

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Curso de Registros e Informações em Saúde**

**“Comunicação em AIDS para Homens que Fazem sexo com Homens:  
Caminhos da Prevenção na Cidade do Rio de Janeiro”**

*por*

*Ana Carolina de Lima Luscura França*

**Monografia apresentada com vistas à obtenção do título de Técnica em  
Registros e Informações em Saúde.**

*Orientadora: Márcia Fernandes Soares*

*Co-orientadora: Janine Cardoso de Miranda*

*Rio de Janeiro, janeiro de 2006.*

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Curso de Registros e Informações em Saúde**

**Comunicação em AIDS para Homens que Fazem Sexo com  
Homens: Caminhos da Prevenção na Cidade do Rio de Janeiro**



por

*Ana Carolina de Lima Luscura França*

*Orientadora: Márcia Fernandes Soares  
Co-orientadora: Janine Cardoso de Miranda*

Rio de Janeiro, janeiro de 2006.

*“...Somos quem não quer a tecnologia da doença, mas a arte da saúde.Somos quem acha que qualquer maneira de amor vale a pena.Somos quem pensa que nenhuma maneira de temor vale a pena...Somos quem quer menos leis, porém melhores e mais legítimas.Somos quem não quer ser obrigado a escolher sempre entre coisas que não quer.Somos contra quem só pode mandar e impedir.Somos quem faz.Somos, todos nós, quem cria.E quem faz não precisa mandar nem pedir.Faz.**Somos a maioria.**”*

(Herbert Daniel,1992)

## AGRADECIMENTOS

Desculpas à minha mãe, mas desta vez os primeiros agradecimentos vão para as minhas queridas orientadoras, Márcia e Janine, que mesmo com todos os motivos para desacreditar neste trabalho por conta dos meus descaminhos, persistiram na tarefa de me orientar, apostando sempre na minha capacidade.

Agradeço em segundo lugar à equipe de professores da EPSJV que ao longo de quatro anos me ajudou na jornada de formar um pensamento crítico, em especial aos professores Cláudio Gomes, que é um grande amigo e ao professor Márcio Rolo, que me deu muitas broncas e teve comigo muitas conversas construtivas para este trabalho.

Agradeço ao Cláudio da ABIA pela recepção calorosa e interesse pelos meus objetivos, e ainda aos amigos que pacientemente ouviram meus anseios, dúvidas e medos e me ofereceram gentilmente os computadores de suas casas para que minha monografia se tornasse matéria. Dentre eles, merecem agradecimentos especiais Rodolfo, Tallita, Anna, André, Luan e Douglas.

Agradeço enfim a minha família materna. Deixo-os aqui no finalzinho porque sua importância é máxima em todos os momentos da minha vida e dessa vez considerei oportuno dar destaque a outros atores. Sem minha família não teria a educação que tenho, não seria o que sou, nem teria os mesmos objetivos, já que é por eles que muitas vezes persisto em meus sonhos. Aqui deixo minha profunda admiração por três mulheres magníficas: minha mãe, vó e bisavó.

Por último agradeço a Deus que é o meu princípio, minha força motriz e na verdade todo esse agradecimento não deixou de ser a ele, afinal agradeço as pessoas que ele colocou para se manifestarem como o bem no meu caminho.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS DA EPIDEMIA DE AIDS.....</b>	<b>10</b>
1.1) A epidemia no cenário internacional .....	10
1.2) A Aids no Brasil .....	13
1.2.1) A Aids na Região sudeste e sua expansão para outras regiões .....	17
<b>CAPÍTULO II – COMUNICAÇÃO, PREVENÇÃO E OS RUMOS DO COMBATE À EPIDEMIA .....</b>	<b>18</b>
2.1) A construção de uma base para prevenção .....	20
2.2) Rumos governamentais no combate à epidemia .....	22
2.3) Rumos não governamentais no combate à epidemia .....	27
<b>CAPÍTULO III – A HOMOSSEXUALIDADE E A PREVENÇÃO EM AIDS .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO IV – EPIDEMIA DE AIDS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO V – AS AÇÕES DE COMBATE À AIDS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO .....</b>	<b>45</b>
5.1)ABIA .....	45
5.2)Grupo Arco-Íris (GAI) .....	48
5.3)Grupo Pela Vidda: pela valorização, integração e dignidade do doente de AIDS .....	50
5.4)Programa Municipal de DST/AIDS SMS-Rio .....	51
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABIA-** Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

**AIDS-** Síndrome da Imunodeficiência Humana

**AZT-** Zidovudina

**CTA-** Centro de Testagem e Aconselhamento

**DM-** Dia Mundial de Luta Contra a Aids

**DST-** Doenças Sexualmente Transmissíveis

**GLBT-** Gays, Lésbicas , Bissexuais e Transexuais

**HIV-** Vírus da Imunodeficiência Humana

**HSH-** Homens que fazem sexo com homens

**MS-** Ministério da Saúde

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**ONG-** Organização não governamental

**Pela Vidda-** Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids

**SES-** Secretaria Estadual de Saúde

**SINAN-** Sistema Nacional de Agravos e Notificações

**SICLOM-** Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

**SISCEL-** Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

**UDI-** Usuário de drogas injetáveis

**UNAIDS-** Programa das Nações Unidas no Combate à Aids

## INTRODUÇÃO

A necessidade de escolher um tema para elaborar uma monografia me trouxe muitas dificuldades. Em primeiro lugar, porque apesar de ter aprendido a amar a área da saúde, eu me identifico mesmo com as ciências humanas e não biomédicas. Assim, um desafio se deslanchava em meu caminho: aprender a ver a saúde por um viés mais social, pois não me sentiria satisfeita se tivesse que explicar algum processo biológico muito complexo.

Nesse sentido, o Curso Técnico de Registros e Informações em Saúde foi muito útil, já que me ensinou o seguinte: um mesmo agente etiológico pode existir em realidades completamente diferentes e em cada uma dessas realidades ele exige respostas diferentes, o que indica uma influência social na epidemiologia. Essa informação já era um começo, mas o tema da Aids veio mesmo com um estágio na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, onde ao organizar revistas e documentos antigos encontrei muitos exemplares da Radis e muitos boletins epidemiológicos de Aids.

Esse contato me mostrou uma realidade epidêmica que eu não conhecia e fiquei muito surpresa ao ver o quanto a história da Aids era complexa e diferente entre os continentes, países e até mesmo entre as regiões do Brasil. Falar sobre Aids em minha monografia se tornou um interesse, mas ao demonstrá-lo para Márcia, minha orientadora, surgiu outro problema: qual seria o meu foco. E aí começou a via crucis e eu aprendi (com muita dificuldade) que não dá pra abraçar o mundo em um trabalho de pesquisa, afinal, colocar o mundo no papel é uma tarefa quase impossível.

“Vamos definir um foco”, essa era a palavra de ordem e como eu gosto muito de comunicação até mesmo por uma questão pessoal, começamos a pensar sobre comunicação em

Aids. A primeira idéia surgida a partir daí girava em torno da presença da comunicação em Aids na televisão, tema sobre o qual elaborei um pré-projeto. Idéia elaborada, o próximo passo era ler, buscar uma base teórica para elaborar a monografia.

Ao longo dessas leituras, me deparei com a presença do movimento homossexual na história da Aids, pois todos que estudam a epidemia, encontram referências a esse movimento e acabei por me apaixonar por essa relação. Um novo trabalho surgiu, e apesar de todos os problemas pessoais que me fizeram atrasar a entrega da monografia, ela está aqui presente e pretende expor os rumos das ações de combate à Aids governamentais e não governamentais, dando enfoque à presença da comunicação nessas ações, à prevenção e aos homens que fazem sexo com homens, terminando por se limitar a estudar esses fatores na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005.

Este trabalho se divide em cinco capítulos. No primeiro capítulo há um pequeno histórico da Aids, que mostra os principais marcos e fases da epidemia em escala mundial e nacional, nesta segunda fase vemos ainda alguns dados sobre a Região sudeste e mais especificamente sobre o estado do Rio de Janeiro. O segundo capítulo trata da comunicação, mostrando sua importância nas estratégias de prevenção; da evolução das estratégias de prevenção, e por fim, dos rumos das políticas de combate à epidemia feitas pelo governo e pelas ong, com enfoque nas políticas de prevenção à Aids feitas por essas duas instâncias.

O terceiro capítulo trata da importância da homossexualidade na trajetória da Aids, abordando sua relação com a epidemia do ponto de vista do número de infectados e da sua relação com os movimentos sociais no combate à epidemia, mostrando ainda a diversidade do universo homossexual e as situações de discriminação vividas por esse grupo populacional. Com esses capítulos, são apresentados os elementos básicos para que a pesquisa avance rumo a um

foco mais específico, ou seja, como se encontra a comunicação nas estratégias de prevenção à Aids na cidade do Rio de Janeiro, no que se refere a homens que fazem sexo com homens.

O quarto capítulo já trabalha a evolução da epidemia de Aids no espaço limitado da cidade do Rio de Janeiro e mostra dados sobre a notificação de casos de Aids na cidade, afinal, supõe-se que é a partir dessa notificação que se tem os números da doença, podendo-se então definir as políticas de assistência e prevenção à Aids na cidade. O quinto capítulo mostra algumas das ações de prevenção em Aids para HSH, no ano de 2005, feitas pelo governo a nível municipal e por três ong que foram escolhidas por ter importante representatividade na história da Aids e/ou junto ao movimento homossexual. Essas ong são a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Grupo Pela Vidda e o Grupo Arco-Íris.

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados livros, boletins epidemiológicos de Aids, periódicos, teses e monografias que me ajudaram a entender a evolução da epidemia. Já para conseguir os dados mais recentes, principalmente do ano de 2003 até o presente, foram utilizados sites de órgãos do governo, de ong e de agências internacionais que trabalham com Aids. E por interesse pessoal, ainda foram realizadas algumas visitas, como à ABIA, ao Centro de Testagem e Aconselhamento São Francisco Xavier e ao Programa Municipal de DST/Aids do Rio de Janeiro.

## **CAPÍTULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS DA EPIDEMIA DE AIDS**

### **1.1)A epidemia no cenário internacional**

A história da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) começou em 1981 com as pesquisas do Center for Disease Control (CDC), em Atlanta, que desde 1979 observava casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e Sarcoma de Kaposi em indivíduos sem causa de imunodeficiência aparente. A partir desses achados, legitimou-se o surgimento de uma nova entidade mórbida com características clínicas peculiares, mas a Aids só foi registrada como doença em 1981, depois da confirmação clínica de casos entre homossexuais norte-americanos e heterossexuais haitianos e africanos. O primeiro caso da doença data de 1959 no Congo e foi detectado por estudos retrospectivos (Cruz, 1999).

O agente etiológico causador da imunodeficiência foi isolado na França em 1983 pela equipe do Instituto Pasteur, liderada pelo Dr. Luc Montagnier. No mesmo ano o norte-americano Robert Gallo descobriu o vírus causador da doença e também o isolou. Os franceses o batizaram de Vírus Associado à Linfadenopatia (LAV) e os americanos de Vírus T-Linfotrófico Humano Tipo III (HTLV-III), a disputa pela descoberta acabou na justiça e só foi resolvida em 1994 quando os americanos aceitaram a pagar o valor de US\$ 6 milhões aos franceses pelos *royalties* não recebidos pelos testes anti-Aids americanos e reconheceram que o instituto francês havia isolado o vírus que ficou conhecido como HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Ainda em 1983, a disputa judicial pela descoberta do vírus foi usada pelo presidente americano Ronald Reagan, que prometeu a descoberta de uma vacina contra a AIDS em dois anos. Ele utilizou dessa estratégia para tentar camuflar em conjunto com a mídia o crescente número de casos e a visibilidade emergente dos grupos homossexuais, visibilidade esta trazida pelas próprias notificações do CDC que demonstravam que os mais acometidos pelas infecções oportunistas eram homens homossexuais, criando assim, o imaginário social da peste gay. Como o grupo homossexual sempre teve um papel de vanguarda na história da AIDS, ele soube aproveitar a situação para falar de direitos ligados à sexualidade, assunto tabu não só na sociedade estadunidense.

Em 1985, o primeiro teste para detectar o HIV no sangue foi feito nos EUA. No ano seguinte descobriu-se um segundo tipo de vírus, também capaz de transmitir a infecção (o HIV-2). Somente em 1987 foi aprovado um remédio anti-viral, a Zidovudina, também conhecida como AZT. Em 1988, o dia 1º de dezembro foi escolhido para o dia Mundial de Luta Contra a Aids. Mesmo com os avanços obtidos no tratamento e na divulgação, a epidemia se alastrou de tal forma que em 1991 a OMS anunciou que 10 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV no mundo.

Em 1994, descobriu-se que o AZT podia ser eficiente na prevenção da transmissão perinatal. Em 1996, na Conferência Mundial de AIDS em Vancouver, Canadá, foram apresentados os resultados do uso do coquetel de medicamentos que bloqueiam a replicação do vírus no corpo, porém mais uma vez os avanços científicos não foram o suficiente para impedir o alastramento da pandemia; em 2000, 17 milhões de pessoas morreram no continente africano, sendo entre elas 3,7 milhões de crianças.

Esse conjunto de fatos e outros mais que não estão apresentados pela impossibilidade de delongas, foram divididos em quatro fases (Mann apud Rocha, 1999):

- A primeira vai de 1970 até 1981 e é caracterizada pela vulnerabilidade do mundo frente a um vírus que se espalha silenciosamente;
- A segunda tem como marco inicial a descoberta do primeiro caso de Aids, em 1981, e vai até 1985, evidenciando a limitação dos conhecimentos médicos e sociais que oferecessem uma solução imediata à epidemia. Os maiores investimentos foram na área de imunologia, virologia e comportamento humano, o que demonstra pouco interesse nos aspectos sociais da doença que só ganharam evidência a partir de organizações comunitárias que tocavam na questão da estigmatização e discriminação que envolviam a doença e seus portadores;
- A terceira fase vai de 1986 até 1990 e é caracterizada pela formação de uma estratégia mundial comandada pelo Programa Global de Aids da OMS, envolvendo várias agências de financiamento. Nesse período se constituem os Programas Nacionais em quase todos os países, inclusive no Brasil, e a estratégia marcante desses projetos era o enfoque na “informação e educação”;
- A quarta fase é caracterizada pelo amadurecimento institucional da ação global de combate à AIDS com a criação da UNAIDS, que reúne seis agências internacionais: a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População para as Nações Unidas (UNFPA), a Organização das Nações para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Banco Mundial.

Antes de passar o histórico para o panorama brasileiro é importante considerar alguns números: segundo o site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), que divulga os números dos boletins epidemiológicos nacionais, até 2002, o país contava com 257.780 casos notificados, já em 2005 na mesma fonte, esse número salta para 386.003. Esse salto considerável se deve tanto ao aumento do número de casos, quanto a uma revisão dos dados do Ministério da Saúde que visou recuperar casos subnotificados nas estatísticas nacionais, problema bastante presente na história da Aids.

Este processo de revisão está explicado por Pedro Chequer, diretor do Programa Nacional de DST/AIDS, no site acima e consiste em avaliar os dados recebidos do Setor de Produção do DATASUS/MS, transferidos até 30/06/2005, relacionando bancos de dados provenientes do SINAN, do SISCEL e do SICLOM, ou seja de pacientes em tratamento; além de recuperar casos de Aids notificados e que tiveram problemas no processo de migração da versão DOS para Windows e de retirar os casos de notificação duplicada.

## **1.2) A Aids no Brasil**

Ao analisar a trajetória da Aids no Brasil é necessário ultrapassar o contexto político nacional e considerar as fortes pressões de forças internacionais que contribuem de maneira importante na nossa concepção da epidemia. Antes da Aids aparecer realmente na sociedade brasileira, *ela estreou como uma doença da mídia, que produziu todos os estereótipos possíveis “contagiosa, incurável, mortal”, essas eram as palavras para definir a doença marcadamente de homossexuais ricos e com constantes viagens ao exterior, moradores de centros urbanos* (Ribeiro, 2000). Quem estivesse fora desses padrões poderia ter praticamente a garantia de que não seria acometido pela infecção.

A Aids entrou em alarde no país no ano de 1983 com a divulgação da morte do estilista Vinicius Resende Gonçalves, o Markito, que coincidentemente ou não, tinha o perfil sugerido pela mídia, servindo esse fato, como pretexto para perpetuar a tendência norte-americana da “peste gay”. Mas os primeiros casos surgiram realmente em São Paulo no ano de 1982, vindo a seguir notificações do Rio de Janeiro, porém foi reconhecido retrospectivamente um caso de 1980. As primeiras tímidas respostas à epidemia foram dadas no período de redemocratização em função da emergência de forças progressistas mais abertas ao diálogo nos níveis estadual e municipal. No período inicial da epidemia, o combate à Aids ficou sob total responsabilidade do setor saúde, como se ele tivesse condições de arcar só com a responsabilidade de uma doença com a dimensão da Aids.

Indo além das respostas à epidemia, segundo (Martins apud Ribeiro, 2000) podemos classificar o histórico da Aids no Brasil em cinco fases de acordo com seu rumo epidemiológico e no que diz respeito a políticas públicas adotadas na prevenção da proliferação do vírus. Essas cinco fases podem ser explicitadas da seguinte forma:

- a primeira fase se dá entre 1982 e 1985 e caracteriza-se por pequena incidência da doença e nenhuma atividade expressiva por conta das autoridades, que classificavam a Aids como doença da elite, proliferada entre jovens homossexuais masculinos, de boa instrução e alta renda. Apesar de a maioria dos casos brasileiros desse período realmente acontecerem com pessoas desse perfil, já existiam casos entre mulheres e crianças que eram deixados em segundo plano ou empurrados para clandestinidade, começando desde então o processo de subnotificação;
- a segunda fase se dá entre 1986 e 1989 e é caracterizada pelo aumento de casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI), que foi uma consequência do processo de interiorização da doença pela rota da droga no país (idem). Esta rota liga São Paulo e as

rodovias do centro-oeste que levam à região norte e essa droga vem principalmente da Colômbia, Peru e Bolívia. A diversificação do perfil dos portadores não se dá só com a inclusão dos UDI, em 1986 foi registrada a primeira ocorrência perinatal e em 1989 essa categoria já era responsável por mais de 90% dos casos diagnosticados em crianças, o que conseqüentemente aponta para um maior número de casos entre mulheres. Ainda nessa fase houve aumento na transmissão via sangue entre os hemofílicos, o que acarretou uma grande mobilidade social e um maior investimento nos hemocentros. Por conta dos índices da infecção transmitida por esta via, o sangue foi proibido de ser comercializado na Constituição e passou a ser missão do Estado cuidar de sua qualidade e atender a demanda de sangue do país. Mesmo com maior diversificação nos indivíduos portadores da doença, a idéia de grupo de risco continuou, passando então para homossexuais, prostitutas, hemofílicos e UDI, sendo interessante notar que os grupos homossexuais que ganham destaque são os masculinos e que mesmo dentro de um contexto de homossexualismo o lesbianismo ocupa lugar de discussão secundária. Outros dados importantes dessa fase foram a criação da Coordenação Nacional de DST/AIDS e o estímulo da descentralização das ações de combate à Aids, apesar da manutenção da verticalidade nas ações;

- a terceira fase se passa entre 1990 e 1992 num período em que presenciamos um Brasil conturbado pela eleição e renúncia de Collor. A conseqüência disso para a Aids foi a desarticulação do Programa Nacional e a falta de investimento, até mesmo porque as prioridades do presidente eram puramente econômicas e não sociais. A responsabilidade da assistência aos portadores do HIV/AIDS ficou basicamente com as ong e igrejas;
- a quarta fase se dá nos anos de 1993 e 1994. Nela temos a recuperação do Programa Nacional com investimentos em equipes estaduais e municipais. Isso se deve à ajuda do empréstimo de US\$160 milhões feito pelo Banco Mundial ao governo em 1994, o que

permitiu a organização de ações que fizeram com que o programa de combate à Aids do Brasil se tornasse o maior e mais visível entre todos os países em desenvolvimento;

- A quinta fase é vivida desde 1995 até os dias de hoje e é caracterizada pela heterossexualização dos portadores do vírus e pela lei de dezembro de 1996 que nos torna um dos poucos países a acompanhar e garantir a distribuição gratuita dos anti-retrovirais que comprovadamente melhoram a vida dos portadores. Isso implicou num maior investimento técnico e financeiro na área de assistência e um dos exemplos disso é a criação do Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM), acabando por secundarizar ainda mais a temática da prevenção. Podemos também considerar como uma das maiores características, a articulação intersetorial e interinstitucional promovida para manter os empréstimos do Banco Mundial, essa iniciativa fez com que o programa brasileiro de prevenção à Aids seja considerado como modelo para o mundo em desenvolvimento, ganhando reconhecimento internacional e prêmios em dinheiro. Além dessas principais características é importante mencionar que em 1995 a epidemia brasileira foi considerada pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, como uma das três epidemias regionais ao lado da Índia e Nigéria que são consideradas chave para a pandemia e nessa mesma época foi detectado estatisticamente que o Brasil é o terceiro país em número absoluto de casos e se tratando de taxa de incidência relativa, ocupa o quadragésimo lugar na escala mundial. Ainda nessa fase morre em 1997 o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, alertando a população mais uma vez para os riscos de se utilizar sangue não testado, que representa risco não só para o HIV, mas para Doença de Chagas, sífilis, hepatite e outras.

Essas são as cinco fases da história brasileira da Aids e apesar de sermos reconhecidos pelo nosso programa, isso não quer dizer que a epidemia esteja controlada, muito pelo contrário, o que

mais caracteriza a atual fase da doença é uma aproximação ao perfil médio do brasileiro que é caracterizado por heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização. Ao se aproximar desse perfil médio brasileiro a Aids também não respeita limites de espaço pelo fato de ter transmissão dada de pessoa a pessoa, não havendo foco de transmissão.

Nos próximos capítulos veremos também que a maior articulação entre setores e instituições colocada acima realmente aconteceu, mas não se solidificou o suficiente para estabelecer um programa forte de prevenção à Aids, visto que essa articulação foi dada em função do empréstimo do Banco Mundial e o que deveria ser um complemento aos programas de combate, acabou por se tornar seu principal foco de ação.

### **1.2.1) A Aids na Região Sudeste e expansão para outras regiões**

A região sudeste desde a primeira notificação, supera as demais regiões tanto em número absoluto quanto em taxas de incidência de casos, apesar de no final da década de oitenta e no início da década de noventa a epidemia ter se expandido para todas as regiões brasileiras. Essa expansão se deu de forma que houve permanência da epidemia nos centros já estabelecidos e ocorrência de novos casos particularmente nas cidades de pequeno e médio porte numa heterogeneidade que criou um “sem número de epidemias microrregionais no país” (Bastos apud Rocha, 1999), em interação permanente com os movimentos migratórios, deslocamento de mão-de-obra, transporte de cargas, etc. Esse movimento de expansão da epidemia é confirmado com as elevadas taxas de incidência da AIDS em regiões distantes do sudeste, principalmente na centro-oeste. Provavelmente, o maior número de casos e de taxas de incidência ainda se encontram na região sudeste justamente pelo fato desta concentrar grandes metrópoles e por se encontrar em constante crescimento econômico e com forte fluxo populacional.

Voltando o foco para a epidemia carioca, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), (Cruz 1999) desde o início da epidemia o estado ocupa segundo lugar em número absoluto de casos acumulados no Brasil, mantendo-se na faixa de 16 a 18% do total, atrás somente de São Paulo. Desde o primeiro caso notificado retrospectivamente em 1980 até junho de 2004\*, o estado possuía 50.860 casos, sendo 90% na região metropolitana e dentre esses casos, 70% são na cidade do Rio de Janeiro, o que prova mais uma vez a relevância de estudar os caminhos da evolução da epidemia e as estratégias de combate existentes nessa cidade.

\*ver Boletim Epidemiológico Aids/DST – janeiro a junho de 2004

## **CAPÍTULO II – COMUNICAÇÃO,PREVENÇÃO E OS RUMOS DO COMBATE À EPIDEMIA.**

Segundo declaração do coordenador de Comunicação do Programa Nacional de DST/AIDS, recente estudo do Ministério da Saúde sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS, mostrou que 94% da população entre 15 e 54 anos sabem que a camisinha previne a transmissão sexual e mesmo assim esse número cai para 67% quando se trata do seu uso com parceiros eventuais. Falta uma percepção do risco, é de conhecimento comum que quem não se cuida, pode vir a contrair o vírus, mas no inconsciente fica o achismo de que o HIV só acontece com os outros. Isso pode ser atribuído ao fato de se ver e ouvir menos sobre a Aids do que acontecia nos anos 80 e 90, apesar de que em comparação com outros assuntos relacionados à saúde, a AIDS possui grande destaque. A estratégia das campanhas de massa no carnaval e no 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids, estão se mostrando insuficientes para suprir o papel que a comunicação precisa ter nas ações de prevenção à transmissão do HIV (Radis,dez/2005).

Tratando-se de comunicação em Aids, observamos a falta de espaços onde o cidadão possa dar “*feedback*” às ações de combate à epidemia. Não se insere o indivíduo num contexto de saúde pública e não se fala que no Brasil há diversas epidemias distintas. No plano da prevenção, faltam debates que incluam direitos sexuais como direitos humanos e que envolvam a qualidade dos serviços de saúde e educação, ou ainda que reflitam sobre a dignidade das pessoas infectadas, o faturamento dos laboratórios farmacêuticos com a produção dos remédios e questões governamentais relacionadas com o vírus. Na falta de espaços para debates tão importantes, o que acontece é uma massificação das campanhas em torno do uso da camisinha.

A comunicação deve ser considerada como elemento chave nas estratégias de prevenção, tendo como objetivo a orientação na tomada de decisões importantes de cada indivíduo em relação à sua saúde. É através da comunicação que o indivíduo interage com a sua cultura, isto é, assume posições em relação a crenças e hábitos, valores e tabus, e acontece a mesma coisa em relação à saúde. Nela, a comunicação é necessária tanto para que a população tome posturas conscientes quanto para definir os rumos das políticas públicas.

Adotando essa responsabilidade para o processo comunicativo, podemos extrapolar o objetivo da comunicação (que é o de comunicar) e dizer que ela tem importante papel no processo de educar, não no sentido de transmitir, mas de entender e descobrir caminhos em conjunto. Portanto existe a necessidade de ambientes onde hajam mais perguntas que respostas, e onde a comunicação em AIDS ultrapasse a decodificação e interpretação das informações passadas/trocadas, sendo incorporadas pelos indivíduos. Dessa forma há continuidade do processo de comunicação, porque assim, as pessoas se relacionam entre si, pensando em como a saúde é do âmbito pessoal e principalmente do coletivo, transformando-se mutuamente e a realidade que as rodeia.

Os espaços de comunicação e prevenção em AIDS devem considerar a realidade local, afinal, não se pode formular campanhas/ações de prevenção esperando que todos reajam da mesma forma, ainda mais considerando a já explicitada diversidade da epidemia no Brasil. Nesse âmbito, as principais estratégias de prevenção não devem estar apoiadas nas campanhas de massa organizadas a nível federal, mas em ações locais que considerem os comportamentos relacionados ao risco de HIV/AIDS como inseridos num arcabouço cultural e ainda transpassado por fatores políticos e econômicos, já que estes definem as possibilidades locais de reação à epidemia.

## **2.1)A construção de uma base para a prevenção**

Para pensar uma nova agenda de pesquisa sobre Aids e uma nova agenda de prevenção é necessário tocar em três abordagens distintas: o padrão dos comportamentos de risco, o arcabouço sócio-cultural e os fatores políticos e econômicos que definem a maneira com que o governo e instituições da sociedade enfrentam a epidemia. Esses tópicos devem ser considerados em conjunto e não separadamente como aconteceu amplamente na história da Aids, Parker (2000).

A disseminação do HIV na década de oitenta, demonstrou quase completa falta de conhecimento científico relacionado aos fatores comportamentais que pareciam ser responsáveis pela transmissão do vírus. Por isso, as primeiras pesquisas foram focalizadas no conhecimento de práticas que poderiam estar associadas ao risco de infecção de forma quantitativa. Esse tipo de pesquisa que mapeou determinados comportamentos, acabou gerando os chamados grupos de risco. O objetivo era intervir pela mudança de comportamento visando pela redução de risco. Para isso, essas pesquisas se baseavam em informações sobre comportamentos e práticas, em psicologia individual e no comportamento individual em resposta ao que era percebido como ameaça à saúde.

Conforme esse tipo de intervenção sobre comportamento se disseminou em um número maior de ambientes sociais e culturais, foi se percebendo a dificuldade de adaptar protocolos de pesquisa por conta da diversidade de expressões sexuais e por outros obstáculos como o consumo de drogas diferentes. Ficou evidente que a informação por si só e em si mesma junto ao enfoque na psicologia individual não eram suficientes para produzir mudança de comportamento.

Com essa dificuldade na adaptação dos protocolos, houve uma mudança no foco das pesquisas: do comportamento para os ambientes culturais onde este acontece, afinal, a identidade que muitas vezes condiciona o comportamento é socialmente construída. Essa nova abordagem

gerou uma reformulação na idéia de intervenção, pois notou-se que a prevenção raramente funciona na esfera do comportamento, mas das representações sociais e coletivas.

As respostas políticas e econômicas ao desafio da Aids foram as últimas a serem incluídas na formulação das intervenções preventivas e são de suma importância porque só elas são capazes de desenvolver estratégias a longo prazo. Elas definem as formas com que as comunidades afetadas podem se organizar frente à epidemia, visto que a prevenção é parte de um amplo processo de transformação social que envolve as desigualdades e injustiças sociais e econômicas estritamente relacionadas à vulnerabilidade coletiva diante da epidemia.

Como podemos ver, as ações de prevenção à Aids foram incorporando novas abordagens aos poucos, mas não se deve considerar essas abordagens como fases sucessivas, elas são representantes das atividades de pesquisa que o momento necessitava, já que as concepções anteriores geravam limitações para o entendimento do problema e não podemos pensar de forma linear, por vários momentos essas diferentes estratégias de prevenção coexistiram e isso se dá até hoje (Parker, 2000).

## **2.2) Rumos governamentais no combate à epidemia**

Considerando as campanhas de prevenção, os primeiros materiais produzidos tinham como foco a apresentação de informações básicas sobre as formas de transmissão da doença, o papel exercido pelas relações sexuais (ênfatisando o risco potencial de se relacionar com vários parceiros) e a problemática da transfusão de sangue. O público-alvo era basicamente formado por profissionais de saúde, a população em geral e grupos de alto risco entendidos como os homossexuais, os UDI, e homens e mulheres envolvidos com a

prostituição. Nesse período existe uma clara separação entre a comunicação dirigida à “população geral” e aos chamados grupos de risco.

As primeiras campanhas de prevenção tinham um caráter de prescrição e favoreciam o aspecto cognitivo. Seus slogans eram: “Estar bem informado é a melhor prevenção”, em 1986, e “Aids você precisa saber evitar, em 1987. Embora a passagem de informações seja importante para o indivíduo definir se tomará posturas preventivas, só a transmissão de informações é insuficiente para a redução de comportamentos de risco. Dessa forma, as primeiras campanhas preventivas organizadas pelo governo, chamavam a atenção pelo próprio destaque que a infecção tinha no momento e não por uma eficácia na tentativa de impulsionar mudanças de comportamentos de risco frente ao HIV. A campanha de 1988 veio com o slogan “ Quem vê cara , não vê Aids”, que criava um clima de desconfiança em torno das relações sexuais e gerava discriminação aos soropositivos.

Outra importante característica desse período é a abordagem tímida sobre o uso do preservativo masculino como forma eficaz de prevenção das DST/AIDS, o que reflete uma camuflagem social de relações sexuais que estivessem fora do padrão de moralidade estabelecido. Num cenário social em que a sexualidade era um tabu, considerar a hipótese da existência de relações fora do contexto de um parceria fixa em que se tem confiança, era um pecado. O uso da camisinha só vai ser abordado em 1989 com a campanha “O seu grito de liberdade. Camisinha” e isso foi um importante avanço na qualidade das campanhas de prevenção.

Nos primeiros anos da década de noventa a produção de peças publicitárias de prevenção à Aids passou por uma considerável crise. No ano de 1990 o governo não realizou campanha publicitária de prevenção à Aids, o que gerou pressão social para uma nova campanha. Em virtude dessa pressão, em 1991 o governo Collor lançou a campanha

“Se você não se cuidar a Aids vai te pegar”, que trazia a foto de um casal com um alvo recobrando as genitais e o rapaz dizia “eu tenho Aids, não tenho cura”.Essa campanha foi fortemente criticada por profissionais de saúde e pelos movimentos sociais ligados o HIV/AIDS.O Boletim da ABIA de número 13 (março/1991), afirmava que a campanha pertencia à categoria da prevenção fatal, associava diretamente a AIDS com morte e abusava de termo bélicos na sua linguagem, gerando desconfiança e preconceito com os portadores do vírus.

O clima de insatisfação com as políticas públicas de combate à AIDS e com a campanha anterior, fez com que o ano de 1993 trouxesse o seguinte slogan no Dia Mundial de Luta contra a Aids (DM) “Previna-se do vírus, não das pessoas”.Apesar desse avanço, neste mesmo ano a Vigilância Epidemiológica censurou a campanha do Programa Nacional de DST/AIDS que dizia “Não importa com quem você transa, com quantos você transa, mas sim como você transa”, alegando que se cometia um erro grave em desqualificar a importância do número de parceiros para a prevenção. O material já impresso foi distribuído entre as ONG, mostrando as tensões dentro do governo em relação a tomadas de postura frente à AIDS (Rocha, 1999) .

O programa nacional de combate, ao formular essa campanha, tomou atitude progressista e foi censurado dentro do próprio governo, ou seja, se por um lado o governo lançava uma campanha que ressaltava o não preconceito aos portadores, por outro queria regular as atividades sexuais, o que fazia a iniciativa anterior perder muito do seu sentido.O maior meio de transmissão da AIDS é por via sexual, e a normatização da sexualidade por si já é um preconceito, sem contar que facilitava a ligação entre AIDS e comportamentos sexuais “desviantes”.É importante ressaltar que durante um longo período as campanhas se restringiram somente ao Carnaval e ao Dia Mundial, somente em 1994, as campanhas de

massa são veiculadas com uma maior regularidade. As principais campanhas deste têm as seguintes chamadas: “Aids, previna-se. Só depende de você” e “Quem ama, se cuida”. Ou seja, mais campanhas que atentam para responsabilidade individual frente à epidemia, numa estratégia de comunicação que suprime os fatores coletivos em torno do HIV.

A partir daí, os conteúdos amedrontadores que relacionavam à Aids à morte (como na campanha de 91) foram abandonados, e isso se deu em função de acirradas críticas das ONG e instituições da área pública. Também há incorporação gradual de uma abordagem sobre o uso da camisinha nas campanhas publicitárias, que acabaria por se tornar o principal alvo das campanhas de massa. No contexto da produção de campanhas de massa com enfoque principal no uso da camisinha, as campanhas voltadas para grupos específicos acabaram tendo pouco destaque e sendo pouco conhecidas pela população (Rocha, 1999). Parece um paradoxo dizer que a população em geral deve conhecer campanhas para grupos específicos, mas considero esse “conhecer” fundamental para que se tenha idéia da diversidade da epidemia, olhando-a de forma mais global. Assim como também é um paradoxo as campanhas terem enfoque no uso da camisinha, sendo que o custo dela não é acessível a toda a população e nem sempre ela é encontrada nos postos de saúde. Para que essas campanhas realmente tenham um arcabouço que as valide, é necessário a construção de uma fábrica nacional de camisinhas, e não mais importá-las.

Tratando dos trabalhos de prevenção para grupos específicos, eles tinham como principal público os seguintes segmentos: população empobrecida, caminhoneiros, população confinada, mulheres, indígenas, escolas, HSH, forças armadas, UDI, crianças e jovens. Sua proposta básica era a formação de multiplicadores dentro das populações e a produção de materiais educativos mais próximos das realidades desses grupos. Infelizmente,

a história dessa proposta foi interrompida muitas vezes na primeira fase de treinamento e o que vingou ficou como exceção.

Aqui vão dois bons exemplos de tentativas de prevenção para além das campanhas de massa e voltadas para grupos específicos. Primeiro o Projeto Empresa, que tentava falar da prevenção, atingindo homens e mulheres com diversas práticas sexuais aproveitando o local de trabalho que lhes é bastante familiar. Esse projeto é de muita relevância por atingir as camadas mais empobrecidas e evitar o preconceito no ambiente de trabalho (Terto Jr, 1997). O segundo exemplo é o da tentativa de colocar o tema da prevenção em Aids nas escolas de São Paulo. Para isso foi elaborado um treinamento de professores que dariam cursos de prevenção nas escolas, porém a Secretaria de Educação não aceitou a proposta. O que faltou nos projetos foi respectivamente a articulação do Ministério da Saúde com o Ministério de Trabalho e da Secretaria Estadual de Saúde com a Secretaria Estadual de Educação, o que reflete uma realidade existente até hoje: a de se considerar que a Aids é responsabilidade unicamente do setor saúde.

Voltando para as campanhas de massa para a prevenção, percebemos a incorporação de uma abordagem mais abrangente, voltada para grupos bastante diversificados, de forma a reconhecer que não há uma resposta padrão no combate à Aids, apesar da manutenção do enfoque em torno da camisinha em praticamente todas as campanhas (anexo nº 1). Tomando como referência o foco deste trabalho é importante destacar duas campanhas, uma de 2002, voltada para HSH “Camisinha e lubrificante a base de água. Parceiros fixos” e outra em 2003, “Travesti e Respeito. Já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida”; ambas produzidas fora do circuito carnaval-dia mundial. Também é válido mencionar a campanha de 2005: “Aids e racismo. O Brasil tem que viver sem preconceito.”

Concluir se os rumos das políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS estão corretas não é a pretensão desse trabalho, o que vale dizer é que falta muito no sentido de articulação com a sociedade civil e com outras instâncias governamentais dentro e fora do Ministério da Saúde, porém tentativas tem sido feitas. Atualmente o governo repassa verbas para 410 municípios, num total de 100 milhões, de acordo com o plano de metas anual apresentado. Também criou instâncias de articulação que ainda não atingiram o resultado esperado, mas não devem deixar de ser consideradas. Desde 2003, o Programa Nacional reformulou os seus 21 conselhos tendo em vista proporcionar uma ação mais global nas suas linhas de atuação e criou a SCDH (Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos), a CNAIDS (Comissão Nacional integradora de todas as instâncias assessoras das definições de políticas públicas) e a COGE (Comissão Nacional de gestores de programas de HIV/AIDS e outras DST) composta por representantes de estados e municípios para a pactuação das políticas a serem implementadas no âmbito do SUS e ainda a CAMS (Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais que é formada por representantes da sociedade civil organizada para realizar a interlocução do MS com os movimentos sociais que atuam na área.

### **2.3) Rumos não governamentais no combate à epidemia**

A epidemia de Aids é de tal complexidade que ela mesma apontou com clareza as limitações das intervenções circunscritas a área da saúde, impondo assim, a necessidade de uma articulação que fosse além do enfrentamento da doença, tratando de uma transformação de toda sociedade e abrangendo a dimensão das prática sanitárias. Em meio a essa complexidade, o Estado se mostra insuficiente para sozinho constituir uma instância

atuante, dessa forma, as políticas públicas se confrontam num espaço de negociação de demandas coletivas que envolvem a área governamental e instâncias da sociedade civil. Dentre estas instâncias, é importante destacar o trabalho das ONG, que ao longo da trajetória da Aids vêm representando os direitos dos portadores HIV/AIDS e das populações mais vulneráveis ao vírus, contribuindo de forma singular para confrontar diretrizes autoritárias e preconceituosas que foram surgindo no lastro da epidemia (Rocha, 1999).

As ONG se estabeleceram como um pilar importante no combate ao HIV/AIDS por conta da sua presente atuação, travando diálogo com os setores governamentais em prol de parcerias que conferissem sentido ético e político às ações voltadas para a AIDS e para as questões que girassem em torno dela. Também é importante destacar seu papel junto às comunidades, já que as ONG trabalham com a proposta das ações de intervenção a nível local. Apesar de as organizações sem fins lucrativos no Brasil terem surgido antes da epidemia de AIDS, foi em consequência desta que elas se consolidaram em meados da década de oitenta.

Com a abertura política que estava acontecendo no início dessa década, os exilados políticos voltavam ao país, trazendo questionamentos referentes ao papel do Estado e exigindo democracia e liberdade de expressão. Alguns deles como Betinho traziam experiências de entidades sem fins lucrativos estrangeiras. Nesse momento, a questão central da sociedade girava em torno da democratização, os temas eram macro estruturais, refletindo demandas coletivas, os temas que fossem associados a minorias acabavam tendo sua importância colocada depois da luta pela redução das desigualdades sociais, pautada na referência econômica e no conflito de classes (MS, 2002/2003).

Na contramão desse cenário surgia a AIDS, trazendo a necessidade de se dar a atenção devida a “questões menores”, pois ela envolve o coletivo, mas enfrentá-la era ir além de uma reforma sanitária e tocar em questões relacionadas a práticas individuais. As ONG/AIDS que surgem em meados dos anos oitenta, aproveitam essas “questões individuais” e fomentam discussões sobre direitos humanos e civis, ou seja, essas ONG não se configuram restritas à área da saúde, que na época se ligava a questões como as condições materiais de existência, especialmente referidas a saneamento e moradia. As principais características das ONG formadas na década de oitenta são as seguintes (idem):

- Contam com uma imensa dedicação voluntária, mas que não se confunde com as igrejas\*
- mobilizam somas vultosas, mas não visam lucros
- insistem na gratuidade dos serviços, mas não são centros de filantropia
- possuem caráter político, mas não partidário
- buscam manter autonomia com relação ao estado
- promovem o desenvolvimento sem confundir-lo com a produtividade
- fazem pesquisa, mas não acadêmica.

Outra característica das ONG nesse período se dá quanto aos seus fundadores e dirigentes, na maioria das vezes provenientes de universidades e movimentos de esquerda que marcaram a resistência à ditadura, o que em um primeiro momento faz com que o não governamental se torne quase anti-governamental. Nessa fase inicial as ONG possuem uma notável independência em relação aos recursos públicos. Essa autonomia financeira e certa discordância frente aos projetos governamentais, não quer dizer que o governamental e o

Esse caráter voluntário se mantém até hoje (anexo nº 2)

não governamental fossem inimigos, pois há discordâncias, mas em vários momentos eles entram em parceria, apesar de serem autônomos.

A característica de autonomia das ONG frente ao Estado, sofre mudança a partir do empréstimo do Banco Mundial (BM), em 1994, quando o número de projetos na concorrência para financiamento público aumenta em decorrência da verba recebida e há uma aproximação do trabalho das ONG com o trabalho não governamental. Nos primeiros anos após o empréstimo, multiplicou-se o número de ONG no Brasil e sua maior parte passou a ser financiada pelo Programa Nacional de DST/AIDS, (anexo nº 3).

Ou seja, se o grande avanço em termos de política de controle da epidemia foi com a ação das ONG que praticamente se configuraram como o movimento social da AIDS, poderemos estar ameaçados de perder uma interlocução importante entre sociedade civil e Estado. Se por um lado o acordo com o BM trouxe uma melhoria no Programa Nacional de DST/AIDS, por conta da possibilidade de maiores investimentos, por outro favoreceu disputas de recursos e poder entre pequenas e grandes ONG, dificultando a rede de solidariedade que é tão proposta para a sociedade como método para a conquista de uma política de controle de AIDS mais democrática mais participativa (Rocha,1999).

Essa competição por financiamento acabou por criar uma verdadeira indústria da AIDS, onde os projetos das ONG acabam por seguir demandas. Para conseguir financiamento, as ONG acabam por ter como prioridade públicos que possuem os maiores quantitativos nas pesquisas de evolução da transmissão, se aproximando das ações do governo e acabando assim por suprimir sua proposta original, que é a de trabalhar com comunidades diversas. Porém essa afirmação não pode ser generalizada, algumas ONG como a ABIA e o Grupo Pela Vida, que recebem financiamento internacional e mantém

autonomia frente a política governamental e a maior parte do financiamento das ONG não vem do governo (anexo nº 4).

Assim como aconteceu com as ações governamentais, não pretendo aqui dizer se os caminhos tomados pelas ONG está certo ou errado, o que me cabe, é mostrar que no início da epidemia elas foram importantes por pressionar o governo para a realização de melhorias (como se deu com a politização do sangue) quanto à prevenção, assistência e direitos humanos e civis e que apesar das mudanças ocorridas em decorrência do empréstimo do Banco Mundial, elas ainda são a referência nacional quando se trata de prevenção e trabalho com grupos específicos.

### **CAPÍTULO III – A HOMOSSEXUALIDADE E A PREVENÇÃO EM AIDS**

Ao falar sobre sexualidade, o primeiro fator a ser considerado é que ela é socialmente construída, pois os papéis sexuais de “homem” e “mulher” variam de época para época e em cada sociedade, cultura e classe, onde se criam uma série de expectativas a respeito do comportamento considerado adequado para cada sexo. Nesse sentido, existe um movimento quase mecânico no qual desde o berço, meninos e meninas são submetidos a um tratamento diferenciado que os ensina esses comportamentos, (Fry,1987). O interessante a notar é que o homossexualismo, que nada mais é do que uma das expressões da sexualidade, se encontra várias vezes fora desse conceito de construção social, sendo considerado resultante de problemas biológicos e/ou psicológicos.

Os homossexuais foram excluídos da naturalidade da sociedade desde tempos antigos ( a Idade Média é um bom exemplo, pois eles foram caçados pela inquisição), mas essa exclusão se agravou após a adoção do modelo familiar burguês surgido em decorrência da Revolução Industrial, no qual o homem deveria ser o provedor da família e ter muitos filhos. Nesse contexto de repressão ao longo da história, é importante dizer que ela se dava frente a um determinado comportamento e não a um grupo de pessoas com comportamentos característicos, já que a classificação “homossexual” só surgiu em meados do século XIX, quando foi criada por psicólogos.

Essa classificação, criada para designar um grupo homogêneo, cairia frente aos homens casados que “comem” travestis no submundo das boates e seria substituída por “homens que fazem sexo com homens (HSH)”, abrindo caminho para a notificação de uma

gama de relações entre homens onde aquele que assume papel ativo não se considera homossexual. A importância do termo HSH está no fato de que para a vigilância epidemiológica e para as ações de prevenção das DST/AIDS, ele permite a notificação de homossexuais e bissexuais, além de considerar aqueles que mantêm relação com outro homem, porém não se considera pertencentes a nenhum dos grupos acima.

Como já dito, os homossexuais foram alvo de grande discriminação ao longo da história, porém no final da década de setenta, havia uma certa contaminação por parte do movimento gay nas diferentes áreas da vida social e cultural, em consequência da revolução sexual americana de 1969, que se espalhou para outros cantos do mundo. Essa contaminação se reverteu quando a AIDS se tornou presente, passando então a ressurgir uma postura anti-gay. Na fase inicial da epidemia eram divulgadas imagens de pessoas em leitos hospitalares, quase como um tratamento de choque na sociedade. Na maioria das vezes se deixava subentendido que os pacientes eram homossexuais. Uma nova onda moralista apoiada pela igreja católica pregava que a AIDS era o castigo divino que vinha como prova de que as relações homossexuais eram contra a natureza humana. Nesse momento, a posição de força que o movimento homossexual tinha atingido estava sendo ameaçada pela associação direta com a AIDS (MS, 2002/2003).

Coincidentemente com o surgimento da AIDS, no início da década de oitenta, aparecia no país o mercado homossexual com bares e boates. Embora quase sempre a identidade sexual perante a sociedade fosse mantida em sigilo, o homossexual passava a ter espaços de encontro e sociabilização específicos, o que se tornava importante no contexto social de exclusão em que estavam presentes. Esses espaços tipicamente gays não foram importantes só para funcionar como um refúgio, foi o aumento deles que fez com que no início da década de noventa, a mídia assumisse posturas menos normativas frente aos gays,

pois houve a percepção de que esse público formava um mercado consumidor de enorme rentabilidade.

Nesse momento se configura uma cultura homossexual, porém sem a radicalidade dos anos setenta e se consolida o mercado gay do Brasil que se concentra nas principais cidades do país, ou seja, Rio de Janeiro e São Paulo. Outras cidades como Porto Alegre, Salvador e Fortaleza também se interessam por esse mercado que é formado por indivíduos com um salário em média 15% maior que a dos demais trabalhadores. Os consumidores homossexuais se tornam interessantes porque possuem estilo próprio e um padrão de gastos acima da média, geralmente com livros, atividades culturais, carros e viagens (Assumpção, 2005).

Ao longo dos anos noventa, além do ganho de espaços sociais e de consumo, ainda que muito específicos, houve a consolidação da heterossexualização da epidemia e essas tendências se mantêm, ou seja, esses são caminhos que deveriam apontar para uma diminuição no índice de contaminação entre os HSH. Porém, segundo o relatório da UNAIDS, divulgado em dezembro de 2005, o Brasil continua em vanguarda quanto ao tratamento aos doentes de AIDS, mas precisa dedicar mais atenção à prevenção, principalmente ao se tratar de homossexuais do sexo masculino, já que esse grupo registrou aumento no índice de contaminação no ano do relatório.

O que quer dizer esse aumento mesmo contra todas as tendências? O que faz com que o maior quantitativo de casos de AIDS se encontre nos HSH (principalmente homossexuais), apesar da heterossexualização? No atual estágio de alastramento da epidemia, não podemos falar de grupos de risco, mas de práticas que podem levar mais facilmente à infecção, e frente ao aumento de casos entre homossexuais é isso que se supõe: que eles têm tido práticas de risco. Agora a dúvida é o por que de os homossexuais

manterem práticas de risco, mesmo com as informações sobre formas de prevenção tão popularizadas.É isso que queremos responder.

Uma das explicações para a manutenção de práticas de risco,a qual adotamos neste trabalho, se apóia nas condições psicológicas dos homossexuais frente às pressões sociais.O Brasil é um país cristão, ou seja, do ponto de vista religioso, ele tende a julgar a conduta homossexual como pecado, doença ou mesmo crime.Dessa forma, a construção de normas para manter os bons costumes, fazem com que os homossexuais estejam marginalizados da sociedade e mais propensos à violência.Essas condições fazem com que eles se sintam sem estima, o que remete a uma postura de despreocupação consigo próprio, que se traduz por práticas sexuais pouco seguras.

Levando ainda em consideração o fato de estarmos numa sociedade tradicionalmente machista, os homossexuais masculinos vivem uma situação de grande exposição ao risco, pois na falta de possibilidade de legitimar sua opção sexual, acabam por se instalarem em ambientes isolados.Os jovens homossexuais são ainda mais suscetíveis, pois correm risco de abuso físico, problemas escolares, discriminação familiar, fuga doméstica.Nas escolas, onde existem campanhas educacionais voltadas para a área de prevenção, há poucas considerações em relação à existência de jovens com práticas homossexuais.Quando se trata do mercado de trabalho, os homossexuais que mostram algum maneirismo feminino encontram dificuldade para conseguir emprego e acabam entrando no mercado informal de trabalho, inclusive o exercício da prostituição.

Esse complexo cenário de discriminação deve ser considerado nas estratégias de prevenção ao HIV/AIDS, em consideração à importância dos homossexuais na história da doença; não só como representação numérica em casos de infecção, mas como agentes de grande mobilização social.Afinal, se por um lado desde o início da epidemia, eles foram o

grupo populacional mais atingido, por outro, foram os protagonistas das respostas mais urgentes à epidemia com ampla mobilização dos seus ativistas e simpatizantes. Foram os programas governamentais e não governamentais direcionados aos homossexuais que efetivou a parceria entre instâncias governamentais e da sociedade civil organizada.

Os homossexuais tem a sua importância registrada para além da história da Aids. Em 1978, foi publicado o Jornal Lampião, no Estado do Rio de Janeiro, por jornalistas, intelectuais e artistas homossexuais que pretendiam fazer alianças com as demais minorias como negros, feministas e movimentos ecológicos. Embora esse engajamento não tenha acontecido, o jornal foi de grande destaque na medida que abordava a homossexualidade de maneira não pejorativa e tocava nos seus aspectos culturais, (Fry, 1987). Em 1979, o jornal foi fechado acusado de contrariar a moral e os bons costumes, infringindo a Lei de Imprensa. Ainda neste ano foi criada a primeira associação em prol dos direitos homossexuais, “Somos -Grupo de Afirmação Sexual”. Em 1980 foi criado em Salvador o Grupo Gay da Bahia, cujas primeiras ações foram em cima do reconhecimento jurídico dos homossexuais e da abolição da classificação da homossexualidade como transtorno curável pelo Conselho Nacional de Saúde.

Já com experiência na organização da luta pelos seus direitos, ao longo da trajetória da epidemia de AIDS, os homossexuais tiveram importantes conquistas. Em 1982 foi feito o primeiro Encontro Brasileiro de Homossexuais, que em 1993 se tornaria Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transexuais (EBGLT), que na sua edição de 1997 teve como atividade de encerramento a realização de uma passeata com 2000 pessoas. Em consequência deste ato, no ano seguinte, 1998, fez-se a primeira Parada do Orgulho de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais (GLBT). O objetivo dessa parada se cruza com a epidemia de AIDS no sentido de que o respeito social e individual pela diversidade na

orientação sexual é também uma forma de garantir o cuidado com a saúde, propiciando assim práticas sexuais mais seguras em relacionamentos sexuais e afetivos, Guia de prevenção as DST/AIDS (MS, 2002/2003).

Não só o cenário de discriminação deve ser considerado ao se montar estratégias de prevenção para os HSH, afinal, sentir desejo por pessoas do mesmo sexo não significa que todas pensam e agem da mesma maneira. Existem HSH que levam uma vida dupla, participam de um relacionamento com uma mulher, mas procuram gays e garotos de programa; existem aqueles que só se assumem nos locais específicos para homossexuais; os que são feminilizados e os que não são e ainda aqueles que tem aparência masculina com boa forma física e negam veementemente ter relações homossexuais. O universo homossexual é extremamente diversificado em termos de comportamento, práticas, nível sócio-econômico, faixa etária, etc.

Um bom exemplo da diversidade das práticas sexuais nesse meio é o “*barebacking*”, que é o envolvimento intencional/voluntário e consciente em práticas sexuais sem o uso de preservativos entre homens gays. Essa prática foi adotada recentemente por gays americanos para pressionar o governo a liberar mais verbas para a pesquisa de AIDS, (Rezende apud Santos, 2005). Também foi justificada como um meio de “controlar a AIDS” e dizer adeus à camisinha, ou ainda para reclamar pela liberdade de correr riscos, esquecendo assim dos riscos oferecidos ao corpo coletivo, ou seja, a população. Atualmente, essa prática está presente nos quatro cantos do mundo e sendo pressão política ou não, merece atenção das ações de prevenção. Também é importante considerar a existência de gays de terceira idade, já quase não existem campanhas de AIDS voltadas para a terceira idade e se tratando de gays idosos essas campanhas se tornam zero.

Enfim, falar do universo homossexual, tomaria uma tese inteira e aqui não há tempo nem espaço para isso. O importante ao concluir esse capítulo é dizer que fomentar ações em prol do resgate da cidadania dos homossexuais é necessário. Não se pode criar espaços gays só por conta de um bom mercado consumidor, esses espaços devem interagir com a sociedade em seu todo, e não se estabelecer a parte. Não se deve excluir a homossexualidade das práticas educacionais, sejam familiares ou escolares, afinal não se é homossexual por escolha e sim por uma série de processos, os mesmos que desencadeiam o desejo heterossexual. E ainda é válido dizer aos homossexuais que apesar das dificuldades, uma postura vitimizante não deve ser tomada, o movimento homossexual sempre teve representação muito presente e forte na história da AIDS e aproveitando a tendência de feminização e pauperização, esse movimento pode se juntar a outras causas como a feminista e a negra, criando assim uma agenda em comum e em prol de uma maior visibilidade para o movimento social brasileiro.

## **CAPÍTULO IV – EPIDEMIA DE AIDS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dentro do panorama brasileiro, a cidade do Rio de Janeiro ocupa segundo lugar em número de casos acumulados de Aids, e assim como São Paulo, funciona como pólo difusor de estratégias de combate de maior peso relativo na epidemia brasileira. Sem contar que reserva importância de estudo por se mostrar com grande adensamento e fluxo populacional, intensa circulação de capital financeiro, além de ter importantes áreas de turismo, diversão e forte presença da prostituição.

No início da década de oitenta, a propagação da epidemia na cidade estava relacionada aos homossexuais, somente aos poucos foi considerada pela mídia e pelas ações governamentais de combate à epidemia, a existência de outros grupos com práticas de risco, como UDI e transfundidos. Já em meados da década de noventa, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RIO), a AIDS apresentava algumas tendências bem definidas: feminização, baixo grau de escolaridade, queda de casos com homo/bissexuais como categoria de exposição ao risco e aumento de casos entre heterossexuais, e apesar do valor numérico baixo houve aumento relativo significativo na categoria de exposição perinatal (CRUZ, 1999).

Num geral, a tendência de evolução da epidemia na cidade coincide com a tendência nacional de interiorização, pauperização e feminização, desmistificando estatisticamente a idéia de grupo de risco. O município do Rio de Janeiro apresenta grande heterogeneidade na distribuição espacial da epidemia, bairros de ocupação mais antiga e consolidada (principalmente Centro e Copacabana) possuem maior concentração de casos e taxas de incidência da doença, apesar de essa taxa ter se estabilizado na zona sul desde 1998. No entanto, a epidemia mostra um deslocamento para bairros suburbanos e principalmente para a zona oeste, área em expansão que concentra uma população social e economicamente desfavorecida (Cruz, 1999).

A tendência de feminização da Aids que segundo o site da SMS-RIO começa a partir de 1990, se consolida no município em 1995 quando 24,1% das notificações pertenciam às mulheres, e dentre as notificações neste mesmo ano, a razão entre homens e mulheres já era de 3:1. A feminização da epidemia que se estabelece não é uma particularidade do município do Rio de Janeiro, mas expressa uma mudança do padrão epidemiológico da AIDS. Essa afirmação quanto à cidade do Rio de Janeiro, pode ser confirmada pelos dados da SMS-RIO no período que vai desde 1982, quando se deu o primeiro caso, até 16/11/2004. Segundo eles, em 1984 tínhamos a razão de casos homem/mulher de 12:1, em 1997 era de 2,4:1 já em 2003 essa razão passa para 1,9:1.

Segundo a mesma fonte e no mesmo período, apesar de todas as faixas etárias apresentarem uma tendência de aumento no número de casos, o maior quantitativo em número absoluto se concentra na faixa de 20 a 49 anos. Isso demonstra que a epidemia vem atingindo predominantemente indivíduos na maior fase de atividade sexual e social. Neste mesmo período houve acentuada queda dos casos por tipo de exposição homossexual e aumento por exposição heterossexual.

No período analisado percebe-se um aumento de casos notificados com indivíduos de menor escolaridade (indivíduos com até três anos de instrução) e redução expressiva dos casos com nível superior, que pode ser justificada pelo fato de ser um grupo restrito comparado ao conjunto da população, ou ainda pelo fato de ser supostamente um grupo que tem mais acesso às informações e melhores condições para assumir medidas individuais de prevenção.

A escolaridade assim como a ocupação têm sido utilizadas como indicadores indiretos do padrão sócio-econômico dos indivíduos soropositivos e os dados acima apontam uma mudança da tendência da epidemia enfatizando que estas vêm "... apresentando taxas de incidência

substancialmente mais elevadas nas regiões periféricas (e mais pobres) entre trabalhadores menos qualificados e/ou pessoas com menor grau de escolarização” (Bastos & Barcelos apud Cruz, 1999).

Concluindo, os aspectos mais marcantes da epidemia de AIDS no município do rio de Janeiro são sem dúvida:

- a expansão para diversos grupos populacionais depois de uma fase de concentração entre adultos homossexuais masculinos de alto padrão sócio-econômico;
- crescimento do número de casos em mulheres e conseqüentemente incremento na transmissão perinatal;
- aumento de transmissão heterossexual ;
- aumento do número de casos entre pessoas menos qualificadas do ponto de vista ocupacional e educacional.

Os dados considerados acima tem como primeira base o SINAN (Sistema Nacional de Agravos e Notificação), disponibilizado pelo Programa DST/AIDS da SMS do Rio de Janeiro e esse sistema é de extrema importância por ser fundamental na produção estatística do MS.O município do Rio de Janeiro foi o primeiro a implantar esse sistema,ou seja, foi o primeiro a uniformizar o banco de dados e análises sobre AIDS, o que em seguida aconteceu com o restante do país.O SINAN para a AIDS tinha como objetivo central na sua formulação, melhorar a qualidade da informação e ampliar a capacidade local para análise de dados. Antes de 1993 a notificação e a investigação era feita pelo Programa DST/AIDS de cada estado (Cruz,1999).

A partir de 1993, o gerenciamento desse sistema de notificação foi repassado para a Vigilância Epidemiológica sob a coordenação do Programa de Epidemiologia da SMS-RIO que ao se tratar de AIDS foi assumido plenamente pelo PROGRAMA DST/AIDS da SMS-RIO em 1995, quando o mesmo foi inserido na estrutura da Coordenação de DST/SMS. A estruturação desse

programa permitiu finalmente que o município se encarregasse da sua responsabilidade frente a sua tamanha relevância em termos de casos acumulados em relação a outros municípios e em termos de controle dos recursos técnicos e financeiros.

As normas e diretrizes do Programa DST/AIDS da SMS-RIO foram formuladas por técnicos do programa estadual e que trabalhavam no programa municipal, coordenadores das Áreas de Planejamento (AP) e representantes das unidades de saúde situadas nelas. Ficou determinado que “ a notificação e investigação dos casos confirmados de AIDS é compulsória, devendo ser registrada em formulário próprio e encaminhada ao nível central” (SMS/94). Criou-se dessa forma, um sistema de vigilância organizado mediante um sistema de informações baseado nessas fichas de notificação/ investigação dos casos confirmados de AIDS. Ou seja, existem dois bancos de notificação gerados pelo Programa DST/AIDS da SMS – 13 anos ou mais e menores de 13 anos.

Desde 1994 todas as unidades de saúde sem distinção, independentemente do seu nível de complexidade, notificam casos de Aids de adultos ou crianças. Essa notificação deve seguir os seguintes passos:

- identificar os casos confirmados;
- realizar o preenchimento correto da ficha de notificação/investigação epidemiológica de Aids;
- encaminhar para o órgão central do Programa DST/AIDS do município.

Vale considerar que “casos confirmados” não é sinônimo de soropositividade, visto que o SINAN só reconhece os casos em que os sintomas da doença já se manifestaram, gestantes soropositivas e crianças expostas. As estatísticas que se referem aos portadores assintomáticos são do SICLOM e do SISCEL, o que pode ser considerado um paradoxo ao se pensar em prevenção,

afinal, o soropositivo por mais que não desenvolva a doença, tem capacidade de transmiti-la. Tratar esses portadores pelo ponto de vista do uso de medicamentos e da realização de exames laboratoriais é excluir um público importante das estratégias de prevenção eficazes e não levar em conta a necessidade de apoio psicológico para esses portadores e para as pessoas que convivem com ele.

O SINAN apresenta ainda outras falhas, principalmente ligadas à notificação. Existe um grande número de campos ignorados em relação à escolaridade, o que prejudica uma análise social da epidemia e o mesmo se dá com as “categorias de exposição ao risco”. Cabe ressaltar o problema que envolve a abordagem dessa categoria, pois se trata de questões de foro íntimo, relacionada à sexualidade. A informação ignorada pode ter várias explicações: ela pode ser ignorada por parte do informante ou ter sido uma resposta preenchida mas não aceita pelo sistema, passando então a ser ignorada. É fundamental falar de um exemplo de não aceitação do sistema que se dá com a categoria de exposição “heterossexual sem histórico de risco dos parceiros”. Quem são esses heterossexuais ignorados pelo sistema? Por que ao invés de ignorá-los não se adapta o sistema para que ele se torne mais eficiente na investigação da epidemia? (Cruz, 1999)

Não é só em relação a escolaridade e categorias de exposição que temos falha de notificação, seria fundamental para a caracterização da epidemia na cidade, a inclusão da categoria “moradores de rua”. Junto a eles, aparece freqüentemente a ocupação “catadores de papel”, porém o sistema não aceita a entrada dessa ocupação e de outras não formais, e essas informações poderiam causar uma mudança estrutural no retrato sócio-econômico da população doente de AIDS. Outro problema que altera a capacidade de avaliação da epidemia na cidade é o fato de o sistema não considerar os profissionais do sexo nem como ocupação, nem como categoria de exposição.

Ainda se deve considerar a falta de avaliação mais abrangente e dinâmica da epidemia, pela impossibilidade de intercâmbio com outros sistemas como o SIM ( Sistema de

Informação sobre Mortalidade), SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e SICLOM (Sistema de Informação de Controle Logístico e Medicamento). Essa falta de articulação só dificulta o processo de vigilância, na medida que se subutiliza informações de morbidade, mortalidade e, informações sócio-econômicas e demográficas geradas por outros sistemas.

Do ponto de vista da epidemia é necessário um rigor quanto à qualidade do Sistema de Informação de AIDS que com essas falhas se mostra pouco consistente, principalmente nas questões sócio-econômicas da pessoa que vive com o HIV/AIDS; restringindo assim a possibilidade de traçar um melhor perfil da epidemia, e essas informações são fundamentais como subsídio para intervenções preventivas, ações de controle e programas assistenciais desenvolvidos pelos serviços de saúde e ONG's.

Se tratando das unidades de atendimento em AIDS, sendo elas governamentais ou não, é válido destacar que seu quantitativo se comparado com a média das cidades brasileiras, é bastante grande, afinal como já dito, a cidade do Rio de Janeiro funciona como um pólo difusor de programas e estratégias para todo o território nacional (anexo nº 5).

## **CAPÍTULO V – AS AÇÕES DE COMBATE À AIDS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Depois de apresentar a evolução da epidemia na cidade, enfim essa pesquisa se aproxima do seu final, mostrando neste capítulo as ações de combate à AIDS feitas pelo Programa Municipal de DST/AIDS e por três ONG escolhidas pela sua importância junto à história da AIDS e do movimento homossexual. Nessa demonstração, daremos destaque à comunicação voltada para homens que fazem sexo com homens no ano de 2005, e pode se considerar “comunicação” no seu sentido mais amplo, abrangendo os materiais informativos, reuniões, oficinas, palestras e outros meios de troca/passagem de informações e experiências.

### **5.1) ABIA**

A primeira ONG escolhida é a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). Sua história começa com a expansão de casos de AIDS entre hemofílicos, quando Betinho convidou vários médicos, pesquisadores e representantes de movimentos sociais para discutirem questões em torno da AIDS. Essas reuniões foram se ampliando até que em 1986 já tinha a participação de líderes de movimentos sociais. Em 10 de abril de 1987 a entidade foi registrada, porém aqueles que participaram de sua fundação tem em comum acordo dizer que, para efeitos práticos, a ABIA existe desde o final de 1986 (MS, 2002/2003).

O objetivo dessa ONG é promover o desenvolvimento de atividades sociais e científicas no combate à AIDS, promovendo estudos, pesquisas e projetos socioeconômicos, estudos sóciopolíticos, formação de banco de dados, produção de

boletins e outros. Para alcançar seus objetivos a ABIA estabelece parcerias com organizações e fundações públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, o que faz com que ela seja uma referência nacional e internacional como uma fonte divulgadora de informações sobre a epidemia e como colaboradora dos esforços governamentais, efetuando presente acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Atualmente, a ABIA integra diferentes redes nacionais e internacionais, como o Internacional Council of AIDS-Service Organizations (ICASO), o Latin American and Caribbean Council of AIDS Services Organizations (LACCASO), a Rede Brasil sobre Instituições Financeiras Multilaterais, a Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (ABONG), a Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e Fórum de ONGs/AIDS do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo é sempre reforçar e ampliar as possibilidades de parceria e cooperação com financiadores, ONGs, entidades governamentais, universidades e movimentos sociais no Brasil e no exterior ([www.abia.org.br](http://www.abia.org.br)).

A ABIA age em âmbito nacional e tem como população alvo HSH, mulheres e população em geral, sua área de ação prioritária é o trabalho com HIV/AIDS. É uma ONG que trabalha junto ao governo na revisão e desenvolvimento de novos programas de prevenção e tratamento à AIDS, estimula debates sobre direitos sexuais e reprodutivos e luta para que os soropositivos tenham acesso a tratamento adequado.

Em busca de resultados, o espaço ABIA- Rio de Janeiro realiza oficinas, grupos de discussão e seminários de forma a criar um ambiente de diálogo.

Nesse sentido ao longo de 2005 foram realizados projetos de grande importância como o “Companhia da Saúde” que é um grupo formado por jovens carentes que alertam sobre a prevenção de DST/AIDS através de atividades circenses em praças públicas, escolas terminais rodoviários e comunidades carentes. Outro projeto de grande relevância, principalmente para este trabalho, é o “Quintas Transgressoras”, onde se realiza oficinas para HSH. Nessas oficinas, os participantes passam a ter presença na elaboração de materiais informativos e na formulação dos projetos da ONG voltados para esse público. Das “Quintas” saiu o “Juventude e Diversidade Sexual: novos caminhos”, nome adotado para identificar as ações que são dirigidas aos HSH. Essas ações foram desenvolvidas no âmbito de três projetos ([www.abia.org.br](http://www.abia.org.br)):

- Prevenção do HIV / AIDS entre homens jovens com práticas homossexuais de classes populares no Rio de Janeiro: projeto de pesquisa e intervenção. Este projeto tem ações que se estendem até o ano de 2006 e os resultados serão apresentados em um grande seminário sobre “Práticas Homoeróticas e Prevenção ao HIV/AIDS entre os Jovens Gays de Classes Populares do Rio de Janeiro”.
- Homossexualidade, Juventude e Vulnerabilidade: prevenção do HIV/AIDS entre homens jovens que fazem sexo com homens de classes populares do Rio de Janeiro, que teve vigência até junho de 2005.
- Michê: prevenção do HIV/AIDS entre homens jovens com práticas homossexuais, profissionais do sexo. Esse projeto visa fomentar

discussões sobre direitos sexuais e humanos entre os profissionais do sexo, construindo respostas a fatores de vulnerabilidade ao HIV.

No âmbito desses projetos, ao longo de 2005 foram feitas intervenções em espaços de homosociabilidade como ruas, bares e boates, abordando o uso do preservativo e incentivando a participação nas atividades da sede da ABIA. Lá, os homossexuais encontram oficinas temáticas de incentivo ao uso do preservativo, mas sem caráter de prescrição, e sim considerando o uso do preservativo como uma livre escolha de quem quer negociar com seus parceiros práticas sexuais que diminuam o risco frente ao HIV/AIDS. Essas oficinas trabalham com teatro, filmes, música, bate-papo e desenho.

Na ABIA também são encontrados cursos profissionalizantes propostos pelos participantes das Quintas Transgressivas que são: massagem, produção de texto, expressão corporal, elaboração de projetos e materiais. Os materiais que foram e estão sendo produzidos voltados ao público homossexual são feitos pelos participantes do Projeto Juventude e Diversidade Sexual (anexo nº 6), ficando com linguagem mais próxima ao público alvo e permitindo espaço para os freqüentadores da ABIA produzirem e serem úteis na expansão da prevenção entre os homossexuais (idem).

Enfim, falar da ABIA se torna importante por ela ser uma ONG que cria espaços de sociabilização, onde se pode trocar, produzir, participar da formulação das atividades propostas, num contexto onde os homossexuais não recebem simples instruções, mas se tornam agentes de sua realidade.

## **5.2) Grupo Arco-Íris (GAI)**

Fundado em 21 de maio de 1993, o Grupo Arco-Íris se propõe a trabalhar contra a discriminação por orientação sexual de todas as maneiras possíveis, promovendo a auto-estima como uma melhoria para a qualidade de vida dos homossexuais. Sua área de ação prioritária é junto aos movimentos homossexuais e sua área de atuação é municipal, o que faz com que essa ONG tenha grande importância para a cidade do Rio de Janeiro. Atualmente ela é filiada à Associação Internacional de Gays e Lésbicas (ILGA) e à Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT) (MS, 2002/2003).

Durante o ano de 2005, o GAI apoiou projetos como o Disque Denúncia Homossexual (DDH), que atende pelo telefone 3399-1111 e funciona na Secretaria de Estado de Segurança Pública e Subsecretaria de Pesquisa e Cidadania, sendo um marco para a defesa do homossexual. Também teve participação no Projeto Rio Buddy de acompanhamento domiciliar às pessoas com AIDS em parceria com o Grupo Pela Vidda, e distribuiu gratuitamente preservativos e materiais informativos, além de realizar oficinas de auto-estima e sexualidade ([www.arco-iris.com.br](http://www.arco-iris.com.br)).

Ao longo de 2005, o GAI ainda realizou capacitação de ONG GLT para ações de direitos humanos e AIDS através do Projeto Somos que é uma promoção da ABGLT; promoveu palestras e seminários para sensibilizar e informar a sociedade sobre questões ligadas à sexualidade/homossexualidade e implantou o Projeto de Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS), visando atingir a população homossexual surda-muda (idem).

A importância do GAI está nas suas atividades voltadas para o grupo homossexual, pois ao promover a auto-estima, gera a adoção de práticas sexuais mais seguras, o que é um meio de diminuir a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

### **5.3) Grupo Pela Vidda (GPV) : pela valorização, integração e dignidade do doente de AIDS**

O Grupo Pela Vidda foi fundado no Rio de Janeiro em 1989 pelo escritor Herbert Daniel. Formado por pessoas que vivem com AIDS, seus amigos e familiares, o grupo procura apresentar uma resposta comunitária organizada à epidemia, promovendo a integração das pessoas que vivem com AIDS e o respeito à sua cidadania (MS, 2002/2003).

As atividades do GPV são abertas a todos os interessados, soropositivos ou não e sua agenda semanal inclui oito atividades que envolvem grupo de mulheres, oficinas de arte, reunião de voluntários e outros. Os serviços oferecidos englobam assessoria e orientação jurídica, um disque AIDS (onde se encontra informações sobre como se prevenir, onde encontrar tratamento, etc) e a distribuição de material informativo e de preservativos.

Dentre os seus projetos realizados no ano de 2005 podemos destacar o Sala de Espera com atividades de prevenção ao HIV voltadas para mulheres, o convênio com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social para a capacitação de funcionários para o trabalho com AIDS e o Projeto Homem que trabalha a prevenção com o sexo masculino, além do acompanhamento domiciliar com o Projeto Buddy. O GPV ainda participa de congressos e conferências e promove o Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com AIDS ([www.pelavidda.org.br](http://www.pelavidda.org.br)).

A pretensão não é falar de todas as atividades do GPV, mas mostrar um pouco da gama de atividades existente nesse grupo, pois isso faz com que um grande público seja atingido e se crie uma rede de prevenção á AIDS com indivíduos em situações de vulnerabilidade bem diferentes.

#### **5.4)Programa Municipal de DST/AIDS SMS-Rio**

O Programa Municipal de DST/AIDS visa articular ações de assistência, vigilância e prevenção para reduzir a incidência das DST/AIDS e promover a melhoria na qualidade de vida das pessoas já infectadas.Segundo os dados do site da SMS-Rio [www.saude.rio.rj.gov](http://www.saude.rio.rj.gov) ,atualmente, a SMS realiza dinâmicas de prevenção e de repasse de insumos em parceria com 135 unidades de saúde, com mais de 50 ONG e ainda com algumas associações comunitárias que atuam em conjunto com essas duas instâncias.

Durante a década de noventa, as ações de prevenção da SMS aumentaram substancialmente por conta da maior distribuição de preservativos, se em 1996 havia a distribuição de 25 mil unidades por mês, esse número passou para 700.000 em 2002.Em 2003 essa média se manteve, mas no ano de 2004 ela sofreu uma pequena queda e considerando a crescente demanda, isso fez com que faltasse preservativos nos postos de saúde neste ano (anexo nº 7).Mesmo com falha na distribuição dos preservativos masculinos é importante falar que no ano de 2004 foram distribuídos para as ONG, 58.700 preservativos femininos e 18.500 sachês com gel lubrificante.

Apesar de o Programa Municipal ter suas ações de prevenção voltadas principalmente para a distribuição de preservativos, não podemos desconsiderar as

atividades de capacitação de profissionais, seminários e oficinas. Também é importante falar que o eixo de trabalho é o educativo, o que faz com que o subsídio dado às ONG e outras organizações comunitárias passe pela apresentação obrigatória de projetos educativos que são acompanhados durante sua implantação (anexo nº 8). Assim, a princípio estão descartados o apoio a atividades com fins comerciais e sem conteúdo educativo. Ao escolher as instituições a serem apoiadas tenta-se atender a um conjunto diversificado de solicitações que atendam a diferentes grupos, passando por unidades de saúde, escolas e ONG.

A SMS-Rio ainda não divulgou no site os resultados obtidos ao longo do ano de 2005, mas encontramos suas metas para o ano :

- Consolidar o novo modelo de prestação de contas e o sistema de monitoramento e avaliação das ações;
- Aprofundar o debate sobre as metodologias utilizadas e a discussão sobre adequação das propostas ao perfil epidemiológico das populações atingidas e
  - Incrementar as relações entre ONG, comunidades e unidades de saúde a fim de conferir maior convergência e sustentabilidade das ações.

O que foi apresentado até aqui sobre a atuação do Programa Municipal de DST/AIDS, indica que o subsídio a organizações da sociedade civil, principalmente às ONG, configura ponto chave nas suas ações, tanto que dentre os objetivos do ano de 2005 estava o aumento da relação entre ONG e unidades de saúde. Essa relação é extremamente interessante para a configuração de um cenário de prevenção que vá além da atual distribuição de preservativos, pois aumenta o número de trabalhos para grupos específicos

feitos nas unidades de saúde, incluindo os HSH (pois as atividades nas unidades de saúde voltadas para esse grupo é muito pouca); a diversidade das atividades, indo além de palestras; além de possivelmente aumentar o interesse da população em participar de organizações da sociedade civil, solidificando a relação sociedade/governo.

Até agora foram faladas das ações de prevenção feitas pelo Programa Municipal de DST/AIDS, até mesmo porque o foco desta pesquisa é a prevenção, mas achamos um paradoxo na definição do município quanto ao que considera parte da assistência. Além do tratamento oferecido nas unidades de saúde, o município considera os CTA como local de assistência, porém nos CTA vão muitas pessoas soronegativas que passam obrigatoriamente por uma palestra de prevenção às DST/AIDS, e as pessoas soropositivas após duas sessões de aconselhamento que todos recebem ( uma no dia de fazer o exame e outra no dia de buscar o resultado), são encaminhadas para unidades de saúde que promovem o tratamento. Não seria então mais lógico considerar os CTA como unidades de prevenção e não de assistência? Ao invés de uma só palestra, poderiam ser promovidas outras atividades mais atraentes não só para atrair a população para fazer a testagem, mas para oferecer mais espaços eficientes de prevenção em DST/AIDS.

## CONCLUSÃO

A AIDS chegou no Brasil como uma doença da mídia, carregada de preconceitos, mesmo antes de a nossa população ter experiência suficiente para formular qualquer opinião. A maneira encontrada de escapar do medo propagado pela mídia foi a perpetuação do modelo americano dos grupos de risco, de forma a construir uma AIDS que sempre atingiria o outro, porém a diversidade de grupos populacionais atingidos provou que a idéia de grupo de risco era totalmente insuficiente para explicar a expansão da doença. No Brasil, a diversidade de pessoas atingidas é enorme, principalmente porque em meados da década de noventa a AIDS atingiu o perfil médio da população brasileira: pobres, moradores de cidades médias e pequenas e heterossexuais, mulheres em maior número .

Frente a uma epidemia tão diversificada se torna impossível traçar uma resposta padrão, há a necessidade de construção de espaços locais onde se estabeleça a troca de experiências e se utilize a comunicação como um meio de aprendizagem em conjunto, de forma que se crie uma rede de prevenção em AIDS. O formato de prevenção descentralizado que vai além das campanhas de massa é o ideal porque consegue articular fatores comportamentais, sócio-culturais e político-econômicos relacionados à doença, traçando um panorama mais completo e com isso obtendo mais subsídios para o combate à epidemia.

O modelo de prevenção adotado pelo Ministério da Saúde ainda é muito focado nas campanhas de massa com enfoque no uso do preservativo masculino, mas não podemos descartar as tentativas de ir além e trabalhar com grupos específicos, elas existiram e falharam frente a falta de articulação entre instâncias governamentais, entre governo e sociedade civil e entre ministérios. Por mais que o Ministério da saúde seja progressista em

seus projetos, ele não pode consolidar respostas eficientes à epidemia sem articulação com os outros ministérios, é necessário que se entenda definitivamente que a AIDS acompanha desigualdades sociais, portanto ela não é responsabilidade única do setor saúde.

A articulação com o trabalho das ONG se torna importante porque ao longo da história da AIDS elas lutaram por direitos humanos e sexuais relacionados à doença, pela qualidade de tratamento aos doentes e sempre cobraram estratégias de prevenção melhores por parte do governo, além de até hoje serem a referência nacional quando se trata de prevenção, complementando as estratégias do governo que é reconhecido mundialmente pelo seu modelo de assistência que desde dezembro de 1996 garante por lei a distribuição gratuita de medicamentos aos soropositivos. Ao propor uma articulação com o trabalho das ONG não dizemos que os trabalhos tenham que ser iguais, pelo contrário, pois as ONG perderam muito de sua função e originalidade ao se aproximar demais do governo visando financiamento vindo do empréstimo com o Banco Mundial. Precisamos de ações diferentes, que se complementem.

Outra importante articulação que o governo deve promover no sentido de montar estratégias de prevenção é com o grupo homossexual masculino, já que eles sempre foram os mais atingidos pela epidemia e foram os primeiros a oferecer respostas a ela, estando dispostos às pesquisas para novas agendas de prevenção. O grupo populacional dos homossexuais deve ser considerado ainda como importante alvo das ações de prevenção, já que no ano de 2005, os níveis de transmissão do HIV nesse grupo foram os que mais aumentaram nesse país e eles não devem ser desconsiderados só porque a tendência da epidemia é de heterossexualização.

Se combater a AIDS fosse simplesmente responder demandas aparentes, cairíamos num ciclo, agora são os heterossexuais que estão em voga, se todas as ações forem voltadas a eles o número de casos em outro grupo aumentará e este acabará a se tornar o grupo evidente. E ainda é importante considerar que não se deve fazer campanhas de prevenção

para homossexuais achando que eles são *barbies*, produzidos em série, o universo homossexual é extremamente diversificado em identidades e comportamentos.

Considerando a epidemia na cidade do Rio de Janeiro é sempre importante lembrar que ela é um ponto chave na difusão de modelos de prevenção e assistência, afinal é a segunda cidade com maior número de casos da doença, atrás somente de São Paulo. Atualmente a tendência da AIDS na cidade acompanha as tendências nacionais de feminização, o que acarreta um maior número de casos por transmissão perinatal, heterossexualização e pauperização, ou seja, indivíduos com menor qualificação ocupacional e educacional. Esses fatores são apresentados como chave na formação da vulnerabilidade ao HIV/AIDS e no caso dos homossexuais ainda se soma o preconceito que derruba a auto-estima, acarretando desvalorização de si próprio e conseqüentemente a tomada de posturas que aumentam a vulnerabilidade ao HIV.

Esse perfil epidemiológico realmente se confirma, mas nem todos os dados sobre a epidemia são claros já que o SINAN, que é o sistema base para as estatísticas em AIDS só considera os casos confirmados, ou seja, aqueles indivíduos que apresenta, sintomas da doença, além destes também são considerados mulheres soropositivas e crianças expostas ao risco. Os soropositivos assintomáticos são reconhecidos por sistemas de controle de medicamentos e de exames laboratoriais, ou seja, de forma puramente assistencial, o que é um grave erro no que concerne à prevenção, já que apesar de não manifestarem a doença, eles podem transmitir o vírus para pessoas que podem desenvolvê-los.

As estratégias de prevenção à AIDS na cidade do Rio de Janeiro encontram maior eficiência no trabalho das ONG, já que essas possuem atividades diversificadas que englobam oficinas e produção de material por parte dos participantes. As estratégias de prevenção feitas pelo Programa Municipal de DST/AIDS consiste principalmente em

oferecer preservativos para unidades de saúde , ONG e organizações civis que provem a realização de um trabalho educativo de prevenção às DST/AIDS. Ainda falta muito no que se refere a uma maior articulação entre o Programa Municipal e as organizações civis, mas esforços tem sido feitos para se formar realmente uma articulação onde se trabalhe em conjunto e não onde as ONG suprimam o trabalho de prevenção que deveria ser feito pelo governo.

Quanto à presença dos homossexuais nas estratégias de prevenção, percebemos de início campanhas voltadas para um grupo de risco homossexual que disseminava o preconceito, depois vieram as campanhas de massa e esse grupo teve poucas campanhas próprias, o que não condiz com a realidade epidemiológica da AIDS. Na cidade do Rio de Janeiro não há muita diferença, as unidades de saúde que trabalham com a questão HSH são em pouco número e não são conhecidas nem divulgadas, o que existe é subsídio por parte do município às ONG que se propõem a trabalhar com essa questão e o que se vê de trabalho em conjunto ainda é bastante insuficiente.

A epidemia de AIDS , como toda epidemia é um reflexo de fraturas sociais e como qualquer problema social que não recebe respostas eficientes se desenvolve rapidamente. Tentativas foram feitas, estão sendo feitas e até que se descubra uma vacina e uma cura, que deverão ser bastante onerosas, muitas serão feitas, mas em todas elas a prevenção deveria ser o maior foco, pois é o meio menos custoso, tanto financeiramente, quanto em poupar sofrimento e situações de discriminação. A principal conclusão desse trabalho é que prevenção deve ser a palavra fundamental ao se tratar de AIDS, pois é a única palavra que pode garantir um futuro mais seguro. E esperamos que os próximos esforços a serem feitos tenham a articulação necessária, não só para combater a epidemia, mas para formar estratégias de diminuição das desigualdades sociais mais eficientes.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABIA, 1992. Boletim ABIA 16, pp.1-2.

BORDENAVE, Juan E Diaz. O que é comunicação? São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

CRUZ, Marly Marques da. A epidemia de HIV/AIDS na Cidade do Rio de Janeiro e seus Padrões de Espacialidade. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.

FRY, Peter & MACRAE, Edward. O que é homossexualidade? São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

LAVOR, Adriano De. Cibersentido! A batalha simbólica em torno da Aids na Internet. Rio de Janeiro/Fortaleza: 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília, janeiro a junho de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST/AIDS. Catálogo de Organizações da sociedade Civil para HIV/AIDS. Brasília, 2001/2002.

PARKER, Richard. Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA- Editora 34, 2000

PARKER, Richard (org). Políticas e Instituições em AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA- Editora Jorge Zahar, 1997.

PERLONGHER, Nestor. O que é AIDS? São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

RIBEIRO, Marina Maria. (...) Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2000.

RIOS, Luís Felipe; ALMEIDA, Vagner de; PARKER, Richard; PIMENTA, Cristina & TERTO JR, Veriano (org). Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

ROCHA, Fátima Maria Gomes da. Política de Prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o Lugar da Prevenção nessa Trajetória. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.

ROSSI, Lilia (org). Guia de Prevenção das DST e AIDS e Cidadania para Homossexuais. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde e Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2002.

SITES CONSULTADOS

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

[www.saúde.rio.rj.gov.br](http://www.saúde.rio.rj.gov.br)

[www.abiaids.org.br](http://www.abiaids.org.br)

[www.arco-iris.org.br](http://www.arco-iris.org.br)

[www.abong.org.br](http://www.abong.org.br)

## ANEXOS

### ANEXO Nº 1- CAMPANHAS GOVERNAMENTAIS DE COMBATE À AIDS

#### CAMPANHA DE 1988: "QUEM VÊ CARA NÃO VÊ AIDS."



#### CAMPANHA DE 1989: "O SEU GRITO DE LIBERDADE. CAMISINHA."



#### CAMPANHA DE 1991: "SE VOCÊ NÃO SE CUIDAR A AIDS VAI TE PEGAR"



**CAMPANHA DE CARNAVAL 2000: "VIVER SEM AIDS SÓ DEPENDE DE VOCÊ."**



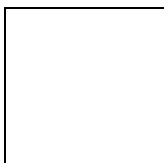
**CAMPANHA PARA CAMINHONEIROS 2000: "CAMISINHA. A MELHOR AMIGA DA ESTRADA."**



**CAMPANHA DE CARNAVAL 2000: "NÃO IMPORTA DE QUE LADO VOCÊ ESTÁ. USE CAMISINHA."**



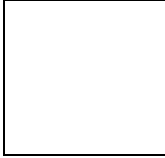
**CAMPANHA DE PREVENÇÃO ÀS DST 2001: Alertava sobre os riscos das DST e estimulava a procura de serviços especializados ao se notar sintomas como corrimento e feridas nos órgãos genitais.**



**CAMPANHA DE CARNAVAL 2002: "SEM CAMISINHA NEM PENSAR"**



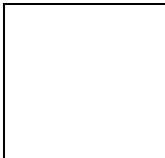
**CAMPANHA PARA PROFISSIONAIS DO SEXO 2002: "SEM VERGONHA GAROTA VOCÊ TEM PROFISSÃO."**



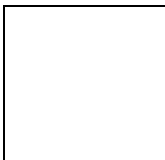
**CAMPANHA PARA HSH 2002**



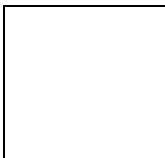
**DIA MUNDIAL 2002: "AIDS.O PRECONCEITO TEM CURA."**



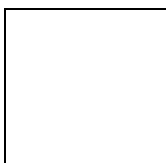
**CAMPANHA PARA TRAVESTI 2003: "TRAVESTI E RESPEITO: JÁ ESTÁ NA HORA DOS DOIS SEREM VISTOS JUNTOS.EM CASA.NA BOATE.NA ESCOLA.NO TRABALHO.NA VIDA"**



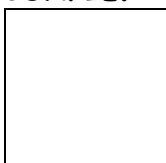
**CAMPANHA DE CARNAVAL PARA ADOLESCENTES 2003**



**CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO 2003**



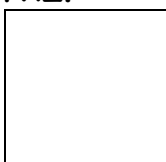
**CAMPANHA DE CARNAVAL DE 2004: "PELA CAMISINHA NÃO PASSA NADA. USE E CONFIE."**



**CAMPANHA CONTRA A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E SÍFILIS 2004**



**CAMPANHA DO 1º DE DEZEMBRO 2004: "MULHER SUA HISTÓRIA É VOCÊ QUEM FAZ."**



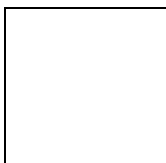
**CAMPANHA NACIONAL 2005: "VISTA-SE. USE SEMPRE CAMISINHA"**



**CAMPANHA DE INCENTIVO À TESTAGEM PARA HIV 2005**



CAMPANHA DO 1º DE DEZEMBRO 2005: "AIDS E RACISMO.O BRASIL TEM QUE VIVER SEM PRECONCEITO."



## ANEXO Nº2 – COMPARATIVO DO NÚMERO DE VOLUNTÁRIOS E DE FUNCIONÁRIOS NAS ONG/AIDS

### Número de Voluntários

Convênio*	sim	não	total
0 - 10	144	41	185
11 - 20	106	40	146
21 - 30	47	17	64
31 - 40	28	6	34
41 - 50	20	8	28
51 - 60	11	1	12
61 - 70	2	2	4
71 - 80	5	-	5
81 - 90	-	-	-
91 - 100	2	1	3
101 ou mais	21	2	23
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>118</b>	<b>504</b>

\*Convênio quer dizer quais ONG são conveniadas ao MS

### Número de Funcionários e /ou prestadores de serviço

Convênio	sim	não	total
0 - 5	170	80	250
6 - 10	72	24	96
11 - 15	49	7	56
16 - 20	26	3	29
21 - 25	21	-	21
26 - 30	10	2	12

31 - 35	8	1	9
36 - 40	5	-	5
41 - 45	4	-	4
46 - 50	2	1	3
51 ou mais	19	-	19
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>118</b>	<b>504</b>

## ANEXO Nº3 – ANO DE INÍCIO DAS ATIVIDADES DAS ONG

### DST/AIDS

Convênio	sim	não	total
1980	2	1	3
1982	1	-	1
1983	1	-	1
1984	1	-	1
1985	4	-	4
1986	4	-	4
1987	8	1	9
1988	5	3	8
1989	19	3	22
1990	13	1	14
1991	15	-	15
1992	17	11	28
1993	26	7	33
1994	28	6	34
1995	27	10	37
1996	22	9	31
1997	25	7	32
1998	36	11	47
1999	33	16	49
2000	40	11	51
2001	41	19	60
2002	18	2	20
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>118</b>	<b>504</b>

**ANEXO Nº4 – FAIXA ORÇAMENTÁRIA DAS ONG/AIDS E  
FONTES DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA ELAS**

**Faixa orçamentária das ONG/AIDS**

<b>Convênio</b>	<b>sim</b>	<b>não</b>	<b>total</b>
50.000 a 100.000	243	100	343
101.000 a 200.000	65	12	77
201.000 a 350.000	32	2	34
351.000 a 500.000	46	3	49
Não informou	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>118</b>	<b>504</b>

**Fontes de captação de recursos das ONG/AIDS**

<b>Doações de pessoas físicas</b>	<b>177</b>	<b>83</b>	<b>260</b>
<b>Agências de cooperação internacional</b>	<b>51</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
<b>Convênios com órgãos públicos</b>	<b>118</b>	<b>12</b>	<b>130</b>
<b>Doações de pessoas jurídicas</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>23</b>
<b>Patrocínios pontuais eventos</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
<b>Outros</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>23</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>188</b>	<b>504</b>

**ANEXO Nº5- LISTA DOS CTA DA CIDADE DO RIO DE  
JANEIRO**

**Gafrée e Guinle**

Rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca Tel.:(21) 2568-4244

**Hospital Escola São Francisco Xavier**

Avenida Presidente Vargas, 2863 - Praça Onze Tel.:(21) 2293-2255

**Hospital Municipal Rocha Maia**

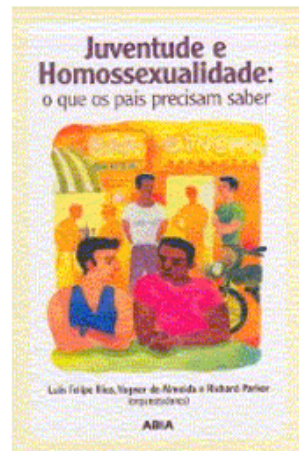
Rua General Severiano, 81-Botafogo Tel.:(21) 2295-2295

**Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro**

Avenida Ministro Edgar Romero, 276/B - Madureira Tel.:(21) 3390-0180

**ANEXO Nº6 - MATERIAIS INFORMATIVOS PRODUZIDOS POR  
PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES PARA HSH DA ABIA**





**ANEXO N°7 – DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS PELA SMS NO ANO DE 2004**

Meses	Unidade de Saúde	ONG	Total
Janeiro	33.840	281.376	315.2169
Fevereiro	494.368	598.472	1.092.840
Março	394.272	283.680	677.952
Abril	410.112	288.000	698.112
Mai	411.696	281.520	693.216
Junho	411.696	281.520	693.216
Julho	411.472	277.632	730.328
Agosto	398.736	274.752	673.488
Setembro	401.736	256.536	667.272
Outubro	401.736	256.536	667.272
Novembro	296.190	185.875	482.065
Dezembro	105.546	79.661	185.207
<b>TOTAL</b>	<b>4.171.400</b>	<b>3.400.672</b>	<b>7.572.072</b>

## ANEXO Nº8 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO A EVENTOS PONTUAIS DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS



### FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA SOLICITAÇÃO DE APOIO A EVENTOS PONTUAIS DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (anotar na presença do entregador)

#### ATENÇÃO:

- 1- Os pedidos deverão ser encaminhados à GDT/CDT/SMS-RJ com o **MÍNIMO DE 10 DIAS DE ANTECEDÊNCIA**. Além disso, o atendimento de sua solicitação estará condicionado à **AValiação TÉCNICA DA PROPOSTA EDUCATIVA** do evento e à **DISPONIBILIDADE DE INSUMOS**.
- 2- **AS AÇÕES NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO AS DST/AIDS TÊM COMO EIXO O TRABALHO EDUCATIVO E DE PROMOÇÃO À SAÚDE**. Deste modo, a oferta de preservativos na rede básica de saúde, assim como, o subsídio ao trabalho desenvolvido por diversas ONG e associações comunitárias, no município do Rio de Janeiro, tem por referência obrigatória a apresentação de projetos educativos à GDT/CDT/SMS-RJ, que avalia a proposta e acompanha o trabalho quando aprovado. Além disso, sempre que possível e pertinente, buscamos atender ao conjunto diversificado de solicitações de apoio a eventos pontuais nesta área, encaminhadas por instituições de saúde, escolas, corporações de ofício e ONG. **ASSIM, ESTÃO DESCARTADOS, À PRIORI, O APOIO ÀS ATIVIDADES COM FINS COMERCIAIS OU DESPROVIDAS DE CONTEÚDO EDUCATIVO**.
- 3- **O PREENCHIMENTO CORRETO DESTES FORMULÁRIOS**, bem como a apresentação dos documentos solicitados, são **CONDIÇÃO INDISPENSÁVEL PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA** dos pedidos de apoio a eventos pontuais na área de prevenção às DST/AIDS.
- 4- **NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS ENVIADOS POR FAX**. O formulário em branco pode ser solicitado à própria GDT/CDT/SMS- RJ ou ser retirado via Internet no seguinte endereço eletrônico: . **O FORMULÁRIO PREENCHIDO e OS DOCUMENTOS SOLICITADOS DEVERÃO SER ENTREGUES NA GDT/CDT/SMS- RJ**, Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 856, Cidade Nova, A/C Dra.Lilian de Mello Lauria, **GERENTE DO PROGRAMA DE DST/AIDS**.

#### 1 – DADOS SOBRE A INSTITUIÇÃO SOLICITANTE:

##### 1.1- Identificação da Instituição

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### 1.2 - Tipo de Instituição

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instituição Governamental de ensino                  | <input type="checkbox"/> Instituição governamental de saúde |
| <input type="checkbox"/> Instituição Privada trabalhando com projetos sociais | <input type="checkbox"/> Instituição Filantrópica           |
| <input type="checkbox"/> Organização Não Governamental                        | <input type="checkbox"/> Associação Comunitária             |
| <input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____                           |   |

**1.2.1- Instrumentos jurídico-legais que a instituição dispõe: (ATENÇÃO: A instituição deverá apresentar, junto com este formulário, o original, para fins de simples conferência, e uma cópia, que ficará conosco, de pelo menos um destes documentos)**

<input type="checkbox"/> Estatuto social diretoria	<input type="checkbox"/> Ata de fundação	<input type="checkbox"/> Ata de posse da atual
<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Outros _____	

**1.3 - Endereço (da sede da instituição ou para correspondência)**

Rua/Av: _____ n° _____
___ Compl. _____
CEP: _____ Bairro: _____ Telefone _____ Fax: _____ E-mail: _____
_____

**1.4 – Desde de que ano são realizadas atividades sociais voltadas para a prevenção de DST/AIDS no âmbito da instituição: \_\_\_\_\_**

**1.4.1- Há documentos disponíveis para atestar a realização destas atividades**

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
---

**1.4.1.1- Em caso positivo, especifique o tipo de documento: \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_

## **2- DADOS SOBRE O EVENTO:**

**2.1- Identificação do evento**

<b>2.1.1- Nome do Evento:</b> _____
_____
<b>2.1.2- Local do Evento</b> _____
<b>2.1.2- Data do Evento</b> ___/___/_____

**2.2-O evento está voltado para que tipo de atividade? (assinale apenas 1 opção, isto é, aquela que mais se aproxima da vocação do evento como um todo)**

**Prevenção às DST/AIDS**

**Promoção à saúde**

<input type="checkbox"/> <b>Informação, Educação e Comunicação (IEC)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Outros</b> _____
_____

**2.3- Número Total de Profissionais da instituição que estarão diretamente envolvidos com o evento: \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_ (incluir coordenadores e executores, excluir participantes)

**2.3.1- Categoria Profissional dos trabalhadores envolvidos com o Projeto:** (Admite mais de uma opção)

<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> Dentista
<input type="checkbox"/> Sanitarista	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem
<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> Funcionário administrativo
<input type="checkbox"/> Representação de ONG	<input type="checkbox"/> Representação de Associação Comunitária
<input type="checkbox"/> Voluntários	<input type="checkbox"/> Outros_____

**2.4 - Área de geográfica de abrangência do Evento** (identifique as localidades pelo nome do bairro principal. Admite mais de uma opção)

<input type="checkbox"/> SAUDE	<input type="checkbox"/> GAMBOA	<input type="checkbox"/> SANTO CRISTO	<input type="checkbox"/> CAJU
<input type="checkbox"/> CENTRO	<input type="checkbox"/> CATUMBI	<input type="checkbox"/> RIO COMPRIDO	<input type="checkbox"/>
CIDADE NOVA			
<input type="checkbox"/> ESTACIO	<input type="checkbox"/> SAO CRISTOVAO	<input type="checkbox"/> MANGUEIRA	<input type="checkbox"/>
BENFICA			
<input type="checkbox"/> PAQUETA	<input type="checkbox"/> SANTA TERESA	<input type="checkbox"/> FLAMENGO	<input type="checkbox"/>
GLORIA			
<input type="checkbox"/> LARANJEIRAS	<input type="checkbox"/> CATETE	<input type="checkbox"/> COSME VELHO	<input type="checkbox"/>
BOTAFOGO			
<input type="checkbox"/> HUMAITA	<input type="checkbox"/> URCA	<input type="checkbox"/> LEME	<input type="checkbox"/>
COPACABANA			
<input type="checkbox"/> IPANEMA	<input type="checkbox"/> LEBLON	[...] LAGOA	<input type="checkbox"/>
JARDIM BOTANICO			
<input type="checkbox"/> GAVEA	<input type="checkbox"/> VIDIGAL	<input type="checkbox"/> SAO CONRADO	<input type="checkbox"/>
PRACA DA BANDEIRA			
<input type="checkbox"/> TIJUCA	<input type="checkbox"/> ALTO DA BOA VISTA	<input type="checkbox"/> MARACANA	
<input type="checkbox"/> VILA ISABEL			
<input type="checkbox"/> ANDARAI	<input type="checkbox"/> GRAJAU	<input type="checkbox"/> MANGUINHOS	<input type="checkbox"/>
BONSUCESSO			
<input type="checkbox"/> RAMOS	<input type="checkbox"/> OLARIA	<input type="checkbox"/> PENHA	<input type="checkbox"/>
PENHA CIRCULAR			
<input type="checkbox"/> BRAS DE PINA	<input type="checkbox"/> CORDOVIL	<input type="checkbox"/> PARADA DE LUCAS	<input type="checkbox"/>
VIGARIO GERAL			
<input type="checkbox"/> JARDIM AMERICA	<input type="checkbox"/> HIGIENOPOLIS	<input type="checkbox"/> JACARE	<input type="checkbox"/>
MARIA DA GRACA			
<input type="checkbox"/> DEL CASTILHO	<input type="checkbox"/> INHAUMA	<input type="checkbox"/> ROCHA	<input type="checkbox"/>
RIACHUELO			
<input type="checkbox"/> SAMPAIO	<input type="checkbox"/> ENGENHO NOVO	<input type="checkbox"/> MEIER	<input type="checkbox"/> TODOS
OS SANTOS			
<input type="checkbox"/> CACHAMBI	<input type="checkbox"/> ENGENHO DE DENTRO	<input type="checkbox"/> AGUA SANTA	<input type="checkbox"/>
ENCANTADO			
<input type="checkbox"/> PIEDADE	<input type="checkbox"/> ABOLICAO	<input type="checkbox"/> PILARES	<input type="checkbox"/> VILA KOSMOS
<input type="checkbox"/> VILA DA PENHA	<input type="checkbox"/> VISTA ALEGRE	<input type="checkbox"/> IRAJA	<input type="checkbox"/>
COLEGIO			
<input type="checkbox"/> CAMPINHO	<input type="checkbox"/> QUINTINO BOCAIUVA	<input type="checkbox"/> CAVALCANTE	<input type="checkbox"/>
ENGENHEIRO LEAL			
<input type="checkbox"/> CASCADURA	<input type="checkbox"/> MADUREIRA	<input type="checkbox"/> VAZ LOBO	<input type="checkbox"/>
TURIACU			
<input type="checkbox"/> ROCHA MIRANDA	<input type="checkbox"/> HONORIO GURGEL	<input type="checkbox"/> OSWALDO CRUZ	<input type="checkbox"/>
BENTO RIBEIRO			
<input type="checkbox"/> RIBEIRA	<input type="checkbox"/> ZUMBI	<input type="checkbox"/> CACUIA	<input type="checkbox"/>
PITANGUEIRAS			

<input type="checkbox"/> PRAIA DA BANDEIRA FREGUESIA-ILHA	<input type="checkbox"/> COCOTA	<input type="checkbox"/> BANCARIOS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> JARDIM CARIOCA PORTUGUESA	<input type="checkbox"/> TAUA	<input type="checkbox"/> MONERO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GALEAO ANCHIETA	<input type="checkbox"/> CIDADE UNIVERSITARIA	<input type="checkbox"/> GUADALUPE	<input type="checkbox"/>
[...] PARQUE ANCHIETA	<input type="checkbox"/> RICARDO ALBUQUERQUE	<input type="checkbox"/> COELHO NETO	
<input type="checkbox"/> ACARI			
<input type="checkbox"/> BARROS FILHO JACAREPAGUA	<input type="checkbox"/> COSTA BARROS	<input type="checkbox"/> PAVUNA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANIL CURICICA	<input type="checkbox"/> GARDENIA AZUL	<input type="checkbox"/> CIDADE DE DEUS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FREGUESIA-JPA TANQUE	<input type="checkbox"/> PECHINCHA	<input type="checkbox"/> TAQUARA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PRACA SECA ITANHANGA	<input type="checkbox"/> VILA VALQUEIRE	<input type="checkbox"/> JOA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BARRA DA TIJUCA VARGEM GRANDE	<input type="checkbox"/> CAMORIM	<input type="checkbox"/> VARGEM PEQUENA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GRUMARI	<input type="checkbox"/> DEODORO	<input type="checkbox"/> VILA MILITAR	<input type="checkbox"/> CAMPO DOS AFONSOS
<input type="checkbox"/> JARDIM SULACAP MIGUEL	<input type="checkbox"/> MAGALHAES BASTOS	<input type="checkbox"/> REALENGO	<input type="checkbox"/> PADRE
<input type="checkbox"/> BANGU	<input type="checkbox"/> SENADOR CAMARA	<input type="checkbox"/> SANTISSIMO	
<input type="checkbox"/> CAMPO GRANDE			
<input type="checkbox"/> INHOAIBA	<input type="checkbox"/> COSMOS	<input type="checkbox"/> PACIENCIA	<input type="checkbox"/> SANTA CRUZ
<input type="checkbox"/> SEPETIBA	<input type="checkbox"/> GUARATIBA	<input type="checkbox"/> BARRA DE GUARATIBA	<input type="checkbox"/>
JARDIM GUANABARA			
<input type="checkbox"/> ENGENHO DA RAINHA	<input type="checkbox"/> LINS DE VASCONCELOS	<input type="checkbox"/> MARECHAL HERMES	<input type="checkbox"/>
PEDRA DE GUARATIBA			
<input type="checkbox"/> TOMAS COELHO	<input type="checkbox"/> RECREIO BANDEIRANTES	<input type="checkbox"/> SAO FRANCISCO XAVIER	<input type="checkbox"/>
SENADOR VASCONCELOS			
<input type="checkbox"/> VICENTE DE CARVALHO	<input type="checkbox"/> IGNORADO BAIRRO - MRJ		

**2.5- Qual o principal grupo beneficiado pelo seu evento? ATENÇÃO: Escolha apenas uma opção**

<input type="checkbox"/> Profissionais do sexo	<input type="checkbox"/> UDI
<input type="checkbox"/> Populações empobrecidas	<input type="checkbox"/> Gestantes
<input type="checkbox"/> Estudantes, adolescentes, jovens	<input type="checkbox"/> Funcionários
<input type="checkbox"/> Portadores e doentes de DST/HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Mulheres
<input type="checkbox"/> Internos em instituições	<input type="checkbox"/> HSH
<input type="checkbox"/> Outros _____	

2.5.1- Há outros grupos beneficiados pelo mesmo evento?

Sim       Não

2.5.1.1-Em caso positivo, **quais são os outros grupos beneficiados?**

<input type="checkbox"/> Profissionais do sexo	<input type="checkbox"/> Usuários de drogas injetáveis
<input type="checkbox"/> Trabalhadores da própria unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Menores internos em instituições
<input type="checkbox"/> Adultos internos em instituições	<input type="checkbox"/> Estudantes da rede pública do 1º e 2º graus
<input type="checkbox"/> Mulheres em idade fértil	<input type="checkbox"/> Gestantes

<input type="checkbox"/> Populações empobrecidas	<input type="checkbox"/> Moradores de favela
<input type="checkbox"/> Portadores e doentes de DST/HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Usuários do serviço de saúde
<input type="checkbox"/> Populações atendidas pelos CTA/COAS	<input type="checkbox"/> Populações atendidas pelos PCAS/PSF
<input type="checkbox"/> Adolescentes e adultos jovens em geral	<input type="checkbox"/> Homens que fazem sexo com homens
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Não se aplica

2.6- Qual o número esperado de participantes? \_\_\_\_\_

2.7- Qual a razão para distribuir preservativos durante o evento?

-----

-----

-----

-----

-----

2.8- Quais os principais objetivos do evento (*escolha no máximo três opções*)

Promoção à saúde

Promoção à educação

Promoção à cidadania

Prevenção e controle das DST/AIDS

Conscientização, mobilização e difusão do uso de preservativos na população em geral

Ampliar a oferta de preservativos para grupos específicos (homossexuais, usuários de drogas injetáveis, população carcerária, população de rua e afins)

Outros \_\_\_\_\_

**2.9- Quais os principais resultados esperados** (*escolha no máximo três alternativas*)

Conscientizar a população sobre a necessidade de prevenção

Promover o diálogo e diminuir as dúvidas sobre sexualidade

Ampliar o acesso aos preservativos

Aumentar a prática de sexo seguro

Diminuir a incidência das DST/AIDS

Outros \_\_\_\_\_

**2.9- Principais parcerias para realização do Evento**(*Admite mais de uma opção*)

Ministério da Saúde                       Secretaria Estadual de Saúde     Secretaria Municipal de Saúde

Organizações da sociedade Civil             Universidades                                       Secretárias de Educação

Secretarias de Desenvolvimento /Ação Social                       Instituições religiosas     Agências internacionais

Outras \_\_\_\_\_                                       A instituição não dispõe de parceiros para nesse evento

**2.10- O Evento conta com financiamento específico?**

Sim                       Não

2.11- Que tipo de apoio está sendo solicitado da GDT/CDT/SMS-RJ?

preservativos masculinos                       material educativo                       material educativo e preservativos masculinos

Outros \_\_\_\_\_

2.11.1- Em caso de solicitação de preservativos masculinos, **qual o quantitativo necessário para realização do evento?**

2.11.2- Em caso de solicitação de material educativo, **qual o quantitativo necessário para realização do evento?**

2.12- Que atividades educativas estão previstas durante a realização do evento? (*admite mais de uma opção*)

- Reuniões de grupo e/ou oficinas
- Palestras temáticas
- Campanhas educativas
- Consultas individuais com profissional especializado (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, etc)
- Atendimento individual realizado por representante de ONG, representante de comunidade e/ou voluntários
- Aconselhamento individual e/ou coletivo

Outros \_\_\_\_\_

### 2.13- Serão utilizados indicadores de avaliação das ações do evento

Sim  Não

### 3- DADOS DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE APOIO/INSUMOS À GDT/CDT/SMS-RJ

**ATENÇÃO:** Qualquer repasse de insumos e ou apoio da GDT/CDT/SMS-RJ é parte de um compromisso com os bens públicos e com os direitos do cidadão. Assim, torna-se fundamental que a instituição, uma vez beneficiada, apresente um responsável legal, capaz de responder por quaisquer dúvidas, que por ventura possam ocorrer, acerca do uso indevido dos insumos ou inadequação das ações vinculadas à proposta que nos foi apresentada.

#### 3.1- Identificação do responsável legal pela solicitação de apoio/insumos à GDT/CDT/SMS-RJ

Nome do responsável legal : \_\_\_\_\_

#### 3.1.1 Documentação do responsável legal pela solicitação de apoio/insumos à GDT/CDT/SMS-RJ

**ATENÇÃO:** Além de preencher os espaços abaixo, no ato da apresentação do formulário de solicitação, será necessário apresentar o original, para fins de conferência, e uma cópia de cada um destes documentos, que serão entregues para a GDT/CDT/SMS-RJ

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_  
Título de Eleitor: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

3.1.2- Telefone para contato direto: \_\_\_\_\_

### 4- ENCAMINHAMENTO FINAL (ATENÇÃO: Área de preenchimento exclusiva dos técnicos da GDT/CDT/SMS-RJ)

4.1- Técnico responsável pela avaliação: \_\_\_\_\_

4.2- Data da avaliação técnica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 4.3- Autorizado?

sim  não.

#### 4.2.1-Em caso positivo, quais os subsídios fornecidos?

- preservativos masculinos
- material educativo
- material educativo e preservativos masculinos
- Outros \_\_\_\_\_

4.2.2- Em caso positivo, a data da aprovação técnica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 4.2.2.1- Especificação do material a ser liberado

-----  
-----  
-----  
-----

**4.2.2.2- Data e número do fax enviado para efetuar a liberação**

4.2.2.2.1- Número do fax: \_\_\_\_

4.2.2.2.2- Data do envio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.3- Observações ( apenas, se necessário)**

-----  
-----  
-----

