

Fonte: Dino Santos - CUT- SP



A nossa luta ainda é por inclusão social, dignidade e respeito

*A cada 48 horas, uma
pessoa trans é assassinada
no Brasil - Antra*

MOPAIDS

Movimento de Luta e Resistência

No início de julho o prefeito de São Paulo, Bruno Covas, ratificou o compromisso da cidade de São Paulo com a Declaração de Paris, um documento das Nações Unidas que prevê a aceleração da resposta à epidemia de HIV/aids. A iniciativa traça uma estratégia para que diversas cidades consigam acabar com a aids, como problema de saúde pública, até 2030.

Ao lado de representantes do Unaid (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), o prefeito se comprometeu, até 2020, cumprir uma das metas e ter 90% das pessoas que vivem com HIV testadas.

Destas, 90% precisam ter aderido ao tratamento, e destas, 90% devem estar com a carga viral indetectável.

A assinatura levanta várias questões que serão cobradas para que o sucesso seja real e não resumido apenas como cena para a imprensa ter como pauta.

Qual será o papel do Unaid neste compromisso firmado com a cidade? A ONU vai monitorar e cobrar do prefeito políticas públicas ou ficará apenas no famoso “acordo de cavalheiros”?

Com uma Rede de Assistência criada há 20 anos, qual será o planejamento real para que as pessoas diagnosticadas sejam tratadas com dignidade visando o indetectável para o HIV?

Ao assinar a Declaração de Paris, a sociedade civil - ONGs, Redes e ativistas independentes - tem a responsabilidade de cobrar que as intervenções no campo de prevenção sejam recuperadas respeitando o leque de diversidades existentes. As testagens devem ser mais do que um ato de campanhas em praças públicas e sim uma política dentro serviços públicos. Os dados revelam que a epidemia de HIV/aids atinge especialmente LGBTs, jovens, a população trans e os negros.

São pessoas em sua maioria marginalizadas e esquecidas pelo poder público, mas que devem ser acolhidas nos serviços de saúde como cidadãos e cidadãos detentores de direitos.

O Mopaid não vai deixar essa assinatura cair no esquecimento, vamos usar todos os espaços existentes do controle social para transformar a Declaração de Paris em luta diária contra a aids. Não queremos que a aids seja apenas um apêndice da saúde neste município, ela deve ter um papel preponderante. Não podemos aceitar que questões relacionadas à aids e às ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) sejam meramente pautas pontuais dos nossos governantes.

Sumário

O desmonte do SUS, a política de financiamento e a influência do movimento aids.....	2
Nós e as LGBTI por que articular?	3
Saúde, IST/aids e prevenção na perspectiva da participação significativa das populações chaves.....	4
“A nossa luta ainda é por inclusão, dignidade e respeito”	5-6
Populações negras e a aids no Brasil.....	7-8
Manifesto da CNAIDS em defesa da Política Nacional.....	9
Movimento aids e ética em pesquisa precisam andar de mãos dadas.....	10
Coinfecção hepatite C/HIV no Estado de São Paulo	11
Os desafios para eliminação da tuberculose e a coinfecção TB/HIV	12
Experiência Brasil - França na luta contra a aids.....	13-14

Expediente

Mopaid

Movimento Paulistano de Luta Contra a Aids
Edição - Nº 02 - dezembro de 2018

Coordenação
Américo Nunes Neto
José Araújo Lima Filho
Cláudio Pereira

Rua Capitão Cavalcanti, 145 - Vila Mariana
São Paulo - SP - CEP. 04017-000

Jornalista Responsável
Talita Martins

Revisão Técnica
Programa Municipal de DST/Aids

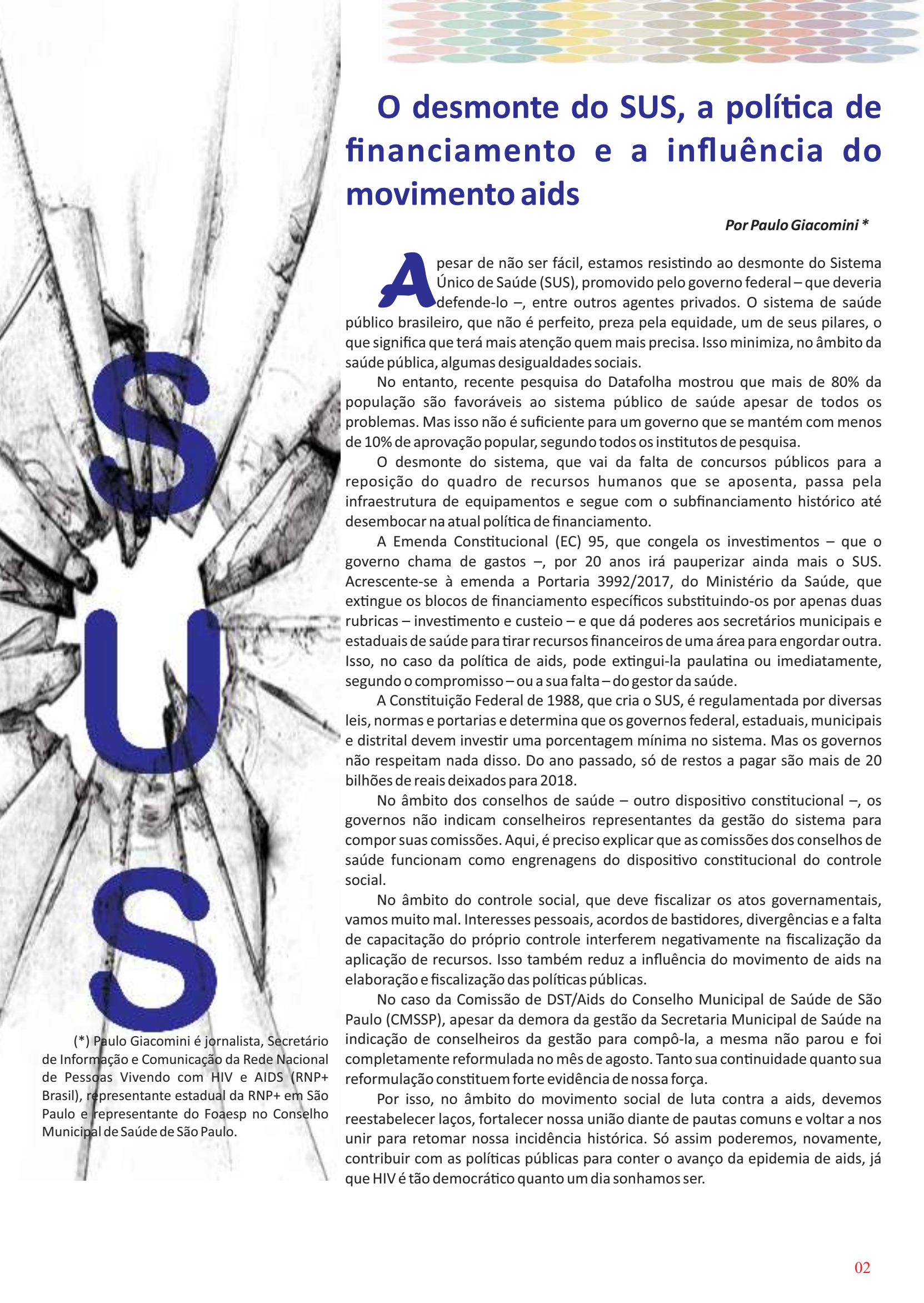
Projeto Gráfico e Ilustração
Américo Nunes Neto

Tiragem - 2.000 exemplares

Fale com a gente - www.mopaid.org
e-mail / mopaid@gmail.com

Apoio





O desmonte do SUS, a política de financiamento e a influência do movimento aids

Por Paulo Giacomini *

A pesar de não ser fácil, estamos resistindo ao desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), promovido pelo governo federal – que deveria defendê-lo –, entre outros agentes privados. O sistema de saúde público brasileiro, que não é perfeito, preza pela equidade, um de seus pilares, o que significa que terá mais atenção quem mais precisa. Isso minimiza, no âmbito da saúde pública, algumas desigualdades sociais.

No entanto, recente pesquisa do Datafolha mostrou que mais de 80% da população são favoráveis ao sistema público de saúde apesar de todos os problemas. Mas isso não é suficiente para um governo que se mantém com menos de 10% de aprovação popular, segundo todos os institutos de pesquisa.

O desmonte do sistema, que vai da falta de concursos públicos para a reposição do quadro de recursos humanos que se aposenta, passa pela infraestrutura de equipamentos e segue com o subfinanciamento histórico até desembocar na atual política de financiamento.

A Emenda Constitucional (EC) 95, que congela os investimentos – que o governo chama de gastos –, por 20 anos irá pauperizar ainda mais o SUS. Acrescente-se à emenda a Portaria 3992/2017, do Ministério da Saúde, que extingue os blocos de financiamento específicos substituindo-os por apenas duas rubricas – investimento e custeio – e que dá poderes aos secretários municipais e estaduais de saúde para tirar recursos financeiros de uma área para engordar outra. Isso, no caso da política de aids, pode extingui-la paulatina ou imediatamente, segundo o compromisso – ou a sua falta – do gestor da saúde.

A Constituição Federal de 1988, que cria o SUS, é regulamentada por diversas leis, normas e portarias e determina que os governos federal, estaduais, municipais e distrital devem investir uma porcentagem mínima no sistema. Mas os governos não respeitam nada disso. Do ano passado, só de restos a pagar são mais de 20 bilhões de reais deixados para 2018.

No âmbito dos conselhos de saúde – outro dispositivo constitucional –, os governos não indicam conselheiros representantes da gestão do sistema para compor suas comissões. Aqui, é preciso explicar que as comissões dos conselhos de saúde funcionam como engrenagens do dispositivo constitucional do controle social.

No âmbito do controle social, que deve fiscalizar os atos governamentais, vamos muito mal. Interesses pessoais, acordos de bastidores, divergências e a falta de capacitação do próprio controle interferem negativamente na fiscalização da aplicação de recursos. Isso também reduz a influência do movimento de aids na elaboração e fiscalização das políticas públicas.

No caso da Comissão de DST/Aids do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMSSP), apesar da demora da gestão da Secretaria Municipal de Saúde na indicação de conselheiros da gestão para compô-la, a mesma não parou e foi completamente reformulada no mês de agosto. Tanto sua continuidade quanto sua reformulação constituem forte evidência de nossa força.

Por isso, no âmbito do movimento social de luta contra a aids, devemos reestabelecer laços, fortalecer nossa união diante de pautas comuns e voltar a nos unir para retomar nossa incidência histórica. Só assim poderemos, novamente, contribuir com as políticas públicas para conter o avanço da epidemia de aids, já que HIV é tão democrático quanto um dia sonhamos ser.

(*) Paulo Giacomini é jornalista, Secretário de Informação e Comunicação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ Brasil), representante estadual da RNP+ em São Paulo e representante do Foesp no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

Nós e as LGBTI+ por que articular?

Por Carué Contreiras*

A atitude do movimento LGBTI+ em relação ao HIV/aids está mudando. A tônica era o dissociativismo – a tentativa de se dissociar desta questão 'estigmatizante'. Com os dados recentes de aumento da epidemia entre gays, porém, já não se pode negar o inegável. Colaborou para essa reaproximação, é verdade, o declínio dos orçamentos de Direitos Humanos, o que fez com que a Saúde voltasse a ser vista como uma possível – e justa – fonte de financiamento.

Nessa nova conjuntura, discuto por que pode ser importante para nós, pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), retomar a articulação com as LGBTI+.

“...a relação entre LGBTfobia e a epidemia é pouco compreendida...”

Ocupar a ágora LGBTI+ é coerente com nossa demanda pela abordagem dos fatores estruturais da epidemia. Corresponderia a uma atuação intersetorial da sociedade civil. Apropriarmo-nos das ricas pautas do movimento LGBTI+ e trans e atuar em conjunto pode fortalecer nossa luta. Além

disso, o movimento LGBT carece de pessoas no nosso lugar de fala. É um ambiente, via de regra, sorofóbico, que naturaliza uma diferença socialmente construída, e que, portanto, armariza as PVHA.

Nesse contexto, o debate em HIV/aids é muitas vezes primário. Por exemplo, a relação entre LGBTfobia e a epidemia é pouco compreendida.

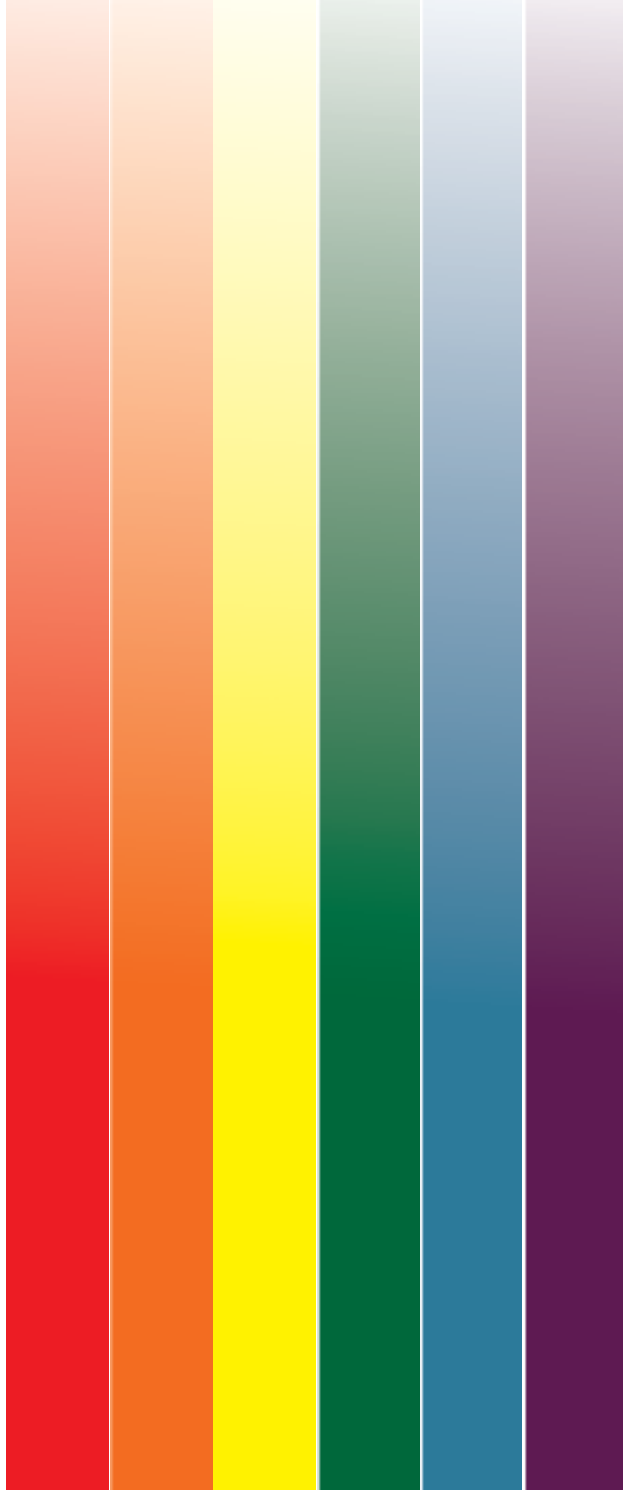
E iniciativas em HIV/aids incorrem facilmente no viés preventivista**, que inclui a PVHA somente como objeto de tratamento como prevenção – ou seja, nós enquanto vetores. Ignoram-se nossas questões de saúde e direitos humanos e incentiva-se, no mínimo por omissão, a sorofobia.

Ora, seria importante garantir que ações de HIV/aids do movimento LGBTI+, financiadas com recursos públicos, tratem a questão de forma a promover nossos direitos.

Tenhamos em mente, porém, que nosso lugar no movimento LGBTI+ é o de minoria. Como mulheres, pessoas trans e pessoas negras, é preciso lutar para ter voz em um contexto que favorece homens cis brancos oficialmente HIV-negativos e com plano de saúde. Haverá gays privilegiados a entender a visibilidade das PHVA – sobretudo se organizadas – como um obstáculo à sua integração social, como uma 'estigmatização'.

Mas há possíveis alianças, sobretudo com as pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids que lá são silenciadas. Outros parceiros potenciais são as outras minorias – a depender, é claro, do quanto nos apropriemos de suas pautas.

Aponto alguns espaços possíveis para articulação. A Feira da Diversidade e Parada LGBT estão entre as maiores reuniões do mundo de PVHA – e a maioria delas nunca viu uma PVHA emancipada. E há, atualmente, quatro espaços participativos de possível encontro.



No âmbito federal, o GT de Prevenção Combinada tem a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) como representante HIV/aids. No âmbito estadual, temos o GT PrEP. No município, foi garantida uma vaga para PVHA no Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI+ da Atenção Básica e está em negociação uma vaga para PVHA no Conselho Municipal LGBTI+.

* Carué Contreiras é médico sanitarista e ativista em HIV e LGBT.

** O viés preventivista pode ser verificado mesmo na importante nota “Chamado para Ação” da Aliança Nacional LGBTI e GayLatino, de 2017. Apesar de trazer uma sólida discussão sobre vulnerabilidade social e programática de gays ao HIV/aids, sequer cita a sorofobia ou a qualidade do tratamento, além de equivocar-se ao dizer que o indetectável tem 7% de chance de transmitir.



Saúde, IST/aids e prevenção na perspectiva da participação significativa das populações chaves

Por Leila Barreto*

Este artigo em sua brevidade expositiva tem como objetivo trazer reflexões acerca da saúde no campo das IST (infecções sexualmente transmissíveis), aids e prevenção junto as chamadas “populações-chave” – voz aqui articulada do movimento de prostitutas brasileiro, especificamente no meu lugar de atuação a Rede Brasileira de Prostitutas.

Para delinear os aprendizados e apontar caminhos que ultrapassem silêncios, apatias e estigmas – que norteiam espaços de atuação do segmento social das que exercem trabalho sexual, aqui pautada no sentido que quando tratamos questões referentes a esses contextos temos que atentar em não cair nas armadilhas do estigma - de criminalizar, vitimizar ou silenciar pautas e uma diversa e potente incidência política da categoria.

O movimentar das trabalhadoras sexuais brasileiras que se inicia e articula em rede, é um marco de uma estratégia fundamental no passado, para os dias atuais necessário mecanismo de articulação aos desafios postos pela institucionalização dos movimentos sociais, que desde a década de 1990, engessa seu campo de atuação, trazendo a essa mobilidade constituída em rede desafios a intervenção. Configurando uma estrutura institucional entre exigências administrativas, financeiras e adequações a editais ou a pautas gerais, que por vezes não a visibilizam em igual voz.

Assim como tensões entre seus próprios pares e formas outras de se articular. É importante registrar que essas mulheres estão organizadas – trago aqui a identidade feminina desse movimentar, mesmo considerando neste universo a diversidade de gênero e contextos sociais. Mas historicamente elas “as putas cis ou travestis” delineiam esse corpo político da categoria organizada a mais de trinta anos no País. Nesse registro histórico e campos de atuação estabelece uma capilaridade de ação para além da saúde, das ISTs/aids, direitos, em uma pauta desde os primórdios organizativos, por identidade, empoderamento e respeito.

Organizadas desenvolveram projetos e transaram políticas locais e nacionais no âmbito da saúde – compondo comitês, comissões – espaços ou meios de chegar aos seus pares as informações – ou a política pública. Nessa perspectiva seja, na saúde, ou qualquer outro a atualidade aponta que para consolidar as lutas empreendidas pela categoria e fortalecer os espaços de tomada de decisão que já são ocupados pela classe é que as pessoas que exercem trabalho sexual, já a muito mobilizadas e atuantes tenham essa participação em igual peso e voz a respeito como os projetos e os programas são realizados nos espaços que participam ou desejam participar, em todas as etapas das políticas que lhe dizem respeito significativamente.

Assim em rede, diversas e organizadas – as trabalhadoras sexuais compõe a construção e incidência de

políticas também múltiplas na democracia brasileira, em destaque neste à saúde, IST/aids e prevenção. Trazem uma expertise nessa trajetória que precisa ser ouvida – entendida de forma significativa, nessa capacidade política de transar em contextos diversos, múltiplos e de desafios. Precisamos aprender com essa história e trajetórias.

1- Marco organizativo do movimento brasileiro de Prostitutas, realização do I Encontro Nacional da categoria, Circo Voador, Rio de Janeiro em julho de 1987, quando fundam a Rede Brasileira de Prostitutas.

2- Trago aqui o conceito de transa como um ato de transgredir, em profícua e promíscua relação observada na organização desta categoria. Não só na diversidade das relações estabelecidas, mas na construção dos espaços de empoderamento empreendidos, o lugar assumido diante da demanda governamental às prostitutas organizadas. Nas tensões e ações do Estado em tentar tirá-las das esquinas e a resistência destas em manter a relação com o Estado, mas não perder sua identidade, seu espaço na rua, na cidade. O que chamo neste trabalho de transas sociais e institucionais. (BARRETO, 2016)

* *Leila Barreto é membro da Rede Brasileira de Prostituta e professora especializada em Direitos Humanos e Diversidade pela Universidade Federal do Pará (UFPA).*

Foto: Institucional

“A nossa luta ainda é por inclusão social, dignidade e respeito”, diz Keila Simpson, presidenta da Antra

A cada 48 horas, uma pessoa trans é assassinada no Brasil
Por Redação MopAids

Travestis e transexuais que vivem no Brasil, considerado um dos países mais violentos do mundo, enfrentam inúmeros desafios diariamente. É uma população que convive com a exclusão, o preconceito, a violação de direitos, enfrentam dificuldade no acesso à saúde integral, à escola e a falta de vagas no mercado de trabalho formal. São pessoas que geralmente vivenciam a humilhação justamente onde deveriam encontrar acolhimento, na família.

O Brasil, de acordo com dados divulgados no final de 2016 pela ONG Transgender Europe, lidera o ranking de países com mais registros de homicídios e agressões de pessoas trans. Nos últimos anos, cerca de 870 travestis e transexuais morreram de forma violenta no país.

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), apenas em 2017 foram registrados 179 assassinatos de travestis ou transexuais. Ou seja, a cada 48 horas, uma pessoa trans é assassinada no Brasil. Em 94% dos episódios, os assassinatos foram contra pessoas do gênero feminino.

“É uma sucessão de dificuldades que a gente enfrenta desde o momento da percepção da identidade até a vida adulta. Embora não haja levantamentos precisos sobre quantas travestis e transexuais existam no Brasil, sabemos que somos poucas. E se as mortes continuarem neste ritmo vamos desaparecer”, lamentou a ativista Keila Simpson, presidenta da Antra.

Pesquisas apontam ainda que a expectativa de vida de um transexual no Brasil é de 35 anos, menos da metade da média nacional (75 anos). Segundo Keila, a associação está se preparando para denunciar internacionalmente a violência contra as travestis, mulheres e homens transexuais. “Não podemos nos calar, o Brasil precisa se envergonhar deste dado.”

Na avaliação da militante, pessoas trans ainda não são respeitadas pela sociedade e a luta por direitos acontece pouco a pouco. “Nossas bandeiras de luta são várias, somos um segmento que não temos quase nada, por isso, ainda lutamos por inclusão social. Não podemos esquecer que a população trans está fora de todos os nichos da sociedade”, avaliou.

Keila conta que a rua é a realidade da maioria da população trans, que sai de casa cedo e recorre a empregos informais devido à falta de compreensão das famílias e baixa escolaridade. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais, 90% da população trans vive exclusivamente da prostituição.

Nome civil

Hoje, mesmo com este cenário, de acordo com Keila, já é possível falar em avanços no campo do direito. O Brasil ainda não tem uma lei que criminaliza a homofobia, mas, depois de muita pressão do movimento social, a luta pela garantia do nome civil ganhou um novo capítulo.



3ª Caminhada Pela Paz - Av. Paulista - jan/2017

Em maio, o Supremo Tribunal Federal permitiu que transexuais e transgêneros alterem seu nome no registro civil sem a necessidade de realização de cirurgia de mudança de sexo. Ficou decidido também que não é preciso autorização judicial para que uma pessoa transexual requisi-te a alteração no documento, que poderá ser feita em cartório.

Saúde precária

A atenção à saúde de transexuais e travestis é recente e precária no Brasil. Até 1997, a cirurgia de redesignação sexual era proibida no país. Hoje, embora o acesso ainda seja desigual entre a população trans, o SUS (Sistema Único de Saúde), desde 2008, oferece este tipo de cirurgia, com acompanhamento psicológico e hormonioterapia. No entanto, a ativista de direitos humanos destaca que os obstáculos no acesso à hormonioterapia e outros tratamentos e procedimentos transexualizadores frequentemente tornam a automedicação e o recurso a métodos clandestinos de modificação corporal a única alternativa viável. “Há poucos serviços especializados e médicos preparados para o atendimento da população trans. Muitas vezes, estamos com dor de garganta e nos

encaminham para um serviço de DST/aids.” No campo da aids, as trans são consideradas populações-chave para a resposta brasileira ao HIV, justamente por estar entre as mais vulneráveis à infecção, com número de casos de HIV expressivamente maior quando comparado ao restante da nação. Dados de pesquisas nacionais mostram que, enquanto na população geral brasileira a prevalência de HIV é de 0,4%, entre as pessoas trans essa taxa é superior a 16,9%.

“Se somos tão vulneráveis ao HIV, precisamos igualar as ações e focar em alternativas de prevenção em todos os níveis de governo. As campanhas precisam ser claras e dialogar com a população trans.”

Keila, que atua há quase três décadas na luta de travestis e transexuais, garante que muitas conquistas da população trans vêm do campo da saúde. “O movimento de travestis é filho da aids, nos constituímos dentro do debate desta epidemia, ou seja, somos oriundos da aids. Vale lembrar que a primeira entrada da população trans no Sistema Único de Saúde foi nos serviços de aids.”

Transexualidade não é doença

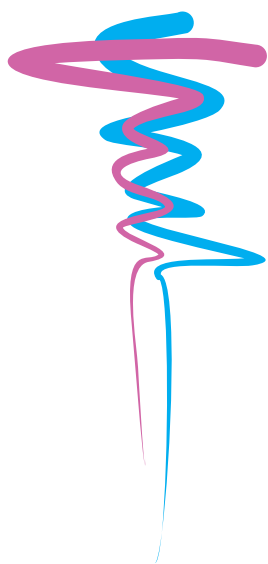
Em junho de 2018, a OMS (Organização Mundial da Saúde) retirou a transexualidade da lista de doenças mentais na nova versão da Classificação Internacional de Doenças, a CID-11.

A transexualidade, porém, continua na CID, como incongruência de gênero, dentro da categoria de condições relativas à saúde sexual. Segundo a OMS, a mudança pode ajudar a reduzir o estigma. Até a alteração, as pessoas que não se identificavam com o gênero de nascimento eram consideradas doentes mentais, conforme a classificação da OMS. Com a alteração, a organização mantém a transexualidade dentro da classificação para que uma pessoa possa ter ajuda médica quando precisar.

“Quem está chegando agora nesta luta vai encontrar um novo panorama. Já conseguimos conquistas importantes. A população trans jovem terá o direito de viver a vida adulta com o nome retificado, sem passar constrangimento. As políticas públicas, mesmo que tímidas, são importantes e estão caminhando. O desafio agora será levar essas conquistas adiante e ampliar ainda mais os nossos direitos. A nossa luta é para que as pessoas vivam livres, da forma que são e que desejarem ser”, finalizou.



Foto: Dino Santos - CUT - SP



Populações negras e a aids no Brasil

Por Michely Ribeiro da Silva*

“Aquilo que não se via ou não se dizia ou se fingia não ver/dizer está dito: racismo. E é hora de passar adiante”.



O trecho acima apresentado, é registro de Jurema Werneck no texto “A era da inocência já acabou, foi tarde”, e apresenta uma realidade com a qual as populações negras, e toda a sociedade, necessitam dialogar no que tange a promoção de saúde da população negra e o impacto do racismo na atenção e cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil.

A desigualdade racial estrutura a desigualdade social brasileira, apontando barreiras para a participação igualitária de negras e negros nos mais variados campos da vida social, ocasionando desigualdades e discriminações que prejudicam não apenas as populações negras, mas a sociedade como um todo. **Sendo o racismo e o racismo institucional** práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, temos como por exemplo, a dificuldade de acesso às estratégias de cuidado em saúde para pessoas vivendo com HIV impactando diretamente nos indicadores de mortalidade para negras e negros.

O início de todo diálogo para compreender as relações raciais no Brasil, assim como a situação na qual diferentes populações negras se encontram, devem estar amparadas no contexto histórico que amplia olhares para o entendimento dos indicadores que apresentam indivíduos negros como principais vítimas da violência e mortalidade.

Nesse sentido, lembrar a história do Brasil significa recordar que a população brasileira foi constituída por indígenas, europeus, assim como de negras e negros. Cabe, no entanto, evidenciar que tal constituição populacional ocorreu diante do genocídio de diversos povos indígenas devido a colonização europeia, e escravização de negros trazidos forçados do continente africano. Tal história estrutura a instalação de privilégios, mediadas pelo estado colonial, apresentando desde aquele momento marcas políticas e culturais que orientam a dinâmica social das relações raciais no Brasil.

Para Werneck, o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. Esse fenômeno tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua

trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade juvenil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade em decorrência da aids, nos indicadores e coeficientes de mortalidade materna.

A divulgação dos dados do Boletim Epidemiológico de IST/Aids 2016, evidencia que o cenário acompanha disparidades no que tange ao acesso às diversas formas de prevenção, que corroboram com o quadro de óbitos para a população negra. Os dados apresentaram índices de óbitos por aids para pessoas brancas do sexo masculino de 59,5% no ano de 2003, e de 41,9% em 2015, apresentando redução desses óbitos. Já para pessoas negras (pretas e pardas) do sexo masculino houve aumento 39,8% no ano de 2003 para 57,6% em 2015. A mesma análise para o sexo feminino para pessoas brancas foi de 56% em 2003 e 40,4% em 2015, e de 15,1% em 2003 registrando aumento para o ano de 2015, registrando 15,5% índice de óbitos por aids para mulheres negras. Nesse sentido observa-se um aumento significativo na proporção de óbitos entre indivíduos autodeclarados pretos e pardos, e uma queda significativa na proporção de pessoas brancas.

De acordo com o Unids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), ao se avaliar a mortalidade por causas relacionadas à aids, aponta-se que, em 2015, a maior proporção dos falecimentos ocorreu entre pardos (44,2%), seguidos por brancos (41,4%) e pretos (14%), o que significa que a população negra representou um total de 58,2% desses óbitos. Na cidade de São Paulo, também em 2015, enquanto a taxa de mortalidade por causas relacionadas à aids entre brancos foi de 5,4 (por 100 mil habitantes), entre pretos foi de 10,9 (por 10 mil habitantes).

O Unids identificou ainda as estatísticas apresentadas para a cidade de São Paulo (2015) apresentam taxa de detecção de casos de aids entre negros de 1,5 vez maior que entre brancos.

“o principal é dizer que o tempo da inocência já passou. Aquilo que não se via ou não se dizia ou se fingia não ver/dizer está dito: racismo. É hora de passar adiante”

Quanto aos dados relacionados as mulheres, a diferença é ainda maior: a taxa de identificação entre mulheres pretas foi 3,1 vezes maior do que entre mulheres brancas.

Ainda com a produção desses dados, possíveis através da coleta do quesito raça/cor, se encontra grande dificuldade de identificar e utilizar as informações coletadas como instrumento para a tomada de decisão, de modo a aprimorar e qualificar as estratégias da gestão pública de controle das ISTs/aids.

No Boletim Epidemiológico de 2017, analisando os anos entre 2004 e 2013, a informação sobre gestantes vivendo com HIV, predominou a raça/cor parda, seguida da branca, que representaram, em 2013, 41,3% e 39%, respectivamente. Dessa maneira no mesmo período analisado (2004-2013), houve aumento no número de óbitos por aids na raça/cor parda. Em 2013, a maior taxa de mortalidade por aids foi registrada em homens pretos (12,5/100 mil habitantes), seguidos de brancos (7,9/100 mil habitantes) e pardos (7,1/100 mil habitantes). Com relação às mulheres, a maior taxa de mortalidade foi observada na raça/cor preta.

Tal informação vem em crescente desde que os Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde passaram a ser apresentados com a análise do quesito raça/cor em 2008, apesar de esse mesmo quesito ter sido reinserido aos registros oficiais no ano de 1996. A essa morosidade do sistema em implantar informações de análise, também se dá o nome de racismo institucional.

É oportuno que as organizações que dialogam sobre direitos humanos nas políticas de aids vislumbrem incorporar análises e ações que aprofundem e problematizem o impacto do racismo nos indicadores para pessoas vivendo com HIV, sobretudo em

razão da vigência da Década Internacional de Afrodescendentes (2015-2024) proclamada pela resolução 68/237 da Assembleia Geral da ONU, proporcionando uma estrutura sólida para as Nações Unidas, os Estados-membros, a sociedade civil e todos os outros atores relevantes para tomar medidas eficazes para a implementação de programas de atividades que garantam debate acerca do reconhecimento, justiça e desenvolvimento da população afrodescendente.

Dialogar sobre o racismo enquanto um determinante social em saúde para as demandas e dinâmicas de promoção de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, encontra escopo e solidez para sua execução e promoção de saúde da população negra frente ao controle das ISTs no Brasil, além da ampliação da qualidade da assistência em saúde para as pessoas que vivem com o HIV.

Não reconhecer a vigência do racismo, sem negar a existência do preconceito, faz com que, apesar dos diversos estudos e formas de se relacionar, as relações raciais sejam pautadas de forma discriminatória, estabelecendo relações disfarçadas e o racismo se torna um gritante negado e negligenciado.

Para finalizar essa etapa (o que não significa fechar o diálogo), retomo a epígrafe desse texto, na citação de Jurema Werneck: “o principal é dizer que o tempo da inocência já passou. Aquilo que não se via ou não se dizia ou se fingia não ver/dizer está dito: racismo. E é hora de passar adiante”. Precisamos com urgência avançar na estruturação de respostas que sejam mais rápidas em oferecer qualidade de vida, e vida (!) para as pessoas negras vivendo com HIV. Essa responsabilidade deve ser mais que dos movimentos sociais, das próprias populações negras. É preciso que toda a sociedade, principalmente responsáveis pela execução das políticas sociais, reconheçam o impacto do racismo na saúde, e se disponham a construir alternativas, em conjunto com as populações negras, buscando garantir o bem viver, e qualidade de vida para as pessoas negras.

*** Michely Ribeiro da Silva é graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Atua no movimento social visando a elaboração e estruturação de políticas públicas com foco para a equidade em saúde, especialmente para as mulheres negras. Membro da Rede Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids, da Articulação de organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB**

Movimento aids e ética em pesquisa precisam andar de mãos dadas

Por José Araújo Lima Filho*

No auge da epidemia de aids no Brasil, no final dos anos 1980, muitos pesquisadores se debruçaram em estudos para tentar frear o avanço da doença e encontrar medicamentos potentes que dessem conta de amenizar as consequências da aids. Pesquisas foram realizadas no mundo e o Brasil era um dos grandes centros.

Na época, não existiam regras para reger a ética nas pesquisas com seres humanos.

A consequência: muitos estudos trouxeram mais estragos do que benefícios na vida das pessoas que eram estudadas.

O movimento de aids lutou incansavelmente para que fosse freado os desrespeitos aos participantes. Em 1996, foi assinada a resolução 196 que tinha como objetivo proteger os participantes de pesquisa. Esta resolução foi fundamental para que a ética respeitasse os direitos humanos das pessoas.

Para cumprir as novas regras foi criado o sistema CEP/Conep (Comitê de Ética em Pesquisa / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), onde os comitês em todo o país - sob a coordenação da Conep - tivessem o papel de fiscalizar e estar próximo aos participantes para receber denúncias e tomar providências sempre que necessário.

Para estar livre de pressões externas nas análises e fiscalização, o sistema CEP/Conep foi incorporado ao Conselho Nacional de Saúde. Para ter o reconhecimento da Conep, o Conselho criou a resolução 240 que garantia a participação de representantes dos usuários nos comitês.

O protagonismo da sociedade civil no sistema teve como objetivo garantir a participação da comunidade em um espaço considerado acadêmico. As indicações eram de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e dos fóruns de patologias ou movimentos sociais legalmente constituídos.

Com o fortalecimento dos Comitês, hoje são mais de 800 espalhados pelo Brasil, temos encontrado grandes dificuldades para que os espaços sejam também ocupados pelos movimentos sociais.

Mesmo com a homologação da resolução, os conselhos e movimentos sociais não assumiram o espaço como um movimento político de grande importância para todos os brasileiros.

Algumas questões mostram que a fragilidade acontece em razão do desconhecimento da sociedade sobre a importância do sistema e o pouco interesse da maioria dos CEPs em aceitar o papel dos representantes dos participantes de pesquisas. São pessoas indicadas e por ser um espaço acadêmico se sentem excluídos e incapazes de participar das análises e debates.

É importante que os movimentos sociais fortaleçam seus membros para que possam analisar ou mesmo resistir a este espaço. Para ser parte dos comitês, não há necessidade de formação. Hoje, são mais de 12 mil voluntários trabalhando para que os direitos de 200 milhões de brasileiros, em condições de serem participantes de pesquisas, sejam respeitados.

No momento, a resolução 240 encontra-se em revisão, queremos ampliar e reforçar a participação da sociedade civil nos espaços de pesquisas. É fundamental que o movimento de aids em todo o Brasil compreenda e assuma este espaço como prioridade em suas demandas.

O Mopaid (Movimento Paulistano de Luta Contra a Aids) tem trazido as discussões em seus espaços, o Fórum de ONG/Aids do Estado de São Paulo tem mostrado interesse em viabilizar um treinamento para seus membros. Além destas ações, é necessário que o tema seja pautado na Anaid, Erongs e Enong.

Há interesse externo de fragilizar e acabar com o sistema CEP/Conep, com projetos de leis no Congresso nada cidadã.

No momento político que vivemos, onde o ativismo e controle social foram ameaçados publicamente, fortalecer os espaços conquistados é um dever de todos nós.

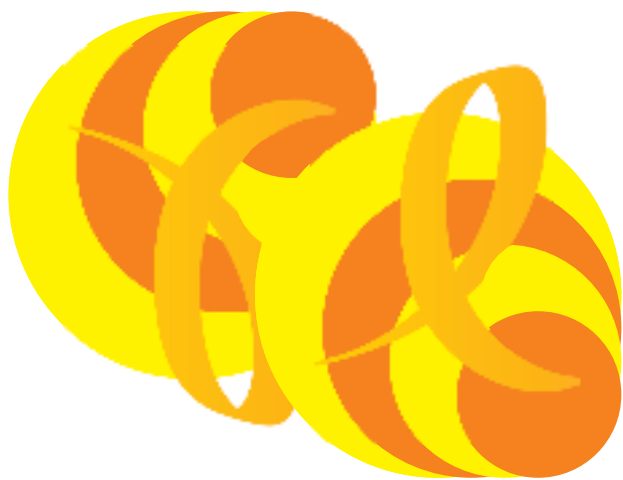
** José Araújo Lima filho é membro da Conep e um dos coordenadores do Mopaid*



Imagem: Institucional

Coinfecção hepatite C/HIV no Estado de São Paulo

Por Sirlene Caminada*



A coinfecção hepatite C/HIV (HVC/HIV) representa importante problema de saúde pública com prevalência que varia de 10 a 30% em diversas populações. Ocorre variação geográfica na distribuição desse agravo, sendo mais atingida a população de usuários de drogas pipada, inalada ou injetáveis que compartilham equipamentos. Na população de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV a transmissão sexual do HCV deve ser considerada.

A transmissão do vírus da hepatite C ocorre por exposição a sangue infectado e as pessoas coinfectadas HIV/HCV apresentam risco mais elevado de progressão para cirrose ou doença hepática descompensada do que aquelas mono-infectadas com HCV.

O diagnóstico precoce seguido do tratamento são ações prioritárias na atenção para redução da morbidade e mortalidade por essas infecções. O Programa Estadual de Hepatites Virais e o Programa Estadual de IST/HIV/Aids recomendam:

(1) realizar a testagem para o vírus da hepatite C em todas as pessoas vivendo com HIV no início da abordagem dessa população nos serviços de saúde;

(2) realizar a testagem para a hepatite C anualmente para as pessoas vivendo com HIV.

Desde 2015, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite C do Ministério da Saúde contempla o tratamento universal para essa população específica, independente do grau de fibrose hepática da hepatite C.

O conhecimento do perfil epidemiológico é importante para estabelecer ações de prevenção e de controle desses agravos. Todos os casos diagnosticados de hepatite C devem ser notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Estado de São Paulo. A presença ou não de HIV/aids como agravo associado foi introduzida na ficha de investigação epidemiológica, a partir de 2007.

Desse ano até maio de 2018, foram registrados 7.357 casos de coinfecção HCV/HIV, com uma frequência de coinfecção que varia de 15,3% (990 casos de HIV/6.482 casos diagnosticados de hepatite C) em 2007 a 10,2 (817/8092) em 2016. A maioria dos casos ocorreu no sexo masculino (74,8%), na faixa etária de 40 a 49 anos (42,3%), raça/cor branca (63,1%) e com ensino fundamental (47,3%). A provável fonte de transmissão mais frequente foi o uso de drogas ilícitas (57,4%). Os dados para os anos posteriores estão sob revisão.

***Sirlene Caminada é coordenadora do Programa Estadual de Hepatites Virais do Estado de São Paulo.**



Os desafios para eliminação da tuberculose e a coinfecção TB/HIV

Por José Carlos Veloso*

Os desafios para a eliminação da tuberculose (TB) são muitos, desde investimento na área da saúde, em especial na atenção básica, até o que chamamos de proteção social. Sim, tuberculose tem a ver com os condicionantes sociais, ou seja, questões transversais à saúde, educação, lazer, trabalho, moradia, entre outros determinantes.

Desde 2014, a Organização Mundial da Saúde vem trabalhando com a estratégia pelo fim da tuberculose. A iniciativa envolve vários atores de diferentes seguimentos, das áreas de medicina, pesquisa, sociedade civil e determinantes sociais.

No Brasil, a estratégia foi adotada com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública, também conhecido como “Brasil Livre da tuberculose”, lançado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em 2017.

O estado de São Paulo assumiu o compromisso com as diretrizes internacionais e nacional, com o Plano de Eliminação da Tuberculose do Estado de São Paulo.

As recomendações sugerem estratégias para eliminar a tuberculose com as metas de atingir 10 casos e menos de 1 óbito por 100.000 habitantes até 2035.

Recomendações estas bem ousadas para a atual conjuntura em que se encontra a saúde pública no país, que enfrenta diversos outros agravantes que surgem a cada ano, exemplo: chicungunha, Zika, febre amarela, sarampo e outras que estarão por vir.

A tuberculose que ainda é uma doença invisível aos olhos do senso comum, da imprensa e do público em geral, corre o risco de ficar ainda mais invisível. Mas ainda sim seguimos com quase 70 mil novos casos e 5 mil óbitos ao ano no Brasil.

Mais grave fica a situação da coinfecção TB/HIV, onde quase 10% da população coinfecada vem a óbito, segundo dados do Ministério da Saúde e secretarias de estado e município de São Paulo.

As ações colaborativas entre TB e HIV são cada vez mais necessárias, no enfrentamento das duas doenças (aids e TB). Neste sentido a participação da sociedade civil é entendida como uma estratégia de extrema importância, afinal estamos falando de qualidade de vida, acesso a informação e tratamento, tanto para as pessoas que vivem com HIV, como para as pessoas em tratamento para a tuberculose. Pautar a tuberculose nos espaços de controle social (comissões, conselhos, GT's, Fóruns e etc.) é uma

estratégia que precisa ser articulada entre gestores e representantes da sociedade civil organizada do seguimento aids.

Por fim, devemos lembrar que trabalhamos pela manutenção e ampliação dos direitos de cidadania com acesso à saúde com qualidade (nenhum direito a menos). Direitos que garantam a qualidade de vida das pessoas que usam os serviços de saúde pública (SUS) e que não estão descolados dos direitos a assistência social, educação, trabalho, moradia digna e mais uma vez, cidadania, em tempos atuais esse precisa ser nosso mantra, caso contrário corremos o risco

de perder tudo que já conquistamos.

**José Carlos Veloso é assistente social, membro da Rede Paulista de controle Social da Tuberculose, Comitê Estadual de Controle Social da Tuberculose, Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisas em TB e professor.*

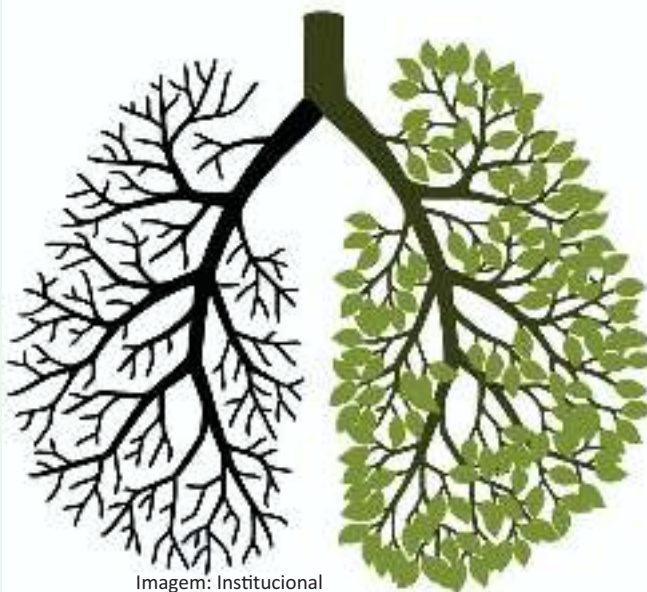


Imagem: Institucional



Experiência Brasil - França na luta contra a aids

Por *Isabela Vieira Bertho**

Em 2017 fui selecionada para realizar o estágio de pesquisa de dois meses do Programa de Cooperação Técnica Brasil-França, do Departamento de HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. O estágio tem como objetivo capacitar profissionais de instituições governamentais e não governamentais que trabalham no enfrentamento ao HIV/aids e hepatites virais. A partir do projeto de estágio, é selecionada a instituição francesa na qual será feito o intercâmbio, podendo essa ser uma ONG, hospital, etc. É fornecida uma bolsa para a estadia.

Meu projeto: “Juventude em risco: melhoria das estratégias para a prevenção ao HIV/Aids e outras ISTs para jovens em situação de vulnerabilidade em São Paulo, tinha como objetivo conhecer experiências de trabalho positivas no combate ao HIV/aids na França, de modo a contribuir para a melhoria do trabalho desenvolvido pelo Cefran (Centro Franciscano de Luta Contra a Aids) e em outras organizações sociais no Brasil. Desde o princípio, a proposta era a de compartilhar a experiência com outras organizações sociais e ativistas, promovendo a multiplicação da informação.

A organização na qual fui trabalhar chama-se “AIDES” e foi criada em 1984, logo no início da epidemia da aids no mundo. A AIDES possui 76 unidades distribuídas pelo território francês, incluindo a Guiana Francesa e alguns dos territórios marítimos. Realizei o estágio em uma unidade localizada na cidade de Lille, no norte do país.

Durante o estágio minha pesquisa foi realizada em duas frentes, uma com pesquisa bibliográfica, sobre a situação da França no combate ao HIV/aids, dados epidemiológicos e estratégias de sucesso em projetos voltados para jovens. A segunda frente envolveu uma participação nas atividades de campo desenvolvidas na AIDES Lille, de modo que eu pudesse conhecer na prática o trabalho desenvolvido.

Na França, atualmente existem 153 mil pessoas vivendo com HIV e a cada ano 6 mil novas pessoas são infectadas, número que se mantém estável há alguns anos (Santé Publique France). O tratamento é gratuito e destaca-se pela descentralização do acesso ao medicamento – possível de ser retirado em qualquer farmácia. Assim como o Brasil, a França também trabalha com uma perspectiva de prevenção combinada, e a PrEP (profilaxia pré-exposição) está disponível desde 2015. Os jovens não são tidos como população prioritária no combate ao HIV/aids, mas existe uma política que inclui a saúde sexual do jovem como prioritária.



Na estratégia nacional de saúde sexual (*Stratégie Nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030*) do Ministério da Saúde, a saúde sexual dos jovens é o primeiro eixo desse manual que fornece as diretrizes para a promoção e prevenção da saúde sexual dentro de abordagens positivas. Isso indica que na França, a saúde sexual do jovem é tida como prioridade.

Destacam-se também projetos de prevenção existentes para jovens, bem como algumas estratégias importantes, como: a criação de um material informativo com linguagem adaptada, sites informativos construídos com a presença de jovens e voltados para jovens, como o: <http://onsexprime.fr> e uma lei que regulamenta o ensino sobre a sexualidade a partir dos 13 anos nas escolas.

É interessante destacar que embora a população jovem não seja prioritária, alguns dados indicam um leve aumento na infecção entre jovens HSH, na faixa etária de 18-24 anos. Esse aumento tem levado a um questionamento sobre as estratégias de prevenção, e a estudos que percebem mudanças no comportamento social desse grupo que podem estar na origem desse aumento. Um exemplo são as novas formas de socialização entre os jovens, cada vez mais mediadas por aplicativos de encontro e a redução dos espaços de convivência exclusivamente LGBT. Conhecer essas informações pode nos auxiliar na elaboração de estratégias no Brasil voltadas para essa população.

A AIDES Lille possui ainda três programas de ação voltados à prevenção e ao acolhimento de alguns grupos prioritários. Destaco o programa de redução de danos, destinado às pessoas usuárias de drogas, que realiza acolhimento, orientação e distribuição de kits redutores de danos.

Além disso, a organização realiza a testagem rápida comunitária. Segundo pesquisas na França, a testagem rápida feita pelas organizações sociais possuem maiores resultados positivos do que as testagens em laboratórios ou clínicas, embora correspondam a somente 16% dos testes de HIV. Isso se explica pelo fato de que as organizações sociais, por meio de uma abordagem comunitária e entre pares, acabam atingindo mais os grupos em maior vulnerabilidade do que os serviços de saúde. Para fazer a testagem, é, entretanto necessário passar por uma formação.

Participei de ações de prevenção nas ruas, em centros de acolhida (para adultos, jovens e migrantes), restaurantes públicos, faculdades, etc. Além disso, a ONG possui horários com funcionamento “portas-abertas”, voltados para populações específicas, como pessoas vivendo com HIV/aids, migrantes e mulheres trans. Em alguns outros momentos também é possível realizar a testagem na própria organização.

A AIDES possui também um trabalho importante voltado para as pessoas que vivem com HIV/aids e hepatites, que procura por meio de campanhas públicas combater o preconceito e a falta de informação da sociedade, e também por meio de ações internas trabalhar na promoção da autoestima dessas pessoas.

A experiência do estágio foi muito interessante e pude aprender e compartilhar minhas experiências aqui no Brasil. Acredito que essa oportunidade permite que possamos contribuir com as questões internas no Brasil, a partir de uma observação de experiências exitosas. Incentivo que mais membros da sociedade civil possam participar do programa.

****Isabela Vieira Bertho é assistente técnica do Cefran (Centro Franciscano de Luta Contra a Aids).***

Imagem: Institucional



MOPAIDS

Movimento de Luta e Resistência