



Manual para a cobertura de HIV/AIDS



Cobertura de HIV/AIDS

versão em português

Agosto 2006

Este manual foi criado pela Henry J. Kaiser Family Foundation e pela Fundación Huésped para servir como um guia de referência para jornalistas que atuam na cobertura de HIV/AIDS na América Latina. Gostaríamos de agradecer a Fundación Huésped por assumir as pesquisas necessárias para reunir e gerar material específico para a versão latino-americana deste manual e por traduzir o texto original desenvolvido pela Kaiser Foundation para a produção das versões em espanhol e português. A Fundación Huésped é uma organização não-governamental argentina com sede em Buenos Aires que atua intensamente na luta contra a AIDS.

O manual original em inglês, produzido pela Kaiser Foundation, pretende ser um guia global para a cobertura de HIV/AIDS e está disponível no website da fundação, em <http://www.kff.org/hivaids/ReportingGuides.cfm>. Cada vez mais, no trabalho junto a jornalistas de todo o mundo, a Kaiser Foundation está desenvolvendo manuais para regiões específicas, adaptados para os temas mais relevantes da epidemia de HIV/AIDS em cada região - e os mais relevantes para o respectivo trabalho jornalístico. Este manuais regionais estão sendo desenvolvidos ou traduzidos em diferentes idiomas e podem incluir conteúdo diferente daquele presente no manual original da Kaiser Family Foundation.

Contribuíram para a realização deste manual: Leandro Cahn (edição), Débora Fiore (produção de conteúdos e redação), Erica Canalicchio (pesquisa) e Raquel Aguiar (tradução para o português).



Prezado jornalista,

Temos a satisfação de apresentar este manual de jornalismo sobre HIV/AIDS. Este guia foi desenvolvido para jornalistas da América Latina que atuam na cobertura da epidemia global pela primeira vez ou que já trabalharam na área anteriormente. O objetivo é que este seja um manual de referência para fornecer um breve panorama dos mais importantes temas que os jornalistas precisam levar em consideração na divulgação de HIV/AIDS. A Kaiser Family Foundation desenvolveu este projeto não apenas como parte de seu compromisso constante no combate ao HIV/AIDS através da educação pública e da conscientização, mas também para alertar sobre a epidemia de HIV/AIDS. Ele traça um panorama geral sobre a epidemia e o guia original publicado pela Kaiser Family Foundation pode ser acessado em <http://www.kff.org/hivaids/ReportingGuides.cfm>. A versão latino-americana deste manual contou com a colaboração da Fundación Huésped, uma organização argentina que atua na luta contra a AIDS há mais de 16 anos.

Este material recobre uma ampla variedade de temas, incluindo a ciência, tratamento e prevenção do HIV/AIDS - e também discute os desafios éticos envolvidos na divulgação deste tema. A epidemia não é apenas uma batalha contra o vírus, mas também uma batalha contra certas idéias, tabus culturais, estigmas e a discriminação. Este guia inclui sugestões sobre a linguagem usada na cobertura de HIV/AIDS, além de uma listagem de fontes e contatos para informações adicionais. Dados mais detalhados estão disponíveis em www.kff.org, em www.globalhealthreporting.org e em www.huesped.org. Também é possível encontrar links interessantes em www.kaisernetwork.org, incluindo material gráfico e animado desenvolvido para televisão e para material impresso.

Kaiser e Huésped sempre acreditaram que os jornalistas têm um papel fundamental em manter tanto o público quanto os responsáveis por políticas públicas informados sobre a epidemia. Esperamos sinceramente que este manual de redação contribua neste processo.

Atenciosamente,

Kurt Frieder
Diretor Executivo
Fundación Huésped

Drew Altman
Presidente e Gerente Geral
Kaiser Family Foundation

ÍNDICE

1. Siglas	7
2. Glossário	9
3. Perguntas freqüentes sobre HIV/AIDS	13
4. Linha do tempo	21
5. HIV/AIDS na América Latina e Caribe: epidemias diferentes em contextos específicos	26
6. Acesso a ARV na América Latina e Caribe	32
7. Estigma e Discriminação na América Latina e Caribe: um obstáculo para a resposta nacional ao HIV/AIDS	35
8. Poder responsável: a cobertura de HIV/AIDS na América Latina	37
9. O papel da mídia de massa nos problemas associados ao HIV/AIDS	39
10. Perguntas freqüentes sobre a cobertura de HIV/AIDS	41
11. Linguagem sensível	43
12. Termos importantes na Terapia Antirretroviral	46
13. Terapia Antirretroviral Aprovada pela FDA	48
14. Infecções Oportunistas	51
15. Personalidades Chave	55
16. Contatos na América Latina e Caribe	61
17. Fontes	64
18. Tuberculose	65
19. Malária	67

1. SIGLAS

SIGLA	Descrição
3 x 5	Três por cinco
ABC (na sigla em inglês)	Abstinência, Fidelidade, Uso de Preservativo (Abstinence, Be Faithful, Condom use)
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ARV (ART na sigla em inglês)	Terapia Antirretroviral, Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (Centers for Disease Control)
CDF	Combinação de Doses Fixas
CNN (na sigla em inglês)	Preservativos, Agulhas, Negociação (Condoms, Needles, Negotiation)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FDA (na sigla em inglês)	Administração de Drogas e Alimentos dos EUA (Food & Drug Administration)
FUNDO GLOBAL	Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose
GLTTTBI	Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Bissexuais e Indefinidos
GNP + (na sigla em inglês)	Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (Global Network of People Living with HIV/AIDS)
HAART (na sigla em inglês)	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (Highly Active Antiretroviral Therapy)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IAA (AAI na sigla em inglês)	Iniciativa Mundial de Acesso Acelerado (Accelerated Access Initiative)
IAS (na sigla em inglês)	Sociedade Internacional de AIDS (International AIDS Society)
IAMI (na sigla em inglês)	Iniciativa Internacional para a Vacina contra AIDS (International AIDS Vaccine Initiative)
IF	Inibidor de fusão
INNTR	Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos

INTR	Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
IO	Infecção Oportunista
IP	Inibidor da Protease
MDR-TB (na sigla em inglês)	Tuberculose Resistente a Multidroga (Multi Drug Resistant Tuberculosis)
NEP (na sigla em inglês)	Programa de Intercâmbio de Agulhas/Seringas (Needle Exchange Program)
NIH (na sigla em inglês)	Instituto Nacional de Saúde dos EUA (National Institutes of Health)
OMC	Organização Mundial de Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEPFAR (na sigla em inglês)	Plano Emergencial do Presidente Bush para o Alívio da AIDS (President's Emergency Plan for AIDS Relief)
PLWHA (na sigla em inglês)	Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (Person/ People Living With HIV/AIDS)
PNUD (UNPD na sigla em inglês)	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (United Nations Development Programme)
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical (de mãe para filho)
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TB	Tuberculose
TOD (DOT na sigla em inglês)	Tratamento Diretamente Observado (Directly Observed Treatment)
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS (na sigla em inglês)	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on AIDS)
UNGASS (na sigla em inglês)	Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (United Nations General Assembly Special Session on AIDS)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID (na sigla em inglês)	Agência Norte-americana de Desenvolvimento Internacional (The United States Agency for International Development)
ZDV	Ver AZT

2. GLOSSÁRIO

A

ABC (na sigla em inglês)

A- Abstinência da atividade sexual ou atraso da idade da primeira experiência sexual.

B- Fidelidade ou monogamia mútua com um parceiro que não esteja infectado.

C- Uso correto e consistente de preservativos. A abordagem ABC para mudança de comportamento promove a adoção destes três princípios centrais para prevenir a infecção por HIV.

Abstinência

Evitar a atividade sexual. No contexto do HIV/AIDS, este termo também se refere ao atraso na idade da primeira experiência sexual.

Aconselhamento

Diálogo pessoa a pessoa que fornece informação e apoio antes da realização do teste de HIV e a entrega do exame, qualquer que seja o resultado.

AIDS

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ocorre quando o sistema imunológico de um indivíduo está debilitado pelo HIV a ponto de desencadear doenças ou vários tipos de câncer. Em alguns países, como nos Estados Unidos, as pessoas que não tiveram estas doenças mas que apresentam, através de exames de laboratório, sistemas imunológicos severamente danificados, também são consideradas com diagnóstico de AIDS.

Anticorpos

São moléculas do corpo que identificam e destroem substâncias estranhas (não familiares), como vírus ou bactérias. Os testes padrão de HIV identificam a presença de anticorpos do HIV no sangue. Um teste positivo de HIV mostra a presença de anticorpos.

ART - Terapia Antirretroviral

Qualquer tratamento que envolva medicação antirretroviral. Estas drogas foram planejadas para destruir retrovírus como o HIV ou para interferir na sua replicação.

Assintomático

Quando não apresenta sinais nem sintomas da doença. Esta é a segunda etapa da infecção e pode durar muitos anos. Durante esta etapa o vírus também pode ser transmitido para outras pessoas.

B

Banco Mundial

Banco de desenvolvimento que fornece empréstimos, assessoramento sobre políticas, assistência técnica e serviços de assessoramento em geral para reduzir a pobreza em países de baixa e média renda. O Banco Mundial é co-patrocinador da UNAIDS e liberou US\$ 16 bilhões para a luta contra a expansão do HIV/AIDS.

Carga Viral	Quantidade ou concentração de HIV no sangue. O teste de carga viral é uma ferramenta muito importante para os médicos porque permite monitorar a doença e tomar decisões relativas ao tratamento.
Células CD4 ou Contagem de Células CD4	Estas células controlam a resposta imunológica contra infecções e são o primeiro alvo do HIV. O HIV se multiplica nestas células e, eventualmente, as destrói. Como resultado, o sistema imunológico torna-se progressivamente mais frágil. A contagem de células CD4 é usada como medida de progressão da doença - quanto menor a quantidade de células CD4, maior o avanço da doença ligada ao HIV e maior a deterioração do sistema imunológico.
Centro de Controle e Prevenção de Doenças, CDC (EUA)	É a Agência Federal Norte-americana responsável por proteger a saúde e segurança dos indivíduos. As atividades do CDC enfatizam a prevenção de doenças, controle, educação e promoção da saúde. O CDC também dirige atividades internacionais para a prevenção do HIV, tuberculose, malária e outras doenças.
Circuncisão masculina	Cirurgia que remove o prepúcio do pênis. Segundo alguns estudos em andamento, poderia ser uma ferramenta de prevenção do HIV.
CNN (na sigla em inglês)	C- Uso de preservativos (Condom use). N- Uso de agulhas limpas (Use of Clean Needles). N- Habilidades de negociação (Negotiating skills). A CNN é uma abordagem que promove a mudança de comportamento e promove a adoção destes três princípios como eixos centrais dos esforços de prevenção do HIV, especialmente em áreas onde o uso de drogas injetáveis é responsável por uma porcentagem significativa na transmissão do HIV. Alguns consideram que o CNN é uma alternativa ao método ABC, que promove a abstinência, a fidelidade e o uso de preservativos.
Combinação de doses fixa	Os tratamentos de dose fixa combinada consistem em combinações de duas ou mais drogas, como antirretrovirais, em um só comprimido. Estes tratamentos são essenciais para a iniciativa 3x5 porque trazem resultados práticos para o uso em situações de recursos limitados. Um exemplo de CDF é o comprimido que combina stavudina, amiduvina e nevirapina.
Comportamento de Risco	Refere-se a qualquer comportamento ou ação que incremente a probabilidade de um indivíduo adquirir ou transmitir o HIV. Alguns exemplos de comportamento de risco são o sexo sem proteção, manter relações sexuais com muitas pessoas e o uso de drogas injetáveis. O álcool também foi relacionado ao comportamento de risco, dado que seus efeitos interferem na capacidade de um indivíduo de realizar sexo seguro.
Comunidade Afetada	Pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras relacionadas, incluindo seus familiares e amigos, cujas vidas estão influenciadas diretamente pela infecção por HIV, seus efeitos emocionais, sociais e físicos.
Consentimento informado	O teste de HIV só pode ser realizado quando a pessoa entenda suas implicações e o possível impacto do resultado. Em muitos países, requer-se que a pessoa expresse por escrito sua vontade de realizar o teste.
Cuidado e Tratamento	O Cuidado e Tratamento inclui toda a variedade de intervenções necessárias para cuidar das pessoas com HIV/AIDS, desde a terapia antirretro-

viral, o tratamento e prevenção de infecções oportunistas, até o apoio nutricional, psicológico e comunitário.

D

Doença/Infecção Sexualmente Transmissível (DST)

Qualquer doença ou infecção que seja transmitida através do contato sexual.

Doenças que definem a AIDS

Variedade de condições que ocorrem em etapas avançadas da doença por HIV e são um sinal do avanço em direção à AIDS. De acordo com a UNAIDS, muitos indivíduos descobrem a infecção nesta etapa.

E

Eficácia

É a capacidade de uma droga de cumprir o propósito para o qual é indicada. No caso dos ARV, o propósito é reduzir a carga viral a níveis indetectáveis e, assim, reduzir a morbidade e mortalidade por doenças causadas pelo HIV.

ELISA

Exame laboratorial para detectar anticorpos para o HIV.

Endêmico/a

Presença constante de uma doença ou agente infeccioso em uma área geográfica ou grupo populacional determinado. Também pode fazer referência à frequência com que ocorre certa doença em uma área ou grupo.

Ensaio Clínico ou Pesquisa Clínica

Estudo científico que avalia a segurança, eficácia e efeitos médicos de um tratamento (por exemplo, terapia antirretroviral e vacinas). Os tratamentos devem percorrer diferentes etapas de ensaio clínico antes da aprovação para o uso em humanos.

Epidemias (tipos: baixas, concentradas, generalizadas)

Aparição de mais casos do que esperado em uma área ou um grupo determinado em um período particular de tempo. Existem diferentes maneiras de descrever a distribuição do HIV em uma área.

Baixo: A prevalência do HIV é baixa entre a população em geral e também é baixa entre os subgrupos com comportamentos de risco.

Concentrada: A prevalência de HIV não excede 1% da população geral, mas excede os 5% nos subgrupos com comportamentos de risco.

Generalizada: A prevalência do HIV excede 1% da população geral.

Etapa final da doença

As três etapas da doença do HIV são: a infecção aguda, a crônica assintomática e a AIDS. Ainda que a AIDS seja a última etapa da doença causada pelo HIV, com a medicação apropriada é possível viver vários anos depois de um diagnóstico de HIV.

Exposição Acidental ou Transmissão Acidental

Geralmente estes casos ocorrem em acidentes de trabalho entre o paciente e um profissional da equipe de saúde ou vice-versa.

F

Fundo Global

O Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose foi criado em 2001 a partir do pedido de Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas. O Fundo Global é uma associação entre governos, o

setor privado e as comunidades afetadas. É uma organização independente e que outorga subsídios, com o propósito de ajudar países em desenvolvimento na luta contra a AIDS, a malária e a tuberculose.

G

Genérica

Droga idêntica ou bioequivalente a uma droga de marca em dosagem, segurança, força, modo de ser tomada, qualidade, desempenho e uso. O nome genérico de uma droga é o nome próprio da droga, e não aquele dado por produtores. É o nome mais usado na literatura médica ou na mídia. Além disso, genérico muitas vezes significa mais barato, ainda que quimicamente idêntico, em relação aos medicamentos manufaturados pelas companhias que inventam a droga. Em alguns países, as drogas genéricas aparecem no mercado mediante a quebra de patentes. Em outros países, as drogas genéricas são manufaturadas e vendidas, inclusive aqueles cuja patente tenha expirado.

H

Homens que fazem sexo com homens (HSH)

Ao avaliar o risco de doença, utiliza-se o termo HSH em vez de “gay”, “homossexual” ou “bissexual” porque faz referência a um comportamento de risco e não a uma identidade que pode, ou não, acarretar este comportamento. Em muitos países e culturas, os homens que fazem sexo com homens não se percebem como gays ou bissexuais.

I

Imunodeficiência

Estado em que o sistema imunológico não pode se defender contra uma infecção. O HIV debilita progressivamente o sistema imunológico e causa imunodeficiência.

Imunossupressão

Estado em que o sistema imunológico não pode funcionar normalmente porque já está debilitado. Este quadro pode estar relacionado a drogas ou tratamentos médicos (quimioterapia) ou a doenças (HIV). Um sistema imunológico que está imunossuprimido também é chamado imunocomprometido.

Incidência

Número de casos novos de uma doença em uma população no decorrer de um período específico de tempo (por exemplo: quantidade de novos casos anuais de HIV em um país).

Infecção Aguda por HIV

Esta é primeira etapa da infecção por HIV. É o período imediatamente posterior à infecção pelo vírus e pode durar várias semanas. O vírus se multiplica rapidamente e pode ser transmitido a outras pessoas durante esta etapa.

Infecção Oportunista (IO)

Doenças que raramente ocorrem em pessoas saudáveis, mas que causam infecções em indivíduos cujos sistemas imunológicos estão comprometidos como resultado da infecção por HIV. Estes organismos estão normalmente presentes nos indivíduos, mas geralmente são mantidos sob controle por um sistema imunológico saudável. Quando uma pessoa infectada por HIV desenvolve uma IO considera-se que avançou no sentido de um diagnóstico de AIDS.

Interação Droga-droga

Situação em que uma droga muda a maneira como outra droga atua no corpo. O resultado pode ser o incremento ou diminuição da efetividade de ambas drogas. A interação entre drogas pode levar a efeitos colaterais imprevistos.

L

Líquido seminal/ sêmen/ esperma

O pênis secreta o sêmen, que contém espermatozóides, as células masculinas reprodutoras. O sêmen é uma das vias de transmissão do HIV.

Líquido vaginal

Produzido pela membrana mucosa da vagina, também é transmissor do HIV, ainda que em menor medida que o sêmen.

M

Malária

Doença causada por parasitos que são transmitidos aos humanos através da picada de mosquitos infectados. Alguns sintomas de infecção são febre, calafrios, dor de cabeça, dor muscular, fadiga, náusea e vômito. Estes sintomas aparecem de 9 a 14 dias depois que a pessoa foi picada por um mosquito infectado. Em casos graves, a doença pode colocar a vida do paciente em risco.

Marketing Social

Adaptação de técnicas de marketing comercial para atingir objetivos sociais e fomentar a adoção de condutas saudáveis. O marketing social foi usado ao redor do mundo para promover algumas técnicas relacionadas à prevenção do HIV, como a distribuição gratuita de preservativos.

Microbicida

Produtos planejados para reduzir a transmissão de micróbios. Estudos para determinar se é possível desenvolver microbicidas para reduzir a transmissão de DSTs, incluindo o HIV, estão em desenvolvimento. Os microbicidas, de uso tópico, seriam aplicados na vagina ou no ânus e poderiam ser produzidos em vários formatos, como creme, gel, supositório ou como um anel ou esponja que liberaria o ingrediente ativo no decorrer do tempo.

Morbidade

Proporção de pessoas que adoecem em determinado lugar em determinado período de tempo.

Mutação

Alteração na estrutura genética de um organismo que ocorre durante o processo de multiplicação. O HIV se multiplica rapidamente e muda de forma durante o processo. Estas mudanças permitem a formação de cepas de HIV resistentes às drogas.

N

Negativização

Termo incorreto para designar a carga viral indetectável no sangue. Não existem casos de negativização em pessoas adultas. No entanto, não é possível falar em cura para o HIV/AIDS.

O

Organização Mundial da Saúde (OMS)

É a agência das Nações Unidas dedicada à saúde. É governada por 192 estados membro e propõe-se a ajudar todos os indivíduos a alcançar os

mais altos níveis de saúde. É internacionalmente reconhecida como uma das organizações líderes dedicada à saúde global. A OMS, junto com a UNAIDS, lançou a Iniciativa 3x5.

P

Pandemia	Epidemia mundial que ocorre em uma extensa região geográfica e que afeta uma proporção excepcionalmente alta da população.
Patógeno	Substância ou organismo que causa uma doença.
PEPFAR	O Plano Emergencial do Presidente Bush para o Alívio da AIDS (PEPFAR) é uma iniciativa de US\$ 15 bilhões planejada para durar cinco anos que teve início em meados de 2004 dirigida ao HIV/AIDS, Tuberculose e Malária em países em desenvolvimento. Inclui US\$ 10 bilhões destinados a 15 países e ao Fundo Global. Até hoje, o PEPFAR apoiou a terapia antirretroviral para cerca de 235 mil homens, mulheres e crianças na África, Ásia e Caribe. Foi autorizado pelo Ato de Liderazgo contra o HIV/AIDS, a Tuberculose e a Malária dos Estados Unidos, em 2003.
Período de Incubação	Período de tempo compreendido entre a infecção por HIV e o início dos sintomas.
Período de janela	Período que dura cerca de três meses entre o momento de infecção pelo HIV e a produção de anticorpos suficientes para que o vírus seja detectado em exames de laboratório.
Placebo	Substância que parece medicação real, mas que não tem efeito médico.
Populações Vulneráveis	Populações que estão sob alto risco de exposição ao HIV, em decorrência de fatores socioeconômicos, culturais ou comportamentais. As populações vulneráveis incluem refugiados, jovens, pobres, migrantes, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo e mulheres, especialmente nos países ou comunidades nos quais existe pronunciada desigualdade de gêneros.
Prevalência	É a medida da proporção da população que tem a doença em um período específico de tempo.
Prevenção (primária, secundária)	No contexto do HIV, as atividades de prevenção primária estão planejadas para evitar a transmissão. A prevenção secundária é a detecção precoce da infecção por HIV para a intervenção efetiva. Os serviços de prevenção incluem o assessoramento voluntário, a testagem, a distribuição de preservativos, a vigilância da doença, a educação e segurança do sangue.
Prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV)	A UNAIDS descreve uma estratégia para prevenir a transmissão do HIV de uma mãe que vive com HIV para seu filho, que consta de três partes. A- Proteger as mulheres em idade para serem mães da infecção por HIV. B- Evitar gravidez não desejada entre mulheres que vivem com HIV. C- Prevenir a transmissão durante a gravidez, o parto e a amamentação, fornecendo assessoramento voluntário, testagem, terapia antirretroviral, parto seguro e substitutos do leite materno quando necessário. Desta maneira a chance de evitar a transmissão vertical é superior a 99%.

Profilaxia

Prevenção ou tratamento preventivos de uma doença. A profilaxia primária é aquele tratamento médico usado para prevenir o começo de uma infecção. A profilaxia secundária é aquela em que são utilizados medicamentos para prevenir sintomas recorrentes de uma infecção que já existe.

Programas de Assessoramento e Testagem Voluntária

São um componente crítico tanto das atividades de prevenção como das ações no tratamento do HIV. O aconselhamento é uma intervenção internacionalmente aceita, desenhada para permitir às pessoas conhecer seu estado a respeito do vírus e obter assessoramento quanto à maneira de reduzir o risco ou conhecer sobre o tratamento, no caso de HIV positivos.

R**Resistência a drogas**

Habilidade do HIV de reproduzir-se apesar da presença de drogas anti-HIV. A resistência a uma droga é resultado de mutações que ocorrem durante a replicação do HIV.

Resistência Cruzada

Fenômeno pelo qual a resistência que o HIV exerce contra uma droga (ver resistência a drogas) se expande a outras drogas da mesma classe. Um exemplo é a resistência à nevirapina, ampliada à resistência ao efavirenz.

S**Sexo Seco**

Mulheres que usam diferentes agentes para secar a vagina antes da relação sexual. Esta prática normalmente está baseada em crenças culturais, mas pode aumentar o risco de transmissão do HIV, já que os preservativos tendem a romper devido à fricção e as paredes vaginais secas podem levar a lesões durante a relação sexual.

Síndrome de Demência por AIDS

Também conhecido como Demência por HIV, é um estado causado pelo HIV que afeta o cérebro, causando a perda de habilidades mentais. Alguns sintomas são a perda de coordenação e interesse no entorno, mudanças de humor e disfuncionalidades mentais. Também podem ocorrer perdas de memória e mobilidade reduzida. A Síndrome de Demência por AIDS aparece normalmente quando a pessoa já desenvolveu infecções oportunistas, mas também pode ocorrer em uma etapa anterior. Pode ser prevenida e tratada com terapia antirretroviral.

Sistema Imunológico

É o sistema de defesa do corpo contra organismos estranhos, como bactérias, vírus ou fungos.

T**Terapias Alternativas e Complementares**

Tratamentos que excedem a esfera da medicina ocidental. A efetividade destas terapias na luta contra a infecção por HIV não foi comprovada.

Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART)

Linha de tratamento que inclui o uso de três ou mais antirretrovirais.

Terapia Combinada

Uso de duas ou mais drogas antirretrovirais combinadas. O uso de três ou mais drogas antirretrovirais é denominada HAART.

Teste de HIV

O teste de HIV padrão (teste de Elisa) detecta a presença de anticorpos do HIV no sangue. Uma vez que o teste Elisa não é específico da infecção por HIV, seu resultado deve ser confirmado com outro exame, denominado Western Blot. Os anticorpos do HIV são moléculas produzidas pelo corpo uma vez que detecta a presença do HIV. A produção de anticorpos contra o HIV não ocorre imediatamente após a exposição ao vírus. O período de tempo entre a infecção e o início da produção de anticorpos é denominado "período de janela". Durante o período de janela o teste de HIV pode dar negativo apesar da presença do HIV no corpo.

Transmissão de Mãe Para Filho, Perinatal ou Vertical

Transmissão do HIV de uma mãe HIV positiva para seu filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

Tuberculose (TB)

Doença bacteriana causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*. Esta doença normalmente afeta os pulmões, mas em casos graves pode avançar para outras partes do corpo. Uma pessoa pode infectar-se com TB quando outra pessoa com a infecção ativa tosse, espirra ou cospe. Nem todas as pessoas que se infectam com TB apresentam sintomas. Aqueles que não adoecem possuem TB latente e não podem transmitir a doença.

Tuberculose resistente a multidroga (MDR-TB)

Cepa de tuberculose que resiste a duas ou mais drogas anti-TB. Aparece quando os indivíduos suspendem os tratamentos sem prescrição médica. As bactérias mais sensíveis desaparecem, mas as mais resistentes sobrevivem e se reproduzem. Estas bactérias mais fortes, quando já estão totalmente desenvolvidas, trarão novamente os sintomas, porém não serão curáveis com o mesmo tratamento e requererão doses maiores ou um tratamento completamente novo. A MDR-TB é um grande problema em países em desenvolvimento, onde a continuidade do tratamento nem sempre é possível.

U

UDI

UDI significa Usuário de Drogas Injetáveis e refere-se a indivíduos que utilizam drogas administradas através de agulhas.

UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS)

É parte das Nações Unidas e é um Programa de colaboração entre dez agências para a luta contra a AIDS.

V

Vacina

Substância que contém um organismo infeccioso desativado, desenvolvida para estimular o sistema imunológico a proteger-se desta infecção. Uma vacina terapêutica melhora a capacidade de defesa do sistema imunológico de uma pessoa já infectada com este organismo.

Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV)

Vírus que causa a AIDS. O HIV pode ser transmitido através de sangue infectado, sêmen, secreções vaginais, leite materno e durante a gravidez e o parto. Existem dois tipos de HIV: HIV-1 e HIV-2, ambos transmitidos das mesmas maneiras e ambos causam a AIDS. O HIV-1 é responsável pela imensa maioria das infecções no mundo, enquanto o HIV-2 está muito menos disseminado e é encontrado sobretudo no Oeste da África.

Referências

Schuettler, Darren. Abstinence, Condom Controversy Erupts at AIDS Meet. Reuters, 12 de julho de 2004.

American Foundation for AIDS Research (Verão de 2003). Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment, and Clinical Trials. Vol. 2, No. 1, www.amfar.org/GlobalLink

CDC's Reproductive Health Information Source (maio de 2003). Glossary of Epidemiology Terms, http://www.cdc.gov/reproductivehealth/epi_gloss.htm

Foreman M. ABC of HIV/AIDS. In Boafo, STK, Arnaldo, CA eds. Media & HIV/AIDS in East and Southern Africa: A resource book. UNESCO, 2000, http://www.unesco.org/webworld/publications/media_AIDS/index.html

HIV/AIDS Treatment Information Service (setembro de 2002). Glossary of HIV/AIDS-Related Terms, 4th ed. http://www.AIDSinfo.nih.gov/ed_resources/glossary/

Know HIV/AIDS. Get the Facts: the basics, http://www.knowhivAIDS.org/facts_basics.html#q2

Stine, G.J. AIDS Update 2003. New Jersey: Prentice Hall, 2003.

UNAIDS. Q&A II: Basic Facts about the HIV/AIDS Epidemic and its Impact, <http://www.unAIDS.org/en/resources/questionsanswers.asp>

UNAIDS (1998). Social Marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS, <http://www.unAIDS.org/publications/documents/supporting/communications/una98e26.pdf>

Unites Nation Population Fund (2003). Promoting Healthier Behaviour. In State of the World Population 2003: Investing in Adolescents' Health and Rights, <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>

OMS (2000). WHO Expert Committee on Malaria - Technical Report Series 892, Twentieth Report, <http://mosquito.who.int/docs/FAQonDDT.pdf>

OMS e UNAIDS (2002). Second Generation Surveillance for HIV/AIDS, <http://www.who.int/VIH/topics/surveillance/2ndgen/en/>

OMS. The "3 by 5" Target Newsletter, fevereiro/julho de 2005.

Ward, D.E. AmFAR AIDS Handbook: The complete guide to understanding HIV/AIDS. New York:W.W. Norton & Company, Inc., 1998.

3. PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE HIV/AIDS

O que é HIV?

HIV significa Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV na sigla em inglês). O HIV destrói certas células sangüíneas chamadas CD4 ou linfócitos T. Estas células são cruciais para o funcionamento normal do sistema imunológico, que defende o corpo contra as doenças. Quando o sistema imunológico se vê comprometido pelo HIV, a pessoa desenvolve vários tipos de câncer e de infecções virais, bacterianas, parasitárias e micóticas.

O que é AIDS?

AIDS significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Ocorre quando o sistema imunológico, debilitado pelo HIV, permite a aparição de certas doenças e de vários tipos de câncer. Em alguns países, como Estados Unidos, uma pessoa que não apresenta estas doenças e cânceres pode, ainda assim, ter um diagnóstico de AIDS se o teste laboratorial mostrar que seu sistema imunológico está severamente danificado. Em outros países, define-se AIDS apenas a partir da presença de doenças oportunistas.

Como o HIV é detectado?

Ao olhar uma pessoa, é impossível dizer se ela vive com o vírus HIV. A única maneira de saber é através do teste de HIV. Uma amostra de sangue pode revelar a presença do vírus: se contém anticorpos de HIV - proteínas que o corpo produz para combater a infecção - a pessoa é HIV positiva.

O que significa um resultado positivo?

Significa que foram encontrados anticorpos para o HIV no sangue, não significa que a pessoa tenha AIDS. Nesta condição, é possível infectar outra pessoa.

Como o HIV é transmitido?

O HIV é transmitido basicamente através do sexo vaginal, anal ou oral quando realizado sem proteção. Alguns fluidos corporais como o sangue, o sêmen, as secreções vaginais e o leite materno transmitem o HIV. O vírus também pode ser transmitido através de agulhas infectadas quando os usuários de drogas, que estão infectados, as compartilham. A mulher infectada com HIV pode transmitir a infecção ao bebê durante a gravidez, o parto ou a amamentação. O HIV também pode ser transmitido através de derivados de sangue não testados.

Como o HIV não é transmitido?

O HIV não é um vírus que passa facilmente de uma pessoa para outra. O vírus não sobrevive fora do corpo já que necessita do organismo humano para viver, pois aloja-se e multiplica-se nas células do sistema imunológico. Isto significa que não pode ser transmitido através de contato casual no cotidiano, como, por exemplo, em um aperto de mãos ou um abraço. Os mosquitos e outros insetos não transmitem o HIV.

Como é possível prevenir a transmissão do HIV?

As vias de transmissão comprovadas são poucas e bem definidas e, em todos os casos, envolvem exclusivamente fluidos corporais como sangue, líquido pré-seminal, sêmen, secreções vaginais e leite materno. A maneira mais segura de evitar a transmissão é evitar as condutas identificadas como de alto risco. É possível evitar o contato com os fluidos corporais infectados através do uso correto e consistente do preservativo, no caso de relações sexuais, e do uso de luvas de látex, no caso do sangue. As gestantes que vivem com HIV podem reduzir a trans-

missão a seus filhos através do tratamento antirretroviral contra o HIV/AIDS e os usuários de drogas intravenosas não devem compartilhar agulhas.

Em quanto tempo a infecção por HIV se converte em AIDS?

O período de tempo varia de pessoa a pessoa e depende em grande parte do acesso a tratamento. Geralmente, as pessoas que recebem tratamento com drogas adequadas podem passar um período de dez anos ou mais até que a infecção por HIV progrida em AIDS. A UNAIDS estima que nos países em que existe pouco ou nenhum acesso a tratamento este período de tempo oscila, na maior parte, entre 8 e 10 anos.

Qual a relação entre HIV e Tuberculose (TB)?

O HIV debilita o sistema imunológico e aumenta as possibilidades de contrair tuberculose. Aproximadamente um terço do total das pessoas que vivem com HIV/AIDS em todo o mundo estão co-infectadas com TB e a TB é uma das principais causas de morte entre os infectados com HIV.

Qual a relação entre HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)?

As pessoas que já possuem uma doença de transmissão sexual são muito mais vulneráveis à infecção por HIV. Por exemplo, as úlceras genitais causadas por herpes criam uma via de acesso para o HIV. As DSTs criam uma concentração de células na área genital que se convertem em alvos para o HIV. Além disso, as pessoas que vivem com HIV são muito mais vulneráveis que outras pessoas a contrair doenças sexualmente transmissíveis adicionais. Seus sistemas imunológicos estão comprometidos, o que significa que seus corpos têm muito mais dificuldade para combater infecções.

Existe cura para o HIV/AIDS?

Não existe cura conhecida para o HIV/AIDS. Existem tratamentos médicos que podem retardar a progressão da debilitação que o HIV causa sobre o sistema imunológico. Existem outros tratamentos que podem prevenir ou curar algumas doenças associadas à AIDS. Os pesquisadores estão testando uma série de vacinas, mas é provável que o desenvolvimento de uma vacina exitosa leve vários anos.

Quantas pessoas têm HIV/AIDS?

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estima que existem cerca de 40.3 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV/AIDS. Cientistas internacionais estimam que, se não forem implementadas medidas de prevenção amplas, pode-se chegar a 45 milhões de novos casos de HIV/AIDS até o ano de 2010.

Quais são as estatísticas mais confiáveis sobre HIV/AIDS?

O UNAIDS provê o conjunto de estatísticas mais extenso sobre a epidemia global em www.unaids.org. As estatísticas são compiladas em colaboração com especialistas de cada país e epidemiologistas internacionais. Cada país desenvolve a contagem de forma própria e algumas são mais completas que outras.

O que é ARV?

ARV significa antirretroviral. É um tipo de droga desenvolvida para retardar a reprodução do HIV no corpo. Se o tratamento com ARV é eficaz, o início da AIDS pode ser retardado por anos. Recomenda-se que as drogas ARV sejam usadas de forma combinada.

O que é HAART?

HAART significa *highly active antiretroviral therapy* ou terapia antirretroviral altamente ativa. É constituída pela combinação de, pelo menos, três drogas que atuam sobre diferentes partes do HIV e impedem que o vírus entre nas células sanguíneas. Inclusive entre as pessoas que respondem positivamente ao HAART, este tratamento não é capaz de erradicar o HIV. O vírus continua a se reproduzir, porém em ritmo mais lento.

O que é a resistência a drogas?

A resistência a drogas é a habilidade de um organismo (por exemplo um vírus, bactéria, parasito ou fungo) de adaptar-se, crescer e multiplicar-se inclusive frente à presença de drogas que normalmente o matariam. A resistência reduz a habilidade das drogas ARV de bloquear a replicação do HIV. No caso de algumas pessoas que seguem terapias HAART, o HIV muta em novas cepas que são altamente resistentes às drogas convencionais.

O que é o Fundo Global?

O Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose foi criado em 2001 graças à iniciativa do Secretário Geral das Nações Unidas, Kofi Annan. O Fundo Global é uma associação entre governos, o setor privado e comunidades afetadas. Esta organização independente outorga subvenções, com o propósito de ajudar os países em desenvolvimento a combater o HIV, a tuberculose e a malária.

O que é 3x5?

3x5 é uma campanha lançada em 2003 pela OMS e UNAIDS dirigida a países em desenvolvimento. O objetivo era conseguir que 3 milhões de pessoas infectadas com HIV tivessem acesso a terapia antirretroviral até 2005. Apesar da campanha 3x5 ter dobrado o número de pessoas que recebem tratamento antirretroviral de 400 mil em 2003 para mais de 1 milhão de pessoas em junho de 2005, os diretores da OMS declararam que é pouco provável alcançar o objetivo de 3 milhões de pessoas. Dos 6 milhões de pessoas que, estima-se, precisam de tratamento ARV, apenas 8% têm acesso aos medicamentos.

O que é a capacidade de absorção?

No contexto de uma epidemia global, o conceito é utilizado para fazer referência à capacidade dos países em desenvolvimento utilizarem de maneira eficiente os recursos de assistência que recebem do exterior. Dadas as limitações dos sistemas de saúde destes países, é um desafio conseguir processar, distribuir e aplicar a ajuda que é recebida do exterior, especialmente porque muitos países recebem ajuda de múltiplos doadores, cada um com suas preferências e demandas particulares.

4. LINHA DO TEMPO

1981

Em 5 de junho de 1981, o Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade (Morbidity and Mortality Weekly Report - MMWR) publicou que pesquisadores do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers For Disease Control - CDC) dos Estados Unidos informaram sobre um aumento no diagnóstico de casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em homens que tiveram sexo com homens. Estas doenças nunca haviam sido relacionadas a nenhum quadro clínico grave em indivíduos sem problemas imunológicos. Em 3 de julho de 1981, o New York Times torna pública a notícia. Em fins de 1981 já haviam sido diagnosticados 422 casos e havia 159 mortes.

1982

O CDC relaciona a transmissão da doença com as transfusões de sangue e estabelece formalmente o termo Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, AIDS. O CDC identifica em primeira instância quatro “fatores de risco”: homossexualidade masculina, uso de drogas injetáveis, origem haitiana e hemofilia A. Enquanto isso, o número de casos de AIDS nos Estados Unidos é de 1.614 pessoas, com 619 mortes.

1983

Os cientistas Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, e Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, dos Estados Unidos, isolam o retrovírus humano que causa a AIDS. Logo será denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Torna-se evidente que este vírus afeta o sistema imune, provocando diversas infecções oportunistas que de outro modo seriam facilmente controladas por um corpo saudável. O CDC inclui as parceiras sexuais de homens com AIDS como quinto fator de risco.

1984

Existem 11.055 casos de AIDS nos Estados Unidos e 5.620 mortes. Começa o primeiro Programa Mundial de Troca de Agulhas/Seringas, na Holanda. Inicialmente planejado para prevenir a ocorrência de hepatite B entre os usuários de drogas injetáveis, logo se expandiu para a prevenção da transmissão do HIV.

1985

Patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Departamento Norteamericano de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services - DHHS), acontece a primeira Conferência Internacional de AIDS, em Atlanta, Geórgia. Cerca de dois mil pesquisadores de 30 países descobrem a presença de um foco da epidemia na África. A Administração de Drogas e Alimentos dos Estados Unidos (FDA) aprova o primeiro teste para anticorpos do HIV. Os derivados de sangue começam a ser testados nos Estados Unidos e no Japão. O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publica as primeiras recomendações para prevenir a transmissão de mãe para filho. O Departamento de Defesa dos Estados Unidos anuncia que começará a testar todos os novos recrutas para a infecção por HIV e que rejeitará aqueles que sejam positivos. Existem relatos de ao menos um caso de HIV/AIDS em todas as regiões do mundo. Existem 22.996 casos de AIDS nos Estados Unidos e 12.592 mortes: o ator Rock Hudson é um dos mortos. É demonstrada a transmissão heterossexual do vírus.

1986

A OMS calcula que existam entre cinco e 10 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. Começa o teste de derivados de sangue na Europa. Já é evidente que a epidemia afeta homens e mulheres, independentemente de seu comportamento sexual e em qualquer idade. É reconhecida a importância da campanha preventiva e aparecem dados preliminares sobre drogas para a luta contra o vírus. Cria-se o Comitê

Internacional de Orientação para Pessoas com HIV/AIDS (International Steering Committee for People with HIV/AIDS - ISC), que em 1992 passa a se chamar Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (Global Network of People Living with AIDS - GNP+).

1987

A III Conferência Internacional de AIDS é realizada em Washington, com mais de 12 mil delegados de 110 países. Ronald Reagan menciona a palavra AIDS em um discurso oficial pela primeira vez. A Conferência destaca a importância do uso do preservativo e o risco elevado de transmissão entre usuários de drogas intravenosas. Os Estados Unidos adicionam a AIDS como “doença perigosa e contagiosa” à lista de causas de exclusão para a imigração. Ordena o teste de HIV para todos os imigrantes. A OMS inicia o Programa Global para AIDS. A FDA, sob pressão dos ativistas, reduz o tempo de aprovação das drogas contra a AIDS. A primeira droga antirretroviral é o AZT. Há mais de 50 mil casos de AIDS no mundo. A FDA sanciona o primeiro teste em humanos de uma possível vacina contra o HIV.

1988

A OMS declara o dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta contra a AIDS. O Instituto Nacional de Saúde Norte-americano (National Institutes of Health - NIH) estabelece a Oficina do Grupo de Ensaios Clínicos de AIDS (AIDS Clinical Trials Group - ACTG). É estabelecido o primeiro programa amplo de intercâmbio de agulhas na América do Norte em Tacoma, Washington.

1989

O número de casos de AIDS chega a 160 mil no mundo. Nos Estados Unidos, a companhia farmacêutica Burroughs Wellcome vê-se obrigada a abaixar o preço do AZT devido a protestos de ativistas. John Holmes, a estrela pornô mais famosa do mundo, morre por causas relacionadas à AIDS.

1990

Ronald Reagan admite não haver dado a suficiente importância à epidemia de AIDS. Milhares de ativistas, durante a VI Conferência Internacional de AIDS, em San Francisco, protestam contra as normas discriminatórias apresentadas pelo governo de George Bush. É informada a existência de 254 mil casos de AIDS em todo o mundo, dos quais mais de 12 mil em Uganda. A FDA aprova o uso de AZT para AIDS em pacientes pediátricos.

1991

É aprovado o DDI, uma nova droga contra o HIV. Assim como o AZT, inibe uma enzima do vírus chamada transcriptase reversa. Magic Johnson declara que é HIV positivo. A fita vermelha é lançada como símbolo internacional de conscientização e solidariedade em relação à AIDS.

1992

A FDA inicia um processo específico e acelerado de aprovação de drogas antirretrovirais com o objetivo de agilizar a disponibilidade de novos métodos para combater a AIDS. O DDC, outro inibidor da transcriptase reversa, é aprovado. O primeiro ensaio clínico de terapias combinadas começa a reunir pacientes. Devido às normas restritivas relativas a pessoas infectadas com HIV/AIDS nos Estados Unidos, a VIII Conferência Internacional de AIDS é transferida de Boston para Amsterdã. A AIDS se converte na principal causa de morte entre homens norte-americanos entre 25 e 44 anos, posição em que permanece até 1995.

1993

O CDC incorpora uma nova classificação dos casos de HIV, que inclui as infecções oportunistas adicionais. A nova classificação destaca a importância da contagem de células CD4 na definição da AIDS. Os resultados da pesquisa *Concorde* demonstram que a monoterapia precoce com AZT não oferece vantagens em termos de progressão da doença e de sobrevivência. O tenista Arthur Ashe e o bailarino Rudolf Nureyev morrem por causas relacionadas à AIDS. São relatados 600 mil casos no mundo e pela primeira vez é comunicada a veloz transmissão da epidemia no sudeste da Ásia.

1994

A FDA aprova outro inibidor da transcriptase reversa: d4T. Existem cerca de 16 milhões de adultos infectados com HIV em todo o mundo e 1 milhão de crianças (a maioria africanos). Dois estudos demonstram que o AZT permite diminuir a transmissão do HIV de mãe para filho. As autoridades sanitárias reconhecem que a adoção de medidas preventivas adequadas poderia reduzir significativamente os novos casos, em particular nos países em desenvolvimento. Para alcançar este objetivo seriam necessários US\$ 2.5 bilhões.

1995

Os ensaios Delta e ACTG 175 demonstram que a terapia combinada é a forma de controlar o HIV. A FDA aprova o primeiro inibidor de protease - saquinavir - para uso combinado com outras drogas contra o HIV. Este é o começo de uma nova era de terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). É criado o UNAIDS, o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS estabelecido para coordenar o trabalho de seis programas diferentes das Nações Unidas dedicados à AIDS. Até junho, a OMS calculou que havia 15 milhões de pessoas com HIV em todo o mundo e que este número subiria para 30 milhões em 2000. Também calculou que até o ano de 2000 haveria 10 milhões de mortes causadas pela AIDS, com 5 milhões de crianças infectadas e 10 milhões de órfãos por causa da AIDS com menos de 10 anos.

1996

Em janeiro, os resultados dos ensaios clínicos demonstram a eficácia da HAART, a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa e um inibidor da protease, que logo se converte na terapia padrão para o HIV (para aqueles que podem ter acesso ao tratamento). Os ensaios clínicos, apresentados na Conferência Internacional de AIDS realizada em Vancouver, demonstram que o conhecimento da carga viral permite não somente prever a progressão da doença, mas também monitorar a efetividade da terapia. É formada uma organização não-governamental para eliminar as barreiras para o desenvolvimento de uma vacina contra o HIV, que ganha o nome de Iniciativa Internacional de Vacina para a AIDS (International AIDS Vaccine Initiative - IAVI). O Brasil manufatura drogas antirretrovirais genéricas desafiando a lei internacional de patentes e distribui os medicamentos gratuitamente para as pessoas que necessitam do tratamento. A Argentina também incorpora os inibidores de protease (IP) e começa a distribuição gratuita de antirretrovirais.

1997

Os benefícios das novas terapias logo se tornam evidentes: nos Estados Unidos, as mortes relacionadas à AIDS declinam em mais de 40% em comparação ao ano anterior. Apesar das novidades terapêuticas, pessoas continuam morrendo por doenças relacionadas à AIDS nos países pobres. Existem mais de 22 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo.

1998

Na XII Conferência Internacional de AIDS, em Genebra, os pesquisadores começam a descobrir as primeiras falhas em pacientes que recebiam HAART. Além disso, a aderência à terapia se coloca como um tema de grande importância para o controle da epidemia. Começa o teste em humanos em grande escala de uma vacina contra o HIV na América do Norte. Líderes afro-americanos declaram "estado de emergência" dentro da comunidade afro-americana por causa do HIV/AIDS. É formada na África do Sul a Campanha Ação para o Tratamento (Treatment Action Campaign - TAC). Os movimentos de base pressionam pelo acesso ao tratamento.

1999

Agregam-se novos antirretrovirais: abacavir (um inibidor da transcriptase reversa), nelfinavir (inibidor da protease) e dois inibidores no nucleosídeo da transcriptase reversa: delevirdina e efavirenz. Existem 10 novos casos de transmissão de HIV por minuto em todo o mundo. O ensaio HIVNET 012 demonstra a eficácia da Nevirapina na prevenção da transmissão de mãe para filho: os índices de transmissão são reduzidos à metade apesar de todas as pacientes que participavam do ensaio terem amamentado seus filhos. O custo deste tratamento é de apenas US\$ 4. Pela primeira vez é desenvolvida uma terapia acessível, que pode ser utilizada nos países mais afetados. Em finais de dezembro, a UNAIDS publica as últimas cifras sobre a epidemia: 5.6 mil-

hões de novas infecções em 1999 com 33.6 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo. Desde o início da epidemia, somavam-se 16.3 milhões de mortos. O presidente sul-africano Thabo Mbeki gera uma controvérsia mundial ao questionar a relação entre o HIV e a AIDS.

2000

O debate sobre AIDS se concentra na dimensão geopolítica da pandemia. Com o slogan "Rompendo o silêncio", a XIII Conferência Internacional de AIDS é realizada na África do Sul, uma nação em desenvolvimento. A decisão da Sociedade Internacional de AIDS (IAS) de organizar a Conferência no centro da epidemia e assim destacar a dimensão da catástrofe renova a atenção da imprensa e das figuras mais poderosas do mundo para o problema da AIDS. Durante a Conferência é lançada a Declaração de Durban: mais de 5 mil cientistas e 12 prêmios Nobel assinam um documento que reafirma que o HIV é a causa da AIDS, pondo fim à controvérsia sobre sua origem. UNAIDS, OMS e outros grupos globais relacionados à saúde anunciam a Iniciativa Mundial de Acesso Acelerado para negociar preços mais baixos para drogas contra a AIDS com cinco grandes produtores de drogas destinadas a países em desenvolvimento. O ex-presidente da Zâmbia, Kenneth Kaumda, anuncia que a morte de seu filho em 1986 foi decorrência de uma doença relacionada à AIDS e se compromete com a luta. A UNAIDS prediz que metade dos adolescentes nas nações mais afetadas no sul da África morrerá prematuramente por causa da AIDS. É desenvolvido o Plano Estratégico Regional do Caribe para o HIV/AIDS, o tratamento, a assistência e o apoio para promover o acesso ao tratamento. Na Reunião do Setor de Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD) é feita a primeira recomendação para que se identifiquem mecanismos que permitam a compra conjunta de medicamentos na sub-região.

2001

A Assembléia Geral das Nações Unidas convoca a primeira sessão especial sobre HIV/AIDS. O Secretário Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, pede a criação de um Fundo Global durante a Cúpula Africana para AIDS (African AIDS Summit) em Abuja, Nigéria. As Nações Unidas se comprometem a apoiar o Fundo Global. O encontro da Organização Mundial de Comércio (OMC) realizado em Doha, Catar, decide que, apesar das leis de patente, os países em desenvolvimento poderiam comprar ou manufaturar drogas genéricas mais baratas para aliviar a crise de saúde pública gerada pelo HIV/AIDS. Várias marcas aceitam oferecer mais drogas a preços reduzidos a países em desenvolvimento. Em Buenos Aires é realizada a 1ª Conferência da IAS sobre Patogênese e Tratamento do HIV (Conference on HIV Pathogenesis and Treatment), primeiro congresso mundial do tema realizado na América Latina. É criada a Associação Pan-caribenha contra HIV/AIDS, integrada pelos governos e as agências da região.

2002

O Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose começa a atuar e concede a primeira rodada de financiamentos. O governo sul-africano se compromete a redobrar os esforços em campanhas para prevenir a infecção por HIV. A campanha se baseia no fato de que o HIV causa a AIDS. O presidente norte-americano George W. Bush decreta um pacote de ajuda para auxiliar países em desenvolvimento a importar ou produzir remédios genéricos e drogas mais baratas para o HIV. O HIV/AIDS se converte na principal causa mundial de morte entre pessoas de 15 a 59 anos. A UNAIDS informa que as mulheres constituem a metade dos adultos vivendo com HIV/AIDS no mundo. Através do Mercado Comum e Comunidade do Caribe (Caribbean Community and Common Market - CARICOM), os países da região reduzem dos preços da terapia tripla, equiparados aos valores oferecidos para a África Subsaariana.

2003

A OMS lança a campanha 3x5, dedicada a fornecer tratamento antirretroviral a 3 milhões de pessoas até 2005. O presidente russo Vladimir Putin, em sua mensagem anual à Assembléia Geral, destaca a redução da expectativa de vida como uma séria ameaça ao futuro da Rússia. Ele afirma que "a AIDS só está piorando" este fato. O presi-

dente dos Estados Unidos, George W. Bush, anuncia o Plano Emergencial do Presidente para o Alívio da AIDS (PEPFAR), uma iniciativa de cinco anos que inclui 15 bilhões de dólares destinados para HIV/AIDS, tuberculose e malária, especialmente em países altamente afetados. Os países da América Central, nucleados pelo Conselho de Ministros da Saúde da América Central (Council of Central American Health Ministers - COMISCA), obtêm um decréscimo de 55% no custo dos medicamentos de marca. Em 10 países latino-americanos, o preço da terapia é reduzido entre 30% e 92%.

2004

A XV Conferência Internacional de AIDS, realizada em Bangkok, Tailândia, é a primeira Conferência a ocorrer no sudeste asiático. A UNAIDS lança a Coalizão Global para Mulheres e AIDS (Global Coalition for Women and AIDS) para ampliar a visibilidade do impacto da epidemia sobre as mulheres.

2005

Em uma coletiva de imprensa histórica e sem precedentes, a OMS, a UNAIDS, o governo dos Estados Unidos e o Fundo Global anunciam os resultados dos esforços conjuntos para incrementar a disponibilidade de drogas antirretrovirais em países em desenvolvimento. Brasil e Argentina concordam quanto à criação de uma fábrica conjunta de medicamentos para produzir antirretrovirais. Os governos de 11 países da América Latina e 26 companhias farmacêuticas concordam em reduzir os preços entre 15% e 55%.

5. HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: EPIDEMIAS DIFERENTES EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS

O HIV/AIDS constitui uma das mais importantes crises de saúde na história. Desde seu início, mais de 25 milhões de pessoas morreram por causa do HIV. Apenas em 2005, morreram mais de 3 milhões de pessoas (número quase igual à população inteira do Uruguai). Apesar de todos os esforços empreendidos ao redor do mundo para reduzi-la, a epidemia continua a se espalhar. Atualmente, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS supera os 40.3 milhões - o dobro do quantitativo registrado em 1995 (UNAIDS, 2005).

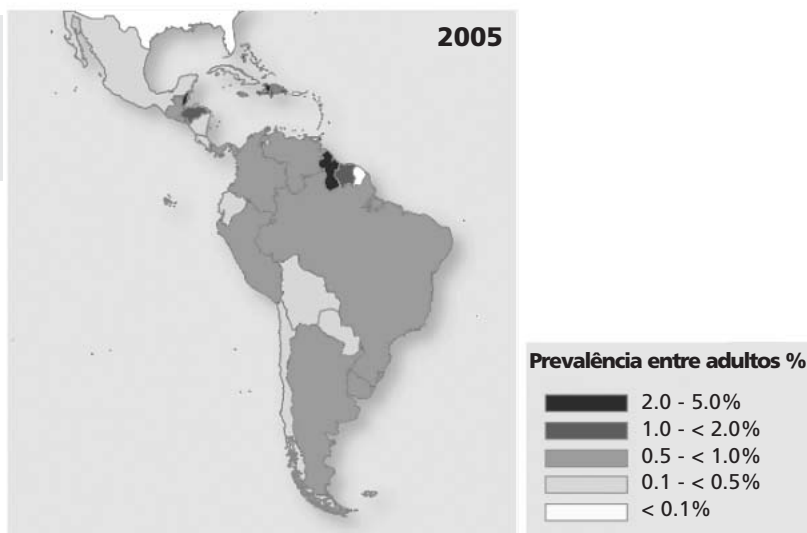
As características da epidemia variaram com o decorrer dos anos. Hoje testemunhamos a feminização crescente da epidemia: as mulheres são mais vulneráveis ao HIV, tanto anatômica quanto socialmente. É preciso notar que a transmissão de homem para mulher durante a relação sexual é duas vezes mais provável do que o inverso (de mulher para homem) e que, tendo em vista as desigualdades de gênero, um grande número de mulheres não pode decidir quando, como e com quem terão relações sexuais. Conseqüentemente, a proporção de mulheres infectadas continua a crescer (havia 17.5 milhões de mulheres vivendo com HIV em 2005, um milhão a mais do que em 2003). O mesmo fenômeno pode ser observado entre jovens: a cada dia, mais de 6 mil jovens entre 15 e 24 anos são infectados com HIV/AIDS. É neste grupo que ocorre metade dos novos casos de infecção (UNAIDS, 2004).

A terceira tendência mundial em curso está relacionada ao ambiente social. Segundo o relatório da UNAIDS (2004), a cada cinco pessoas sob risco de contrair HIV, menos de uma tem acesso a serviços de prevenção básica. 95% das pessoas vivendo com AIDS moram em países em desenvolvimento, o que transforma a falta de capacidade de resposta destes países à epidemia em um ciclo vicioso.

A expansão do HIV é amplamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos. Ainda que a situação na América Latina e Caribe esteja acompanhando as tendências mundiais, a epidemia de HIV em muitos países da região tende a se concentrar em populações com comportamentos de risco. Assim, uma baixa porcentagem de prevalência nacional pode esconder cenários extremamente graves. Esta é a razão porque não é possível falar em apenas uma epidemia na região, tendo em vista que diferentes contextos demandam abordagens específicas.

PREVALÊNCIA DE HIV (%) EM ADULTOS NA
AMÉRICA LATINA E CARIBE

fonte: UNAIDS, 2006



As diferentes epidemias na América Latina

Seguindo a tendência mundial, estima-se que na América Latina 32% das pessoas vivendo com AIDS são mulheres e que entre 0.4% e 0.6% dos jovens infectou-se em 2005. No mesmo ano, cresceu em 1.8 milhão o volume total de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 200 mil novos casos foram registrados e 66 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS. Na maioria dos países da região, os mais altos níveis de infecção são encontrados entre homens que fazem sexo com homens. No entanto, esta tendência vem mudando conforme estes homens transmitem o vírus para suas parceiras. O segundo mais alto nível de infecção é verificado entre trabalhadoras do sexo.

Brasil, México, Argentina e Colômbia são os países mais populosos da América Latina e, conseqüentemente, possuem o maior número de casos. Entretanto, a prevalência mais alta é encontrada em países menores, como Belize, Honduras e Guatemala, onde em 2003 mais de 1% dos adultos viviam com HIV (UNAIDS, 2005).

Nos países mais populosos, a epidemia apresenta tendências variadas. No Brasil, onde mora um terço do total de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região, a epidemia atinge os 26 estados do país. Um número crescente de novas infecções ocorre em mulheres, com a prevalência variando entre 1% a 6% entre gestantes, fato diretamente relacionado a suas condições sociais. Apesar de haver uma tendência dos jovens iniciarem a vida sexual mais cedo, a porcentagem de jovens que admite ter usado preservativo na primeira relação sexual subiu de menos de 10% em 1986 para mais de 60% em 2003 (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). O Brasil também direciona seus programas de prevenção a usuários de drogas injetáveis, fornecendo gratuitamente agulhas descartáveis.

Na Argentina, 85% das novas infecções ocorrem durante a relação sexual heterossexual desprotegida. A proporção homem/mulher caiu de 15/1 em 1988 para 3/1 em 2004, com um número desproporcional de infecções afetando sobretudo jovens das áreas mais pobres (Argentina, Ministério da Saúde, 2005).

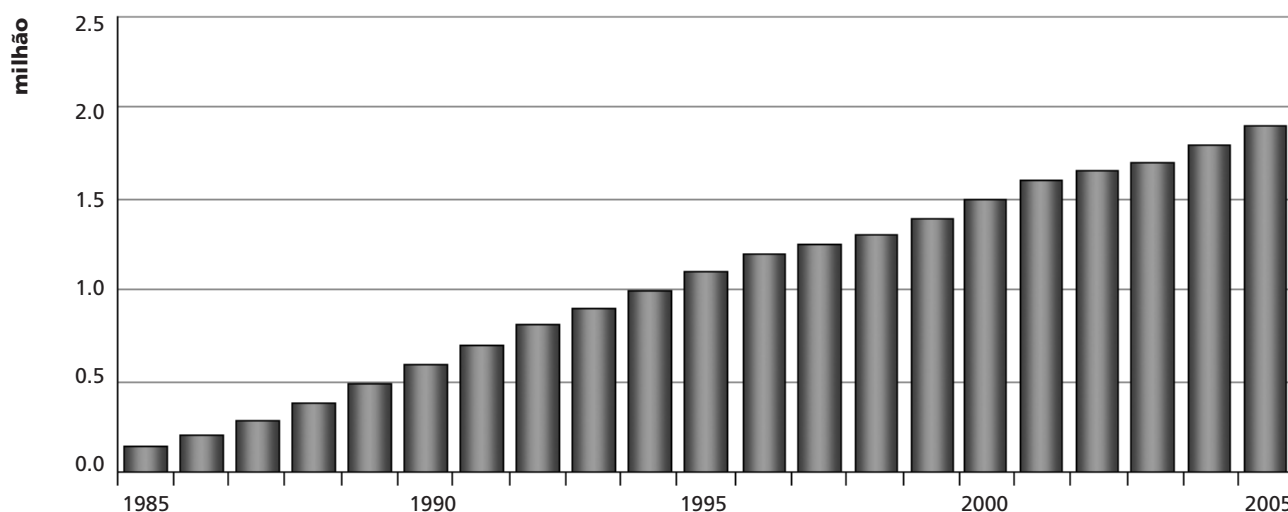
No Chile e Uruguai, o maior número de infecções também está concentrado em áreas urbanas (Chile, Comissão Nacional de AIDS, 2003; Programa Nacional de AIDS do Uruguai, 2005), enquanto no Paraguai a epidemia parece ter se espalhado nas áreas rurais, principalmente nas proximidades das fronteiras com Argentina e Brasil (Paraguai, Programa Nacional de AIDS). No Uruguai, o uso de drogas injetáveis é causa de um quarto dos casos registrados de AIDS, enquanto a relação sexual desprotegida entre homens representa um terço do total de casos. Um programa bastante responsável vem sendo desenvolvido para prevenir a transmissão de mãe para filho, com resultados muito bons nos últimos anos.

No caso da Colômbia, o HIV afeta principalmente a população masculina, representando mais de 83% dos casos de AIDS (UNAIDS, 2005). Apesar disso, como na maioria dos países da América Latina, estes homens estão transmitindo o vírus para suas parceiras, modificando a evolução da epidemia, com um crescente número de mulheres infectadas nos últimos anos.

No México, quase 90% dos casos são gerados por relação sexual desprotegida e metade deles corresponde a homens que fazem sexo com homens (CENSIDA, 2003). Estima-se que dois terços das pessoas vivendo com AIDS foram infectadas desta forma (UNAIDS, 2004). O papel das migrações através do México ainda não foi determinado. No entanto, o fato de que existe um alto número de casos de AIDS em algumas áreas rurais pode indicar uma possível ligação com a migração para os EUA (UNAIDS, 2005).

Na região dos Andes a tendência é mais homogênea. As duas principais formas de disseminação do HIV são o comércio sexual e a relação homossexual masculina. Na Bolívia, a epidemia está concentrada em áreas urbanas. Uma pesquisa realizada em Cochabamba mostrou que 3.5% das crianças de rua estavam vivendo com HIV, e que a maioria delas havia sido infectada através de relação sexual (UNAIDS, 2005). Ao mesmo tempo, os trabalhadores do

fonte: UNAIDS, 2006



sexo parecem estar conseguindo evitar a infecção, com uma prevalência de menos de 1% em 2002 em cidades como Cochabamba, Oruro e Tarija e de menos de 0.5% em La Paz. Um fato semelhante está acontecendo no Peru, onde a prevalência entre homens que fazem sexo com homens em cidades como Arequipa, Iquitos, Pucallpa e Sullana está entre 6% e 12%, chegando a 23% em Lima (Peru, Ministério da Saúde, 2005). A relação sexual entre homens também parece ser um fator importante no Equador, onde os casos de HIV dobraram desde 2001 e mais de dois terços das infecções foram causadas por relação sexual entre homens.

Na América Central o vírus se espalha principalmente entre os grupos sociais mais vulneráveis e a epidemia está concentrada sobretudo em áreas urbanas e rotas de transporte. Honduras é o país mais afetado na América Central. 85% da população infectada têm entre 15 e 49 anos, ou seja, constituem parte da população economicamente ativa. A discriminação no mercado de trabalho está afetando a economia do país, com uma significativa perda anual, estimada em U\$S 18 milhões em 2001 (UNAIDS, Honduras, 2004). Em 2003 a prevalência na população total era estimada em 1.8, subindo para 2.0 em 2004, apesar de em algumas cidades atingir 12% entre trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens (Honduras, Departamento de Saúde, 2003).

Existem muitas epidemias na América Central relacionadas a estas populações. Uma recente pesquisa internacional mostra que a prevalência do HIV entre trabalhadoras do sexo varia de menos de 1% na Nicarágua, 2% no Panamá, 4% em El Salvador e 5% na Guatemala a mais de 10% em Honduras (UNAIDS, 2004) - entre trabalhadoras do sexo que atuam nas ruas este índice sobe para 15% na Guatemala (UNAIDS, 2005) e atinge 16% em algumas cidades de El Salvador (El Salvador, Ministério de Saúde Pública e Assistência Social, 2003).

A relação sexual entre homens também é um fator importante. Na Cidade da Guatemala o índice de infecção entre HSH é de 12% e um a cada cinco deles também faz sexo com mulheres. Em El Salvador, Nicarágua e Panamá as prevalências são de 18%, 9% e 8% respectivamente. Na Costa Rica, mais de dois terços dos casos registrados ocorreram nesta população (UNAIDS/OMS, 2004). Apesar deste grupo ser altamente estigmatizado, em 13 países latino-americanos é destinada a ele uma porcentagem menor do que necessário nos programas nacionais de prevenção, considerando o índice de pessoas vivendo com HIV nestas populações (UNAIDS, 2004).

Em resumo, diferentes realidades são observadas na análise do perfil da epidemia na região. Como mencionado, a heterossexualização da epidemia está acontecendo em alguns países, enquanto em outros continua afetando sobretudo HSH. Na Colômbia, México e alguns países da América Central, importantes atores destacam que as campanhas de prevenção voltadas para a população em geral tiveram o efeito indesejado de tornar invisível a população de HSH. Este é o motivo porque os esforços de prevenção não serão suficientes até que sejam encontradas respostas específicas para problemas diferentes.

A realidade do Caribe

O Caribe é a segunda região mais afetada do mundo, onde a AIDS é a maior causa de morte em adultos entre 15 e 44 anos. Em 2005, cerca de 24 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS e 30 mil novas infecções foram registradas, chegando ao número de 300 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2005).

Importantes diferenças são encontradas tanto na disseminação quanto na intensidade da epidemia. No Haiti, por exemplo, a prevalência é de 5.6%, enquanto em Cuba não chega a 0.2% (UNAIDS, 2005). A principal forma de transmissão do HIV é a relação heterossexual, responsável por 3 a cada 4 casos registrados de AIDS. Em uma situação de extrema pobreza e discriminação de gênero, o comércio do sexo se torna um fator central. Segundo os relatórios da UNAIDS, 12% das infecções são atribuídas a HSH. No entanto, a estigmatização e a discriminação relacionadas a esta população indicam que a real proporção pode ser mais alta (UNAIDS, 2005). Apenas em Bermuda e Porto Rico o uso de drogas injetáveis constitui uma forma significativa de infecção.

Em relação a novas infecções, o número de mulheres é maior que o número de homens. Este fato se deve tanto a uma vulnerabilidade psicológica maior quanto à tendência das mulheres terem sexo com homens mais velhos, que têm mais chances de estar infectados.

A epidemia no Haiti é uma das mais antigas no mundo. A prevalência em mulheres nas áreas urbanas teve um pico em meados da década de 90 e depois declinou de 9% em 1993 para 3.7% em 2004 (UNAIDS, 2005). Apesar disso, as mudanças não são tão evidentes entre mulheres em áreas rurais e semi-rurais, onde o declínio da prevalência não foi tão contundente: de 3.5% em 1993 para 2.6% em 2004. É impossível determinar as causas desta tendência, uma vez que algumas mudanças no comportamento sexual dos haitianos podem apontar para um maior risco de infecção por HIV. Ao mesmo tempo, é provável que a mortalidade relacionada à AIDS seja a razão de menores índices de infecção. Portanto, este leve declínio nas áreas rurais pode indicar que a incidência de HIV ainda é alta.

ESTATÍSTICAS E CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO HIV/AIDS, 2003 - 2005

fonte: UNAIDS, 2006

REGIÃO	Adultos (15+) e crianças vivendo com HIV		Novas infecções por HIV entre adultos (15+) e crianças		Prevalência entre adultos (15-49) (%)		Mortes de adultos (15+) e crianças relacionadas à AIDS	
	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003
América Latina	1,6 milhão (1,2-2,4 milhão)	1,4 milhão (1,1-2,0 milhão)	140.000 (100.000-420.000)	130.000 (95.000-310.000)	0,5 (0,4 - 1,2)	0,5 (0,4 - 0,7)	59.000 (47.000 - 76.000)	51.000 (40.000 - 67.000)
Caribe	330.000 (240.000-420.000)	310.000 (230.000-400.000)	37.000 (26.000-54.000)	34.000 (24.000-47.000)	1,6 (1,1 - 2,2)	1,5 (1,1 - 2,0)	27.000 (19.000 - 36.000)	28.000 (19.000 - 38.000)

As respostas ao HIV parecem estar mostrando resultados positivos na República Dominicana, devido aos esforços de prevenção que encorajam as pessoas a reduzir o número de parceiros sexuais e promovem o uso de preservativos. O índice de infecção em gestantes caiu para a prevalência de 1.4% em 2004. Mesmo assim, as condições sociais ainda demarcam importantes diferenças. O mesmo ocorre nas Bahamas, onde as infecções foram reduzidas em 32% entre 2000 e 2003; e em Barbados, onde novos diagnósticos de HIV em mulheres grávidas caíram 50% entre 1999 e 2003, e onde as mortes relacionadas ao HIV caíram à metade entre 1998 e 2003, semelhante ao que pode ser observado em Bermudas entre 2000 e 2002 (UNAIDS, 2005).

Na Jamaica e Trinidad e Tobago, a epidemia se expande sobretudo através da relação heterossexual, com uma prevalência de 2% em gestantes na Jamaica e 3% em adultos em Trinidad e Tobago. No entanto, é na Guiana (onde a AIDS é a primeira causa de mortes em adultos com idades entre 25 e 44 anos) e no Suriname (onde novas infecções triplicaram desde o início da década de 90) que a epidemia é ainda mais grave. De acordo com pesquisas, nestes países a relação sexual entre homens (um terço dos quais também faz sexo com mulheres) e o comércio do sexo são cruciais (UNAIDS, 2005).

Cuba ainda tem a menor epidemia da região, com uma prevalência de menos de 0.2%. No entanto, as crescentes desigualdades e o rápido avanço da indústria do sexo parecem ser as causas por trás das novas infecções, que aparentemente estão crescendo. Atualmente, cerca de 1.500 pessoas têm acesso a tratamento, incluindo internações, transporte de pacientes, alimentação e um curso de oito semanas sobre como viver com AIDS (OMS, 2003).

Ainda que o Caribe seja cenário de uma das mais perigosas epidemias no mundo, os esforços regionais para o acesso ao tratamento e para a prevenção parecem estar mostrando os primeiros resultados (UNAIDS, 2005). No entanto, segundo indicam as oscilações dos dados epidemiológicos, estas conclusões podem indicar tanto uma melhor estratégia quanto um declínio da prevalência motivado pelas mortes de pessoas vivendo com ADIS.

Fatores estruturais

A expansão do HIV não é um fenômeno aleatório. Pelo contrário, sua propagação está profundamente influenciada por fatores sociais, políticos e econômicos. É por isso que contemplar os fatores estruturais que facilitam a exposição ao HIV é tão importante quanto focar os comportamentos individuais.

Diferentes experiências na América Latina e Caribe, resultado da combinação de liderança e ações efetivas, mostraram resultados positivos quanto ao curso da epidemia. No entanto, enfrentar a vulnerabilidade em nível estrutural requer intervenções continuadas, incluindo a expansão do acesso a saúde pública e educação, o estabelecimento de políticas anti-discriminatórias, de legislação e de proteção legal para as pessoas vivendo com HIV. Olhar além das receitas pré-estabelecidas e investigar os diferentes contextos da epidemia pode ajudar a obter resultados eficazes e eficientes para colocar um fim à expansão da epidemia de HIV.

Referências

CENSIDA (2003). Informações dos Registros Nacionais de Casos de AIDS no México. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. México.

Brasil, Ministério da Saúde (2005). Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 - Semanas Epidemiológicas. Janeiro a junho de 2004. Ministério da Saúde, Brasília, www.aids.gov.br

Peru, Ministério da Saúde (2005). Informe de vigilancia centinela. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología, Lima.

Ministério de Saúde Pública e Assistência Social de El Salvador, Programa Nacional contra HIV/DSTs. Entre Amigos, San Salvador, El Salvador. Estudio Multicéntrico en CentroAmérico de Prevalencia de VIH/ ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros Hombres en El Salvador.

UNAIDS (2004). Report on the AIDS pandemic, http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_00_sp.htm#TopOfPage

UNAIDS (2005). Situation of the epidemic in Honduras, <http://www.onusida.un.hn/honduras.html>

UNAIDS/OMS (2004). Epidemiological Fact sheet: various (atualizado em 2004). UNAIDS/OMS, Geneva, <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>

Uruguai, Ministério da Saúde (2005). Programa Nacional de AIDS. Epidemiological Surveillance Report, Abril, Montevideu.

Honduras, Departamento de Saúde (2003). Estudio Multicéntrico CentroAmérico de Prevalencia de HIV/ ITS y comportamientos en poblaciones específicas en Honduras. Janeiro. Departamento de HIV/ ITS/ SIDA, Tegucigalpa.

UNAIDS/OMS. AIDS Epidemia Update: December 2005, http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp

6. ACESSO A ARV NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Em 1996 houve uma mudança radical no tratamento usado em pacientes com HIV/AIDS: a aprovação da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART), que combina ao menos três drogas antirretrovirais. O resultado foi uma grande redução no número de mortes e hospitalizações e, ao mesmo tempo, uma melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

No entanto, uma das principais limitações do acesso ao tratamento era o alto custo dos medicamentos, o que, é claro, constituía um problema ainda maior em países pobres. Em 2004, menos de 8% das pessoas que precisavam de assistência em países em desenvolvimento tinham acesso a medicação. Apenas em 2005, 66 mil pessoas morreram na América Latina por causas relacionadas à AIDS. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV/AIDS requerem uma grande quantidade de recursos de saúde. Além do preço da medicação, outras limitações para o acesso incluem a burocracia envolvida na compra de drogas, a centralização dos estoques, a falta de profissionais adequadamente treinados para o atendimento de pacientes de HIV, e, principalmente, a falta de um compromisso social e político mais amplo.

Desde o ano 2000, a presença de drogas genéricas, juntamente com a pressão política e a ação conjunta de diferentes países e instituições, permitiram uma significativa redução no preço dos medicamentos. Em 2000, a Iniciativa Para Acesso Acelerado (Accelerated Access Initiative - AAI) começou a representar a aliança público-privada entre países em desenvolvimento, cinco companhias farmacêuticas e cinco organizações internacionais, que combinaram esforços para aperfeiçoar a atenção médica para pessoas vivendo com HIV. Esta iniciativa foi um dos principais estímulos para a criação de compromissos políticos e financeiros e promoveu uma relação mais estreita entre países com tradição de cooperação nas sub-regiões.

Os países do Caribe foram os primeiros a desenvolver uma aproximação regional, através do Mercado Comum e Comunidade do Caribe (Caribbean Community and Common Market - CARICOM). Em 2002, conseguiram reduzir o preço dos medicamentos da terapia tripla aos mesmos preços oferecidos para a África Subsaariana: de uma média entre U\$S 16000 e U\$S 3500 por paciente/ano, o preço caiu para U\$S 1100. Seguindo este corte de preço, os países da América Central, reunidos no Conselho de Ministros da Saúde da América Central (Council of Central American Health Ministers - COMSICA), começaram um processo semelhante. Em janeiro de 2003, conseguiram uma redução de 55% no preço de patentes médicas.

Dez países da América Latina deram início à terceira iniciativa regional, desenvolvida pelos Ministros da Saúde dos países andinos (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), com a participação de Argentina, México, Paraguai e Uruguai. A negociação foi baseada em apenas um preço e no critério da OMS na busca de alternativas para as drogas originais. O resultado do encontro, realizado em Lima, Peru, em junho de 2003, foi a redução dos preços de medicamentos genéricos e de patente entre 30% e 92%.

Um relatório desenvolvido pela OPAS e OMS mostrou que as dificuldades para impor as condições dos acordos regionais nas esferas nacionais atrapalharam a compra de medicamentos a preços negociados. As barreiras existentes (taxas para compradores, a ausência de patentes) levou à compra de medicamentos por preços mais altos que os negociados. No caso do Chile, os preços estavam entre 99% e 2000% mais caros em 2004, entre 66% e 1020% na Colômbia e entre 100% e 3500% no Equador. Por esta razão, em agosto de 2005, dez países, incluindo o Brasil, renegociaram com 26 laboratórios e conseguiram uma redução de 15% a

55% no preço das estratégias terapêuticas mais usadas na região. Pela primeira vez, o acordo estabeleceu preços máximos, de modo que cada país pudesse continuar a reduzir os preços de forma independente.

A maioria dos países latino-americanos se beneficia de recursos fornecidos por diferentes programas públicos e privados, como o Fundo Global, a OMS e o PEPFAR, desenvolvidos para prover e garantir recursos para a luta contra a AIDS. No entanto, na Jamaica 82% das pessoas que precisam não têm acesso ao tratamento; na República Dominicana este número chega a 92%. No Haiti, graças à iniciativa 3x5, entre 3 mil e 4 mil pessoas têm acesso aos medicamentos. Apesar disso, segundo a OMS, 42.500 pessoas deveriam recebê-los.

Cada vez mais países latino-americanos estão fornecendo atendimento universal às pessoas vivendo com HIV. Entretanto, em muitos países da região a falta de acesso à assistência de saúde em geral resulta no fato de que muitas pessoas desconhecem ser HIV positivas. Conseqüentemente, não procuram acompanhamento médico e tratamento (mesmo quando estão disponíveis). Ao mesmo tempo, aqueles que são mais vulneráveis à epidemia geralmente não têm acesso a atendimento de saúde por sua condição de pobreza. A descentralização e simplificação da entrega dos medicamentos seriam meios interessantes para contornar algumas destas situações.

Ainda há muito a ser feito, sobretudo quando as mortes e o sofrimento de milhões de pessoas poderiam ser evitados pelo simples aprimoramento das estruturas existentes, dos procedimentos burocráticos de cada país e pelo monitoramento por organizações internacionais. Como o Dr. Lee Jong Wook, diretor-geral da OMS, disse em 1º de dezembro de 2005, avaliando o Programa 3x5: "Esta é a pressão sobre todos nós - encontrar os meios mais rápidos e eficazes de superar os gargalos no acesso ao tratamento, aumentar o conhecimento das pessoas sobre a AIDS e fazer com que os programas de tratamento e de prevenção trabalhem de mãos dadas".

TABELA DE ACESSO A ARV

fonte: UNAIDS, 2006

REGIÃO GEOGRÁFICA	NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS RECEBENDO TERAPIA ARV, DEZ. 2005	NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS QUE PRECISAM DE TERAPIA ARV, DEZ. 2005	COBERTURA DE TERAPIA ARV, DEZ. 2005
África Subsaariana	810.000	4.700.000	17%
América Latina e Caribe	315.000	465.000	68%
Sudeste Asiático	180.000	1.100.000	16%
Europa e Ásia Central	21.000	160.000	13%
Oriente Médio e América do Norte	4.000	75.000	5%
TOTAL	1.330.000	6,5 milhões	20%

Referências

Fitzgerald, J., Gomez, B. An open competition model for regional price negotiations yields lowest ARV in the Américas, dezembro de 2003,
http://www.paho.org/English/AD/THS/EV/acceso_gen_priceneg.pdf

International Treatment Preparedness Coalition (ITPC). Missing the Target: A report on HIV/AIDS treatment access from the frontlines, novembro de 2005,
<http://www.AIDStreatmentaccess.org/itpcfinal.pdf>

Laura Porras. Ante Fracaso de 3x5, ITPC presenta investigación y propuestas, Agua Buena, 28 de novembro de 2005, <http://www.aguabuena.org/articulos/regional20051213.html>

Seoane Vázquez, E., Rodríguez-Monguío, R. Análisis del Impacto de las negociaciones de medicamentos en la región andina, The Ohio State University, março de 2005,
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/NegociacionPreciosVIH.pdf>

Eugene Schiff. ¿Dónde están los medicamentos antirretrovirales en el Caribe? Una tragedia ignorada y sin sentido, março de 2005,
<http://aguabuena.org/articulos.htm>

Jong-Wook, L. Message from the Director-General, dezembro de 2005,
<http://www.who.int/dg/lee/speeches/2005/worldaidsday2005b/en/index.html>

7. ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: UM OBSTÁCULO PARA A RESPOSTA NACIONAL AO HIV/AIDS

Nos últimos 25 anos de história da AIDS, o HIV espalhou-se, mostrando-se democrático quanto às vítimas, sem distinguir entre gênero, orientação sexual ou grupo social. No entanto, desde o início da epidemia o estigma relacionado à AIDS silenciou a discussão sobre o problema. Para falar sobre AIDS, devemos começar admitindo que nossos preconceitos, medos e ignorância transformam as doenças em crimes e as pessoas doentes em culpados.

Em meados de 2005, a sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre AIDS definiu o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS como um obstáculo na América Latina. A estigmatização leva à falta de informação sobre o vírus e sobre a transmissão, contribuindo para a expansão da epidemia. Considerar os grupos estigmatizados como os únicos vulneráveis reduz a percepção do risco individual e dos limites do auto-cuidado. Em muitos países da região, a vergonha relacionada à AIDS faz com que as pessoas não queiram saber se têm ou não o vírus, ou mesmo que prefiram desistir do tratamento e da assistência para viver no anonimato. Estes são ambientes hostis, onde é preferível morrer logo do que tornar pública a condição de HIV positivo. Este é o motivo porque um ambiente social estigmatizante é um grande obstáculo para aperfeiçoar a prevenção, a assistência e o tratamento, bem como melhorar o impacto social da doença.

O estigma é uma atribuição depreciativa unilateral conferida a uma pessoa com uma característica específica. No caso do HIV/AIDS, este fenômeno costuma se sobrepor a comportamentos previamente discriminados, como comércio sexual, consumo de drogas ou determinadas práticas sexuais. Desde o início da epidemia, diversas metáforas associando o HIV/AIDS à culpa, à morte e ao proibido contribuíram para ampliar a discriminação, enquanto sugeriam que a AIDS é uma doença dos outros: gays, mulheres, africanos - não de todos. Idéias que fortalecem a metáfora do HIV como um tipo de punição que culpa aqueles que são diferentes, ao mesmo tempo em que liberta o restante da responsabilidade de encarar o problema.

É desta forma que os estigmas relacionados à AIDS envolveram-se com outras diferenças ligadas a tendência sexual, raça ou etnia, que legitimam o domínio de certos grupos sobre outros. Os estereótipos e suposições sobre os hábitos de alguns indivíduos intensificam as diferenças existentes. O mito da epidemia foi construído com base em suposições sobre hábitos sexuais e imoralidade do comportamento.

Estas metáforas consolidadas traduzem-se em ações contra as pessoas estigmatizadas. A discriminação coloca o estigma à frente das violações dos direitos humanos, como o direito à ausência de discriminação, o direito a condições de trabalho justas e favoráveis e o direito à intimidade, conforme estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos. O surgimento da AIDS não apenas modificou as relações interpessoais como também as ligações entre a pessoa e o Estado, enquanto responsável pela dignidade das pessoas. Assegurar os direitos de cada cidadão é responsabilidade do Estado, mas é responsabilidade do cidadão respeitar o Estado.

Neste contexto, a mídia tem relevância primordial. É a mídia que estabelece as prioridades das agendas governamentais e também suas características qualitativas. A imprensa constrói

imagens que apresentará como “realidade”. Ela colabora com a criação e a consolidação das crenças compartilhadas, através das quais as sociedades constroem significados para o mundo. Ainda há muito a ser feito, mas, em muitos países da região, sem o suporte da mídia não teria sido possível progredir na redução da estigmatização e na mudança de preconceitos estabelecidos no início da epidemia.

Encarar o estigma e a discriminação deve ser uma prioridade para o desenvolvimento de estratégias contra o HIV/AIDS. A promoção e proteção dos Direitos Humanos são condições básicas para responder à epidemia em nível regional. Assegurar acesso universal à prevenção e ao tratamento nos países da América Latina ainda é um grande desafio.

Referências

UNAIDS. Impulsar una acción eficaz sobre el VIH/ SIDA. Un desafío persistente para los mandatarios de la cumbre de la OEA, novembro de 2005.

Maglio, Ignacio. Derechos Humanos. Derecho a la dignidad y SIDA en Actualizaciones en SIDA. Volume 2. No 3.

Aggleton, P., Word, K. y Malcolm, A. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, UNAIDS, Abril, 2005.

Vazquez, M., Salomé M., Pregno, E., Wald, G. Derechos Humanos y SIDA. Guía para promotores comunitarios, Fundación Huésped - Royal Embassy of the Netherlands, agosto de 2004.

8. PODER RESPONSÁVEL: A COBERTURA DE HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA

Para escrever este relatório, observamos as notícias publicadas entre 2000 e 2005 em 20 diferentes jornais, um de cada país da América Latina ou do Caribe, e entrevistamos personalidades de cada país. O objetivo desta pesquisa era desenvolver uma abordagem qualitativa sobre a forma como os eventos relacionados ao HIV/AIDS são comunicados. Ainda que não seja possível obter respostas conclusivas tendo em vista as limitações da amostra utilizada, esta análise é útil para identificar coincidências na forma como a mídia da região trata o assunto da epidemia.

Mundialmente, desde que a AIDS foi descoberta, a mídia teve importância fundamental na forma como a epidemia é compreendida pelo público. Em 3 de julho de 1981, quando o New York Times publicou uma reportagem sobre o número crescente de casos de pneumonia entre homens homossexuais nos EUA, tinha início a história jornalística da AIDS. Desde então, a informação sobre o novo vírus espalhou-se pelo mundo. Através da mídia de massa, muitas pessoas tiveram acesso a mensagens, imagens e histórias relacionadas à AIDS, algumas delas verdadeiras e outras inoportunas. No início, metáforas como “praga rosa” e “câncer gay” estabeleceram a tendência a associar a AIDS à comunidade de homens homossexuais, uma crença que foi substituída em 1985, quando a transmissão heterossexual foi provada. Imediatamente, a infecção por HIV foi associada aos chamados “grupos de risco”, ao mesmo tempo em que surgiam metáforas que associavam a AIDS à morte.

Evoluindo lado a lado com o imaginário coletivo sobre o HIV, a questão da cobertura do HIV/AIDS na América Latina e Caribe apresenta ampla variação. Em alguns países, como México e Uruguai, a década de 90 trouxe uma importante mudança na forma como as reportagens relacionadas à AIDS eram redigidas, de forma cada vez menos escandalosa. No entanto, muitos dos termos utilizados nos primeiros anos da epidemia permaneciam atuais. Alguns foram renovados, enquanto outros tinham um impacto indesejado. Os perfis da comunidade homossexual, origem dos mais arraigados preconceitos na sociedade, tornaram-se menos importantes devido à mudança das características da epidemia. No entanto, em muitos países o efeito contrário da visibilidade dos novos casos de mulheres e crianças vivendo com HIV/AIDS foi a invisibilidade dos casos de homens que fazem sexo com homens (HSH). No lugar da estigmatização destas infecções, nos últimos anos os discursos em muitos casos ignoraram as infecções de HSH.

Apesar de muitas metáforas terem sido excluídas, outras, como “portador de HIV” (que supõe que a pessoa vivendo com HIV “carrega” uma marca distintiva) ou “vítima” (que evoca uma imagem de impotência ou de fraqueza), ainda estão presentes no discurso da mídia. Da mesma forma, a adjetivação da síndrome como relacionada ao mal está ficando no passado. A persistência de termos como homossexual, gay ou bissexual tende a confundir a identidade sexual com o comportamento sexual.

A imprensa pode ser tanto um aliado quanto um inimigo da resposta ao HIV/AIDS. No Brasil, por exemplo, o papel da mídia foi crucial para colocar o problema do acesso à terapia antirretroviral na agenda governamental, conduzindo ao acesso universal em 1997. Ao mesmo tempo, ainda atualmente, em 2006, manchetes escandalosas podem ser encontradas na mídia da Nicarágua, que usa termos como pânico e aidético. No entanto, apesar destes exemplos, nos últimos anos é visível que existe uma maior responsabilidade na informação sobre HIV/AIDS. As organizações da sociedade civil, especialmente na América Central, têm desem-

penhado importância fundamental neste processo, através de esforços para disseminar informação.

É impossível pensar na mídia separadamente da forma como as notícias são produzidas e consumidas na cultura contemporânea. A notícia constitui um produto que deve, como qualquer outro produto, responder ao mercado. Retóricas sensacionalistas e um número crescente de casos particulares tendem a dominar a forma como o HIV/AIDS é colocado na mídia. Na Bolívia, por exemplo, onde 90% dos casos não são registrados e o HIV ainda é muito estigmatizado, cada novo caso registrado torna-se notícia. A exibição de trajetórias de vida e dos aspectos mais enfáticos da epidemia, da mesma forma que contribui para a humanização das pessoas vivendo com HIV, muitas vezes desvia a atenção dos aspectos estruturais do problema.

Na maior parte do tempo, a agenda da mídia não está sincronizada com o desenvolvimento da epidemia: enquanto a imprensa aguarda ansiosamente para publicar a notícia da descoberta da cura, ou, ao menos, de novos tratamentos, a ciência evolui em ritmo muito mais lento. O HIV é uma situação crônica em que a novidade nem sempre corresponde aos critérios de publicação da mídia. Conseqüentemente, em alguns casos, novos tratamentos que passaram apenas pelo primeiro estágio de pesquisas são apresentados como a “salvação”, esquecendo que as pessoas vivendo com HIV não se beneficiarão deles até que estejam disponíveis no mercado. E isso quando têm a sorte de viver em um país que fornece gratuitamente acesso a terapia antirretroviral. Caso contrário, é possível que nunca tenham acesso a eles.

De fato, as leis de mercado também encorajam o treinamento multimídia do jornalista, que se encontra forçado a dividir seu tempo entre diferentes mídias e editorias, em lugar de poder especializar-se. Os esforços dos jornalistas em se dirigir responsabilmente ao assunto muitas vezes são perdidos na lógica da mídia. Neste contexto, a cobertura de HIV/AIDS é classificada segundo os critérios tradicionais da mídia e, assim, podemos encontrar reportagens sobre o tema em editorias tão diferentes quanto saúde e cultura, ou até mesmo em seções de entretenimento. No entanto, segundo nossa análise, quase não há notícias sobre AIDS nas editorias de política ou economia nos jornais. Nesta classificação que estabelece versões ordenadas da realidade, o tema do HIV parece precisar de mais status para figurar nos debates políticos ou econômicos.

Quase 25 anos depois do primeiro caso, a AIDS ainda é um item na agenda da mídia - talvez não um item freqüente, no entanto. Ocasões especiais, como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, chamam mais atenção. A informação ainda é concentrada nos dados epidemiológicos (freqüentemente mal interpretados) ou em possíveis vacinas ou tratamentos, mais do que em aspectos sociais. No entanto, os dados sobre os aspectos sociais (como a prevenção) é a informação que permite à população conhecer as características da epidemia para poder responder a ela, ao mesmo tempo em que estimula o interesse dos governos em processos de decisão relacionados à prevenção.

A relevância da mídia de comunicação de massa na resposta ao HIV/AIDS é indiscutível. Até hoje, não existe vacina para evitar a infecção por HIV. O único meio de reduzir a expansão e o impacto social da epidemia é oferecer informação básica responsável sobre o tema. A mídia tem o poder e a responsabilidade de manter o HIV/AIDS na agenda pública, bem como estabelecer suas características qualitativas.

9. O PAPEL DA MÍDIA DE MASSA NA RESPOSTA GLOBAL AO HIV/AIDS

No artigo “O papel da mídia de massa nos problemas associados a HIV/AIDS na Guatemala”, a jornalista guatemalteca Laura E. Asturias destaca a importância dos comunicadores “refletem sobre sua contribuição para parar a escalada da AIDS”. Ela esclarece que “o jornalismo relacionado à AIDS não consiste em um mero fluxo de informações, mas no encorajamento de mudanças em comportamentos profundamente arraigados e atitudes que dificultam o controle da epidemia”.

A jornalista sugere algumas perguntas para aqueles que resolvem assumir este “passo adiante” na cobertura de HIV/AIDS.

É possível deixarmos nossos preconceitos de lado no momento em que escrevemos uma reportagem ou fazemos uma entrevista? Qual a nossa opinião sobre trabalhadores do sexo, relacionamentos homossexuais (masculinas e femininas) e bissexuais? Estamos cientes das estatísticas sobre abuso sexual e incesto em nossos países? E alguma vez já pensamos em nós mesmos como pessoas expostas à infecção como consequência de nossas atitudes e práticas sexuais, exatamente como as pessoas que lêem ou assistem as notícias que produzimos?

No aspecto profissional, seria pertinente perguntar a nós mesmos qual tem sido a ética da nossa mídia de massa em relação à AIDS. Nós apenas publicamos notícias quando as encontramos? Ou, pelo contrário, conseguimos reconhecer nas imensas possibilidades da comunicação de massa a oportunidade histórica de fazer nossas sociedades tomarem conhecimento da gravidade da infecção? Ajudamos a corrigir crenças equivocadas associadas à transmissão do vírus, especialmente os mitos relacionados às pessoas que vivem com a infecção? Contribuímos para reforçar o fato que a AIDS é uma doença que não discrimina ninguém - trata-se de práticas inseguras -, mas que alguns grupos estão mais expostos à infecção do que outros por causa do alto risco e da marginalidade das condições em que vivem? Temos a liberdade pessoal e profissional para usar termos relacionados ao ato sexual?

Por fim, a jornalista sugere algumas perguntas que devem guiar a atividade jornalística relacionada à AIDS formuladas por Joe Davidson, que foi repórter da sucursal em Washington do Wall Street Journal e professor de jornalismo na Universidade de Harvard em 1988.

“O que o governo está fazendo sobre a doença nas clínicas e hospitais públicos? O que o governo está fazendo sobre os orçamentos? Que tipo de educação relacionada à AIDS é fornecida a bombeiros e policiais? Esta informação é correta? Como o setor privado, empresas e pequenos negócios estão reagindo? Existem pessoas vivendo com HIV/AIDS que foram tratadas injustamente por seus empregadores? Como os vizinhos estão reagindo à presença de centros de assistência de saúde que tratam pessoas vivendo com HIV/AIDS? A AIDS é mencionada como causa de mortes nas escolas? Em caso negativo, por quê? Existem atletas infectados que desenvolvem suas atividades esportivas apesar da doença? Existem igrejas colaborando ativamente na luta? Os apresentadores e repórteres de TV e rádio transmitem informação correta ou eles constituem parte do problema?”

Como conclusão, a jornalista sugere uma lista de princípios para guiar a contribuição dos jornalistas:

O **jornalismo profissional** monitora a epidemia, assim como faz com outras áreas que afetam intensamente a sociedade.

O **jornalismo vigilante** pesquisa as autoridades governamentais para demandar a alocação de recursos suficiente para combater a epidemia e observa o uso responsável destes recursos em uma abordagem integral do problema.

O **jornalismo responsável** não permite que pequenos grupos fundamentalistas contrários ao uso de preservativos clamem pelo direito de parar campanhas governamentais de prevenção e informação que foram planejadas por especialistas e que ajudarão a salvar as vidas de milhares de pessoas.

O **jornalismo correto** não usa as vidas e imagens de pessoas vivendo com HIV/AIDS para produzir notícias sem antes lhes alertar quanto às conseqüências deste tipo de exposição. Pelo contrário, sabe que bodes expiatórios e histórias de horror não promovem mudanças de comportamento. A imprensa escandalosa vende, mas também fere a humanidade das pessoas.

O **jornalismo humano** mostra solidariedade para todas as pessoas que precisam viver com uma infecção mortal.

O **jornalismo visionário** sabe que proteger as futuras gerações começa com a proteção das crianças e jovens de hoje.

O **jornalismo consciente** não esquece sua função orientadora voltada para as transformações elementares necessárias para mudar o destino da epidemia. Também sabe que um dos principais desafios para pará-la é conseguir um compromisso firme das lideranças políticas.

Um **jornalismo alerta** enxerga através da hipocrisia e noticia em nome daqueles que não podem fazê-lo.

Laura E. Astúrias (editora@lacuerda.org) é editora da revista feminina Tertúlia (www.la-tertulias.net) e laCuerda (www.lacuerda.org), da Guatemala.

O discurso "O papel da mídia de massa na resposta global ao HIV/AIDS" foi apresentado no Fórum "Impacto social da AIDS na Guatemala" em novembro de 1998 e publicado em fevereiro de 1999 na edição da Revista SIDA Ahora, nos Estados Unidos.

10. PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE A COBERTURA DE HIV/AIDS

Existe diferença entre declarar que uma pessoa tem AIDS ou que vive com HIV?

Sim, pode haver diferença. Viver com HIV significa que uma pessoa está infectada com o vírus. É possível que uma pessoa HIV positiva não demonstre sintomas nem tenha avançado para um diagnóstico de AIDS. Uma pessoa que tem AIDS tem o sistema imunológico severamente debilitado. É melhor ser específico quanto à etapa da doença.

Por que a confidencialidade é tão importante na hora de informar sobre um caso de HIV/AIDS?

A identidade da pessoa vivendo com HIV/AIDS não deveria ser revelada sem a permissão explícita da pessoa em questão. Em muitos países, a confidencialidade está garantida por lei. As pessoas identificadas como vivendo com HIV positivo ou que têm AIDS podem ser estigmatizadas. Se a pessoa está de acordo em ser identificada, é responsabilidade do jornalista assegurar que a mesma compreenda todas as consequências potenciais desta decisão.

Quais são os estereótipos comuns que aparecem na hora de informar sobre HIV/AIDS?

A população com HIV/AIDS é variada e a reportagem deve refletir este fato. A meta, portanto, é ser objetivo e claro. Não faça juízos de valor. Um estereótipo comum está relacionado ao tipo de pessoas infectadas. O comportamento de alto risco (exemplo: sexo sem proteção, sexo com múltiplos parceiros e uso de drogas injetáveis) é um fator significativo, mas existe também uma complexa ordem de fatores que inclui as circunstâncias sociais e econômicas que causam mais vulnerabilidade frente à infecção por HIV. Outro estereótipo muito comum é supor que as pessoas que pertencem a um grupo com comportamentos de risco têm muitas possibilidades de infectar-se. Não necessariamente esta associação se comprova. Por exemplo, muitos homens que têm sexo com homens praticam sexo mais seguro e têm um só parceiro; portanto, não estão em maior risco que o resto da população.

No contexto do HIV/AIDS, com que palavras devo ser cauteloso?

De modo geral, não use palavras que estereotipem ou estigmatizem as pessoas com HIV/AIDS, que perpetuem os mitos sobre a doença ou que comportem juízos de valor. Não use termos que o público em geral não possa entender - este fator é especialmente importante na cobertura de reportagens médicas. O objetivo é ser preciso sem ser tão denso que o público não possa compreender. Mais informações no capítulo Linguagem Sensível.

Quais são as armadilhas na hora de falar sobre tratamentos para HIV/AIDS?

O tratamento de HIV/AIDS é um tema complexo já que existem muitos tratamentos disponíveis: alguns atuam sobre o vírus em si, outros atuam sobre os sintomas e as doenças causadas pelo vírus. No entanto, nenhum deles é uma cura. É fácil confundir a cura para uma doença relacionada ao HIV com uma cura para o HIV/AIDS. Também é fácil descrever as drogas utilizadas para retardar o avanço do vírus como uma cura. Novamente, não há cura. Ensaios de vacinas estão sendo testados em humanos na busca de uma cura para o HIV.

Como devo tratar o surgimento de novos tratamentos ou estudos sobre vacinas?

Todos aguardamos o dia em que será possível publicar a notícia sobre a cura da AIDS. No entanto, até lá, é importante lembrar que toda notícia sobre a existência de novos tratamentos que melhoram a qualidade de vida ou sobre novos ensaios com vacinas é lida pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, para quem não se deve gerar falsas expectativas. Também é útil recordar que o processo de desenvolvimento de novas drogas leva muito tempo e deve

passar por muitas etapas de pesquisa. Por isso, é necessário ser preciso na redação da notícia, ainda que isso possa afetar os critérios editoriais que definem o que é notícia ou não.

Está correto dizer que uma pessoa morreu de AIDS?

A AIDS é uma síndrome que pode ser definida por um grande número de doenças ou cânceres. Não existe uma doença em particular chamada AIDS. Quando uma pessoa com o diagnóstico de AIDS morre, é tecnicamente mais preciso dizer que esta pessoa morreu por uma doença relacionada à AIDS ou por causas relacionadas ao HIV ou pela infecção por HIV.

11. LINGUAGEM SENSÍVEL

A tabela a seguir inclui uma lista de vocabulário sensível no momento de informar sobre HIV/AIDS. A intenção é ajudar a entender a complexidade na hora de informar sobre o HIV. Em alguns casos, você pensará em uma frase ou palavra alternativa; em outros casos acabará utilizando alguns dos termos que consideramos sensíveis. O importante é estar consciente das idéias que os termos comportam e seus usos.

VOCABULÁRIO SENSÍVEL	POR QUÊ?	ALTERNATIVAS
Batalha, Luta, Guerra	As metáforas de guerra criaram um entendimento equivocado da epidemia, evidenciando uma conotação que deixa pouca margem à ação individual.	Respostas ao HIV/AIDS
Castigo, Praga, Doença Pavorosa	Estas palavras são dramáticas demais. Como podem implicar um juízo de valor, é melhor substituí-las por vocabulário menos dramático, como o vocabulário médico.	Doença, Epidemia
Contrair AIDS, pegar AIDS	O HIV é transmitido (por exemplo sexualmente, de mãe para filho, através do sangue) e logo se converte em AIDS. Diferentemente das doenças contagiosas, o HIV não pode ser contraído, já que não pode ser transmitido através do contato casual (espirro, tosse ou saliva)	Contrair HIV, Infectarse com HIV
Drogas para a AIDS	Não existem drogas para a AIDS, uma vez que uma síndrome não é tratada com um medicamento específico. Além disso, este termo pode ser mal interpretado, fazendo crer que existe uma cura para o HIV/AIDS. É importante destacar que, ainda que existam medicamentos para tratar os sintomas, prevenir e tratar infecções oportunistas e diminuir o avanço da doença, nenhuma droga pode eliminar o vírus do corpo.	Terapia anti-HIV, Tratamento ARV, Terapia antirretroviral, Drogas relacionadas à AIDS, Drogas para prevenir e tratar Infecções Oportunistas (IO)
Fluidos Corporais/ Líquidos corporais	Este termo é excessivamente amplo, já que faz referência a uma grande variedade de fluidos corporais e nem todos contêm a carga viral suficiente para transmitir o HIV. É sempre melhor ser específico.	Especificar os fluidos (exemplo: sangue, sêmen, etc)
Gay, Homossexual, Bissexual	Estes termos, especialmente gay e bissexual, fazem referência a uma identidade que pode ou não estar ligada a um comportamento. Em muitos países e culturas, os homens que fazem sexo com homens não se consideram como gay, bissexual ou homossexual. É importante distinguir entre comportamento (que pode situar uma pessoa em maior risco de transmitir ou adquirir HIV) e identidade sexual, particularmente quando se fala da transmissão do HIV.	Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)

Grupo de risco	O termo “grupo de risco” pode ser interpretado como indicando o único grupo com risco de contrair HIV. As pessoas que não pertencem a estes grupos podem criar uma falsa idéia de segurança quanto à infecção. Além disso, pessoas pertencentes a “grupos de risco” podem não ter comportamentos de risco. Um exemplo seria um usuário de drogas injetáveis que utiliza agulhas limpas e não as compartilha.	Comportamento de risco
HIV e AIDS, HIV ou AIDS	Não são duas doenças, mas duas etapas dentro da doença do HIV.	HIV/AIDS, Doença do HIV
Inocente (vítima), culpado	Estes termos levam a inferir que alguns modos de transmissão são piores que outros e que algumas pessoas HIV positivas merecem sua condição.	Evitar estes termos
Morrer de AIDS	Este termo é usado freqüentemente, mas a AIDS é, na verdade, uma síndrome que pode ser definida por muitas doenças diferentes. O HIV debilita gradualmente o sistema imunológico das pessoas e leva a uma ou várias doenças (infecções oportunistas) que marcam a progressão para a AIDS. São estas doenças que eventualmente causam a morte.	Morrer de uma doença relacionada à AIDS, Morrer de uma doença relacionada ao HIV
Órfão da AIDS	Este termo pode estigmatizar uma criança e sua condição, além de levar a interpretações incorretas, como a de que a criança é HIV positiva. A criança pode não ser HIV positiva, mas pode ter perdido um ou ambos os pais por causa do HIV.	Órfãos, Crianças afetadas pelo HIV/AIDS
“Pegar AIDS”, contrair AIDS	Apesar deste termo ser utilizado com freqüência, a AIDS, na verdade, é uma síndrome que pode ser definida por diferentes doenças. O HIV enfraquece gradualmente o sistema imunológico da pessoa e leva a uma ou mais doenças (infecções oportunistas), que sinalizam a progressão para a AIDS. Estas doenças são as causas eventuais de morte.	Contrair HIV, Infectar-se com HIV
Pessoa infectada com AIDS	A AIDS é uma síndrome, não um vírus. Não é possível infectar-se com uma síndrome.	Pessoa que vive com AIDS
Pessoa Infectada com HIV/ HIV positivo	Enfatiza a infecção e não a pessoa que vive com ela.	Pessoa que vive com HIV
Portador de HIV/ AIDS/ aidético	Este termo tende a estigmatizar, já que foca o indivíduo como portador de uma doença. É importante destacar que o HIV/AIDS é uma doença com a qual se pode viver, em vez de concentrar-se no estado de uma pessoa em relação a uma doença.	HIV positivo Pessoa/ Homem/ Mulher vivendo com HIV/AIDS
Praga/ Peste	Estes termos causam medo e são incorretos.	Epidemia
Promíscuo	Este termo se baseia em uma determinada percepção sobre o comportamento de um indivíduo.	Este é um juízo de valor que deveria ser evitado

Dá uma conotação negativa sobre o fato de uma pessoa que tem mais de um parceiro sexual e não reflete claramente o contexto social da transmissão. Por exemplo, uma pessoa pode ter um matrimônio polígamo, o que é social e religiosamente aceitável em muitas sociedades. É importante não usar uma linguagem que julgue o comportamento de outras pessoas nem que esteja baseada em estereótipos ou concepções equivocadas.

Prostituta

Este termo possui uma conotação negativa e não descreve precisamente muitas situações em que mulheres podem ser forçadas a trocar sexo por dinheiro ou comida devido às desigualdades de gênero ou à falta de oportunidades econômicas alternativas.

Trabalhadora do sexo

Suspeito (de ter HIV), Admitir (ter HIV)

Estes termos promovem a estigmatização, já que implicam a idéia de segredo.

Evitar estes termos

Teste de AIDS

O teste determina a presença de anticorpos contra o HIV, portanto detecta a infecção por HIV e não a AIDS. O avanço para a AIDS é a última etapa da doença do HIV.

Teste de HIV, Teste de Anticorpos do HIV

Vítima da AIDS, pessoas que sofrem de AIDS

Este termo implica passividade e impotência. Estas palavras evocam imagens de debilidade e impotência.

Pessoa que vive com HIV/AIDS
Pessoas que vivem com HIV/AIDS

Vírus da AIDS

O nome correto do vírus é HIV. A AIDS é uma síndrome causado pelo HIV.

HIV, vírus causador da AIDS

Vírus do HIV

Este termo é redundante, já que HIV significa "Vírus de Imunodeficiência Humana".

HIV

Referências

Beamish, J. Reporting on HIV/AIDS: A Manual. African Women's Media Center, UNDP, 2002, <http://www.awmc.com/pub/p-4680/e-4681/>

Foreman M. An ethical guide to reporting HIV/AIDS. In Boafo, STK, Arnaldo, CA (eds.) Media & VIH/AIDS in East and Southern Africa: A Resource Book. UNESCO, 2000, http://www.unesco.org/webworld/publications/media_AIDS/index.html

Soul City and Health-e (2003). HIV/AIDS: A Resource for Journalists, http://soulcity.org.za/downloads/final_AIDS_Booklet.pdf

Made, P. Gender, HIV/AIDS and Rights: A training Manual for Media. Inter Press Service, 2002, http://www.ipsnews.net/AIDS_2002/ipsgender2003.pdf

Journalists Against AIDS Nigeria and United Nations Information Center (2001). Media Handbook on HIV/AIDS in Nigeria.

UNDP (1992). HIV Related Language Policy, <http://www.undp.org/VIH/policies/langpole.htm>

12. TERMOS IMPORTANTES DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

TERMO	DESCRIÇÃO
Administração de Drogas e Alimentos dos EUA (FDA)	Agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, responsável por garantir a segurança e eficácia de todas as drogas, vacinas e dispositivos médicos; incluindo aqueles utilizados no diagnóstico, tratamento e prevenção da infecção por HIV, AIDS e doenças oportunistas relacionadas à AIDS. A FDA também garante a segurança do banco de sangue nacional norte-americano.
HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa)	Tratamentos com ARV que atuam agressivamente para suprimir a replicação do HIV e o avanço da doença do HIV. O regime normal de HAART inclui o uso de três ou mais antirretrovirais.
Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (INTR)	Os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos são um tipo de ARV que bloqueia a replicação do HIV ao interferir na Transcriptase Reversa (TR), uma proteína de que o HIV necessita para fazer cópias de si mesmo.
Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (INNTR)	Os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (INNTR) são um tipo de ARV que bloqueia a replicação do HIV ao interferir na Transcriptase Reversa (TR), uma proteína de que o HIV necessita para fazer cópias de si mesmo. Os INNTR funcionam de maneira ligeiramente diferente dos INTR.
Inibidor de Fusão	O inibidor de fusão é uma classe de ARV que bloqueia o acesso do HIV nas células, evitando assim sua multiplicação já que o HIV precisa estar dentro de uma célula para poder fazer cópias de si mesmo.
Inibidor da Protease	Os Inibidores de Protease são uma classe de ARV que atua bloqueando a função da protease, uma proteína de que o HIV necessita para fazer cópias de si mesmo.
Nome de Droga de Marca/ Comercial	O nome comercial de uma droga é o nome que o produtor dá ao produto que manufatura.
Nome Genérico	Droga idêntica ou bioequivalente a uma droga de marca em dosagem, segurança, força, maneira de ser administrada, qualidade, desempenho e uso. O nome genérico de uma droga é o nome próprio da droga, não aquele dado por nenhum produtor da mesma. É o nome mais usado na literatura médica ou na mídia. Além disso, genérico muitas vezes significa mais barato, ainda que quimicamente idêntico aos medicamentos manufaturados por companhias que inventaram a droga. Em alguns países, as drogas genéricas aparecem no mercado uma vez que uma patente sobre uma droga foi quebrada. Em outros países, as drogas genéricas são manufaturadas e vendidas antes mesmo que a patente tenha expirado.

**Terapia
Antirretroviral**
(ARV ou ART, na sigla
em inglês)

Os ARV (ou ART) referem-se a um amplo conjunto de tratamentos que incluem medicação antirretroviral. Estas drogas são destinadas a destruir retrovírus como o HIV e a interferir na sua replicação. Os quatro tipos de drogas antirretrovirais disponíveis atualmente são os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (INNTR), Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (INTR), Inibidores de Protease e Inibidores de Fusão. As drogas enumeradas nas próximas páginas são todas antirretrovirais.

**Terapia
Combinada**

Uso de dois ou mais antirretrovirais combinados.

13. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL APROVADA PELA FDA

NOME GENÉRICO	CLASSE		
Zidovudina AZT, ZDV	INTR	19/3/1987	A Zidovudina, também conhecida como AZT ou ZDV, foi a primeira droga aprovada para tratar o HIV em adultos, em 1987. Em 1990 foi aprovada para crianças a partir dos 3 meses de idade. Em 1994, foi aprovada para o uso por gestantes HIV positivas para prevenir a transmissão para seus filhos durante a gravidez e o parto. Nestes casos, a droga também é administrada ao bebê durante as primeiras 6 semanas de vida. A zidovudina está disponível em cápsula, comprimido, xarope e formato injetável.
Zalcitabina, ddC	INTR	19/6/1992	A Zalcitabina ou ddC foi aprovada em 1992 para utilização em terapias combinadas pediátricas e para adultos. Está disponível em comprimidos.
Stavudina, d4T	INTR	24/6/1994	A Stavudina ou d4T foi aprovada em 1994 para o tratamento do HIV em adultos e em 1996 para uso pediátrico. Está disponível em forma líquida ou em cápsulas.
Amivudina, 3TC	INTR	17/11/1995	A Amivudina ou 3TC foi aprovada em 1995 para uso combinado em terapias para adultos e crianças com mais de 3 meses. Está disponível em forma de líquido ou comprimido.
Amivudina/zidovudina	INTR	27/9/1997	Combivir é a combinação de zidovudina e amivudina em um comprimido. Também conhecida como 3TC/AZT, foi aprovada em 1997 para o uso em adultos e adolescentes com mais de 12 anos.
Abacavir	INTR	17/12/1998	O Abacavir, ABC ou sulfato de Abacavir foi aprovado em 1998 para ser usado em combinação na terapia anti-HIV em adultos e crianças com mais de 3 meses. Está disponível na forma de comprimido e líquido.
Abacavir/amiduvina/zidovudina	INTR	14/11/2000	Esta única pílula combinada de abacavir, amivudina e zidovudina foi criada porque estas três drogas só podiam ser prescritas em combinação. Foi aprovado em 2000 para o uso em adultos e adolescentes com peso superior a 40 Kg.
Didanosina, DDI	INTR	9/10/2001	Didanosina, também conhecida como DDI, foi aprovada em 1996 para o uso em adultos e crianças com

			mais de 6 meses. Está disponível em cápsula, comprimido, líquido e em pó.
Tenofovir	INTR	26/10/2001	Tenofovir, TDF, foi aprovado em 2001 para o uso combinado em adultos. Vem em formato de comprimidos.
Emtricitabina, FTC	INTR	2/7/2003	A Emtricitabina ou FTC foi aprovada em 2003 para o uso combinado em adultos. Está disponível na forma de cápsula.
Nevirapina	INNTR	21/6/1996	A Nevirapina, Viramume ou NVP foi a primeira INNTR aprovada pela FDA. Foi aprovada para o uso em adultos e crianças com mais de 2 meses. Costuma ser utilizada para prevenir a transmissão de mãe para filho do HIV. A NVP é produzida em forma de líquido ou de comprimido.
Deavirdina, DLV	INNTR	4/4/1997	A Deavirdina, Rescriptor ou DLV foi aprovada em 1997 para terapia combinada para adultos. Está disponível no formato de comprimido.
Efavirenz	INTR	17/9/1998	Efavirenz, Sustiva, Stocrin ou EFV foi aprovada em 1998 para o uso em adultos e crianças com mais de 3 anos. Está disponível na forma de cápsula.
Saquinavir	IP	Fortovase 7/11/1997	Esta droga está disponível em duas formas. Saquinavir, também conhecido como Fortovase, foi o primeiro inibidor de protease aprovado pela FDA. Fortovase é a maneira mais comum em que é prescrito e vem na forma de cápsulas gelatinosas. Saquinavir mesilate ou Invirase foi aprovado pela FDA em 1995 e foi o primeiro inibidor de protease. Está disponível em cápsulas gelatinosas e não deve ser tomado em combinação com Ritonavir. Ambos estão aprovados para o uso em terapias combinadas.
Ritonavir RTV	IP	1/3/1996	Ritonavir ou Norvir foi aprovado em 1996 para o uso em terapias combinadas para adultos e em 1997 para o uso em crianças com mais de 2 anos. Está disponível em cápsulas gelatinosas e em líquido.
Indinavir, IDV	IP	13/3/1996	Indinavir ou Crixivan foi aprovado em 1996 para uso em adultos. Está disponível em forma de cápsula.
Nelfinavir, NFV	IP	14/3/1997	Nelfinavir mesilate ou Viracept foi aprovado em 1997 para uso em adultos e crianças maiores de 2 anos em terapia combinada. Também é utilizado para prevenir a infecção em caso de exposição acidental e existe em formato de comprimido.
Amprenavir	IP	15/4/1999	Amprenavir ou Agenerase foi aprovado em 1999 para uso em terapias combinadas para adultos e crianças maiores de 4 anos. Está disponível em cápsulas gelatinosas ou em soluções orais.
Lopinavir/ritonavir	IP	15/9/2000	A combinação de Lopinavir e Ritonavir, também conhecida como Kaletra, foi aprovada em 2000 para terapias

			combinadas em adultos e crianças maiores de 6 meses de idade. Está disponível em cápsulas e líquido.
Atazanavir	IP	20/6/2003	Atazanavir ou Rejátaz foi aprovada em 2003 para uso em terapias combinadas em adultos. Está disponível em cápsulas.
Fosamprenavir	IP	20/10/2003	O Fosamprenavir ou Lexiva foi aprovado em 2003 para terapias combinadas em adultos e adolescentes maiores de 16 anos. É apresentado no formato de comprimidos.
Tipranavir	IP	22/6/2005	O Tripanavir foi aprovado pela FDA para o tratamento do HIV em junho de 2005. Aptivus / Ritonavir somente está aprovado para casos de pessoas que já tenham usado outras drogas anti-HIV e que estas tenham falhado. Tripanavir deve ser usado em combinação com Norvir (ritonavir) e, pelo menos, mais duas drogas anti-HIV.
Enfuvirtida, T-20	Inibidor de Fusão	13/3/2003	Enfuvirtida, Fuzeon ou T-20 foi aprovada em 2003 para uso em terapias combinadas em adultos e crianças maiores de 6 anos. Está disponível em forma injetável.
Abacavir/ Amivudine	INTR	2/8/2004	Epzicom, também conhecido como abacavir e amivudina, é uma combinação de duas drogas antirretrovirais: sulfato de abacavir (Ziagen) e amivudina (Epivir). Ambas drogas são Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (INTR). Epzicom foi aprovado pela FDA em 2004 para o tratamento da infecção por HIV em adultos. Epzicom deveria ser usado em combinação com outros tipos de droga anti-HIV.
Tenofovir	INTR	2/8/2004	Tenofovir inclui duas drogas antirretrovirais: emtricitabina (Emtriva) e tenofovir disoprixil fumarate (Viread). Ambas drogas são INTR. Tenofovir foi aprovada pela FDA em 2004 para uso combinado com outros antirretrovirais para o tratamento da infecção por HIV-1 em adultos.

Referências

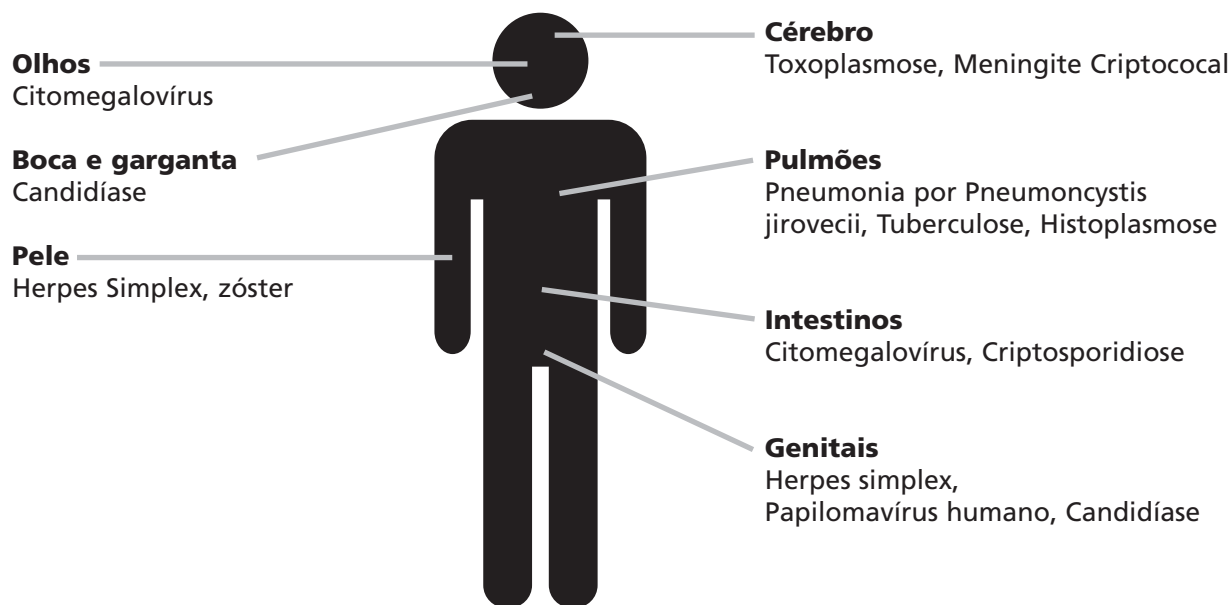
American Foundation for AIDS Research (AmfAR). Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment and Clinical Trials. Vol. 2. No. 1 (verão de 2003), www.amfar.org/GlobalLink

Pieperl, L. & Coffey, S. Overview of Antiretroviral Drugs. HIV InSite. University of California San Francisco. 25 de novembro de 2003, <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=ar-drugs>

US Department of Health and Human Services (DHHS). AIDS info Drug Database, <http://aidsinfo.nih.gov/drugs>

US Food and Drug Administration (FDA). Drugs used in the treatment of HIV Infection. Outubro de 2003, <http://www.fda.gov/oashi/aids/HIV.html>

14. INFECÇÕES OPORTUNISTAS



Infecções Oportunistas em órgãos específicos em indivíduos infectados com HIV

fonte: Fauci, A.S. (2004, March 20) HIB Therapies and Vaccines: Progress and Priorities. Kaiser Family Foundation: AIDS in America: A Forgotten Epidemic? A Conference for New Leaders. Barbara Jordan Conference Center, Washington D.C.

Infecções Oportunistas (IO)

As Infecções Oportunistas são doenças que raramente ocorrem em pessoas saudáveis, mas que causam infecções em indivíduos cujos sistemas imunológicos estão comprometidos como resultado da infecção por HIV. Os organismos que causam IO podem estar presentes em todos os indivíduos, mas geralmente são mantidos sob controle pelo sistema imunológico saudável. O HIV debilita gradualmente o sistema imunológico e leva ao desenvolvimento de uma ou várias infecções oportunistas que assinalam a progressão para a AIDS. Estas doenças são as causadoras de morte. Quando uma pessoa morre por causa de uma infecção oportunista, deve-se dizer que esta pessoa morreu por uma doença relacionada ao HIV ou à AIDS, e não que morreu de AIDS.

CÉREBRO

A **Meningite criptococal** é causada por *Cryptococcus*, um fungo que é comumente encontrado em solos contaminados por excrementos de pássaros. As pessoas podem infectar-se com *Cryptococcus* ao respirar poeira contaminada com este fungo. Apesar da maioria das pessoas saudáveis estar exposta a este fungo e não ser afetada, entre pessoas com HIV esta doença resulta em meningite. Alguns sintomas são febre, dor de cabeça, náuseas, vômitos, torcicolo, confusão, problemas de visão e coma. A Meningite Criptococal não é contraída de pessoa a pessoa. A doença pode ser tratada com medicação anti-micótica. Se não medicada, pode levar a morte rápida.

A **toxoplasmose**, também conhecida como Toxo, é uma infecção causada por um parasito encontrado em fezes de gato, carne crua, vegetais crus e no solo. A infecção pode ser resultado da ingestão de comida contaminada ou do contato com excrementos de gato. A toxoplasmose pode afetar diferentes partes do corpo, mas em geral causa encefalite, uma infecção no cérebro. A infecção não pode ser transmitida de pessoa a pessoa e não causa infecção entre pessoas com sistemas imunológicos saudáveis. Os sintomas incluem febre, confusão, dor de cabeça, mudanças de personalidade, tremores, ataques e pode levar ao coma e à morte. Na maior parte dos casos, trata-se de reativações de infecções adquiridas em tempos remotos, que permanecem controladas até este momento. Há profilaxia primária e secundária. A toxoplasmose pode ser tratada com drogas anti-toxo.

OLHOS

O **Citomegalovírus**, também conhecido como CMV, é um vírus que normalmente causa retinite. A retinite é o tipo mais comum de infecção CMV entre pessoas com HIV. O CMV pode ser transmitido de pessoa a pessoa através de saliva, sêmen, secreções vaginais, urina, leite materno e transfusões com sangue infectado. Enquanto qualquer pessoa pode ter a infecção CMV, a doença só se desenvolve entre pessoas que têm o sistema imunológico debilitado. Alguns dos sintomas são pontos cegos, visão turva, deformada ou decrescente, podendo avançar para a cegueira total. A profilaxia primária é recomendada em alguns casos e inclui medicação intravenosa, pílulas e injeção de drogas diretamente nos olhos. Também existe profilaxia secundária. No caso de não ser devidamente tratada, esta doença causa cegueira. Na maioria dos casos, trata-se da reativação de infecções adquiridas anteriormente, que permaneceram controladas até este momento.

BOCA

A **Candidíase** é a infecção micótica mais comum entre as pessoas que vivem com HIV. Normalmente afeta boca, garganta, pulmões e vagina (ver Genitais). Os fungos que causam a candidíase estão presentes naturalmente no corpo humano e são responsáveis pela enorme maioria das infecções, ainda que tenham sido encontrados alguns casos de contágio pessoa a pessoa. Apesar de qualquer pessoa poder desenvolver esta doença, é mais comum entre pessoas com HIV. A infecção na boca se chama afta e pode causar dores ao engolir, náusea e perda de apetite. Alguns sintomas da infecção na garganta podem incluir dor no peito e dificuldade para engolir. A profilaxia primária não é recomendada e o uso de profilaxia secundária só é recomendada em casos especiais. Existe uma variedade de tratamentos disponíveis para controlar a infecção.

PELE

Herpes simplex é uma doença causada pelo vírus *Herpes simplex*. Existem dois tipos de vírus do *Herpes simplex* (HSV): HSV1, que causa sores frios e bolhas ao redor dos olhos e da boca; e o HSV2, que causa herpes genital ou anal. O vírus é transmitido de pessoa a pessoa através do contato direto com uma área infectada, como boca ou genitais. Os sintomas aparecem como bolhas de erupção cutânea, que podem coçar e causar formigamento, e a aparição de bolhas ou chagas dolorosas. O HSV pode afetar qualquer pessoa, mas os ataques são mais frequentes e graves entre pessoas vivendo com HIV. Apesar de não haver tratamento nem cura para o HSV, existem tratamentos que reduzem a duração e a severidade dos ataques.

Herpes zóster é causado pelo vírus responsável pela varicela, o vírus *varicela-zoster*. Ainda que também possa afetar pessoas HIV negativas, é mais comum entre pessoas com HIV dada a debilidade do sistema imunológico. Provoca erupções e bolhas muito dolorosas no peito, costas e rosto. A erupção pode afetar apenas uma parte do corpo e durar várias semanas. Não existe profilaxia primária nem secundária para o herpes zóster, os tratamentos existentes incluem drogas anti-herpes e medicação analgésica.

INTESTINOS

Criptosporidiose é uma infecção intestinal transmitida rapidamente pelo contato com água, fezes ou comida contaminada com um parasito muito comum chamado *Cryptosporidium*. Os sintomas incluem diarreia, náuseas, vômitos, perda de peso e câimbras no estômago. A infecção pode durar de uma a duas semanas em pessoas HIV negativas, mas pode durar muito mais e colocar em risco a vida de pessoas HIV positivas. Ainda que não haja nenhuma medicação para prevenir nem tratar a Cripto, existe uma variedade de tratamentos para controlar a diarreia causada pela infecção.

Citomegalovírus, também conhecido como CMV, é um vírus que normalmente afeta os olhos (ver retinite por CMV), mas em pessoas vivendo com HIV/AIDS pode causar também colite, que é uma infecção do cólon. O CMV pode ser transmitido de pessoa a pessoa através de saliva, sêmen, secreções vaginais, urina, leite materno e transfusões com sangue infectado. Apesar de qualquer pessoa poder ser infectada com CMV, a doença só ocorre entre pessoas com sistemas imunológicos debilitados. Alguns sintomas do CMV são colite, que pode ser acompanhada por dor abdominal, diarreia, câimbras, perda de peso e perda de sangue. Em pessoas imunocompetentes, pode causar uma mononucleose leve autolimitada. Existem profilaxia primária e secundária e tratamentos.

GENITAIS

A **Candidíase** é a infecção causada por fungos mais comum entre as pessoas que vivem com HIV. Normalmente afeta boca (ver BOCA), garganta, pulmões e vagina. Os fungos que causam a candidíase estão presentes naturalmente no corpo humano e são responsáveis pela maioria das infecções, ainda que tenham sido encontrados alguns casos de contágio pessoa a pessoa. Apesar de qualquer pessoa poder desenvolver esta doença, é mais comum entre pessoas com HIV. Alguns sintomas da infecção vaginal são coceira e dor ao urinar ou durante a atividade sexual. A profilaxia primária não é recomendado e o uso de profilaxia secundária só é recomendado em casos especiais. Existem tratamentos anti-micóticos que ajudam a controlar a recorrência, mas a infecção é comum.

Herpes simplex é uma doença causada pelo vírus *Herpes simplex*. Existem dois tipos de vírus Herpes simplex (HSV): HSV1, que causa suor frio e bolhas ao redor dos olhos e boca; e o HSV2, que causa herpes genital ou anal. O vírus é transmitido de uma pessoa para outra através do contato direto com uma área infectada, como boca ou genitais. Os sintomas aparecem como bolhas de erupção cutânea, que podem coçar e causar formigamento, e a aparição de bolhas ou chagas dolorosas. O HSV pode afetar qualquer pessoa, mas os ataques são mais frequentes e graves entre pessoas HIV positivas. Apesar de não haver tratamento ou cura para o HSV, existem tratamentos que reduzem a duração e a gravidade dos ataques.

Papilomavírus Humano, também conhecido como HPV, é uma infecção genital muito comum, causada por um grupo de vírus chamados papilomavírus humanos. O HPV é transmitido facilmente de pessoa a pessoa através do contato direto com áreas infectadas, por exemplo durante a relação sexual. Pode causar verrugas genitais que têm aspecto de caroços no pênis, na vagina ou no ânus. Alguns tipos de HPV estão relacionados com o câncer cervical. O vírus pode ser transmitido de pessoa a pessoa, inclusive quando a pessoa é assintomática. Qualquer pessoa pode ser infectada com HPV, mas a infecção geralmente é rápida em pessoas saudáveis. Entre pessoas que vivem com HIV, a infecção por HPV pode ser mais severa, recorrente e durar mais tempo. Não existe profilaxia primária nem secundária disponível, mas, ainda que não haja cura para o HPV, existem muitas maneiras de remover as verrugas e displasias. Causa o câncer de colo de útero, que poder ser prevenido com o exame papanicolau.

PULMÕES

A **Histoplasmose** é causada por um fungo encontrado comumente em solos contaminados por excrementos de pássaros e outros dejetos orgânicos. As pessoas podem ser infectadas ao respirar poeira contaminada com este fungo. Qualquer pessoa pode ser infectada por este

fungo, mas é mais comum que a doença se desenvolva em pessoas que vivem com HIV. Alguns sintomas são febre, perda de peso, fadiga, dificuldade ao respirar e inflamação de gânglios linfáticos. A Histoplasmose afeta habitualmente os pulmões, mas em pessoas cujo sistema imunológico se encontra debilitado pode se expandir para o resto do corpo; o que pode resultar em uma complicação séria, que pode ser fatal se não tratada. A Histoplasmose não é transmitida de pessoa a pessoa. A profilaxia primária não é recomendada normalmente. A doença pode ser tratada com medicação anti-micótica e existe profilaxia secundária para evitar a recorrência da doença.

O **Complexo *Mycobacterium avium***, também conhecido como MAC, é uma doença causada por *Mycobacterium avium* e *Mycobacterium intracellulare*. Estes dois tipos similares de bactérias são encontrados na água, solo, poeira e comida. Qualquer pessoa pode contrair a infecção, mas as pessoas infectadas com HIV correm mais risco do avanço da doença. Os sintomas incluem febre, perda de peso, sudorese noturna e fraqueza. A infecção pode ocorrer em um lugar pontual ou pode se expandir por todo o corpo. Existe uma variedade de drogas para prevenir e tratar o MAC.

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, também conhecida como PCP e recentemente como Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, pode aparecer como uma infecção pulmonar. Acredita-se que seja transmitida pelo ar. Apesar de poder estar presente nos pulmões de qualquer pessoa, só causa uma doença grave quando o sistema imunológico da pessoa está debilitado. É a infecção oportunista mais recorrente entre pessoas com HIV. Alguns sintomas são tosse seca, pressão no peito, febre e dificuldade para respirar. Ainda que o PCP seja totalmente evitável e tratável, é uma doença séria que pode ser fatal se não for tratada. Existem diferentes drogas disponíveis para profilaxia primária e secundária, além de tratamento para o PCP.

Tuberculose, também conhecida como TB, é uma doença bacteriana muito comum entre as pessoas que vivem com HIV. A transmissão ocorre quando uma pessoa com a infecção ativa tosse, espirra ou cospe. Ainda que a TB também afete pessoas HIV negativas, as HIV positivas correm maior risco de contrair a infecção. Nem todas as pessoas infectadas com TB adoecem, mas a TB acelera o avanço do HIV e é mundialmente a primeira causa de morte entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os sintomas podem incluir febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso, fadiga, inflamação de gânglios linfáticos e tosse com sangue. A profilaxia primária existe e está disponível, mas a secundária não é considerada necessária. Para tratar a TB são utilizados diversos antibióticos; dependendo da severidade da infecção, o tratamento pode durar meses ou mesmo anos.

15. PERSONALIDADES CHAVE

A lista a seguir procura dar um panorama de algumas das pessoas chave relacionadas à pandemia de HIV/AIDS e seus campos de atuação. São pessoas de todo o mundo, envolvidas nos aspectos médico, social, político, econômico e cultural da crise. Alguns deles estão envolvidos desde o princípio e outros deixaram sua marca mais recentemente; alguns são referências atuais, enquanto outros têm importância histórica na compreensão da epidemia. Quando possível, incluímos links para websites que conduzirão a mais informações sobre cada indivíduo e as organizações às quais estão associados.

Invariavelmente, este tipo de listagem acaba deixando alguns leitores frustrados. Esta lista não pretende ser exaustiva e não inclui muitas das pessoas relacionadas com HIV/AIDS, mas apenas algumas das personalidades mais notáveis. Acreditamos, no entanto, que os nomes listados abaixo fornecerão um panorama razoável das pessoas que fizeram a diferença.

Kofi Annan

Kofi Annan tornou-se Secretário Geral das Nações Unidas em 1997 e atualmente está cumprindo seu segundo mandato. Ele chamou a atenção global para o HIV/AIDS e descreveu a epidemia como sua “prioridade pessoal”. Em 2001, Annan convocou a Sessão Especial sobre HIV/AIDS na Assembléia Geral das Nações Unidas. Também publicou os cinco pontos da “Chamada de Atenção” que levou à criação do Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria). Em 2001, Annan foi premiado com o prêmio Nobel da Paz.
(www.un.org)

Bono

Bono é o vocalista do grupo de rock irlandês U2 e tem usado sua fama para dirigir a atenção de políticos para a crise do HIV/AIDS e para as nações empobrecidas da África. Bono tem uma larga história de compromisso social. Em 2002, co-fundou a DATA, que significa Dívida, AIDS, Comércio, África (Debt, AIDS, Trade, Africa). Através da DATA, Bono faz lobby nos governos ricos para incrementar os recursos destinados à África e para perdoar as dívidas, de modo que o dinheiro possa ser dirigido ao combate da AIDS e de outras crises sociais.
(www.data.org)

Pedro Cahn

O Dr. Pedro Cahn, da Argentina, é Presidente da Sociedade Internacional de AIDS (IAS) para o período 2006/2008. Ele é o primeiro Presidente da IAS proveniente de um país em desenvolvimento. Em 2001, foi Presidente da 1ª Conferência Internacional de Patogênese e Tratamento do HIV, em Buenos Aires, que foi o primeiro congresso mundial realizado na América Latina. Dr. Cahn é Chefe de Infectologia do Hospital Juan Fernández, em Buenos Aires, e Presidente da Fundación Huésped.
(www.huesped.org.ar)

Pedro Chequer

O Dr. Pedro Chequer é co-fundador e Diretor do Programa Nacional de DST/AIDS brasileiro. Especialista em epidemiologia, saúde pública e dermatologia, Dr. Chequer é um dos principais arquitetos do modelo brasileiro de resposta ao HIV. Depois de ajudar a estabelecer o Programa Nacional de AIDS, em 1987, Dr. Chequer foi seu diretor entre 1996 e 2000. Em seguida, tornou-se representante da UNAIDS na América do Sul. Em 2002 tornou-se representante da UNAIDS na Rússia e, em 2004, assumiu o mesmo cargo em Moçambique. Dr. Chequer retornou ao Programa Nacional de AIDS brasileiro, onde supervisiona a implementação da política brasileira de acesso universal ao tratamento e intensos programas de prevenção.
(www.aids.gov.br)

William (Bill) Clinton

Bill Clinton cumpriu dois mandatos como Presidente dos Estados Unidos entre 1992 e 2000. Em 2003, anunciou a criação da Iniciativa para HIV/AIDS da Bill Clinton Foundation. Um dos maiores êxitos desta iniciativa foi convencer cinco companhias de drogas genéricas a reduzir drasticamente o preço das drogas antirretrovirais para países em desenvolvimento. Em 2002, na Conferência Internacional de AIDS, em Barcelona, Clinton afirmou que “Ainda existem pessoas que vêem a AIDS como algo que só afeta as pessoas que são diferentes. Todos nós conhecemos as vítimas”.

(www.clintonpresidentialcenter.com)

Jerry Coovadia

O Dr. Coovadia é Diretor de Pesquisas sobre HIV/AIDS na Escola de Medicina Nelson Mandela da Universidade de Natal, em Durban, África do Sul. Em 2000, foi um dos presidentes da Conferência Internacional de AIDS em Durban, África do Sul. O Dr. Coovadia foi professor de pediatria e trabalhou intensamente na transmissão mãe-filho do HIV através da amamentação. Durante uma Conferência sobre saúde pública em 2004, advertiu que “Precisamos reinventar o governo para responder às necessidades públicas e à agenda da saúde pública”.

(www.hivan.org.za)

Kevin de Cock

O Dr. Kevin M. De Cock é Diretor do Departamento de HIV da OMS, cargo que assumiu depois de atuar durante mais de seis anos como Diretor do Centro de Controle de Infecções dos Estados Unidos (CDC) no Quênia. Dr. de Cock é especialista em doenças infecciosas, com especialização em HIV/AIDS, tuberculose, doenças hepáticas e tropicais. Foi Diretor da Divisão para a prevenção, vigilância e epidemiologia do HIV/AIDS do CDC, em Atlanta, EUA. Foi membro de comitês profissionais notáveis, incluindo o Grupo Assessor Estratégico e Técnico da OMS, o Núcleo Stop TB TB/HIV e a Junta Diretora de Informação e Monitoramento Seguro da UNAIDS. Foi co-editor do livro AIDS na África, segunda edição (Rapid Science Publishers, Londres, 1997) e participou das juntas editorial e de jurados para publicações como AIDS, The Lancet and The New England Journal of Medicine. Recebeu numerosos prêmios profissionais por sua contribuição para a pesquisa em medicina tropical.

(www.who.int)

Paul Farmer

O Dr. Farmer é um médico e bioantropólogo ativamente comprometido com o HIV/AIDS no Haiti. É conhecido por ajudar a criar abordagens inovadoras para o tratamento de HIV/AIDS e TB em comunidades pobres, particularmente no Haiti. Enquanto estudava medicina, em 1987, Farmer colaborou na fundação da Partners in Health, um projeto de saúde baseado na comunidade para apoiar pessoas com HIV e outras doenças infecciosas. É seu diretor executivo desde 1991. Dr. Farmer atua também como especialista em doenças infecciosas e é chefe da Divisão de Medicina Social e Desigualdades em Saúde do Hospital Brigham de Mulheres, em Boston, Massachussets. Em 1993, recebeu o prêmio “genious” da MacArthur Foundation.

(www.pih.org)

Anthony Fauci

O Dr. Fauci é uma das pessoas que durante mais tempo serviu ao governo norte-americano supervisionando a pesquisa de HIV/AIDS e foi um dos primeiros cientistas a estudar o HIV. Em 1984, foi diretor do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas do NIH, que conduz pesquisas para prevenir, diagnosticar e tratar doenças infecciosas, incluindo o HIV/AIDS. Atua como um dos principais consultores do Departamento de Saúde e Serviços Humanos da Casa Branca em temas relacionados à AIDS. O Dr. Fauci realizou numerosas contribuições para a pesquisa básica e clínica no campo das doenças imunomediadas.

(www.niaid.nih.gov)

Richard Feachem

O Dr. Feachem trabalhou na saúde internacional por mais de 30 anos e em 2002 foi nomeado o primeiro Diretor Executivo do Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária. Assim que assumiu o cargo, declarou que “O Fundo está posicionado para realizar grandes investimentos para o controle destas doenças terríveis e melhorar assim as vidas de milhões de famílias ao redor do mundo”. Antes de unir-se ao Fundo Global, Dr. Feachem fundou e dirigiu o Institute for Global Health, em San Francisco.

(www.globalfund.org)

Robert Gallo

O Dr. Gallo é Diretor do Instituto de Virologia Humana do Instituto de Biotecnologia da Universidade de Maryland. No início da década de 80, descobriu o vírus da imunodeficiência humana, que causa a AIDS - uma distinção que compartilha com o francês Luc Montagnier, que também identificou o mesmo vírus. As pesquisas do Dr. Gallo e sua equipe também levaram ao desenvolvimento de um teste de sangue para detectar o HIV. Durante algum tempo houve grande controvérsia sobre se o Dr. Gallo teria roubado o vírus do Dr. Montagnier. Logo as autoridades norte-americanas e francesas concordaram que os dois cientistas deveriam compartilhar o crédito pela descoberta. Em 2002, Dr. Gallo e Dr. Montagnier anunciaram a mútua colaboração no Programa para a Colaboração Viral Internacional (Program for International Viral Collaboration), um esforço para avançar a pesquisa global de uma vacina contra o HIV/AIDS.

(www.umbi.umd.edu)

William (Bill) Gates

Gates é o presidente e arquiteto chefe de software da Microsoft Corporation e co-fundador da Bill and Melinda Gates Foundation. A Fundação destinou US\$ 500 milhões para esforços globais ligados ao HIV/AIDS em 2003. Desde sua criação, em 2000, a Bill and Melinda Gates Foundation destinou bilhões de dólares para o aperfeiçoamento da saúde global, especialmente na área de HIV/AIDS e TB, doenças infecciosas, saúde reprodutiva e saúde infantil.

(www.gatesfoundation.com)

Helene Gayle

A Dra. Gayle é Presidente e CEO da organização Care USA. Anteriormente, dirigiu o Programa de HIV, TB e Saúde Reprodutiva da Bill and Melinda Gates Foundation. Foi Presidente da Sociedade Internacional de AIDS durante o período 2004/2006. É co-presidente do Grupo de Trabalho Global para a Prevenção do HIV, uma reunião internacional de especialistas em HIV criada pelas fundações Gates e Kaiser Family. Foi diretora do Centro Nacional para a Prevenção do HIV, DSTs e TB do Centro Norte-americano de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC).

(www.careusa.org)

Richard Gere

Gere é um ator norte-americano e ativista do HIV. Seu ativismo começou nos Estados Unidos com organizações como a Fundação de AIDS Pediátrica Elizabeth Glaser. Ampliou seu trabalho em HIV/AIDS para a Índia, onde fundou a Gere Foundation India Trust. A Fundação Gere, em parceria com a Fundação Kaiser Family e outras organizações, lançaram uma grande campanha de conscientização pública na Índia em 2004.

(www.gerefoundation.org)

(www.heroesprojectindia.org)

Elizabeth Glaser

Elizabeth Glaser foi co-fundadora e diretora da Fundação Pediátrica de AIDS até sua morte, em 1994. Glaser tornou-se uma ativista logo que soube que havia recebido uma transfusão de sangue contaminado em 1991 e que havia transmitido o vírus para seus dois filhos. Após a morte de sua filha, devido a causas relacionadas ao HIV, e frustrada pela falta de pesquisa pediátrica, Glaser estabeleceu a Fundação em 1988 para promover a pesquisa e a prevenção da transmissão vertical do HIV. A fundação, que se converteu oficialmente na Fundação Pediátrica de AIDS Elizabeth Glaser depois de sua morte, é líder nos esforços de tratar e prevenir o HIV/AIDS entre as crianças dos países em desenvolvimento.

(www.pedaids.org)

Danny Glover

Glover é um ator norte-americano e ativista da AIDS. Desde 1998 atua como Embaixador da Boa Vontade para o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Atuou na África e no Caribe, focando sua atenção em jovens com HIV/AIDS. Em 2000, assistiu à Conferência Internacional de AIDS em Durban, África do Sul, onde visitou grande número de projetos de HIV/AIDS. Glover também apóia o Fórum TransÁfrica, uma organização com sede nos EUA voltada para a AIDS e outros temas que afetam a África.

(www.undp.org)

(www.transafricaforum.org)

David Ho

O Dr. Ho é diretor do Centro de Pesquisas de AIDS Aaron Diamond, em New York, e foi nomeado “Homem do ano” pela revista Times em 1996 por sua pesquisa pioneira. Como médico residente em Los Angeles no início dos anos 80, Dr. Ho testemunhou alguns dos primeiros casos de AIDS. Sua pesquisa subsequente em HIV/AIDS levou ao desenvolvimento de “coquetéis para a AIDS”, que consistem em combinações de terapias antirretrovirais. As terapias combinadas têm como resultado a redução significativa de mortes relacionadas com a AIDS entre as pessoas com acesso ao tratamento. O atual trabalho do Dr. Ho inclui a iniciativa AIDS China, que reúne parceiros para desenvolver programas de cuidado e tratamento, mobilizar lideranças, educar a população e fortalecer os grupos civis envolvidos com o HIV/AIDS.

(www.adarc.org)

(www.chinasaidsinitiative.org)

Nkosi Johnson

Nkosi era um jovem sul-africano cuja coragem e sofrimento chamaram atenção para a crise de HIV/AIDS. Nkosi nasceu HIV positivo e morreu por uma doença relacionada à AIDS em 2001, quando tinha apenas 13 anos. Um ano antes, Nkosi discursou na Conferência Internacional de AIDS, em Durban, dizendo ao público “Cuidem de nós e nos aceitem. Somos todos seres humanos”. Ele defendeu muitas causas durante sua curta vida, incluindo direitos humanos, o cuidado e o abrigo das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

(www.nkosi.iafrica.com)

Michel Kazatchkine

Imunologista clínico formado em Harvard, Michel Kazatchkine tem 20 anos de experiência em pesquisa de HIV/AIDS, assistência e tratamento, além de cinco anos de experiência como diretor da Agência Nacional para Pesquisa de AIDS da França (ANRS). Inicialmente, Dr. Kazatchkine estudou ciências humanas na Sorbonne. Na década de 70, após treinamento no Instituto Pasteur, em Paris, passou a estudar no Departamento de Imunologia e Reumatologia do Hospital Brigham e na Escola de Medicina da Universidade de Harvard, o que o conduziu a um período altamente produtivo de pesquisa. Ele publicou mais de 500 artigos nos mais destacados periódicos médicos e científicos, com foco em auto-imunidade, imunointervenção terapêutica e patogênese do HIV. Ele também atuou como presidente da rede de especialistas de revisão técnica do Fundo Global e recentemente foi indicado como presidente do Comitê de Aconselhamento Técnico e Estratégico sobre HIV/AIDS da OMS.

(www.who.int)

Stephen Lewis

Lewis é o enviado especial das Nações Unidas para a AIDS na África e é reconhecido especialmente por ser um orador apaixonado e articulado, que enfatiza as crianças afetadas pela AIDS. Lewis também é diretor da Fundação Stephen Lewis, que tem entre seus objetivos apoiar mulheres morrendo por causas relacionadas à AIDS, crianças órfãs e ONGs que dão assistência a pessoas vivendo com AIDS. Também atuou como Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e como Embaixador canadense das Nações Unidas.

(www.stephenlewisfoundation.org)

(www.unaids.org)

Nelson Mandela

Mandela tornou-se uma das vozes mais fortes na luta global contra o HIV/AIDS depois de ter sido criticado por não responder à epidemia com a urgência que ela requeria durante seu mandato como presidente da África do Sul. Criou a Campanha Global 46664 para conscientizar, pedir cuidado e tratamento e reunir os recursos necessários. Em 2004, durante a Conferência Internacional de AIDS, em Bangkok, ele afirmou aos delegados que “Como ex-prisioneiro 46664, existe um lugar especial no meu coração para todos aqueles aos quais se nega o acesso aos direitos humanos básicos”. Também alertou à comunidade de saúde pública a prestar mais atenção na conexão entre a AIDS e a Tuberculose.

(www.46664.tiscali.com)

(www.nelsonmandela.org)

Jonathan Mann

Mann foi uma figura influente e inspiradora na luta global contra o HIV/AIDS. O pesquisador e defensor dos direitos humanos morreu em um acidente aéreo em 1998 enquanto estava a caminho de uma

Conferência sobre AIDS. Em 1986, ajudou a estabelecer e liderar o Programa Global de AIDS da Organização Mundial da Saúde. Colocou os direitos humanos como parte central da estratégia da OMS em HIV/AIDS e persuadiu ministros de saúde de dezenas de países a fazer o mesmo. É lembrado por haver perguntado “As pessoas dizem que é inútil tentar mudar o mundo. Mas, se não tentarmos, ele vai mudar?”.
(www.doctorsoftheworld.org/about/about_details.cfm?QID=1327)

Thabo Mbeki

O presidente sul-africano Mbeki foi uma figura controversa e polarizadora na luta contra o HIV/AIDS. Em 1999, Mbeki declarou que o HIV sozinho não podia levar à AIDS e questionou publicamente a eficácia das terapias antirretrovirais. Já em 2002, seu governo se comprometeu a intensificar os esforços de prevenção e tratamento. A promessa do Presidente Mbeki repousava na premissa de que o HIV causa a AIDS. Em 2005, Mbeki descreveu o programa sul-africano de HIV/AIDS como um dos “melhores do mundo”.
(www.southafrica.info)

Julio Montaner

O Dr. Julio Montaner é Diretor de Atividades Clínicas do Centro de Excelência em HIV/AIDS da província de British Columbia, no Canadá, e é Co-Diretor da Rede Canadense de Ensaio em HIV. Também é Diretor do Programa de Pesquisa em AIDS e da Clínica de Imunodeficiência do Hospital St. Paul. e dirige a Pesquisa em AIDS na Universidade de British Columbia, a primeira iniciativa deste tipo no Canadá. Além disso, o Dr. Montaner foi eleito Presidente da Sociedade Internacional de AIDS para o período 2008-2010.
(www.cfenet.ubc.ca)

Luc Montagnier

Em 1983, o Dr. Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, descobriu o vírus que causa a AIDS, o vírus de imunodeficiência humana. Compartilha esta distinção com o Dr. Robert Gallo, dos Estados Unidos. Em 1986, a equipe do Dr. Montagnier também identificou o HIV-2, o vírus responsável por muitas infecções de HIV no Oeste da África. O Dr. Montagnier é, atualmente, o presidente da Fundação Mundial de Pesquisa e Prevenção da AIDS. Em 2002, o Dr. Gallo e o Dr. Montagnier anunciaram sua mútua colaboração no Programa para a Colaboração Viral Internacional, um esforço para fazer avançar a pesquisa global da vacina contra o HIV/AIDS.
(www.pasteur.fr)

Peter Piot

O Dr. Piot foi nomeado o primeiro Diretor Executivo da UNAIDS em 1995. Coordena os esforços em relação ao HIV/AIDS de 10 organizações co-patrocinadoras. O Dr. Piot atua na área de saúde há muitos anos. Em 1976 co-descobriu o vírus Ebola no Zaire. Nos anos 80 contribuiu no entendimento da expansão da epidemia na África. Como Diretor Executivo do UNAIDS afirmou que “Os investimentos na AIDS serão recompensados com o salvamento de vidas e a união das comunidades”.
(www.unaids.org)

Mirta Roses Periago

A Dra. Mirta Roses Periago é Diretora da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e atuou como Diretora Regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nascida na Argentina, a Dra. Roses juntou-se à OPAS em 1984 como líder da equipe do Centro de Epidemiologia do Caribe, em Trinidad e Tobago. A Dra. Roses destaca a necessidade de uma maior consciência para melhorar as condições de saúde através de uma melhor nutrição, um estilo de vida ativo, ambientes de trabalho mais seguros e a prevenção e pronta detecção de doenças.

Graciela Violeta Ross

Ross é uma jovem boliviana que se tornou ativista depois de haver sido estuprada e infectada com HIV. Ela é membro da Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS. Em suas aparições públicas, encoraja as mulheres a se engajarem em temas políticos, culturais e de gênero. Em 2004, Ross discursou na Conferência Internacional de AIDS em Bangkok, onde afirmou que “Devemos fazer frente às desigualdades de gênero que ampliam o risco da AIDS tanto para mulheres como para homens”.
(www.icw.org)

Jeffrey Sachs

O Professor Sachs, atual Diretor do Instituto da Terra da Universidade de Columbia, em New York, é um dos economistas mais reconhecidos do mundo. É conhecido por sua atuação junto a governos e agências internacionais, promovendo a redução da pobreza, o controle de doenças e a redução da dívida dos países pobres. Ele estimulou as nações pobres a suspender o pagamento de dívidas a credores ricos e, em troca, usar o dinheiro na luta contra o HIV/AIDS e outras questões sociais. O Professor Sachs adverte que a AIDS “está explodindo. Suas conseqüências farão o mundo tremer”. Anteriormente, passou 20 anos na Universidade de Harvard.

(www.earth.columbia.edu)

Paulo Teixeira

O Dr. Paulo Teixeira foi Diretor do Departamento de HIV/AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ganhou reconhecimento mundial pelo trabalho que realizou no Brasil e na América Latina. Foi Diretor do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde brasileiro, onde criou o primeiro programa nacional de AIDS em 1983. O Dr. Teixeira foi um pioneiro, junto com o programa brasileiro de distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, que se tornou modelo para outros países em desenvolvimento que combatem o HIV/AIDS. Atualmente está envolvido em temas relacionados ao meio ambiente.

(www.who.int/HIV/en)

(www.unaids.gov.br/indexpingl.htm)

Randall Tobias

O Embaixador Tobias foi selecionado pelo Presidente dos Estados Unidos George W. Bush em 2003 para ser o primeiro Coordenador da Administração Global de AIDS. Em seu cargo, coordena toda a assistência internacional para o HIV/AIDS promovida pelos EUA. Tobias supervisionou uma rápida expansão do apoio norte-americano a atividades relacionadas ao HIV/AIDS no mundo. Antes de juntar-se à administração Bush, Tobias era Presidente e Gerente Geral da Companhia Farmacêutica Eli Lilly. Tanto ele como a administração têm sido criticados por enfatizar a abstinência como forma de prevenir o HIV/AIDS. Em 2004, na Conferência Internacional de AIDS em Bangkok, advertiu aos críticos das políticas da administração de que “neste ponto, talvez o maior erro que podemos cometer é deixar que a pandemia nos divida”.

(www.state.gov/s/gac)

Ryan White

O norte-americano Ryan White tornou-se involuntariamente um símbolo internacional do HIV/AIDS. White nasceu em 1971 com hemofilia e foi infectado com o HIV em 1984 depois de receber sangue contaminado durante uma transfusão. Foi deixado de lado por sua comunidade, mas foi acolhido por algumas celebridades como Elton John. White morreu em 1990 e em pouco tempo o Presidente George Bush promulgou uma lei que resultou no Ato de Emergência de Recursos Compreensivos para AIDS Ryan White, que provê cuidado, tratamento e serviços a pessoas vivendo com HIV/AIDS nos EUA.

(www.careactdatasupport.hrsa.gov/)

Debrework Zewdie

A Dra. Zewdie é Diretora do Programa Global de HIV/AIDS do Banco Mundial. Durante toda a sua carreira trabalhou em HIV/AIDS, com ênfase na África. Antes de assumir este cargo, a Dra. Zewdie coordenou o Grupo de Campanha contra AIDS para a África do Banco Mundial (ACTAfrica) e anteriormente coordenou programas de AIDS em 16 países africanos para a Family Health International.

(www.worldbank.org)

16. CONTATOS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Disponibilizamos a seguir uma série de referências sobre o tema do HIV/AIDS em alguns países da América Latina e Caribe. Esta listagem não pretende ser exaustiva, mas colaborar com o fornecimento de algumas fontes de informação.

**UNAIDS -
Coordenação do Cone Sul**

Tel: (54 11) 4314-2376

Fax: (54 11) 4320-8754

**Programa Nacional de
DST/AIDS - Brasil**
Assessoria de Comunicação Social

Tel: (61) 3448-8016 / 8018

ascom@aids.gov.br

www.aids.gov.br

**Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS -
Brasil**

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro -RJ - Cep. 20091-020

Tel: (21) 2223-1040

Fax: (21) 2253-8495

abia@abiaids.org.br

www.abiaids.org.br

Roseli Tardelli - Brasil
Editora Executiva
Agência de Notícias da Aids

Avenida Paulista, 2073 - Horsa 1 - Sala 822 - Cerqueira César - São Paulo/SP - Cep. 01311-300

Tel: (11) 3266-2107/3284-6602

jornalismo@agenciaaids.com.br

www.agenciaaids.com.br

Willian Amaral - Brasil
Vice-presidente
Grupo Pela Vidda

Av. Rio Branco, 135 - Grupos 709/713 - Centro - Cep. 20.090-002 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel: (55 21) 2518-3993

Fax: (55 21) 2518-1997

wamaral@alternex.com.br

www.pelavidda.org.br

Kurt Frieder - Argentina
Diretor Executivo
Fundación Huésped

Pje. Peluffo, 3932 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax: (54 11) 4981-7777

kurt@huesped.org.ar

Daniel Ruiz Diaz - Bolívia
Secretário Nacional da Red Bol+
Resp. Prog. DDHH-CAFOD del IDH
Membro do MCP-Bolívia
Conselheiro da Red A+

Casila de Correo 5351 - Cochabamba, Bolívia

Tel/fax: (591) 4440-0906

danielruiz94@hotmail.com

Marco Becerra - Chile
Presidente SIDAcción
Corporación Chilena de
Prevenção del SIDA
Presidente do Comitê do Fundo
Global no Chile

Tel: (562) 222-8356 / 665-9367

mabecr@yahoo.com

www.SIDAccion.cl

Marcelo Wolf Reyes - Chile
Médico infectologista
Grupo SIDA Chile/Coordinador
da Cohorte Nacional

Santa Elvira 629 Subterráneo - Santiago, Chile
Tel: (562) 555-0680
mwolff@SIDAchile.cl
www.SIDAchile.cl

Ricardo García Bernal - Colômbia
Coordinador do país

Tel: (571) 314-2920 ext. 322
Fax: (571) 314-2945 ext. 324
ricardo.garcia@unodc.org

Richard Stern, Ph.D. - Costa Rica
Diretor
Agua Buena Human Rights
Association

Apartado 366-2200 - Coronado, Costa Rica
Tel/fax: (506) 280-3548
rastern@aguabuena.org
www.aguabuena.org

Chisa Mikami - Cuba
Punto Focal - UNAIDS

Tel: (537) 204-1512/13
Fax: (537) 204-1516
chisa.mikami@undp.org

Jorge Odir Miranda - El Salvador
Diretor/Presidente
Asociacion Atacatl Vivo Positivo

43 Av. Sur y 12 Calle Pte. # 606, Colonia Flor Blanca
San Salvador, El Salvador C.A
Tel/fax: (503) 2298-3950 / 2298-5801 / 2298-4697
dejecutiva@atacatl.net
www.atacatl.net

Mauricio Antonio Araujo - El Salvador
Punto Focal Suplente
Redca+ (Red Centroamericana de
Personas que viven con HIV/SIDA)

Tel: (503) 2512-8638
araujo_luma@yahoo.com.mx
www.redca.info

Ivette Lorenzana de Rivera - Honduras
Departamento de
Microbiologia/Universidad
Nacional Autónoma de Honduras

Tegucigalpa MDC, Honduras. C.A.
Tel/fax: (504) 232-5836
ivette@cablecolor.hn

Antonio Medina - México
Coordinador
NotieSe Agencia especializada de
noticias SALUD, SEXUALIDAD Y SIDA

Canarias 45 Col. San Simón Ticumac C.P. 03660, México, D. F.
Tel: (52 55) 5530-2275
amedina27@yahoo.com.mx
www.notiese.org

Silvia Penebianco - México
Coordinadora de Direitos
Humanos da MEXAIDS - Comité
Técnico de Observación y
Vigilância Ciudadana do HIV-SIDA

Tel: (52 55) 5606-2188
silviapanebianco@yahoo.com.mx

Sergio Bonila - Nicarágua
Punto Focal
Red Centroamericana de Personas
que Viven con HIV/SIDA (Redca+)

Tel: (505) 818-1692
sbonila28@yahoo.com
http://redca.info

Olga Moraga - Nicarágua
Assessora de Comunicação na
Nicarágua do Fundo das Nações
Unidas para a Infância (UNICEF)

Rotonda El Güegüense 400 mts. al Sur - Edificio de as Nações Unidas
Nivel I - Managua - Nicaragua
Tel: (505) 268-0687/8
Fax:(505) 268-0694
omoraga@unicef.org

Inés López - Paraguai
Consultora Nacional GT UNAIDS

Mcal. López esquina Saraví. Edificio Nações Unidas. Sub suelo
Assunção - Paraguai
Tel: (595) 61-1980 ramal 136
ines.lopez@undp.org

Erickson Chicayo - Peru
Assessor Regional da Red
Centroamericana de Personas que
viven con HIV/SIDA (Redca+)

Tel: (511) 264-5625
ericksonchi@yahoo.com
www.gentepositiva.org.gt

Rubén Mayorga - Peru
Responsável da UNAIDS no Peru,
Equador e Bolívia

Tel: (511) 213-3200 ramal 1800
ruben.mayorga@pnud.org.pe

Ernesto Guerrero - República Dominicana
Oficial da UNAIDS no país

Tel: (1 809) 565-1155
Fax:(1 809) 565-1146
eguerreiro@pnud.org.do

Soc. Juan José Mere - Uruguai
Diretor de Programas
Iniciativa Latinoamericana

Tel: (598 2) 902-3186
jjmere@adinet.com.uy
www.iniciativalatinoamericana.org

Dr. Eduardo Savio - Uruguai
Professor Diretor da Disciplina de
Doenças Infecciosas da Faculdade
de Medicina - U de la R
Assessor de Infectologia da
Direção Geral da Saúde -
Ministério de Saúde Pública

Inst. de Higiene - Avda. A. Navarro 3051 Piso 4 - Montevideo (11600)
Tel/fax: (598 2) 487-6981
esavio@fmed.edu.uy

Libsem Rodriguez-Adrian - Venezuela
Punto Focal - UNAIDS

Tel: (58 212) 285-8362
Fax: (58 212) 286-8514
ljrodriguez@unicef.org

17. FONTES

Os sites listados a seguir oferecem informação confiável e atualizada sobre assuntos relacionados ao HIV/AIDS.

Fontes no Brasil:

1. Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde em www.aids.gov.br
2. Organização Pan-americana de Saúde em www.opas.org.br
3. Página da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre AIDS em www.ilo.org.br/prgatv/prg_esplhiv_aids.php
4. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em www.abiaids.org.br
5. Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS em www.apta.org.br
6. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis em www.dstbrasil.org.br
7. Agência de Notícias da AIDS em www.agenciaaids.com.br
8. Grupo Pela Vidda em www.pelavidda.org.br
9. Associação Saber Viver em www.saberviver.org.br

Fontes internacionais:

10. Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS em www.unaids.org
11. Organização Mundial de Saúde em www.who.int
12. Iniciativa Internacional para a Vacina contra AIDS em www.iavi.org
13. Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose em www.theglobalfund.org
14. Sociedade Internacional de AIDS em www.iasociety.org
15. Informações sobre HIV/AIDS do Departamento de Saúde e Serviços Humanos Norte-Americano (NIH) em <http://aidsinfo.nih.gov/>
16. Programa Mundial de AIDS do Centro de Controle de Doenças Norte-americano (CDC) em www.cdc.gov/nchstp/od/gap/about.htm
17. AIDS Education Global Information System em www.aegis.com
18. Medscape em www.medscape.com/hiv
19. Fundación Huésped, ONG argentina, em www.huesped.org
20. Info Red AIDS do Centro para Educação e Treinamento sobre AIDS do Novo México em www.aidsinfonet.org
21. Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos em www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/aids.html
22. Conselho Latino-americano e do Caribe de ONGs que atuam em HIV/AIDS em www.accaso.org
23. Project Inform em www.projectinform.org
24. Grupo de Trabalho sobre Tratamentos para o HIV em www.gtt-HIV.org

18. TUBERCULOSE (TB)

A Tuberculose (TB) é um problema de saúde significativo tanto em países industrializados como em países em desenvolvimento. A TB produz de 8 a 10 milhões de casos e 2 milhões de mortes a cada ano. Estima-se que um terço da população mundial está infectada com a bactéria que causa a TB e que entre 5% e 10% das pessoas infectadas adoecerão em algum momento da sua vida. As epidemias de HIV/AIDS e de TB estão fortemente relacionadas, já que uma doença potencializa a outra.

A Tuberculose é uma infecção bacteriana causada pela *Mycobacterium tuberculosis*. A doença normalmente afeta os pulmões, mas pode se expandir para outras partes do corpo em casos graves. Uma pessoa pode contrair TB quando outra pessoa que tem TB ativa tosse, espirra ou cospe. Nem todas as pessoas infectadas com TB desenvolvem sintomas. As pessoas que não adoecem são denominadas portadoras latentes de TB e não podem transmitir a doença para outras pessoas. A TB latente pode, eventualmente, progredir e converter-se em TB ativa. Neste momento, os sintomas surgem e a doença pode ser transmitida para outras pessoas. Os sintomas incluem febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso, fadiga e tosse com sangue.

A TB é especialmente problemática nos países em desenvolvimento, onde a pobreza, a superpopulação e outras doenças, especialmente o HIV/AIDS, facilitam a expansão. Apesar da mortalidade per capita ser mais alta na África, o Sudeste Asiático apresenta uma grande quantidade de casos e de mortes relacionadas. Metade dos casos de TB no mundo ocorre em seis países da Ásia: Índia, China, Paquistão, Bangladesh, Filipinas e Indonésia. A TB também é a primeira causa de morte mundial entre mulheres em idade reprodutiva, produzindo 9% das mortes de mulheres entre 14 e 44 anos. Como a TB atinge mulheres em idade reprodutiva, geralmente muitas crianças tornam-se órfãs.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que cerca de um terço do total das pessoas vivendo com HIV/AIDS também estão infectadas com TB. A maioria vive na África. Na África Subsaariana a epidemia de HIV/AIDS é a principal causa do ressurgimento da TB na última década. Apesar de nem todas as pessoas com TB desenvolverem os sintomas, as pessoas com HIV/AIDS correm muito mais risco de ter TB ativa. A infecção por TB também acelera o avanço do HIV/AIDS e é a primeira causa de morte entre as pessoas que vivem com HIV.

A TB pode ser prevenida, tratada e controlada com êxito, ainda que a pessoa seja HIV positiva. A estratégia recomendada para controlar a TB é chamada "tratamento diretamente observado" (Directly Observed Therapy Short-Course - DOTS). Uma vez que o paciente tenha sido diagnosticado com TB infecciosa, a terapia DOTS implica que os profissionais de saúde ou voluntários envolvidos supervisionem se o paciente toma corretamente toda a medicação. Apesar da DOTS ser capaz de curar quase todos os pacientes com TB nos países desenvolvidos, a OMS estima que 77% da população mundial vive em países onde a DOTS não está disponível. Estão sendo desenvolvidos esforços para expandir esta terapia, mas apenas 45% dos casos infecciosos estimados receberam o tratamento em 2003.

Ampliar o acesso ao DOTS é importante porque se a medicação não é tomada como prescrito, a bactéria causadora da doença pode desenvolver resistência à medicação. A TB que se torna resistente é chamada Tuberculose Resistente a Multi-Droga (Multi-drug Resistant TB - MDR-TB). O aumento de cepas resistentes é outro fator que vem contribuindo para a disseminação da doença. O tratamento para a TB resistente a multi-drogas é significativamente mais caro e implica um tempo de tratamento muito maior que aquele necessário para tratar a TB normal. A tuberculose resistente a multi-droga também é mais grave e pode ser mortal,

especialmente entre pessoas também infectadas com HIV/AIDS. A taxa de MDR-TB é alta em muitas regiões, incluindo países da ex-União Soviética.

O aumento da taxa de MDR-TB complica os esforços globais de prevenção, tratamento e controle. Ao mesmo tempo, a crescente conscientização mundial quanto à gravidade da co-infecção por HIV/AIDS está pressionando governos e organizações a intensificar os esforços para lutar contra a epidemia dupla. Dois grandes esforços procuram reduzir a TB em nível mundial: a Parceria Global para Parar a TB (Global Partnership to Stop TB) e o Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária.

A Parceria Global para Parar a TB é uma associação de várias organizações públicas e privadas, incluindo agências internacionais, organizações governamentais e não-governamentais, institutos de pesquisa e organizações de doadores, que tem o objetivo de reforçar o apoio social e político para deter a expansão da TB. Concentra-se na expansão do DOTS, no tratamento para HIV/AIDS e TB, na MDR-TB e no desenvolvimento de novas drogas, vacinas e procedimentos de diagnóstico.

O Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária é uma organização independente que oferece subsídios e constitui uma das maiores financiadoras do controle da TB nos países em desenvolvimento. Desde 2002, o Fundo Global distribuiu recursos superiores a US\$ 3 bilhões. Aproximadamente 13% foram destinados a programas contra a TB. As iniciativas do Fundo Global e da Parceria Global para Parar a TB ajudaram a coordenar os esforços para controlar a TB e asseguraram que a TB seja uma prioridade. Na Conferência Internacional de AIDS de 2004, Nelson Mandela reafirmou a necessidade deste tipo de abordagem. "Não podemos ganhar a batalha contra a AIDS se não lutarmos também contra a TB. A TB é muitas vezes uma sentença de morte para as pessoas com AIDS".

Referências

Altman, Lawrence. Mandela Appeals to AIDS Conference to Extend Fight to TBC. *New York Times*, 16 de julho de 2004, <http://query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5E0C758DDDAE0894DC404482>

Centro Nacional para Prevenção do HIV e TB do CDC. Questions and Answers about TBC, <http://www.cdc.gov/nchstp/TBC/faqs/intro3>

Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (2004). A Force for Change: The Global Fund at 30 Months, <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (2005). Monthly Progress update (15 de julho de 2005).

Project Inform (maio de 2004). HIV e TB, <http://www.projinf.org/fs/tuberculosis.html>

Stop TBC. What's Stop TB? <http://www.stopTBC.org/stop.TBC.initiative/default.asp>

Stop TBC. Working groups, http://www.stopTBC.org/Working_Groups/default.asp

UNAIDS (2004). TBC and HIV - facts at a glance, <http://www.stopTBC.org/events/internationalAIDSconference/xv/assets/InfoPack/1gb.pdf>

OMS (2004). Global Tuberculosis Control - Surveillance, Planning, Financing, http://www.who.int/TBC/publications/global_report/en/

OMS (março de 2004). Fact Sheet No. 104, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en>

19. MALÁRIA

A malária é uma causa freqüente de doença e morte no mundo, resultando em cerca de 350 a 500 milhões de infecções e ao menos 1 milhão de mortes por ano. Mais de 50% da população mundial vive em áreas onde há risco de contrair malária.

A malária é uma doença causada por parasitos que são transmitidos aos humanos através da picada de mosquitos infectados. Os sintomas da infecção incluem febre, calafrios, dor de cabeça e muscular, fadiga, náuseas e vômitos. Estes sintomas aparecem normalmente de 9 a 14 dias depois que a pessoa foi picada por um mosquito infectado. Em casos graves, a doença pode colocar em risco a vida do paciente.

Apesar da doença estar presente em várias partes do mundo, constitui um problema maior na África subsaariana, onde ocorrem mais de 80% do total de mortes anuais por malária, sobretudo entre crianças menores de 5 anos. Esta região está severamente afetada pela malária devido a uma série de fatores: a maioria dos casos da região é causada pelo parasito *Plasmodium falciparum*, que causa a forma mais grave e letal da doença, e a limitação da infra-estrutura de saúde afeta os esforços de prevenção e tratamento, além de ser preciso considerar a relação entre pobreza e malária.

Na África subsaariana, a situação é agravada pela presença de outras doenças, especialmente o HIV/AIDS. As duas doenças afetam as mesmas regiões geográficas e os mesmos grupos de risco, causando uma dupla crise de saúde pública. Um estudo realizado em Uganda apontou que as pessoas HIV positivas têm mais probabilidade de infectar-se com malária do que as pessoas HIV negativas.

As pessoas vivendo com HIV/AIDS podem ser mais suscetíveis à malária devido à debilitação do sistema imunológico. Uma vez infectados com malária, têm mais probabilidade de contrair doenças graves e menos probabilidade de responder a tratamentos padrão contra a malária.

As crianças e gestantes são particularmente vulneráveis à malária. O sistema imunológico das mulheres fica debilitado durante a gravidez, colocando-as em risco crescente de contrair a doença. Durante a gravidez, a malária pode ser muito grave, pode levar a anemias severas e até mesmo à morte da gestante. As crianças que nascem de mães com malária e HIV tendem a ter peso baixo ao nascer e tendem a morrer durante a infância. Além disso, as gestantes HIV positivas com malária correm maior risco de desenvolver complicações, quando comparadas a gestantes HIV negativas.

As crianças menores de 5 anos também correm alto risco de contrair doenças relacionadas à malária, já que são muito jovens para terem desenvolvido imunidade suficiente contra a doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 90% das mortes anuais causadas por malária ocorrem entre crianças africanas, com a taxa de uma criança morta a cada 30 segundos. Mesmo aqueles que conseguem se recuperar da doença podem sofrer graves seqüelas como resultado da infecção, incluindo anemia, febre recorrente, cegueira ou lesão cerebral.

A malária pode ser prevenida através do uso de inseticidas e mosquiteiros, além de outras medidas que têm resultados positivos tendo em vista o custo-benefício. Durante as décadas de 50 e 60, a Organização Mundial de Saúde empreendeu um esforço global para erradicar os mosquitos que transmitem a malária. O DDT (diclorodifeniltricloreto) foi o inseticida

mais usado nesta época. Graças aos esforços da OMS, a malária foi erradicada na América do Norte e Europa. O uso de DDT para combater a malária em ambientes externos passou a não ser recomendado pela OMS devido aos resultados nocivos sobre o meio ambiente. Seu uso na agricultura foi proibido em praticamente todos os países. Atualmente, a OMS recomenda o uso de DDT contra a malária apenas em ambientes internos.

Também existem medicamentos disponíveis para a prevenção e o tratamento da malária. Existe uma variedade de drogas anti-malária, como a cloroquina quinina / quinidina e amodiquina, que são conhecidas como monoterapias porque geralmente são utilizadas de forma isolada. Infelizmente, os parasitos causadores da malária estão desenvolvendo resistência a muitas das drogas disponíveis. Isto ocorre em várias partes da Ásia e América do Sul, e é um problema crescente também na África. Uma vez que a resistência às monoterapias está crescendo, a OMS recomenda aos países que disponibilizem terapias combinadas. Desde 2001, 34 países já mudaram sua política de tratamento. No entanto, a terapia combinada ainda não está disponível em muitos países onde as monoterapias já não são eficazes. A OMS, junto com organizações como o Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária, apóia iniciativas para facilitar o acesso a terapias combinadas. Em 2004, a OMS revisou sua recomendação para tratamento da Malária para incluir uma terapia combinada baseada em artemisinina. Este componente, encontrado naturalmente em uma erva chinesa, tem sido utilizado para tratar a malária desde 1980 e é, atualmente, a medida mais eficaz contra a doença.

O Fundo Global, uma organização que oferece financiamento, é uma fonte significativa de recursos para a intervenção no controle da malária. Desde sua criação, em 2002, o Fundo Global ofereceu recursos no valor de US\$ 3 bilhões. Aproximadamente 31% deste total foram destinados a esforços de controle da malária.

Em 2005, o Presidente Bush se comprometeu a aumentar os recursos para a prevenção e o tratamento da malária em mais de US\$ 1.2 bilhões ao longo dos próximos cinco anos. Outra iniciativa global é a parceria Roll Back Malária (RBM), associação criada em 1998 pela OMS, UNICEF, UNDP e Banco Mundial. Esta associação tem o objetivo de coordenar as atividades internacionais de controle da malária de mais de noventa organizações públicas e privadas, agências internacionais, países com malária endêmica e instituições acadêmicas e de pesquisa. O objetivo da parceria é reduzir à metade o número de casos de malária até 2010. A RBM vem conseguindo aumentar a conscientização sobre a doença, mobilizando apoio social, político e financeiro e coordenando esforços internacionais para combater a malária.

Referências

American Foundation for AIDS Research (amfAR) (verão de 2003). Global Link: A guide to international HIV/AIDS research, treatment and clinical trials. Vol. 2, No. 1, www.amfar.org/GlobalLink

CDC. Malaria Facts, www.cdc.gov/malaria/facts.htm

Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (2004). A Force for Change: The Global Fund at 30 Month, <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

Fundo Global de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (2005). Monthly Progress Update, 15 de julho de 2005.

Roll Back Malaria. The Roll Back Malaria Partnership, http://rbm.who.int/docs/rbm_brochure.htm

Steketee, Richard. Presentation: Interaction of HIV and Malaria, Centers of Disease Control and Prevention, 2004, http://www.dcd.gov/malaria/pdf/Malaria_VIH_Rick_website.pdf

Whitworth, J et al (23 de setembro de 2000). Effects of HIV-1 and increasing immunosuppression on malaria parasitaemia and clinical episodes in adults in rural Uganda: a cohort study. *The Lancet*, Vol. 356.

Whitehouse Press Release, Fighting Malaria in Africa, 30 de junho de 2005, <http://whitehouse.gov/news/releases/2005/06/print/20050630-8.html>

OMS. Children and Malaria, http://www.rbm.who.int/coc_upload/0/000/015/367/RBMInfosheet_6.htm

OMS. Facts on ACTs, http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm

OMS (2004). Malaria and HIV/AIDS, Interactions and Implications, http://www.who.int/VIH/pub/prev_care/en/WHO%20Malaria%20and%20AIDS.pdf

OMS (2005). Changing Malaria Treatment Policy to Artemisinin-Based Combination: An Implementation Guide.

OMS. What is Malaria, http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.htm

Cópias adicionais deste documento estão disponíveis no site da Kaiser Family Foundation www.kff.org



A **Kaiser Family Foundation** é uma fundação privada sem fins lucrativos dedicada a fornecer informação e análise sobre cuidados de saúde a gestores de políticas, imprensa, profissionais de saúde e ao público em geral.

A Fundação não está associada à Kaiser Permanente nem às Indústrias Kaiser.

Henry J. Kaiser Family Foundation:
2400 Sand Hill Road, Menlo Park, CA 94025 - USA
Telefone: 650.854.9400. Fax: 650.854.4800
Escritório em Washington. 1330 G Street N.W.,
Washington, DC 20005 - USA
Telefone: 202.347.5270. Fax: 202.347.5274
www.kff.org



A **Fundación Huesped** é uma organização não-governamental argentina que atua desde 1989 na luta contra a AIDS, não apenas como uma doença do ponto de vista biológico, mas também como uma doença social que requer um ambiente social apropriado para as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Fundación Huesped:
Pje. Peluffo 3932, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
CP C1202ABB
Tel / Fax: (54 11) 4981-7777
www.huesped.org.ar