça o teste de aids,
sífilis e hepatites

www.aids.gov.br/fiquesabendo



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde



