

RETRATOS DA DESATENÇÃO

Em 1986, ano de fundação da ABIA, os principais jornais do país mostravam pouco interesse pela AIDS. Ainda tida como "câncer gay" ou "doença de minorias", a AIDS, apesar de já se apresentar como uma possível epidemia em várias partes do mundo, no Brasil não era assunto de primeira página nem mesmo era muito comentada nas seções específicas de saúde. No entanto, a evolução da epidemia veio confirmar o perfil empobrecido do país que todos nós conhecemos.

Se nesses dez anos alguns aspectos melhoraram em termos de opções de informação, pouca coisa mudou quanto à possibilidade de acesso a medicamentos e tratamentos e à questão da assistência propriamente dita, como podemos constatar com as mais de 30 mil transfusões de sangue realizadas no Rio de Janeiro, entre 1994 e 1995, sem prévia testagem anti-HIV. Na verdade, em quase 20 anos de epidemia, o país continua dando exemplo de desatenção e desinteresse público, não apresentando políticas governamentais transparentes e especificamente voltadas para alguns dos segmentos mais atingidos da população.

Esta edição do *Boletim ABIA* procura, mais uma vez, alertar sobre o descaso em relação às mulheres HIV positivas, à população afro-brasileira, à terceira idade, entre tantos outros segmentos "esquecidos". Além disso, apresentamos uma entrevista exclusiva com Paulo Roberto Teixeira, coordenador do Programa de DST/AIDS de São Paulo, sobre a falta de políticas públicas mais eficientes.

Em tempos de poucas ações práticas eficazes, resta trabalhar, repartir conhecimentos e esperanças, denunciar silêncios, aplaudir iniciativas e, mais do que tudo, exigir providências. Como disse Betinho em entrevista publicada na edição passada deste Boletim, "uma epidemia exige execução imediata de medidas. Dois ou três meses em termos de AIDS é uma vida".

AIDS, SEXUALIDADE E TERCEIRA IDADE

Marcelo Secron Bessa

Mestre em Literatura pela PUC-RJ e autor da dissertação *Histórias Positivas: A Literatura (Des) Construindo a AIDS* (PUC-RJ, 1996).

Um olhar atento na tabela de casos de AIDS por faixa etária - incluída no mais recente Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde perceberá uma aproximação entre adolescentes e idosos. Do total de casos oficiais de AIDS no país (79.908 até fevereiro de 1996), 2,3% estão entre jovens de 15 a 19 anos e 1,8% em pessoas acima de 60 anos, incluindo todas as formas de transmissão do HIV. Certamente, uma diferença mínima.

A aproximação, no entanto, pára aí. Em relação aos jovens, percebeu-se, há algum tempo, a necessidade de se criarem campanhas de informação e prevenção do HIV/AIDS que falem a linguagem do adolescente e que driblem a dúvida e a incerteza tão características da idade. Buscar formas específicas de se falar de práticas sexuais e de uso de drogas para um público que está apenas começando a experimentá-la os tem um motivo: é justamente nas faixas etárias subseqüentes que o número de casos de AIDS dá um salto assustador. Informar o adolescente hoje a se prevenir do HIV pode evitar o aumento de casos de AIDS em adultos amanhã. E em relação aos idosos, há a mesma preocupação?

ESTEREÓTIPOS

Discutir a conjunção HIV/AIDS e idosos leva a uma questão mais ampla, que é a situação da terceira idade no Brasil. As dezenas de mortes ocorridas em uma clínica para idosos no Rio de Janeiro entre maio e junho de 1996 tornaram claro o despreparo do Estado para atender uma população que cresce a cada ano. As estatísticas mostram que o país está envelhecendo rapidamente, sem haver programas que suportem - e apoiem - o crescente número de idosos.

**É preciso desmistificar a sexualidade na
terceira idade. É preciso falar sem vergonha
de sexo ou timidez e erotizar o uso da
camisinha entre os idosos.**

Esse despreparo - que vem do desconhecimento - não é exclusivo do Estado, mas também da sociedade civil. Nesta, a terceira idade é vista, basicamente, sob dois estereótipos: o do *velho inútil*, que é um estorvo para a família e a sociedade, e o do *bom velhinho*, a figura simpática do vovô que conta

histórias aos netos e da vovó que faz bolos e doces aos domingos. Aos olhos de todos, terceira idade definitivamente não combina com atividade. Inclusive, e principalmente, a sexual. Mais que negar a atividade sexual, a sociedade crê na *aposentadoria* do desejo. Quem imagina os próprios avós mantendo relações sexuais?

A implícita continência, ou seja, a abstenção dos prazeres, nesses dois estereótipos mascara a realidade: dos casos de AIDS em pessoas acima de 60 anos, grande parte se deu por transmissão sexual, onde, inclusive, há quase uma paridade entre transmissão homossexual e heterossexual. O estudo da sexualidade na terceira idade, mais que útil, torna-se, então, necessário.

SEXUALIDADE E DESMISTIFICAÇÃO

Esse foi o tema que Arnaldo Risman, professor de Sexualidade da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da UERj, desenvolveu na sua dissertação de mestrado, intitulada *A carruagem da saudade: seremos todos passageiros? O percurso da sexualidade na terceira idade*. Apesar de a AIDS não ser um ponto principal, ela aparece na discussão. "A AIDS surge como uma preocupação para o idoso", diz Arnaldo, "sendo que essa preocupação é ao mesmo tempo real e irreal". Segundo ele, real pois sabem que podem se contaminar por uma relação sexual, e irreal pois muitas vezes a AIDS serve de desculpa para negar uma relação.

Pode-se pensar, porém, que esse "medo irreal" seja falta de informações específicas de prevenção. Em aulas na UnATI sobre métodos contraceptivos, Arnaldo vê uma dupla reação, principalmente entre as mulheres: algumas já viram uma camisinha antes, mas a grande maioria nunca viu ou tocou numa. Assim, Arnaldo distribui camisinhas, ensina como utilizar e quais os lubrificantes corretos. Com a vergonha e a timidez iniciais vencidas, "a aula se transforma em uma festa, todos se divertem", diz ele. Se as mulheres se mostram mais curiosas e abertas, os homens têm o mesmo discurso que os jovens: que "atrapalha", "é incômodo" etc. Mas a resistência dos homens é agravada por mais um fator: a dificuldade de ereção. Se esta não é tão freqüente quanto na juventude ou na idade adulta, a camisinha aparece como um obstáculo para uma ereção satisfatória. Essa dificuldade leva os homens a terem relações sexuais sem camisinha ou, como observou Arnaldo, a uma negação a relações sexuais, preferindo a masturbação.

Entre as formas de se prevenir novos casos de AIDS em pessoas acima de 60 anos, é preciso desmistificar a sexualidade na terceira idade. Assim será possível estabelecer campanhas de informação e prevenção específicas para o grupo, com uma linguagem própria e que esteja dentro da realidade social, cultural e, é claro, da geração dos idosos. É preciso dar-lhes meios para esclarecer suas dúvidas, para falarem de sexo sem vergonha ou timidez ou, ainda, maneiras de erotizar o uso da camisinha sem que esta implique a perda da ereção. Desta forma, a terceira idade não precisará se situar entre o medo real e o irreal, ou seja, a contaminação ou a continência impostas.

TROCANDO IDÉIAS COM PAULO ROBERTO TEIXEIRA

SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

POR VERIANO TERTO JÚNIOR

Coordenador da Área de Projetos da ABIA

Pioneiro na mobilização e elaboração das primeiras respostas governamentais à AIDS, Paulo Roberto Teixeira, hoje, coordena o Programa de DST/AIDS de São Paulo. Nesta entrevista, Paulo Roberto traça um panorama das atuais políticas públicas de saúde no país e opina sobre os rumos que deveriam ser seguidos, bem como sobre o futuro da epidemia no país.

COMO VÊ HOJE A RESPOSTA GOVERNAMENTAL BRASILEIRA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS PARTINDO DA EXPERIÊNCIA PIONEIRA DE 1983?

De 1983 a 1984, dependendo da região, a grande discussão era sobre a dimensão e importância da AIDS. Isso hoje está superado e ela é identificada em qualquer lugar dentro do quadro sanitário. No entanto, recebe respostas coerentes com a atenção que o quadro sanitário como um todo tem recebido: em regiões onde há uma maior preocupação com os agravos à saúde, a AIDS tem caminhado, eu diria até de uma forma diferenciada.

Falando particularmente pelo Estado de São Paulo, acho que várias coisas como o reconhecimento e a resistência em relação ao problema são questões quase superadas. Entretanto, a estrutura de saúde pública do estado está numa situação tal de desestruturação que mesmo se tendo superado estes problemas, frequentemente não se consegue organizar uma resposta adequada à epidemia de AIDS. Penso que isto acontece especialmente no componente assistencial.

ESTA EVOLUÇÃO FOI PROPORCIONAL AO CRESCIMENTO DO PROBLEMA?

Não, não foi. Quando disse da coerência ou do nexos entre o problema e a política de saúde pública como um todo, estava querendo me referir ao seguinte: na maior parte dos estados, ou municípios, ou mesmo no nível federal, quando se coloca AIDS em discussão, ou seja, precisa de uma coisa ou de outra, dificilmente se encontra uma negativa ou há uma postura contrária a uma série de investimentos necessários. No entanto, ou estes investimentos não se viabilizam ou se materializam inadequada ou insuficientemente.

No entanto, o cenário da saúde pública faz com que para a AIDS e para o restante dos agravos tudo esteja aquém da dimensão do problema. É o comentário que eu estava fazendo: a partir de uma estimativa de caráter epidemiológico, o número de pessoas a receber medicamentos deveria ser muito

maior, no mínimo o dobro do que é hoje. Mesmo considerando que o medicamento esteja disponível, espera-se que pelo menos 5 mil pessoas, por exemplo, procurem o medicamento; porém, só 2.500 o fazem - as outras estão excluídas do sistema de saúde. É possível até que algumas não saibam nem que o seu problema de saúde seja a infecção pelo HIV. Se eu imaginar que no Estado de São Paulo, hoje, pelo menos 20 mil ou 25 mil pessoas deveriam estar em segmento ambulatorial na qualidade de assintomáticos e vejo que esse número é muito menor, tenho claramente o diagnóstico. A resposta efetiva real é desproporcional ao tamanho da epidemia.

COMO UM PROGRAMA DE CONTROLE DE HIV/AIDS EM NÍVEL NACIONAL DEVERIA SER ESTRUTURADO?

Do ponto de vista formal, acredito que não seria muito diferente do que se observa hoje: um programa embasado em dois grandes objetivos: a prevenção e a assistência, com mais duas grandes áreas de apoio, que são diagnóstico e registro epidemiológico. As atribuições é que deveriam sofrer um processo mais consistente de descentralização, tanto de planejamento, como de execução; eu diria que a âmbito nacional poderia ou deveria efetivamente caminhar no sentido de um suporte técnico, suporte até de planejamento e administração, a partir de diretrizes gerais, propostas para o país. A execução, incluindo a financeira, o planejamento, o detalhamento, a compatibilização com a realidade, acho que deveria sofrer um processo rápido, muito intenso de descentralização.

Evidentemente que este processo não será possível para todo o país, e aí acho que o Ministério da Saúde tem um papel importante, o de cobrir com mais dedicação as deficiências que regiões, unidades federadas têm nesse momento.

E COMO DEVERIA SE DAR A RELAÇÃO COM OS PROGRAMAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS?

Ela é uma consequência, depende do que se estabeleça como processo de descentralização. Acho que em primeiro lugar deveria se criar um mecanismo que permitisse uma participação de pelo menos alguns representantes ou setores de programas de unidades federadas e municipais na formulação das políticas nacionais. Evidentemente que não podem ser todos, até por uma questão operacional, mas que houvesse uma participação mais sistemática na própria formulação das diretrizes. Não digo que ela não exista, mas ocorre hoje de forma assistemática.

QUAL SERIA O PAPEL DOS GOVERNANTES NA RESPOSTA À EPIDEMIA?

Entendo que em relação à saúde, não só em relação à AIDS, a melhor resposta ainda é aquela que está na nossa Constituição: é dever e responsabilidade do Estado, em todos os seus âmbitos, escalas e aspectos. Continuo achando que a própria questão de recursos é muito mais de entendimento, de como deva ser a partilha daquilo que é disponível no âmbito público, do que de se ter soluções alternativas, como as famosas parcerias, que a meu ver não são nada mais que um encaminhamento para a comissão do Estado, haja visto a exemplo da educação, com o ensino privatizado de um lado e a estrutura absolutamente falida da ensino público de outro. Em relação à saúde não se poderia permitir que isso viesse a acontecer.

COMO PODERIA FUNCIONAR UMA RELAÇÃO ENTRE UM PROGRAMA GOVERNAMENTAL E O SETOR PRIVADO (EMPRESAS, INDÚSTRIA FARMACÊUTICA, FIESP ETC.)?

Da mesma forma que quais quer instituições que estejam envolvidas com o problema. Todas as instituições citadas têm a sua responsabilidade social e, portanto, envolvimento na epidemia de AIDS. É uma questão de se equacionar exatamente quais são as tarefas distintas, quem coordena e quem dá e oferece as diretrizes. Se estamos falando, por exemplo, do setor privado, se estamos falando das federações das indústrias etc. acha que a AIDS tem que entrar naquele conjunto de responsabilidades que hoje, dentro de um acordo nacional, se designou ou passou para uma determinada instituição. Se ela é responsável pela saúde do trabalhador como um todo, dependendo da organização que possua, a AIDS entra da mesma forma. Se você canaliza esforços, você tem não só o exercício da sua responsabilidade social com vantagens até para a próprio desempenho, por exemplo, no setor privada. .

E A RELAÇÃO DE UM PROGRAMA NACIONAL COM UNIVERSIDADES E ONGs/ AIDS?

Em São Paulo acha que aconteceu um fenômeno: desde a organização inicial do programa tivemos o apoio das instituições universitárias, que foi absolutamente indispensável, trazendo credibilidade científica para a proposta que o estado estava fazendo. Um bom exemplo é a da terapia anti-retroviral, que é consenso em São Paulo. Consenso significa ter um núcleo de diretrizes comuns que sejam seguidas por toda a estado; não significa que todo mundo vá tratar exatamente da mesma forma. Agora, na medida em que estas instituições participaram da elaboração e da criação do consenso, é um processo natural que, no seu cotidiano, também se sintam responsáveis por uma política pública, geral etc.

Quanto à participação comunitária, entenda que a AIDS é um fenômeno que deve ser visto como um passo adiante na condução dos problemas de saúde de uma forma geral, mas é evidente que a mobilização, a pressão, o monitoramento, a participação em todas as instâncias de execução nas ações governamentais têm provocado e produzido avanços. Mesmo considerando idealmente que haja vontade política, que haja setores da área de saúde ou da área governamental comprometidas, nada disso vai ser suficiente se não houver essa interação com a comunidade, que dá outra perspectiva, por não estar presa, inclusive às normas e convenções legais e administrativas.

QUAIS AS PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DA AIDS NO BRASIL?

Por mais otimista que sejamos, talvez tenhamos que conviver com o problema por algumas décadas. Temos o envolvimento ou setores extremamente desfavorecidos hoje afetados e progressivamente mais afetados a cada dia. Por outro lado, temos o próprio desenvolvimento do país; o reconhecimento do problema, o domínio razoável, aceitável, da tecnologia para a condução e manipulação do problema: Temos um mínimo de organização social pressionando, reivindicando e monitorando aquilo que está sendo feita. E temos as grandes perspectivas das avanços do conhecimento com vistas à cronificação da patologia. Isso dependerá de quanto conseguimos manter o problema em pauta, ou seja, a quanta não vamos permitir que ele se banalize como mais uma desgraça com a qual tenhamos que conviver. A cura não resolveu o problema da sífilis nem da tuberculose. Então, a cura, o tratamento não resolve o problema da saúde pública. O que resolve é a incorporação, o conhecimento, a garantia do acesso à prestação de serviços adequados.

MULHERES POSITIVAS E SERVIÇOS DE SAÚDE: UM CASAMENTO INFELIZ

EMILY ANNA CATAPANO RUIZ

MÉDICA SANITARISTA E DOUTORA EM SAÚDE PÚBLICA (SÃO PAULO)

De uma forma geral os serviços de saúde, públicos e privados, não estão adequadamente preparados e suficientemente sensibilizados para o atendimento ao paciente infectado com o HIV ou com AIDS. Embora existam, em alguns casos, dificuldades técnicas, como profissionais não treinados, falta de retaguarda laboratorial e de ambulatório de especialidade, estas dificuldades são muitas vezes utilizadas como pretexto para, simplesmente, não atender ou para não enfrentar outras questões que vêm à tona no atendimento ao paciente com HIV/AIDS.

O grave prognóstico e os fatores de risco ainda associados à AIDS contribuem para uma maior discriminação ao paciente. Um fato que evidencia esse despreparo é o número de mulheres em que o teste anti-HIV é realizado sem que elas sejam informadas.

PRÉ-NATAL

Alguns serviços com atendimento pré-natal, por exemplo, pedem o anti-HIV como parte da rotina muitas vezes sem o consentimento das mulheres, e quando este resultado é positivo não possuem o mínimo de organização para informá-lo. Chega-se ao extremo da paciente somente conhecer o resultado ao ser informada de que não poderá ser atendida no serviço por ser HIV positiva, com o agravante que, nesta ocasião, muitas vezes não é sequer encaminhada para um serviço onde possa realizar seu pré-natal.

Vale também lembrar que mesmo serviços de bom nível técnico não estão preparados para abordar a paciente HIV positiva ou com AIDS com a especificidade que existe quando a infecção/doença acomete a mulher.

PÚBLICO E PRIVADO

Em termos práticos, como a maior parte dos pacientes, a mulher com HIV/AIDS é atendida no serviço público. Em estudo realizado por Naila J.S. Santos com 2.759 mulheres diagnosticadas com AIDS no Estado de São Paulo, até 31 de julho de 1992 verificou-se que, momento do diagnóstico, 90% estavam sendo atendidas em serviços públicos. Deve-se ressaltar que, como os serviços públicos que fazem o diagnóstico não são necessariamente os serviços que acompanham o paciente durante toda a enfermidade, o papel do serviço público pode ser ainda mais importante.

Sabemos que muitos pacientes iniciam o tratamento na clínica privada sendo posteriormente encaminhados aos serviços públicos. Dadas as condições sócio-econômicas da população, o acesso aos serviços privados é privilégio de poucos. A tendência dos demais serviços, conveniados, medicinas de grupo e seguros saúde é encaminhar o paciente com AIDS, usando artifícios como caracterizar AIDS como epidemia para se desobrigarem do atendimento a um paciente considerado muito caro.

A NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS

Portanto, deve-se aglutinar os esforços no setor público no sentido de implementar, adequar e planejar os serviços de saúde para que possam desempenhar melhor o papel que já têm no atendimento ao paciente. Isso através de investimento em recursos humanos, materiais e adequação dos instrumentos de informação, que devem incluir dados específicos que caracterizam a doença na mulher e que permitam melhor entendimento da ocorrência da doença.

A alta prevalência do HIV/AIDS aponta esta condição como uma das prioridades de atendimento no nosso meio. É fundamental que o consumidor de serviço de saúde se conscientize desta necessidade, pressione as medicinas de grupo, convênios, seguros saúde a se responsabilizarem pelo atendimento de seus pacientes e busque, junto aos órgãos oficiais, mecanismos legais que garantam o seu atendimento.

A SAÍDA DA ABIA DO PROGRAMME COORDINATING BOARD

Em agosto de 1995, a ABLA, na figura de sua coordenadora geral Jane Galvão, foi convidada a participar como ONG suplente da Região da América Latina e Caribe do Programme Coordinating Board (PCB)/UNAIDS. Pelos motivos abaixo mencionados, a ABLA recentemente solicitou seu desligamento formal do PCB. Maiores informações sobre PCB/UNAIDS, ver Boletim ABLA N° 28 e 30.

Rio de Janeiro, 03 de junho de 1996

Às ONGs que integram o Programme Coordinating Board/UNAIDS

O motivo desta carta é apresentar o pedido formal de desligamento da ABIA do Programme Coordinating Board (PCB)/UNAIDS, como ONG suplente da Região da América Latina e Caribe. Vários motivos nos levaram a esta decisão.

Em agosto de 95 a ABIA recebeu o convite para participar do PCB como ONG suplente da região. Segundo o exposto, a ABIA foi convidada por impossibilidades da ONG que havia sido apontada para assumir esta função.

Na ABIA avaliamos este convite como um pouco problemático, não somente por não termos clareza em como esta participação se daria como também porque poderíamos ser questionados, e com alguma razão, sobre os critérios e mecanismos da escolha. Também achamos que era problemático em razão das duas entidades e pessoas selecionadas serem da América do Sul (Chile e Brasil), deixando de fora outras áreas como América Central e Caribe. Apesar destas considerações decidimos aceitar e usar esta oportunidade para tentar construir mecanismos que possibilitassem uma participação mais efetiva dos grupos comunitários e ONGs.

Mas, como todos sabemos, a questão da participação e da representatividade que muitas vezes se faz acompanhar são discussões cada vez mais difíceis entre nós. Já há algum tempo a ABIA havia optado por, na medida do possível, abrir mão dos cargos que de alguma forma implicassem "representação", que não deixassem claro os mecanismos de seleção.

Não há dúvidas que de agosto de 1995 até o presente momento a convivência, principalmente através do correio eletrônico, foi extremamente gratificante. Mas, ao mesmo tempo, não dá para negar a dificuldade que temos em estabelecer e criar regras para serem implementadas para a participação das ONGs no PCB e, mais do que tudo, as barreiras que impedem uma comunicação mais eficaz entre nós e a comunidade de ONGs/grupos comunitários. Para tal fato concorrem vários fatores, desde questões econômicas até o crescimento do número de entidades - o que faz com que seja uma tarefa quase impossível conhecer a todas. E o que podemos fazer se o que desempenhamos é visto como "representação"?

Ao mesmo tempo que a troca de mensagens foi estimulante, também percebíamos a limitação da ABIA em poder, de uma forma mais efetiva, aumentar o grau de conhecimento dos grupos

comunitários e ONGs sobre o nosso papel na UNAIDS: nossas possibilidades e limites.

Nossa decisão de sair do PCB foi reforçada pela recente visita do Dr. Peter Piot ao Brasil. Soubemos da visita do Dr. Peter Piot através da imprensa, como também soubemos que algumas ONGs haviam sido convidadas para estar presentes em uma palestra que ele faria em Brasília no dia 29 de maio. Na verdade, não esperávamos que o Programa Nacional de OST/AIDS nos convidasse. Também não esperávamos que o Dr. Peter Piot se recordasse que uma instituição brasileira faz parte do PCB. Mas esperávamos que Luis Gauthier (representante da Região da América latina e do Caribe no PCB) nos comunicasse de antemão sobre a sua visita ao Brasil e sobre a sua presença em Brasília. lamentamos profundamente que Luis Gauthier não o tenha feito. Entendemos que essa não é a melhor forma de estreitar laços de cooperação e de fortalecer a participação comunitária nos fóruns, quer nacionais, regionais ou internacionais.

Realmente tenho que admitir que fiquei profundamente decepcionada com este fato, pois penso que teria sido produtivo para mim e para Luis Gauthier trocarmos informações sobre a sua presença em Brasília, independente da minha participação no evento. Não penso que esta seria uma regra para esta reunião específica, mas acredito que tal troca de informação deveria fazer parte de um código de ética mínimo entre nós. Já que o reconhecimento da legitimidade da participação das ONGs e grupos comunitários nestes fóruns está baseado em regras muito frágeis, acho que não deve partir de nós tornar esta participação mais frágil ainda.

Por todo o acima exposto e buscando evitar emprestar somente o nome da instituição e o meu nome pessoal para algo que quando precisa somos lembrados e quando não precisa somos descartados, avaliamos que o ônus da participação da ABIA em instâncias como o PCB mais desgasta do que auxilia a instituição a buscar formas mais democráticas de participação dos grupos comunitários e ONGs. Por tal fato decidimos nos retirar do PCB.

Espero que os companheiros que vão continuar neste P processo entendam a nossa posição. Também recomendo _ que examinem com clareza os papéis que as ONGs, os grupos comunitários e os seus representantes estão assumindo na gestão nacional, regional e internacional da epidemia de HIV/AIDS.

Mais uma vez reitero a importância de ter mantido durante este período este diálogo com as ONGs que integram o PCB. De minha parte e da parte da ABIA continuamos interessados em propostas e colaborações que estreitem os laços de cooperação e parceria em um momento tão delicado como o que estamos vivendo na "indústria da AIDS.

Cordialmente,

JANE GALVÃO
Coordenadora Geral ABIA

ESCLARECENDO SUA DÚVIDA

De 15 em 15 dias, sempre às quintas-feiras, a ABLA participa do programa É de Manhã, da TVE do Rio de Janeiro, que vai ao ar diariamente das 9h às 10h, ao vivo e em rede nacional. Ao final do programa, os entrevistados respondem às perguntas feitas pelos telespectadores, via telefone, a respeito do assunto abordado. Por questão de tempo, algumas dessas perguntas não podem ser respondidas. Assim, criamos esta seção para procurar responder às questões mais solicitadas, convidando especialistas para esclarecer as dúvidas e fornecer as informações desejadas.

QUEM ESTÁ HIV POSITIVO PODE RECEBER QUALQUER TIPO DE VACINA?

A prevenção por meio de vacinas parte do princípio básico da imunização de que, com um sistema de defesas competente, o corpo é capaz de desenvolver uma resposta protetora contra um micróbio ou uma toxina, na eventualidade futura de um contato com os mesmos.

As vacinas são compostas por microorganismos (vivos, atenuados ou mortos) ou por frações destes (polissacarídeos, toxinas modificadas ou toxóides. Em geral, a vacinação de crianças e adultos é recomendável o mais cedo possível. Isto também é válido para pessoas portadoras do HIV cujo *status* imunológico seja estável, como pode ser atestado por uma contagem de linfócitos CD4 normal.

Em presença de imunossupressão congênita ou adquirida - incluindo neste último caso as pessoas que já apresentam AIDS - a resposta a qualquer vacina pode não surtir efeito ou pode causar reações inesperadas. Deve-se destacar que em estado de imunossupressão, a vacinação com microorganismos vivos (mesmo que atenuados) é contraindicada, já que podem se converter em agentes de infecção oportunista.

No Brasil, as únicas vacinas elaboradas com material vivo são os preparados contra os vírus da poliomielite (Sabin), sarampo e febre amarela; e a BCG, contra a tuberculose, feita com bacilos vivos atenuados. Elas estão tecnicamente contraindicadas em presença de imunossupressão.

Outras vacinas são feitas com vírus mortos (raiva), bactérias mortas (a fração coqueluche da DPT), toxóides (a fração tétano e difteria da DPT), componentes de bactérias (doença por meningococo) e com frações de vírus (hepatite B). Essas vacinas podem ser aplicadas preferencialmente a pessoas com sistema imunológico estável, unindo o bom senso, o acompanhamento clínico e seguindo as normas do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

EDGAR MERCHÁN HAMANN
Médico epidemiologista (RJ)

UMA PESSOA HIV POSITIVA PODE SER DEMITIDA DE SEU EMPREGO?

Quando o empregado já não é simplesmente um portador do HIV, ou seja, quando a AIDS já se manifestou, a dispensa sem justo motivo, mesmo não comprovada a discriminação pela doença, é proibida, pois caracteriza-se como prejudicial ao recebimento dos direitos previdenciários contidos na lei nº 7.670/88, quais sejam: a aposentadoria por invalidez e o auxílio doença.

Pelas leis trabalhistas em vigor, este empregado enfermo não pode ser demitido. Ademais, o art. 476 da Consolidação das leis do Trabalho é claro quando explicita que o empregado que está sob auxílio doença ou auxílio enfermidade é considerado em licença não remunerada, durante o prazo deste benefício.

A demissão de funcionário com grave enfermidade impede que o mesmo obtenha o benefício previdenciário a que faz jus e talvez sua aposentadoria.

Em recente decisão proferida em São Paulo, o judiciário trabalhista argumentou neste exato sentido, concedendo ao reclamante a reintegração ao emprego com o percebimento de todas as vantagens salariais de sua categoria, o pagamento de todos os salários devidamente atualizados, 132 salários, férias e depósitos fundiários do tempo em que esteve afastado até o início do efetivo recebimento do auxílio doença, pago pelo INSS.

MARCELO TURRA

Advogado e professor de Direito nas Faculdades Integradas
Cândido Mendes - Ipanema (RJ)

E QUANTO A ALTERAÇÕES NO CONTRATO DE TRABALHO?

Por lei o contrato de trabalho só pode ser alterado quando houver consentimento mútuo entre patrão e empregado, não resultando, tal mudança, em prejuízo para o empregado. No entanto, há exceções a esta regra do mútuo consentimento. A primeira delas refere-se à possibilidade de ocorrência de prejuízo comprovado por parte do órgão, ou por motivo de força maior; casos em que a alteração poderá ser efetivada sem prévio consentimento do empregado.

Nos casos de afastamento por motivo de doença, suspensão disciplinar e licença sem vencimentos a alteração também poderá ser encaminhada. Nestes casos, o empregado fica desobrigado a prestar os serviços e o órgão empregador de lhe pagar o salário.

Há, porém, os casos em que a lei obriga o afastamento do empregado e a continuação do pagamento do salário pelo empregador: no período de férias, no afastamento para o serviço militar, no caso de acidente de trabalho, na licença remunerada ou em decorrência do nascimento de um filho.

No caso da AIDS, especificamente, não poderá ser ela, a princípio, justificativa plausível para a alteração, seja a que título for, do contrato de trabalho sem que haja um consentimento prévio, conforme dito acima, entre as partes contratantes - patrão e empregado. Poderá haver alteração caso se vislumbre algum prejuízo para o empregado no exercício contínuo de função que afete a sua saúde. Mas convém ressaltar que tais alterações de maneira alguma poderão ocorrer de forma unilateral.

MARCELO TURRA

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E RECURSOS DA ABIA

UMA QUESTÃO DE INFORMAÇÃO

JACINTO CORRÊA

JORNALISTA

Desde 1991 a ABIA vem contando com o importante apoio, do seu *Centro de Documentação e Recursos* no dia a dia do trabalho de levar informação quanto à prevenção e educação na luta contra a epidemia de HIV/AIDS. Muito mais que uma biblioteca tradicional, o Centro desenvolve e apóia linhas de pesquisa, responde pela distribuição de material institucional e de preservativos, além do trabalho de atendimento e de coordenação ao público do videoclube. O Centro, atualmente, conta com o apoio das Fundações Ford, MacArthur e EZE

"Procuramos ser dinâmicos no sentido de sempre oferecer o maior número possível de informações à comunidade", informa Rosane Azevedo, bibliotecária responsável pelo Centro. O acervo é bastante amplo e guarda material de várias partes do mundo, reunindo aproximadamente 3 mil volumes de livros, teses, cartilhas, manuais e artigos mimeografados; 600 títulos de boletins, informes, revistas e publicações periódicas diversas; quase 200 fitas de vídeo; mais de 200 cartazes; cerca de 250 *folders* e folhetos informativos; *clipping* com recortes diários de jornais, que reúne notícias sobre AIDS desde 1982.

Além do trabalho técnico de registro, catalogação e indexação, o acervo do Centro de Documentação e Recursos vem, também, informatizando-se, colocando todas as suas bases de dados no Sistema Micro Isis, o que, segundo Rosane, facilita a recuperação da informação e a localização dos materiais endereçados no computador.

O Centro conta, ainda, com importantes bases de dados sobre AIDS em CD para consulta, com destaque para a AIDSline, com referências bibliográficas e resumos da literatura sobre a epidemia, com atualização trimestral, e um multimídia em CD, *Oral and Cutaneous Manifestations of HIV*, contendo textos, fotos e gráficos, dirigido especialmente a profissionais e estudantes da área de saúde, ambos publicados pela Silver Platter.

Perfil e projetos

Mas quem são os freqüentadores do Centro? "Em sua maioria, secundaristas, universitários, principalmente da área de ciências humanas, mestrandos e profissionais de saúde, além de pessoas comuns que vêm aqui para buscar material informativo e educativo", comenta Aline Lopes, estagiária de biblioteconomia, que auxilia no atendimento aos pesquisadores e visitantes.

Em relação à distribuição de material, o Centro atende uma média de 40 pessoas por mês e responde a cerca de 35 pedidos mensais, feitos em geral por assistentes sociais, professores e educadores comunitários, para envio de livros, boletins, cartilhas etc. produzidos pela ABIA.

O videoclube conta com mais de 170 associados, sendo que a sala de exibição, com capacidade para 20 pessoas, muitas vezes é utilizada por alunos de escolas públicas e instituições com poucos recursos que não dispõem de aparelho de videocassete. Também responsável pela distribuição de preservativos, o Centro, em 1995, totalizou 22.500 camisinhas entregues aos visitantes e freqüentadores que passaram pela ABIA. Também vale a pena destacar a média de 35 doações mensais que trazem à ABIA fitas de vídeo, cartazes, livros, entre outros, sobre AIDS, DSTs, prevenção e sexualidade.

Entre os planos de médio e longo prazo estão a microfilmagem de recortes diários das notícias de jornais e a constante atualização de dados na *homepage* da ABIA na Internet. Também continua em pauta o trabalho de intercâmbio que já vem sendo feito com outras instituições brasileiras e internacionais. "Esta é a melhor maneira de manter um panorama sempre atualizado de tudo que está sendo feito, em todo o mundo, na luta contra a epidemia de HIV/AIDS", conclui Rosane. .

OUTRAS PALAVRAS

AIDS E EDUCAÇÃO: UM CONVITE À PREVENÇÃO

Acaba de ser publicado *AIDS e Educação: Um Convite à Prevenção*, organizado por Simone Monteiro, Cristina Alvim Castello Branco e Elizabeth Moreira dos Santos, apresentando os principais resultados do **Projeto Viva a Vida**, desenvolvido pela ABIA de 1993 a 1995, que contou com apoio da Public Welfare Foundation e da Save the Children Fund (SCF).

O principal objetivo do projeto foi capacitar professores da rede pública de ensino para a implementação de programas de prevenção à epidemia de HIV/AIDS junto à rede escolar, bem como integrar alunos, professores e funcionários com HIV/AIDS. Desenvolvido em Nova Friburgo (RJ), Florianópolis (SC), Palmas (TO) e Itabira (MG), em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, o projeto demonstrou que a parceria entre entidades governamentais e não-governamentais pode trazer bons resultados. Além de textos ressaltando essa questão das parcerias, *AIDS e Educação: Um Convite à Prevenção*, publicado com apoio da SCF, relata as etapas de execução, os principais resultados da pesquisa e traz uma análise geral do **Projeto Viva a Vida** e do tema adolescência e AIDS.

ARAYÊ, PREVENÇÃO AFRO-BRASILEIRA

No dia 9 de maio a AIDS ganhou um adversário de peso no Rio de Janeiro: o *Projeto Arayê*, dedicado à prevenção do HIV junto às comunidades afro-brasileiras, desenvolvido pela ABIA e que conta com apoio da Fundação Mac Arthur. Coordenado por José Marmo da Silva, o *Projeto Arayê* organizou uma festa de lançamento na Casa do Tá na Rua, no Centro do Rio de Janeiro, reunindo personalidades de destaque das áreas de saúde e cultura cariocas, que receberam o número inicial do boletim que leva o mesmo nome do projeto.

O lançamento contou com *show* da cantora Tânia Machado, que brindou o público com um repertório de músicas afro-brasileiras, e com a apresentação do coreógrafo Charles Nelson e grupo, que comprovaram a eficácia de se abordar a epidemia de HIV/AIDS através de manifestações da própria cultura negra.

Na verdade, *Arayê* vem se somar a outras iniciativas da ABIA em relação à comunidade afro-brasileira, como o vídeo *Formou o Bonde* e o folheto *Cai Dentro*, ambos de 1994, dedicados a adolescentes e funkeiros. Sem contar a *Barraca da Saúde*, armada toda sexta-feira, a partir das 19h, que desde setembro passado vem distribuindo preservativos e material educativo sobre HIV/AIDS na Lapa (RJ).

"*Arayê* significa povo ou corpo da terra - expressão que nos pareceu perfeita para trabalhar a promoção da saúde e da auto-estima junto ao povo negro. Nosso objetivo é transformar os momentos de tensão, dor e perdas da AIDS num tempo de esperança, possibilidades e conquistas", comenta Marmo.

O projeto, inicialmente, promoverá visitas regulares a terreiros, blocos afro, afoxés, escolas de samba, grupos de *rap* e *funk*, visando levar informações e material educativo sobre HIV/AIDS.

Também será realizado, no segundo semestre, um seminário reunindo especialistas para discutir questões específicas da epidemia em relação ao mundo afro-brasileiro. Além disso, já foi iniciada a criação de uma rede de lideranças comunitárias negras para a elaboração de estratégias de prevenção e para solidariedade às pessoas soropositivas.

Contando com colaboradores de diferentes áreas da cultura afrobrasileira e com um conselho consultivo com expoentes da comunidade negra, o **Projeto Arayê** quer manter diálogos constantes com os mais variados segmentos sociais. Através da primeira edição de seu boletim, pede licença para chegar e ser par na luta contra a epidemia de HIV/AIDS.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal Entidade de Fins Filantrópicos	EXPEDIENTE Boletim ABIA nº 32 Maio/Junho de 1996 Tiragem: 20.000 exemplares Distribuição interna Presidente: Herbert de Souza Jornalista responsável: Mônica Teixeira - MT 15309 CONSELHO EDITORIAL: Bia Salgueiro, Fernando Sá, Jane Galvão, José Marmo da Silva, Lisa Stuart, Richard Parker e Veriano Terto Jr.	Coordenação editorial: Jacinto Corrêa Revisão: Jacinto Corrêa e Leila Leonardo do Valle Programação visual, editoração eletrônica, produção gráfica e fotolitos: A 4 Mãos LTDA Fotolitos: Gradus Impressão: MCR Gráfica Este boletim foi financiado com recursos da EZE/Evangelische Zentralstelle Entwicklungshilfe e V.
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		