



cadernos
pela vidda

AIDS, TRATAMENTO E ATIVISMO

Agosto de 2024 - nº 55



35

A HISTÓRIA NÃO ACABOU. O Grupo Pela Vidda/SP, uma das organizações comunitárias desbravadoras na luta contra a aids no Brasil, celebra em 2024, seus **35 ANOS** de existência. Esta edição de **Cadernos Pela Vidda** reafirma que ainda há muito por fazer, para melhorar a vida das pessoas mais vulneráveis ao HIV, defender direitos, assegurar políticas públicas efetivas e transformar em realidade o sonho do fim da epidemia da aids.

sumário

- **editorial**
Resistir e seguir adiante **3**

- **história**
Os 35 anos do
Grupo Pela Vidda/SP **4**

- **tratamentos**
O que mudou nas diretrizes
do Ministério da Saúde **8**

- **testagem**
O impacto do diagnóstico **11**

- **medicamentos**
A evolução em
mais de 40 anos **12**

- **estudos**
DoxyPeP, ISTs e o aumento
de casos de sífilis **15**

- **entrevista**
Beatriz Grinsztejn,
presidente da International
AIDS Society **16**

- **preconceito**
Sorofobia não **21**

- **adesão**
A importância de seguir
o tratamento **23**

- **comportamento**
Sexo químico **25**

- **artes**
A grande fúria para
combater a aids **26**

- **memória**
Vida longa
para Herbert Daniel **28**

- **reconhecimento**
A despedida de Lair Guerra **31**

CADERNOS PELA VIDDA nº 55

Agosto de 2024

Editor: Sérgio Ribas

Arte: José Humberto de S. Santos

Tiragem: 3.000 exemplares

O Grupo Pela Vidda/SP
(Pela Valorização, Integração e
Dignidade do Doente de Aids) é uma
organização não governamental, sem
fins lucrativos, composta por pessoas
vivendo com HIV e Aids, seus amigos,
familiares, companheiros e demais
interessados no enfrentamento da Aids.

Diretoria do Grupo Pela Vidda/SP

Presidente: Thais de Azevedo

Vice: Eduardo Luiz Barbosa

Secretária: Fernanda Rodrigues Nigro

Tesoureiro: Paulo Rogério da Silva Turnes

Conselheiro Fiscal 1:

Sandra Aparecida Costa

Conselheiro Fiscal 2:

Carlos Eduardo Tempesta

Conselheiro Fiscal 3:

Mário César Scheffer

Colaboram nesta edição

Eduardo Luiz Barbosa, Giovanna

Araújo, Marcello Queiroz, Mário

Scheffer e Renato Silvio.

Parceria

Esta edição foi viabilizada com o apoio
do Ministério da Saúde, por meio do
Projeto: Cadernos Pela Vidda.

AIP 69/2023. *Coordenador do Projeto:*

Renato Mathias. *Assistente de*

Coordenação: Allan Bastos de Jesus.

Facilitador de Rodas de Conversa:

Lucrécia Aparecida Oliveira Lopes.

Mídias Digitais: Marcel Reis.

Doações

Grupo Pela Vidda/SP

CNPJ 67.836.288/0001-00

Banco Bradesco

Agência: 3130-2 Conta: 47.630-7

Capa

Imagem de Freepik

Ilustrações

Freepik

Resistir e seguir adiante

Há 35 anos o Grupo Pela Vidda/SP, juntamente com organizações não governamentais igualmente precursoras na luta contra a aids no Brasil, foi criado para enfrentar uma epidemia que era também social e política, alimentada por preconceito, estigma, negação de direitos, atraso na oferta de medicamentos, obstáculos ao acesso e à prevenção.

Desde 1989, o Pela Vidda/SP pratica o ativismo, a prestação de serviços comunitários mas também propõe soluções concretas para pôr fim à epidemia do HIV.

Logo nos seus primeiros anos, uma peculiaridade do Pela Vidda/SP, complementar aos grupos parceiros, era recorrer a ações para que as pessoas com HIV se fizessem ouvidas e bem informadas.

Produzir e difundir conhecimentos compreensíveis, com base na experiência concreta de cidadãs e cidadãos afetadas pela aids, sempre foi uma marca registrada do grupo.

Dentre os diversos modos de ação em apoio às pessoas que vivem com HIV, o desejo de influenciar o modo de produção do conhecimento sobre a aids, de traduzir os avanços terapêuticos, de transformar notícias médicas e científicas em defesa de direitos, integravam a essência do Pela Vidda/SP.

Foi assim que, desde 1990, surgiu e existiu o *Cadernos Pela Vidda*, que vem buscando se manter, porém

com dificuldades financeiras diante do atual cenário de visibilidade e apoio às questões relacionadas ao HIV/Aids.

As páginas seguintes, trazem as mudanças nas diretrizes do tratamento do Ministério da Saúde, a evolução dos medicamentos em mais de quarenta anos, as mais recentes notícias sobre antirretrovirais apresentadas na Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, a CROI, além de uma entrevista com a professora Beatriz Grinstejn, presidente da Internacional Aids Society.

Esta edição também traz menções afetuosas e saudosas a nomes como os de Hiroko Watinaga, Jorge Beloqui e Abel Corino, integrantes que fizeram história e deixaram saudades no Pela Vidda/SP. Eles são a representação rara e inesquecível do envolvimento voluntário e comprometido.

Homenageamos também a biomédica Lair Guerra, primeira coordenadora do Programa Nacional de DST/aids, e Herbert Daniel, um dos fundadores do Pela Vidda. Ele já foi biografado por James N. Green, autor do livro *Revolucionário e gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – Pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão* (Civilização Brasileira, 2018), e está sendo redescoberto por novas gerações em um momento em que, como diz a professora Beatriz, precisamos voltar a falar sobre aids como uma questão prioritária. ■



data

OS 35 ANOS DO PELA VIDDA/SP

Formado por pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids, o grupo celebra o aniversário com orgulho, alegria e projetos que priorizam a vida de populações mais vulneráveis

O Grupo Pela Vidda/SP comemora 35 anos em 2024 e segue em plena forma, com o maior orgulho de estar entre as mais antigas ONG/aids do Brasil. Formado por pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids, o Pela Vidda/SP é sustentado pelo trabalho voluntário, pelo ativismo, por projetos fi-

nanciados e tem se dedicado continuamente, ao longo de sua trajetória, aos esforços e às lutas pela vida de populações mais vulneráveis – em especial, as pessoas vivendo com HIV/aids.

O grupo tem vários motivos e projetos para celebrar seu aniversário e sua história, o que inclui a pu-



A sede do grupo na rua General Jardim, na Vila Buarque, região central de São Paulo

blicação dessa edição de *Cadernos Pela Vidda* que marca a data. “Tudo o que conseguimos até aqui foi fruto de muitas lutas e mobilização. Se não fossem os que já estiveram e os que se mantêm na luta, ainda estaríamos com medicamentos ultrapassados e sem novas alternativas. A

escalada de discriminação e preconceito seria muito maior, associada ao medo, à desinformação e ao desconhecimento”, diz Eduardo Barbosa, vice-presidente do grupo.

O Pela Vidda/SP também é responsável, há mais de uma década, pelo Centro de Referência e Defesa da Diversidade Brunna Valin, o CRD, na região central de São Paulo, que recentemente passou a ser uma unidade dispensadora de PrEP e PEP, as profilaxias pré e pós exposição. Pela relevância de sua atuação e pela credibilidade construída ao longo de uma trajetória singular, é a primeira organização não governamental do país a disponibilizar essas iniciativas em prevenção fora do serviço de saúde. O CRD é administrado através de convênio com a Secretaria Municipal de Direi-



Integrantes e convidados do Pela Vidda em encontro na sede do grupo

tos Humanos e Cidadania (SMDHC).

“As ruas sempre foram nosso lugar de luta e agora é hora de buscar manter o que se conquistou e avançar ainda mais. Muitas vidas se perderam e novas infecções e mortes continuam a acontecer”, diz Barbosa, que também gerencia o CRD, ao citar as diversas atividades em campo, em projetos como o *Aids sob o olhar cuidador, social e solidário*, que, entre outras, faz abordagens e interferências em diversas regiões de São Paulo, com compartilhamento de informações sobre prevenção e cuidados com ISTs, entre outros temas.

“A população que costuma frequentar o CRD tem dificuldade de acesso aos outros serviços de saúde e aos medicamentos usados na prevenção de HIV”, diz o médico Adriell Ramalho Santana, que atende no CRD. “São usuários de perfil bastante vulnerável. Mulheres trans, travestis, homens gays, trabalhadores sexuais, entre outros, que podem acessar as alternativas de prevenção combinada, a melhor forma de enfrentamento do HIV, segundo o Ministério da Saúde”, afirma o médico.

O trabalho de prevenção desenvolvido atualmente no CRD tem tudo a ver com a origem e o percurso do Pela Vidda/SP, que surgiu no final da década de 1980, quando sequer haviam medicamentos para tratar ou prevenir o HIV.

O COMEÇO DE TUDO

Considerado o fundador número 0 do Pela Vidda/SP, Jorge Beloqui, que faleceu em 2023 e foi homenageado com o seu nome na Estação Prevenção Jorge Beloqui, dentro da Estação República do Metrô, também na região central de São Paulo, sempre lembrava de como tudo começou.

A ONG paulistana foi criada em agosto de 1989, três meses depois do Pela Vidda/Rio de Janeiro, fundado em maio daquele ano, pelo sociólogo e escritor Herbert Daniel (*Leia texto nessa edição*). “Eu conhecia o Herbert do movimento gay e fiquei lá no Rio uns tempos, participando das

atividades da fundação”, dizia Beloqui.

De volta a São Paulo, num evento no Centro Cultural São Paulo, que contou com a presença de Herbert Daniel, eles tiveram a ideia de pedir a então secretária de Cultura da Prefeitura, Marilena Chauí, uma sala para abrigar um núcleo paulista do Pela Vidda. De um espaço dentro de uma biblioteca no Centro Cultural até chegar como pessoa jurídica à sede na Rua General Jardim, no centro, onde permanece desde então, a ONG funcionou na casa dos fundadores, numa sala comercial da Avenida Paulista e em outra do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa).

PRESENCAS ESPECIAIS

A menção do nome de Beloqui, um dos fundadores do grupo, evidencia o que o Pela Vidda/SP têm de mais valioso, que são as pessoas que viabilizam a existência do grupo e fazem com que ele se mantenha firme e forte para seguir adiante. Da nova geração de colaboradores, como o agente de prevenção Allan Bastos, que atualmente está na linha de frente das intervenções do grupo, à atual presidenta Thaís de Azevedo, cada participação é valorosa.

Aos 74 anos, Thaís é uma referência de determinação, na vida e

no ativismo. “Detectei o HIV em 1986, tenho quase quarenta anos vivendo com HIV. Mas isso não interfere na minha vida, nem a aids conseguiu me derrubar. Sou feliz e tomo meus antirretrovirais”, diz Thaís, cuja elegância e personalidade assertiva também são notórias. “Envelhecer como uma pessoa trans pra mim é normal”, ele afirma. “Nós somos excluídas primordialmente por mulheres e por homens. Sou uma pessoa que transita e sou transgressora das regras”, afirma a presidenta, que faz do questionamento outra marca registrada.



Desde a fundação, o Pela Vidda/SP sempre se destacou pela integração de pessoas convivendo, e não apenas vivendo, com HIV. O grupo é reconhecido pela diversidade nos projetos junto à comunidade, o que criou alguns “clássicos” na nossa agenda. É o caso do *Chá Positivo*, que tradicionalmente, há décadas, acontece sempre às quintas-feiras, na sede da General Jardim, e se estabeleceu com espaço para fala e escuta de pessoas vivendo com HIV e seus familiares, que muitas vezes não têm outros lugares para compartilhar histórias e vivências pessoais, bem como aprofundar o conhecimento dentro das temáticas relacionadas ao viver com HIV.

Ora com pautas temáticas, sugerindo assuntos específicos para uma conversa, ora com temas livres, que surgem espontaneamente no momento do chá, o projeto celebra o diálogo e a importância de compartilhar experiências.



NOMES MEMORÁVEIS

Além do convívio intenso de diferentes gerações unidas por propósitos comuns, o Pela Vidda/SP alimenta, sim, saudades imensas de nomes memoráveis que fazem parte da história do grupo.

Como não se orgulhar de ter convivido proximamente a Maria Hiroko Watinaga, ou apenas Hiroko, com seu ativismo solidário e sorriso contagiante? Ela faleceu em 2019, aos 68 anos, e atuou na luta contra a aids por mais de 20 anos. Como presidenta, esteve à frente do Pela Vidda/SP por duas vezes e era uma das voluntárias mais antigas da ONG. Também integrou, por mais de duas décadas, o grupo de voluntariado do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Hiroko segue como representação de algo raro, que é o envolvimento voluntário e comprometido, não só com a existência do Pela Vidda/SP mas sobretudo com o acolhimento e a inclusão dos seus frequentadores e usuários, por isso permanece sempre viva no coração e na lembrança de cada um de nós.

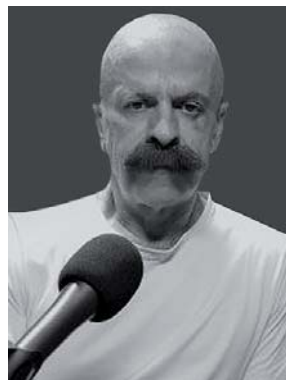
É o que também



Maria Hiroko

acontece quando citamos ou lembramos de Jorge Beloqui, que foi professor do Instituto de Matemática e Estatística (IME) da USP e ativista incansável nos movimentos em defesa de pessoas vivendo com HIV/aids. Nascido na Argentina em 1949, veio para o Brasil em 1975, fez doutorado no Instituto de Matemática e Pesquisa Aplicada no Rio de Janeiro (IMPA), e ingressou no IME em 1981, onde sempre foi muito querido por colegas e funcionários e fez amizades profundas.

Beloqui iniciou sua trajetória de militância no movimento gay e nas lutas contra o autoritarismo na Argentina. Com o advento da aids, foi um dos precursores da luta contra a pandemia. Também participou da criação e fortalecimento de várias



Jorge Beloqui

ONGs e redes como o GIV-Grupo de Incentivo à Vida e a Abia- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, entidades das quais fazia parte como diretor e conselheiro, respectivamente.

Jorge ajudou a articular o Fórum Estadual de ONG Aids de São Paulo, Movimento Paulistano de Luta contra Aids, RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV Aids, GTPI - Grupo de Trabalho Propriedade Intelectual, Nepaids/USP - Núcleo de Estudos e Prevenção à Aids da Universidade de São Paulo. “Somos testemunhas da sua lucidez e da sua valentia e tivemos o privilégio de conviver com seu bom humor e sua risada generosa e espalhafatosa”, escreveu, em texto-homenagem, a professora Elizabete Franco



Abel Corino

Cruz, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da USP, quando do falecimento de Beloqui.

Outro nome que ficará marcado para sempre na nossa história, na nossa memória, é o de Abel Corino Fonseca Neto, uma pessoa única e admirável, que vestia a camisa do Pela Vidda, se preocupava com a administração e com a sobrevivência do grupo. Com posicionamento e indignação na defesa de direitos das pessoas que vivem com HIV, foi um ativista de primeira grandeza e amigo querido de todos. Dedicou sua vida a beneficiar diretamente a vida de outros, sem receber nenhuma compensação, a não ser a certeza de que fazia a diferença. Abel faleceu em 2022 e deixou saudades eternas.

“Tudo o que conseguimos até aqui foi fruto de muitas lutas e mobilização.”

CAFÉ COM AS TRANS

No mesmo formato bate-papo, como uma roda de conversa, o projeto *Café com as Trans*, que acontece quinzenalmente, promove igualmente uma sucessão de diálogos importantes que vão desde os métodos de prevenção de ISTs, apresentando e ensinando sobre as ferramentas disponíveis hoje – dos preservativos à PrEP –, até temas como “Não Binariedade”, ampliando a discussão sobre gênero e diversidade.

Há ainda as edições do *Café com as Trans* que tratam especificamente sobre questões jurídicas, como a mudança de nome na documentação, e viabiliza “mutirões” que contemplem e resolvam causas comuns a todas as pessoas trans. Nesse caso e também quando o assunto envolve os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, o trabalho da advogada Fernanda Nigro, especialista no tema, tem sido fundamental, tanto no CRD como no Pela Vidda/SP.

CINEMA MOSTRA AIDS

Outra iniciativa do Pela Vidda/SP que tem repercutido em diferentes cidades brasileiras, a exemplo do que aconteceu no ano passado, é o projeto *Cinema Mostra Aids*, lançado originalmente em 1997 e que já ganhou várias edições desde então. Trata-se de um festival que junta filmes de longa, média e curta-metragem que têm a aids como tema ou pano de fundo e cuja

ambição é fomentar o debate por meio da produção cinematográfica e audiovisual mais recente, tanto no Brasil como no mundo. “O foco dos filmes é justamente tentar retratar a epidemia desde o início até os dias atuais, passando pela questão do preconceito, da discriminação, da aceitação das relações até questões mais recentes como a PrEP e a PEP”, diz

Eduardo Barbosa. A 12ª edição do evento, que aconteceu em nove cidades em 2023, incluindo Brasília, foi viabilizada em parceria com o Ministério da Saúde (MS) – Departamento de HIV/ Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI) e Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ Aids (UNAIDS).

CADERNOS PELA VIDDA

Desde a criação do grupo, a informação tem sido outro “valor” cultivado no Pela Vidda/SP, com a certeza de que ela tem o efeito de um “antídoto” não só para enfrentar a aids, mas é essencial também no enfrentamento do estigma e da discriminação. Assim, num contexto em que a falta de campanhas oficiais persiste, o grupo segue

produzindo material informativo – sobre aids, ISTs, prevenção combinada, redução de danos, entre outros – utilizado como ferramenta de comunicação nas atividades em campo e abordagens com diferentes públicos.

Essa edição, que você tem em mãos, também é a materialização do apreço pela informação como instrumento de resistência – aqui para comemorar nosso aniversário. “Na primeira edição de *Cadernos Pela Vidda* dizíamos que o compromisso do grupo é promover a participação de todos no enfrentamento da epidemia, de combater o preconceito e a discriminação, de exigir tratamento e prevenção para todos, de lutar pela

garantia de direitos, pela inclusão, qualidade de vida e dignidade das pessoas que vivem com HIV/aids e para todos aqueles que são mais afetados pela epidemia. Isso de jeito nenhum está defasado”, disse o professor Mario Scheffer, ex-presidente do grupo e um dos colaboradores mais antigos do Pela Vidda. ■



Cadernos Pela Vidda nº 0



Cadernos Pela Vidda nº 55

DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, documento do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi), do Ministério da Saúde, foi atualizado em 2024

INÍCIO NO MESMO DIA

Entre as novidades, está a recomendação de que o tratamento antirretroviral seja iniciado no mesmo dia ou, no máximo, até sete dias após o diagnóstico (teste com resultado positivo para o HIV).

O novo protocolo agora destaca também que pessoas vivendo com HIV com carga viral indetectável têm risco zero de transmitir o HIV. No tratamento antirretroviral, foi adicionada a opção de “terapia dupla”, que consiste na tomada de comprimido único e diário composto por lamivudina e dolutegravir.

No que diz respeito às coinfeções e infecções oportunistas, o documento enfatiza a importância das ações para pessoas com coinfeção tuberculose e HIV (TB-HIV). Em relação à população geral, as pessoas vivendo com HIV ou aids possuem mais riscos de desenvolver tuberculose. A doença é uma das principais causas de morte entre as pessoas que vivem com HIV.

TRATAMENTO EM CRIANÇAS

Também em 2024 foram revisadas as recomendações do Ministério da Saúde (MS) no *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*.

Esta atualização altera esquemas terapêuticos, buscando tornar a terapia antirretroviral (TARV) mais to-

lerável, um permanente desafio para essa população, devido às limitadas apresentações de medicamentos voltadas para crianças e adolescentes.

O protocolo amplia os aspectos ligados ao cuidado chamando a atenção dos serviços de saúde para atuação multidisciplinar, visando repassar informações sobre o início da atividade sexual, transmissão do vírus, sexo seguro e prevenção da gravidez não planejada, e assistência adequada a crianças e adolescentes vivendo com HIV.

ESQUEMA SIMPLIFICADO

Uma das boas novidades no tratamento do HIV e da aids no Brasil – a distribuição pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de medicamentos com uma única dose diária – teve suas diretrizes modificadas, beneficiando agora maior número de pacientes

Em janeiro de 2024, com atraso em relação a outros países que já adotavam a dose única há mais tempo, o Brasil finalmente iniciou o processo de implementação da chamada Dose Fixa Combinada (DFC) contendo Lamivudina (300mg) e Dolutegravir (50mg) (3TC/DTG).

No entanto, o Ministério da Saúde inicialmente priorizou a troca apenas para pessoas com idade igual ou superior a 50 anos e que haviam iniciado esse tratamento até 30 de novembro de 2023.

Como os tratamentos simplificados são uma reivindicação antiga de pacientes e ONGs, tendo em vista que melhoram a qualidade de vida e faci-

litam a adesão, a restrição inicial gerou, nos serviços de saúde, certa frustração de usuários não contemplados.

Diante de quantidade inicial insuficiente da DFC, a Coordenação Geral de Vigilância do HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde considerou a maior prevalência de comorbidades (presença de mais de uma doença além do HIV) em maiores de 50 anos, para priorizar a migração de tratamento nesta população.

Em abril de 2024 decidiu-se ampliar a parcela de pessoas com HIV a ser beneficiada pela migração de uso da terapia com dois comprimidos para apenas um. Também passaram a receber a DFC as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos e em uso anterior de terapia dupla com lamivudina e dolutegravir, prescrita até 1º de março de 2024.

Reiterou-se, no entanto, que o uso desta opção terapêutica depende de o paciente ter adesão regular ao tratamento; carga viral menor que 50 cópias/mL no último exame, não estar gestante nem ter resultado positivo para tuberculose, dentre outros pré-requisitos.

TRÊS NOVOS MEDICAMENTOS

Em julho de 2023 o Ministério da Saúde já havia incorporado ao SUS três medicamentos para tratar pessoas que vivem com HIV.

Um deles é o Darunavir 800mg, destinado a pacientes em falha virológica ao esquema de primeira linha (primeiros medicamentos usados) e

sem mutações que indiquem resistência ao fármaco.

Outro medicamento é Dolutegravir 5mg, indicado como tratamento complementar ou substituto em crianças de dois meses a seis anos de idade.

E, por fim, o Raltengravir 100mg, granulado, indicado para profilaxia da transmissão vertical em crianças com alto risco de exposição ao HIV. Considera-se de alto risco todas as crianças nascidas de mães que vivem com HIV que devem receber antirretroviral (ARV) como medida profilática para transmissão vertical.

O objetivo é ampliar o elenco de antirretrovirais disponíveis, com formulações mais adequadas, maior potência e menor toxicidade. Com isso, espera-se melhor adesão e mais qualidade de vida para os pacientes.

COMO AMPLIAR O USO DA PREP

Não resta nenhuma dúvida científica de que a profilaxia pré-exposição (PrEP) é uma ferramenta eficaz e imprescindível para reduzir a transmissão do HIV em pessoas sob maior risco de infecção ao vírus.

Também há um consenso de que a PrEP no Brasil é subutilizada, sua distribuição é ínfima, sendo que as populações vulneráveis e o controle da aids no país não se beneficiam dessa estratégia, êxito já registrado pelos vários países que adotaram esse tipo de prevenção em maior escala.

A PrEP oral foi implementada no Brasil há seis anos, em 2018. Consiste no uso preventivo da associação combinada dos medicamentos antirretrovirais Tenofovir (TDF) + Emtricitabina (FTC). É prescrita nos esquemas “diário”, tomada continuamente todos os dias, ou “sob demanda”, que se resume a dois comprimidos, que devem ser tomados de 2 a 24 horas antes da exposição sexual, seguidos de um

comprimido após 24 horas e outro após 48 horas.

O Brasil tem recursos, não faltam os medicamentos no SUS, mas em todo o ano de 2023 apenas 120 mil pessoas tiveram acesso a pelo menos uma retirada da PrEP nos serviços de saúde.

Desde 2022, o Ministério da Saúde (MS) ampliou a recomendação de prescrição da (PrEP) para adolescentes acima de 15 anos, que pesem acima de 35 quilos, sejam sexualmente ativos e apresentem risco aumentado para a infecção pelo HIV. Mas é baixo o número de dispensações da profilaxia para essa população. Não há, por exemplo, campanhas de comunicação dirigidas a profissionais de saúde e adolescentes sobre esse direito.

Ampliar a PrEP para adolescentes é fundamental, pois os dados dos últimos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS) mostram que, nos últimos quatro anos, 42% dos casos de infecções pelo HIV ocorreram em pessoas com idade entre 15 e 29 anos. Já a *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (Pense) tem apontado a diminuição do uso de preservativo entre adolescentes.

Outra medida anunciada pelo Ministério da Saúde é aumentar o número de locais que distribuem ou entregam de PrEP. Até dezembro de 2023, o Brasil contava com cerca de 873 unidades dispensadoras no SUS.

O objetivo é ampliar o número de serviços de saúde que disponibilizam os insumos e o acesso da população aos produtos de prevenção.

Agora podem se cadastrar serviços que não estejam vinculados apenas aos ambulatórios que atendem pessoas vivendo com HIV. Podem ser serviços públicos, filantrópicos, privados e até sedes de ONGs. Pioneiro neste sentido, o Centro de Referência da Diversidade (CRD), do *Grupo Pela Vidda-SP*, é um exemplo de nova unidade dispensadora de PrEP.

Também visando melhorar o acesso à profilaxia pré-exposição no Brasil, o uso de autoteste de HIV (feito pela própria pessoa) passou a ser recomendado para o início e seguimento da PrEP oral, mas apenas em situações de teleatendimento (teleconsulta a distância). No atendimento presencial, em unidades de saúde, o autoteste de HIV não substitui a teste rápida para oferta da PrEP.

O LUGAR DO AUTOTESTE

O diagnóstico tardio do HIV ainda é um grande problema no Brasil, sendo responsável por boa parte do grande número de mortes por aids que poderiam ser evitadas. Além de dificultar a recuperação imunológica do indivíduo, o diagnóstico tardio mantém a cadeia de transmissão do vírus.

Por isso, incentivar e distribuir gratuitamente o autoteste para o HIV é fundamental para ampliar a oferta diagnóstica às populações-chave e prioritárias.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o autoteste para o HIV como um processo no qual um indivíduo coleta sua própria amostra (fluido oral ou sangue) e, em seguida, realiza um teste e interpreta o resultado, sozinho ou com alguém em quem confia.

O resultado do teste aparece na forma de linhas que indicam se há ou não presença do anticorpo do HIV. A presença do anticorpo mostra que a pessoa foi exposta ao vírus. O resultado leva de 15 a 20 minutos para ficar pronto.

O produto só é capaz de indicar a presença do HIV 30 dias depois da situação de exposição. A situação de exposição é o momento em que a pessoa pode ter tido contato com o vírus por uma relação sexual sem proteção. Esse período de um mês é ►

► o tempo que o organismo precisa para produzir anticorpos em níveis que o autoteste consegue detectar.

Quem tiver resultado reagente no autoteste deve realizar testes adicionais confirmatórios. Ter à mão, junto ao autoteste, informações para contatar rede de apoio, serviços, um profissional por teleatendimento ou uma ONG também é fundamental.

O autoteste deve ser ofertado principalmente às populações que não utilizam ou são alcançadas pelos serviços de saúde ou que precisam ser testadas com maior frequência, devido à contínua exposição ao risco.

Deve ser utilizado como uma estratégia adicional e não deve substituir a testagem rápida realizada nos serviços, que possibilita o acolhimento integral do paciente.

O Grupo Pela Vidda/SP defende a

ampliação da distribuição de autotestes nas próprias ONGs mas também em locais de sociabilidade e lazer das populações mais afetadas pelo HIV, além dos serviços de saúde.

TESTES RÁPIDOS NAS FARMÁCIAS

As redes de farmácias e drogarias já podem, desde agosto de 2023, realizar mais de 40 exames de análises clínicas (EAC) no local, inclusive o teste rápido de HIV, também disponível para venda e autoteste (realizado pelo cliente em casa ou fora do ambiente da farmácia).

Os testes rápidos nesses estabelecimentos comerciais foram autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da resolução RDC 786/2023.

Antes só estavam permitidos os testes rápidos de covid-19 e de glicemia. Além de HIV em nível de triagem, estão autorizados teste de sífilis, dengue, hemoglobina glicada, colesterol total, toxoplasmose, PSA, dentre outros.

Se, por um lado, toda medida que possa ampliar a testagem do HIV é bem-vinda, há críticas sobre o teste comercial em farmácia. Como não é gratuito, não atenderá as populações mais vulneráveis e expostas ao HIV.

Também dificilmente haverá aconselhamento antes e depois do teste, feito por um profissional, para dar suporte ao paciente e, automaticamente, encaminhar ao seguimento de tratamento, seja oferecendo eventualmente PrEP à pessoa com teste HIV negativo, ou início imediato de tratamento antirretroviral daqueles com resultado positivo. ■

A cada dia, mais de 30 mortes por aids no Brasil

No Brasil, cerca de um milhão de pessoas viviam com HIV em 2022, Foram 10.994 óbitos naquele ano, ou mais de 30 pessoas que morreram por dia tendo o HIV e aids como causa principal. Desse total, de acordo com o *Boletim Epidemiológico sobre HIV/aids do Ministério da Saúde* divulgado em 2023, 61,7% dos óbitos foram entre pessoas negras (47% em pardos e 14,7% em pretos) e 35,6% entre brancos, o que indica o quanto o HIV e a aids estão relacionados a desigualdade social e à dificuldade dos mais vulneráveis de ao acesso ao tratamento.

O aumento da vulnerabilidade ao HIV está frequentemente associado a fatores sociais, o que aumenta a exposição a situações de risco e cria barreiras para o acesso a serviços de prevenção, testagem e tratamento que sejam eficazes, de qualidade e acessíveis.

Do total de infectados no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 770 mil pessoas vivendo com HIV estavam, até setembro de 2023, em tratamen-

to antirretroviral. Outras 200 mil pessoas sabiam que tinham o HIV, mas não estavam se tratando.

Em 2022, o país registrou 43.403 novos casos de HIV. Desses, 73,6% em homens e 26,3% em mulheres. Entre as mulheres, 63,3% são jovens e têm idade entre 20 e 39 anos. Além disso, 31% das pessoas desse total de novos casos têm ensino fundamental completo, 62,8% são pretas e pardas e 54,3% são homens que fazem sexo com homens.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define populações-chave como as pessoas ou segmentos que estão em maior risco de HIV, incluindo homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas em presídios e outros ambientes fechados, trabalhadores do sexo e seus clientes, e pessoas trans.

No Brasil, entre gays e outros homens que fazem sexo com homens com mais de 18 anos, a prevalência do HIV é de 18,4%, enquanto a média da população brasileira é 0,49%. Entre

pessoas que usam drogas, o índice é de 6,9%. Entre trabalhadoras do sexo com mais de 18 anos, 5,3%.

De 2012 a 2022, um total de 52.415 jovens, de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, evoluíram para aids, mostrando a gravidade do desenvolvimento da doença entre os mais jovens e a necessidade de se empregar esforços para a vinculação aos serviços de saúde e adesão à terapia antirretroviral.

Em 2022, a razão de sexos entre jovens no Brasil foi de 28 homens para cada dez mulheres. A taxa de detecção de aids em crianças menores de cinco anos declinou 55,9%, passando de 3,4 casos/100 mil habitantes para 1,5 na comparação entre os anos de 2012 e 2022.

No mundo, aproximadamente 39 milhões de pessoas viviam com o HIV em 2022, ano em que 630 mil morreram em decorrência da aids. Segundo o programa das Nações Unidas para a aids - UnAids, cerca 9,2 milhões de pessoas ainda não têm acesso a tratamento.

O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

Iniciar imediatamente o tratamento ajuda a lidar melhor com a confusão de sentimentos e o medo que vêm junto com o teste reagente de HIV

A informação sobre o diagnóstico de teste reagente de HIV é, via de regra, uma situação difícil. Independentemente da idade, a primeira reação é uma mistura de espanto, choque, raiva, ansiedade e até medo da morte.

Com o uso do autoteste, sem o acompanhamento de equipes de saúde que possam dar suporte e orientações no momento de informar sobre a sorologia para o HIV, também é comum a sensação de ainda não ter informações suficientes para lidar com a situação ou sobre o que fazer e como e onde se tratar.

O mais importante, dizem os psicólogos e profissionais de saúde mental, é aceitar essa “confusão” de emoções e sentimentos que se dá inicialmente, tentar manter a calma e iniciar o tratamento o quanto antes – se possível, no mesmo dia.

No Brasil, dos 43.403 casos de HIV notificados em 2022, quase a metade deles (42%) era de pessoas de 15 a 29 anos de idade. Por questões geracionais, muitos desses jovens, que são nativos digitais, buscam ajuda e/ou orientação na internet e nas redes, dialogando anonimamente com interlocutores em quem confiam.

“Acabei de descobrir que meu exame de HIV deu reagente, tô meio confuso, poderia me ajudar?”, escreve um jovem para um influenciador que vive com HIV e responde o seguinte: “Primeiramente gostaria de dizer para você tentar manter a calma (por mais que seja fácil falar do que viver a calma)... Mas também te digo para sentir cada sentimento que esteja passando nesse momento. Sentimentos de medo, de perda e até mesmo de morte acontecem quando



a gente recebe o diagnóstico de reagente para o HIV (...) Coloque também um prazo de validade nos sentimentos ruins porque em excesso eles fazem mal pra gente...” É uma orientação valorosa.

Na sequência da conversa digital, compartilhada publicamente e validada pela legitimidade da busca e sinceridade da resposta, o influenciador estimula o jovem vivendo com a HIV a agir. “Existem pessoas que descobrem viver com HIV em um estágio inicial em que nem a imunidade e nem a carga viral estão em estados críticos, e isso faz com que o tratamento seja mais rápido e eficaz para chegar a indetectabilidade, que significa que você nem transmite o HIV, pois indetectável é igual a 0, zero riscos de transmissão. E isso também pode significar uma vida saudável, como se não existisse o HIV. E, é claro, mais um vez explicando que cada organismo é um organismo, cada

vida é única, e cada uma tem seus recortes”, ele finaliza.

Realizada pela Unicef com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) e da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNA-JVHA), em parceria técnica da Oppen Social, a pesquisa *Nós somos a resposta: o que adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids pensam sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil* revela que a maioria dos jovens que vivem com HIV ouvidos (64,2%) avalia positivamente o acolhimento que recebem nos serviços de saúde, enquanto 35,7% o consideraram razoável ou ruim.

Em relação à testagem, 89,4% das pessoas entrevistadas disseram que realizaram o teste de carga viral nos últimos 12 meses e estavam indetectáveis. A grande maioria (91,7%) diz também que a equipe de saúde conversou sobre o teste de carga viral. “As altas taxas de testagem e de indetectabilidade do vírus mostram a importância do sistema público de saúde para a universalização do acesso e da realização do tratamento, para que se possa ter uma vida saudável”, afirma Luciana Phebo, coordenadora do Unicef no Brasil.

Por mais complexo que seja lidar com o teste reagente para HIV, seja qual for a faixa etária, é essencial buscar o serviço de saúde e iniciar o tratamento o quanto antes. Além do tratamento antirretroviral, disponibilizado gratuitamente no SUS, muitas pessoas vivendo com HIV, jovens ou não, buscam algum tipo de tratamento psicológico, um recurso importante para lidar com o impacto provocado pelo diagnóstico de HIV. ■

A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DA AIDS

Depois de quatro décadas, cientistas seguem esperançosos e continuam desenvolvendo e testando novos tratamentos, incluindo as abordagens para erradicar totalmente o vírus do corpo

Esta edição especial de *Cadernos Pela Vida* é publicada 43 anos depois de junho de 1981, quando os Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos registravam os primeiros casos precursores do que viria ser a pandemia de HIV e aids no mundo.

Após quatro décadas, à medida que nos afastamos temporalmente do que a doença já significou, é relevante destacar os momentos-chave que definiram a história e a evolução do tratamento anti-HIV.

Cadernos Pela Vida, a publicação comunitária do Grupo Pela Vida/SP dedicada a tratamentos, começou a ser editada em 1990, época ainda marcada por adocimentos e mortes em grandes dimensões, estigma e discriminação generalizados e poucas opções eficazes de tratamento e prevenção.

ERA SÓ O AZT

O primeiro número de *Cadernos Pela Vida* reservava poucas páginas para “Notícias sobre o AZT”, a zidovudina, primeiro medicamento aprovado anos antes, em 1987, mas que se tornava, em pouco tempo, ineficaz para controlar o HIV organismo.

O HIV revelava-se difícil de ser aniquilado. Por um lado, ataca células imunitárias chamadas células T auxiliares, que normalmente protegem contra invasores como o HIV. Se um número grande de células T for destruído, nosso corpo fica indefeso contra o próprio vírus e outras infecções “oportunistas”.

O HIV é um retrovírus, muito diferente dos vírus que causam gripe ou resfriado. Um retrovírus é mais eficiente em enganar as células hospedeiras do corpo para que façam múlti-

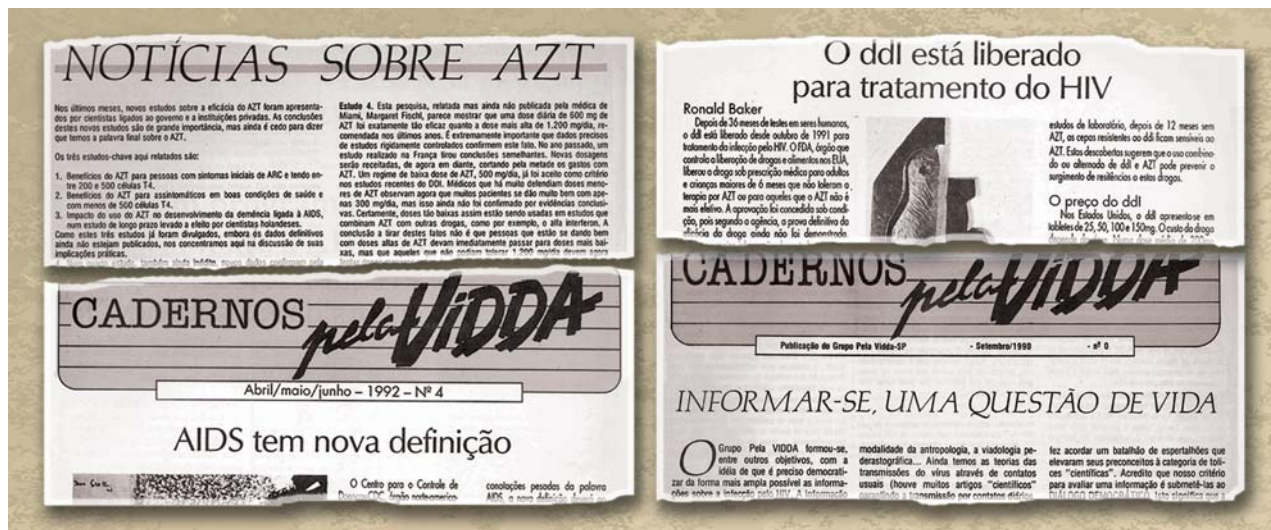
plas cópias de si mesmo e causem infecção.

Nos anos seguintes à chegada do AZT novos medicamentos surgiram – como DDI e DDC –, mas também apresentavam um alto risco de os pacientes desenvolverem resistência a eles.

As opções limitadas de tratamento contribuíram para elevadas taxas de mortes relacionadas com o HIV ao longo da década de 1980 e início da década de 1990.

A REVOLUÇÃO NO TRATAMENTO

Em meados da década de 1990, os cientistas descobriram que combinar vários medicamentos de diferentes classes era mais eficaz no tratamento do HIV do que usar apenas um ou dois medicamentos de ação limitada.



Esta abordagem de tratamento combinado, que incluía a revolucionária classe dos inibidores da protease, ficou conhecida como terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). Contribuiu para a primeira grande queda nas mortes relacionadas com o HIV, que diminuíram em quase 50% no mundo entre 1995 e 1996.

Hoje existem mais de 30 medicamentos para tratar o HIV, que tentam evitar que novas células sejam infectadas. São diversos tipos de medicamentos que atuam de formas diferentes, sempre com o objetivo de alcançar uma “carga viral indetectável” – nível muito reduzido de HIV circulando no sangue.

Em síntese, o arsenal disponível atualmente funciona assim:

O HIV fixa-se a uma célula CD4. As células CD4 são uma parte importante do nosso sistema imunitário, o sistema de defesa do corpo. Os medicamentos denominados “inibidores de entrada” tentam impedir que isso ocorra.

Dentro da célula, o HIV altera a sua estrutura. Os medicamentos que ten-

tam evitar que isso aconteça são os inibidores da transcriptase reversa.

O HIV “esconde-se” no interior da célula. São os “inibidores da integrase” que invadem esse esconderijo.

O HIV tem alto poder de replicação. Os “inibidores da protease” impedem que isso aconteça.

ESQUEMAS PREFERENCIAIS

No Brasil, o esquema inicial para o tratamento da infecção pelo HIV deve incluir três medicamentos ARV, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e um terceiro de outra classe: um inibidor da integrase (INI), um inibidor da protease potencializado com ritonavir (IP/r) ou um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN). O esquema deve ser administrado em dose única diária.

Atualmente o esquema preferencial para início de tratamento é a associação de tenofovir com lamivudina e dolutegravir.

Os medicamentos antirretrovirais mais recentes apresentam menos

efeitos colaterais do que as opções mais antigas.

Hoje, as pessoas com HIV devem receber tratamento por toda a vida, para atingir e manter uma carga viral suprimida ou indetectável. Mesmo quando o vírus é indetectável e intransmissível, pequenas quantidades dele permanecem escondidas no corpo e podem aumentar para níveis detectáveis se o tratamento é interrompido.

Os cientistas estão esperançosos e continuam desenvolvendo e testando novos tratamentos e vacinas para o HIV. Vários caminhos vêm sendo explorados, incluindo abordagens para erradicar totalmente o vírus do corpo. A estratégia de “choque e morte”, por exemplo, é um foco de investigação que envolve medicamentos visando a ativação de reservatórios latentes de HIV, buscando eliminar completamente o vírus. Um dos grandes desafios aqui, no entanto, é identificar e atingir eficazmente todos os reservatórios virais.

A terapia genética é outro caminho que vem sendo explorado. A tecnologia CRISPR/Cas9 mostrou-se

Novidades dos antirretrovirais

A recente edição, em 2024, da Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI), tradicional reunião científica internacional sobre tratamento da aids, trouxe farta evidência de que a medicação injetável contra o HIV revelou-se tão eficaz na manutenção da supressão viral quanto o tratamento antirretroviral oral padrão.

Já liberado nos Estados Unidos e Europa o esquema utilizado combina os medicamentos cabotegravir (um inibidor da integrase) e rilpivirina (um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo).

Além do tratamento injetável de ação prolongada, foi discutido na Conferência o tratamento oral também de ação prolongada contra o HIV. Lenacapavir e islatravir, juntos, uma vez por semana apenas, podem manter o HIV suprimido de forma tão eficaz quanto os comprimidos diários.

Ainda sobre o lenacapavir, é raro em qualquer área da medicina que um ensaio de um novo medicamento possa reportar 100% de eficácia. Mas foi isso que aconteceu em junho de 2024, quando a Gilead Sciences anunciou que não foram observadas infecções

pelo HIV entre 2.134 mulheres jovens e adolescentes na África do Sul e em Uganda que receberam injeções semestrais de lenacapavir, neste caso como profilaxia pré-exposição (PrEP). Zero infecções, para sublinhar a divulgação da própria Gilead, significa 100% de eficácia, pelo menos neste estudo específico.

Como a eficácia do lenacapavir foi comprovadamente superior aos medicamentos de PrEP orais diários usados como comparações, o Comitê de Monitoramento de Dados do estudo ordenou o encerramento antecipado do estudo.

► promissora no direcionamento e remoção do DNA do HIV das células infectadas. Esta abordagem, se aperfeiçoada com sucesso, poderá potencialmente eliminar a necessidade de terapia antirretroviral ao longo da vida.

A remissão do HIV induzida por células-tronco tem sido relatada em alguns casos. No entanto, a natureza invasiva, complexa e arriscada deste

procedimento médico ainda não é vista como uma estratégia viável para atingir milhões de pessoas que vivem com o HIV em todo o mundo.

Todo o progresso no tratamento da aids registrado nas últimas décadas fez com que as pessoas com HIV tenham a mesma expectativa de vida das pessoas sem a infecção.

Contudo, há populações desproporcionalmente afetadas pelo HIV, no

Brasil e no mundo, que enfrentam estigma, barreiras sociais e estruturais, não se beneficiando do tratamento.

Conseqüentemente, o objetivo final de acabar com a epidemia da aids não será plenamente alcançado apenas com a descoberta de novos tratamentos.

Dependerá de maior financiamento e de eliminação das desigualdades no acesso à saúde. ■

Referências

- Haris, Muhammad, and Rizwan Abbas. "Four Decades of HIV: Global Trends, Testing Assays, Treatment, and Challenges." *Zoonoses* 4.1 (2024): 997.
- Ghosh, Arun K. "Four decades of continuing innovations in the development to fanti retroviral therapy for HIV/AIDS: Progress to date and future challenges." *Global Health & Medicine* 5.4 (2023): 194-198.
- Landovitz, Raphael J., Hyman Scott, and Steven G. Deeks. "Prevention, treatment and cure of HIV infection." *Nature Reviews Microbiology* 21.10 (2023): 657-670.



Vacina preventiva: a busca contínua

Apesar de quatro décadas de esforços, as vacinas desenvolvidas com abordagens tradicionais não conseguiram impedir a infecção do HIV.

Como o vírus sofre mutações rapidamente e se esconde do sistema imunitário, são necessárias estratégias de vacinação mais sofisticadas e pesquisas mais demoradas.

Uma nova estratégia, conhecida como "direcionamento à linha germinal", utiliza uma série de vacinas, iniciais e de reforço, para treinar as células B, que são a fábrica de anticorpos do sistema imunitário.

As vacinas preventivas tradicionais ensinam o sistema imunológico a combater invasores que ainda não surgiram. As células B produzem anticorpos que neutralizam

diretamente o invasor ou acionam defesas imunológicas adicionais.

Por que ainda precisamos de uma vacina?

Hoje, mais do que nunca, mais pessoas com HIV têm acesso aos antirretrovirais que salvam vidas. Quando as pessoas com HIV tomam medicamentos conforme prescrito, obtêm e mantêm uma carga viral indetectável, vivem normalmente e saudáveis, e não transmitem o HIV aos seus parceiros sexuais.

Além disso, as pessoas sem HIV podem se beneficiar da profilaxia pré-exposição (PrEP), medicamentos utilizados para prevenir a infecção.

No entanto, infelizmente, milhões de novas infecções ocorrem todos os anos no mundo. Para controlar e, em última análise, acabar com o

HIV em nível mundial, precisamos de um poderoso conjunto de ferramentas de prevenção, que sejam amplamente acessíveis a todos os que delas possam beneficiar.

Historicamente, as vacinas têm sido o meio mais eficaz para prevenir e até erradicar doenças infecciosas. Elas previnem doenças, incapacidades e mortes. Tal como as vacinas contra a varíola e a poliomielite, uma vacina preventiva contra o HIV poderia ajudar encurtar o caminho para erradicar a aids no mundo.

Mesmo que uma vacina proporcione uma proteção inferior ao total de pessoas vacinadas, ainda poderá ter um grande impacto nas taxas de transmissão e ajudar a controlar a pandemia, especialmente junto às populações mais afetadas pela aids.

DoxyPEP, o uso de doxiciclina para evitar ISTs

Tomar o antibiótico doxiciclina em dose única de 200mg até 72 horas após o sexo parece ter reduzido a incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em São Francisco, de acordo com pesquisadores que apresentaram os primeiros dados do “mundo real”, na CROI 2024.

A pauta já vinha repercutindo no mundo todo e criou demandas, por exemplo, até em consultórios afortunados de São Paulo, onde, segundo os médicos,

pacientes chegam com essa solicitação. Mas ainda há questões controversas sobre o recurso.

Em outubro de 2022, São Francisco foi a primeira cidade no mundo a recomendar a profilaxia pós-exposição com doxiciclina, ou doxy PEP, para homens gays e bissexuais e pessoas trans. No ano seguinte, os casos de clamídia diminuíram acentuadamente e a sífilis também diminuiu, mas houve pouco declínio na gonorreia.

Os resultados da prática clínica e das análises populacionais são consistentes com os resultados de ensaios

clínicos recentes, sugerindo que o doxyPEP já teria impacto na incidência de IST. “Não é frequente na saúde pública que haja vigilância a nível populacional em concordância com a prestação de serviços clínicos e com os resultados dos ensaios clínicos, tudo ao mesmo tempo”, disse o presidente do CROI, professor Landon Myer, da Universidade da Cidade do Cabo, numa coletiva de imprensa. “Isso, na minha opinião, encerra o caso”, finalizou.

Em junho, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) publicou, nos

Estados Unidos, diretrizes clínicas sobre aconselhamento de pacientes para uso de doxy PEP para prevenção de IST. A recomendação é que os profissionais de saúde discutam a doxy PEP com todos os gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais com histórico de pelo menos uma IST bacteriana (sífilis, clamídia, gonorreia) nos últimos 12 meses. Se oferecerem doxyPEP, os profissionais de saúde devem prescrever uma receita para autoadministração de 200 mg de doxiciclina dentro de 72 horas após o sexo.

OMS alerta para o aumento de casos de sífilis

Relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para o aumento dos casos de sífilis nos países do continente americano. De acordo com o documento, o crescimento foi de 30% entre 2020 e 2022.

Em 2022, o número de casos chegou a 8 milhões ao redor do mundo. Nesse cenário, as Américas se destacam, segundo a OMS. Foram registrados 3,37 milhões de infectados no continente, o que representa 42% de todos os novos casos de 2022. Isso significa uma incidência de 6,5 casos por mil habitantes.

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que tem cura, mas se não for diagnosticada e tratada,

pode causar complicações. A doença se apresenta nos estágios primário, secundário, latente e terciário. Nos estágios primário e secundário, a possibilidade de transmissão é maior, via relação sexual com uma pessoa infectada.

Em 2021, foram registrados no Brasil mais de 167 mil novos casos de sífilis adquirida. Até junho de 2022, foram registrados no país 79.587 casos de sífilis adquirida, 31.090 casos de sífilis em gestantes e 12.014 casos de sífilis congênita.

O teste rápido de sífilis está disponível nos serviços de saúde do SUS, sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em no máximo 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. Para prevenir a sífilis, é fundamental o uso de preservativo. É a única forma de evitar a doença.

Estudo descarta vacina para gonorreia

A análise completa do estudo francês Doxy VAC, sobre infecções sexualmente transmissíveis, frustrou esperanças de uma vacina contra gonorreia, de acordo com o resultado apresentado na CROI 2024.

Há um ano, os resultados provisórios do estudo Doxy VAC aumentaram a esperança de que, ao combinar a profilaxia pós-exposição (PEP) com o antibiótico doxiciclina (doxyPEP) com uma vacina candidata contra a gonorreia, os casos das três mais importantes infecções bacterianas sexualmente transmissíveis poderiam ser substancialmente reduzidos em homens gays e bissexuais.

A análise final do estudo, no entanto, apresentada pelo professor Jean-Michel

Molina, do Hôpital St Louis em Paris, encontrou menor eficácia contra a gonorreia tanto no doxyPEP como nos receptores da vacina, e um aumento na resistência à doxiciclina entre os utilizadores de PEP que contraíram gonorreia. Isto parece limitar a utilidade destas medidas preventivas contra a gonorreia.

A fase randomizada do estudo DoxyVAC foi interrompida no início de setembro de 2022, após o anúncio dos resultados do estudo DoxyPEP. Este estudo nos EUA relatou uma eficácia global de 66% da doxiciclina PEP contra as três IST – clamídia, sífilis e gonorreia – e este número principal é frequentemente citado como a eficácia global da doxyPEP.

Fonte:
aidsmap.com

PRECISAMOS VOLTAR A FALAR DE AIDS NO BRASIL

Uma epidemia concentrada onde há estigma, discriminação e desigualdades sociais só piora com o crescimento da extrema-direita, diz a professora, pesquisadora e médica infectologista Beatriz Grinsztejn, primeira mulher latino-americana a ocupar a presidência da International AIDS Society

“É muito pequeno diante da demanda”, diz a professora Beatriz Grinsztejn, em entrevista a *Cadernos Pela Vidda*, sobre o uso da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) no Brasil. Ela lamenta que, apesar de ser uma política pública, disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), o recurso ainda seja desconhecido justamente por boa parte das pessoas que mais poderiam dele se beneficiar. “A falta de informação é uma questão seríssima, nós deixamos de falar de HIV da forma que deveríamos. Discutir, expandir essa discussão, falar de HIV nas escolas, por exemplo, é fundamental.”

Médica infectologista, pesquisadora, chefe do laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), Beatriz Grinsztejn foi eleita presidente da International AIDS Society (IAS), a maior e mais prestigiosa associação de profissionais da área e que reúne mais de 12 mil pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e representantes de movimentos sociais de 170 países que trabalham em todas as frentes na busca da redução global do impacto do HIV.

Eleita para a gestão 2024-2026, Beatriz Grinsztejn é a primeira

mulher da América Latina a ocupar o cargo desde que a IAS foi fundada, em 1988.

No Brasil, Beatriz coordenou o estudo sobre Profilaxia Pré-exposição Injetável utilizando o cabotegravir de ação prolongada, um antirretroviral da classe dos inibidores da integrase, que se mostrou eficaz em prevenir a infecção pelo HIV.

A nível global, a pesquisadora conduziu o ensaio clínico HPTN 083 em parceria com Raphael Landovitz, professor associado da Divisão de Doenças Infecciosas da David Geffen School of Medicine, na Universidade da Califórnia, em Los Angeles (UCLA). Esse foi um dos estudos que serviu de base para o registro do cabotegravir injetável para prevenção do HIV no Food and Drugs Administration (FDA), nos Estados Unidos.

“O cabotegravir foi avaliado em dois ensaios clínicos de fase III. O primeiro foi o HPTN 083, que aconteceu em 43 centros de pesquisa em sete países. No Brasil, tivemos centros no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. O outro estudo foi o HPTN 084, realizado em países na África subsaariana. Em ambos os estudos para



Foto: Paula Reges/Divulgação Fiocruz

Dra. Beatriz Grinsztejn

diferentes populações vulneráveis, o cabotegravir se mostrou altamente eficaz na prevenção do HIV”, explicou a pesquisadora ao portal da Fiocruz.

As pesquisas foram realizadas no âmbito da rede de pesquisa HIV Prevention Trials Network (HPTN) com financiamento do National Institute of Allergy and Infectious Diseases/National Institutes of Health (NIAID/NIH) dos Estados Unidos.

“No Brasil, temos duas patentes reconhecidas, uma para a substância e outra para a formulação injetável e ainda estamos amarrados ao preço que o fabricante está oferecendo para o país, em negociação ainda não finalizada”, diz a doutora Beatriz Grinsztejn, que nos concedeu a entrevista a seguir.

Cadernos Pela Vidda Qual é, hoje, o papel de uma entidade científica tão emblemática como a IAS e quais são os principais desafios da entidade neste momento?

Beatriz Grinsztein A IAS é uma sociedade muito potente que engloba e representa pessoas que trabalham e lidam com o HIV em diversos países. Tem as missões de educar, congregar e fazer *advocacy* [N. da R.: gerar mudanças que transformem a vida de indivíduos e comunidades]. A atuação da associação não se restringe às conferências científicas que produz – e que são o principal produto da IAS. Há várias atividades em que esses propósitos são trabalhados. Com o *Educational Fund*, por exemplo, realizamos eventos educacionais em lugares onde as pessoas não têm a chance de ir às conferências e o estigma e a discriminação são ainda mais presentes. É um trabalho fundamental neste momento, quando o mundo parece cada vez mais segregado.

O fato de ser a primeira mulher latino-americana a ocupar lugar tão prestigioso aumenta a responsabilidade da sua gestão?

Na minha trajetória como pesquisadora, sempre procurei trabalhar com populações mais vulneráveis. Trabalho como médica e estive na militância continuamente. Uma questão extremamente importante para mim e para a presidência da IAS é integrar, educar e atingir os mais vulneráveis. Em uma sociedade como a IAS, é possível fazer isso em outra escala. Da perspectiva pessoal, vejo desta forma. E creio que é importantíssimo para a América Latina, que ainda tem uma representação pequena na IAS. So-

mos de uma região em que a epidemia do HIV está longe de ser resolvida. Ao invés de diminuir, como tem acontecido em outras regiões do mundo, as nossas novas infecções ainda estão crescendo. É pertinente que estejamos representados porque temos características muito específicas. Uma epidemia concentrada em países em que o estigma e a discriminação são altíssimos, onde as desigualdades sociais são gigantescas e só pioram com o crescimento da extrema-direita – o que não é uma questão só da América Latina. Nesse sentido, é um contexto que se assemelha ao resto do mundo, o que é profundamente impactante para as minorias. É significativo também pelo fato de eu ser lésbica. Não conheço nenhuma outra assumidamente lésbica que tenha sido presidente da IAS. Isso para além do fato de ser mulher.

Quais são as suas prioridades na presidência?

Trabalhar cada vez mais para quem tem menos é fundamental e é uma prioridade da IAS.

Mais de quarenta anos depois do aparecimento da doença, como está a luta contra a aids hoje?

Avançamos muito na questão do tratamento e em relação à prevenção. Quando tudo isso começou, como seria possível imaginar que teríamos esquemas antirretrovirais como resposta com eficácia e efetividade tão altas? Quando é que podíamos imaginar a possibilidade de ter um medicamento antirretroviral para tratamento que fosse de longa ação, ou seja, a pessoa usa a cada mês ou a cada dois meses? Quando é que podíamos supor que usaríamos antirretro-

virais para prevenção do HIV? A PrEP é um avanço enorme. Então, o que falta? Que essas alternativas realmente cheguem de fato até às pessoas. Temos, no mundo, um quantitativo absurdo – mais de 9 milhões de pessoas – que não tem acesso ao tratamento antirretroviral. Nenhum acesso. É chocante, mas não podemos nos deixar paralisar por isso. Como agravante, entre esses milhões de indivíduos, a proporção de vulneráveis ainda é muito grande. Isso para o tratamento e para PrEP, embora você possa avançar com a PrEP injetável agora. Outras modalidades de PrEP de longa ação estão por vir e cada vez esse fosso aumenta mais. Mas tem que ter esperança porque, senão, não conseguimos continuar trabalhando.

Como avançar diante dessa situação?

São questões complexas e muitas vezes permeadas pela discriminação. Ainda há muitos países com leis discriminatórias e punitivas. Ser gay hoje em muitos países da África, por exemplo, significa que você pode ser morto. Há vários outros países em que pode-se, no mínimo, ser preso por este mesmo motivo. Na medida em que movimentos ultra conservadores se expandem, os direitos são cada vez mais confiscados. Num país grandioso como os Estados Unidos, com uma economia impressionante, a população trans está dia a dia perdendo direitos. Em vários estados, perdeu-se, por exemplo, o acesso a hormônios. E os próprios médicos e equipes de saúde que acolhem essas pessoas são discriminados e perseguidos. As pessoas são segregadas e privadas das alternativas que estão disponíveis, do tratamento ▶

► “Com mais de nove milhões de pessoas no mundo hoje sem acesso ao tratamento, é difícil falar de um fim da epidemia.”

e resposta ao tratamento. Veja a noção de **“indetectável = intransmissível”**. Isso é algo que deveria ser acessível a todo mundo, mas não é. O uso de PrEP ainda é insuficiente em relação às projeções para que ela possa, de fato, causar o impacto possível. É lógico que já existe impacto – e isso já foi demonstrado em cidades como São Francisco e Londres ou em países como a Austrália –, com resultados muito consistentes. A própria cidade de São Paulo tem resultados da PrEP na diminuição das novas infecções, mas a capital paulista infelizmente não é o Brasil, que tem situações extremamente diversas, onde o acesso é muito pior. Existem as barreiras do uso. As pessoas mais vulneráveis não são bem vistas, não são bem acolhidas no serviço médico em geral.

A pauta moralista de governos recentes foi uma ameaça adicional para o Brasil?

Conseguimos manter minimamente as políticas de prevenção durante o governo Bolsonaro, o que foi praticamente um milagre. Temos que nos apropriar e nos empoderar a partir disso porque foi, sim, um marco importante. No momento atual permanece um certo silêncio, o que, a meu ver, é uma temeridade. Por que não conseguimos ainda voltar a falar, ter a liberdade de expressão para fazer campanhas para essas populações mais vulneráveis, falar com elas de forma mais explícita. Nem

no momento atual, em um governo progressista na medida do possível, podemos resgatar isso.

E temos dificuldades de falar com as novas gerações, não?

As pessoas mais jovens, entre 18 e 24 anos, formam a faixa etária em que se concentra o maior número de novas infecções no Brasil. Elas não vão ao médico. É uma outra relação com a saúde e é uma geração que não tem a memória do que foi a epidemia, embora seja importante lembrar que não mudou ainda o cenário da apresentação tardia. 30% dos novos casos de HIV no Brasil ainda são diagnósticos tardios, com contagem de células CD4 abaixo de 200 e ainda persistem infecções oportunistas.

A testagem não devia estar mais massificada no Brasil?

A testagem é a porta de entrada. Apesar de se testar mais do que se testava antes, ainda se testa muito pouco. E a periodicidade da testagem ainda é insuficiente, apesar de, no Brasil, termos inclusive o autoteste sendo distribuído gratuitamente, o que é um excelente mecanismo de possível expansão. É importantíssimo aumentar o uso do autoteste e de serviços como os que estão sendo implementados em São Paulo. A PrEP disponibilizada numa estação de metrô, por exemplo, é sensacional. O aplicativo em que você pode receber as prescrições e instruções da PrEP, como é feito pela Secretaria Municipal de Saú-

de de São Paulo, é extraordinário. São exemplos de como você pode ampliar o uso da PrEP porque essas pessoas das quais falamos, mais vulneráveis, menos escolarizadas, pardos e pretos, têm mais dificuldades de acesso aos serviços. Quando você dá opções de uso, outras formas de atendimento, você consegue atingir quem têm mais dificuldade de chegar ao serviço.

O que pensa sobre metas e visões otimistas que falam do fim da aids?

Com mais de nove milhões de pessoas no mundo hoje sem acesso ao tratamento, é difícil falar de um fim da epidemia. Além disso, também fomos muito impactados pela pandemia de covid 19, em vários sentidos. Menos pessoas começaram a ser tratadas, menos pessoas foram testadas, muitas abandonaram o tratamento e foram desengajadas do cuidado. São aspectos importantes porque a pandemia de covid teve um efeito devastador que ainda não foi totalmente dimensionado.

Quais são, na percepção da senhora, as principais lacunas da resposta brasileira à aids atualmente?

A questão fundamental é que não se fala de aids no Brasil. O governo com o qual tivemos que lidar foi devastador, não só para a aids como para muitas outras áreas. E infelizmente seguimos com uma das características que foi muito ruim. Não se fala de aids. Não se vê uma campanha em que a informação possa ser disseminada. A falta de informação é uma questão seríssima e nós continuamos não podendo falar de HIV da forma que deveríamos. Falar de HIV nas

escolas, um lugar em que se deveria falar e, mais importante, discutir, expandir a discussão. Falar com os adolescentes. É extremamente importante que eles sejam educados sobre o assunto e boa parte deles está na escola. São ações de conscientização da população de que a aids continua existindo. Porque, agora, existe o imaginário, primeiro, de que a aids não existe mais. Segundo, de que se pode lidar com ela. Claro que se pode lidar com o HIV, mas há uma série de questões que vêm junto que poderíamos dar respostas de uma forma mais efetiva. É absurdo que não se fale de aids no Brasil.

Como mudar isso?

É preciso desbravar caminhos, investir para descobrir quais são as melhores alternativas. O problema é que se você não fala do assunto, se a pessoa não tem percepção de risco, a necessidade de testar não se concretiza. Por isso, a testagem tem que ser mais normalizada, massificada, mesmo entre os que não se veem sob risco. Testar mesmo não se vendo sob risco é o primeiro ponto. O segundo é educar para entender que eventualmente pode-se, sim, estar sob risco – e ainda não ter entendido isso. Então, faltam um programa de comunicação e um programa de educação, primordialmente na escola, que é onde se vai atingir os mais jovens, a faixa onde a maior parte das infecções está acontecendo.

Há referências bem-sucedidas que possam nos inspirar?

A República Dominicana, por exemplo, tem um programa de prevenção excelente, que inclui comunicação com públicos diferentes. Muitas vezes há exemplos que

“É importantíssimo ampliar o uso do autoteste e facilitar o acesso à PrEP não só em mais serviços de saúde mas em locais como uma estação de metrô, por exemplo.”

funcionam. Neste caso, num país pequeno, com todas as dificuldades inerentes, mas em que se consegue ter uma boa política de aids, que atinge as populações mais vulneráveis. Na Austrália, há resultados impressionantes, de diminuição de incidência, conforme uma apresentação recente do professor Andrew Grury, que analisou os dados do país como um todo e viu o impacto da terapia antirretroviral combinada com a PrEP e como isso foi fundamental para diminuir o número de novas infecções no país. Também na Austrália, há as populações que não se consegue atingir. Entre os povos originários, os resultados são péssimos. O mesmo acontece no Canadá. Você vê resultados espetaculares na França mas não se aplicam aos imigrantes. Cada país busca alternativas para lidar com as suas populações mais vulneráveis.

Houve retração da participação comunitária tão decisiva nas duas primeiras décadas da aids?

Algo se perdeu nesta participação comunitária. Conversando recentemente com um ativista francês, ele nos falava justamente sobre o engajamento das novas gerações, também desse ponto de vista comunitário, das organizações não-governamentais. Países como a França têm um histórico de engajamento comunitário maciço. Mas eles também estão vivendo dificuldades relacionadas à sucessão. Há uma geração envelhe-

cendo e a falta de pessoas para assumir os cargos de liderança. Os mais jovens parecem não ter muito interesse em ocupar esses espaços de liderança.

Há muitas críticas sobre a demora mais recente de o Brasil incorporar medicamentos para o HIV no SUS – por exemplo, o tratamento que reduz de dois para um o número de comprimidos diários para determinados perfis de pacientes. O que pensa sobre essa situação?

Penso que temos muita coisa disponível e o primeiro ponto é que devemos valorizar o que temos ao invés de ficar só ressaltando o que não temos. E temos coisas boas. Temos um esquema de primeira linha baseado em dolutegravir, por exemplo. Poderia ser um comprimido único? Seria mais fácil? Sim, seria, mas, se ainda não é possível, tomam-se dois. Temos esquemas para resgate baseados em inibidores de protease. O Brasil conseguiu integrar o fostemsavir como uma droga nova para resgate de indivíduos sem outras opções. Antigamente incorporávamos mais rápido? Sim, mas acho que já temos hoje, com o novo governo, esse exemplo de incorporação.

Que avaliação faz do uso da PrEP no Brasil?

É pífio diante da necessidade. É uma alternativa sensacional, que está disponível como política ▶

► pública, ou seja, quantas pessoas quiserem podem acessar, mas as que mais necessitam ainda não identificam que precisam e nem falamos para elas que isso existe. O conhecimento pode fazer o desejo ser gerado, mas não se pode desejar algo de que nunca se ouviu falar. Existe a droga disponível, mas acesso é outra coisa. As pessoas mais vulneráveis sequer chegam ao sistema de saúde. E quando você olha a distribuição das pessoas em uso de PrEP no Brasil, observa que são majoritariamente homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. 55% são brancos, 10% têm entre 18 e 24 anos, 4% são mulheres trans. Já no perfil dos usuários, observa-se que os que estão sob maior vulnerabilidade não estão representados. O acesso não se dá por uma série de outras questões, determinantes sociais em saúde que não permitem que essas pessoas possam se beneficiar com o que o Sistema Único de Saúde oferece.

A PrEP tem se mostrado eficaz até agora?

Artigo publicado recentemente fez uma análise conjunta de 72 estudos, no mundo inteiro, que avaliaram a eficácia e a segurança da PrEP quando usada fora dos ensaios clínicos, pós-registro. O Brasil foi um dos países presentes

“A testagem tem que ser mais normalizada, massificada, mesmo entre os que não se veem sob risco.”

nessa análise, com dados do estudo original *PrEP Brasil*, que subsidiou a política pública brasileira, com avaliação de custo e efetividade que mostrou que PrEP no SUS é custo efetivo. Estes dados estão incluídos nessa análise e o que se confirma é que PrEP oral é extremamente efetiva, mas ela precisa ser tomada. Precisamos encontrar uma maneira de ajudar as pessoas a terem melhor adesão a PrEP. Isso também faz parte da educação que precisamos expandir, das informações que precisam ser divulgadas, disseminadas e compartilhadas.

Quais são as perspectivas para o uso da PrEP injetável no país? É uma boa alternativa?

PrEP injetável é uma outra fronteira. Vimos resultados sensacionais com cabotegravir injetável, com eficácia para prevenir o HIV 66% maior se comparada a PrEP oral. Mas para incorporar essa alternativa como política pública tem que haver preços compatíveis, o que infelizmente ainda é uma questão que impede o acesso. Um

acordo de licenciamento de genéricos entre o The Medicines Patent Pool (MPP) [N. da R: organização de saúde pública internacional fundada em 2010 para tentar facilitar o acesso a medicamentos] e a Viiv, que é a produtora da droga, prevê que três fábricas de genéricos [N. da R: Aurobindo, Cipla e Viatris] no mundo vão ser capacitadas para o desenvolvimento da formulação genérica do cabotegravir injetável de longa duração. Este acordo envolve alguns territórios e o Brasil e países da América Latina estão fora. Entretanto, muitos países no mundo e na nossa região não reconheceram a patente do cabotegravir de longa ação injetável e poderão eventualmente comprar o genérico porque não têm patente reconhecida. Não é o caso do Brasil porque nós temos duas patentes reconhecidas, uma para a substância e outra para a formulação injetável. Estamos amarrados ao preço que o fabricante está oferecendo para o Brasil, e essa negociação ainda não está finalizada. ■



SOROFOBIA



Em episódio emblemático por causa de uma fala equivocada da jornalista e apresentadora Regina Volpato, a comunicação digital e as novas gerações mostram potencial disruptivo para lidar com o estigma e a discriminação

Apesar do silêncio constrangedor e da ausência de campanhas governamentais que informem sobre o HIV e a aids no país, a revolução da comunicação digital e da sociedade em rede criou um movimento disruptivo na abordagem de temas como sorofobia, que é o preconceito e a discriminação contra pessoas que vivem com HIV, e a própria condição de viver com HIV. Muitas pessoas agora se sentem mais confortáveis trazendo a público uma informação de caráter privado, que ninguém é obrigado a compartilhar – nem a omitir/esconder, como já foi bem mais comum ao longo da história da aids.

No Brasil, em 2024, houve um episódio emblemático envolvendo a jornalista e apresentadora Regina Volpato, um dos rostos mais conhecidos da TV brasileira e uma figura pública sabidamente defensora da diversidade e da causa LGBTQIA+. Por pura desinformação, conforme admitiu depois, Regina se envolveu numa situação de sorofobia, que acabou ganhando viés didático e final feliz tamanha a repercussão. Com mais de um milhão de seguidores nas redes sociais, a apresentadora mantém um espaço em que dá sua opinião sobre assuntos pessoais aleatórios enviados pela audiência, entre dilemas amorosos, conflitos familiares, traições, paixões impossíveis e o que mais lhe perguntarem.

Um interlocutor perguntou a Regina o que ele devia fazer depois de ter tido três relações sexuais com um “boy” pelo qual tinha se apaixonado e que, só depois dessas transas, revelou ser alguém que vive com HIV. Ao emitir sua opinião, que é o propósito do espaço, Regina repreendeu a relação porque, na visão dela, a pessoa vivendo com HIV não foi correta por não ter compartilhado previamente ou por ter ocultado a informação sobre viver com HIV.

Não é bem assim, sabemos todos. Primeiro que ninguém é obrigado a informar que vive com HIV. Segundo que a escolha – ou não – de um dos métodos de prevenção disponíveis (PrEP, preservativos, PEP) é uma responsabilidade individual, de cada um, e não pode ser “terceirizada” para o parceiro/parceira sexual. Terceiro que a constatação “indetectável = intransmissível”, que é quando se faz uso de terapia antirretroviral e o HIV fica indetectável por mais de seis meses e não é mais transmissível, também é um aspecto bastante consistente e tranquilo nas relações entre casais sorodiscordantes.

O tribunal da internet imediatamente alertou Volpato sobre o “deslize” e antes que ela fosse condenada sem qualquer direito de defesa, o influenciador Lucas Raniel, que vive com HIV e fez dessa condição uma causa, da qual trata

sistematicamente nas redes e canais digitais, alertou a apresentadora e explicou, ponto a ponto, quais tinham sido os equívocos da fala dela, incluindo aí a questão do sigilo sobre viver com HIV que, entre os que preferem assim, é garantido até por lei.

Regina desculpou-se imediatamente, entendeu a gravidade do “equivoco” – atribuído por ela à desinformação e ao ímpeto da produção de conteúdo digital – e convidou Lucas para gravarem juntos um vídeo de caráter didático, explicando o que é sorofobia (veja nesta página) e tudo o que estava envolvido na fala dela, com o objetivo de colaborar com a luta contra o preconceito, o estigma e a discriminação.

Lucas tem 32 anos, é da geração dos nativos digitais, não testemunhou o aparecimento da aids e se transformou numa voz importante, que cria espaços alternativos de fala e escuta na comunidade gay. Tem 104 mil seguidores, um número considerável na era dos algoritmos e da inteligência artificial. No dia a dia, ele compartilha informações e vivências que têm acolhido muita gente e cumprido o papel de fazer, com sua experiência pessoal, uma comunicação de interesse amplo, sempre de um jeito transparente, sereno e ao mesmo tempo eloquente. Até aqui, isso era incomum e extraordinário na história da aids.

► QUESTÃO GERACIONAL

Apresentado recentemente na França, um estudo intitulado *Envelhecer com HIV*, feito com pessoas de mais de 50 anos que vivem com HIV e os profissionais de saúde que cuidam delas, revelou que um quarto dessas pessoas nunca falaram que vivem com a HIV e que pelo 17% ainda têm medo do estigma e da sorofobia.

Além de todo o peso do preconceito, que não muda do dia para noite – ou de uma década para outra – há também a questão geracional, já que o contexto da aids e do HIV mudou profundamente nos últimos vinte anos. O acesso a tratamentos altamente eficazes e bem tolerados permitiu reduzir a mortalidade e melhorar as condições de vida das pessoas que vivem com HIV. Embora esta situação seja apreciável, como observou o estudo, também dá origem ao surgimento de novas questões médicas e sociais colocadas pelo crescente envelhecimento das pessoas que vivem com o HIV.

Em contrapartida, para as novas gerações, que não viveram o começo da epidemia, a comunicação e compartilhamento de vivências parece cada vez mais importante e, em alguns nichos, é admirável ver nomes como Raniel publicando, por exemplo, o momento em que usa TARV, com objetivo evidente de estimular a adesão, e outros influenciadores como o Doutor Maravilha – o médico infectologista Vinicius Borges –, que tem 180 mil seguidores, publicando informações e dicas práticas sobre saúde e o uso de PrEP. Ainda que essa naturalidade e espontaneidade permaneçam mais associadas ao comportamento nos grandes centros, também é uma luz no fim do túnel para tentar virar a chave e lidar com a sorofobia e a discriminação. ■

O QUE É sorofobia

“Soro” refere-se à condição sorológica. Fobia é aversão. Sorofobia é a aversão à aids e às pessoas que vivem com HIV. Ao discriminar essas pessoas, estimula-se o medo, o preconceito e o estigma historicamente e equivocadamente associado à aids.

Como identificá-la

Ela aparece de várias formas. Às vezes com um olhar, sem nem uma palavra. Pode implicar em não querer contato com quem vive com HIV – no trabalho, na escola, na vida social –, no julgamento e isolamento da pessoa que vive com HIV, no abuso verbal ou no assédio, no medo do convívio, no receio de ter algum vínculo ou proximidade, como apertar a mão ou compartilhar objetos, entre outros absurdos.

Como a sorofobia impacta

Ela pode causar isolamento social, depressão, ansiedade, entre outras consequências, e interferir profundamente e negativamente na vida das pessoas que vivem com HIV, segundo a Unids. Chega, inclusive, a ser uma barreira para testagem e o tratamento. Só de pensar, a pessoa trava e não consegue lidar com a situação ou pensar na possibilidade de viver com o HIV, ainda que o tratamento esteja disponível. Em alguns países do mundo, de acordo com a Unids, as consequências são tão graves que podem impactar políticas públicas de cuidado e tratamento das pessoas que vivem com o HIV, com recusa de atendimento.

Sorofobia é crime

No Brasil, a Lei 12.984/2014, que acabou de completar dez anos, define sorofobia como crime, o que significa que quem discrimina pessoas vivendo com HIV pode ser processado. Em vários outros países do mundo, a sorofobia é ilegal e também passível de consequências judiciais.

Como combater a sorofobia

Informação, educação, diálogo, esclarecimentos sobre as formas de transmissão do HIV são essenciais para combater o estigma e a discriminação e criar ambientes e situações menos hostis, mais inclusivos e respeitosos com as pessoas que vivem com HIV e também com a aids, que historicamente sempre foi alvo de julgamentos morais e preconceitos de toda ordem. Em 2024, com o tratamento correto, pessoas que vivem com HIV, aderem ao uso dos antirretrovirais – disponíveis gratuitamente como política pública do SUS – e mantêm o vírus indetectável por pelo menos seis meses não transmitem o HIV nem em relações sexuais desprotegidas. PrEP, uso de preservativos e PEP (uso de medicamentos até 72 horas depois de uma eventual exposição ao risco) são alternativas eficientes de prevenção ao HIV e também estão disponíveis gratuitamente para quem quiser. O autoteste, com a qual se testa quando e onde quiser, também é disponibilizado gratuitamente nos serviços de saúde.

ADESÃO É FUNDAMENTAL

O uso correto dos medicamentos da terapia antirretroviral evita a multiplicação do HIV no organismo e impede que ele sofra mutações resistentes à medicação

Adesão é a palavra-chave e o fator mais importante para combater o HIV com os medicamentos da terapia antirretroviral (TARV). Aderir ao tratamento significa segui-lo exatamente da forma como foi prescrito. Ainda que pareça meio óbvia, esta recomendação é sempre importante e vale também para quem faz uso de Profilaxia pré-exposição (PrEP) ou Profilaxia pós-exposição (PEP) – durante os 28 dias do tratamento pós-exposição de risco.

O engajamento no tratamento é, segundo especialistas, tão importante quanto o esforço dos médicos e profissionais de saúde, nas equipes e programas de acolhimento, para que o paciente assuma essa responsabilidade e compartilhe as dificul-

dades que tem para aderir corretamente aos cuidados.

No Brasil, uma parceira do Sistema Único de Saúde com a ONG Aids Healthcare Foundation (AHF), que está em 44 países do mundo, inclui, de forma sistemática, esforços para o aprimoramento da adesão ao tratamento – com presença de equipes multidisciplinares da ONG no Emílio Ribas, em clínicas próprias e unidades de saúde municipais nas cidades em que está presente. Segundo Beto de Jesus, diretor da AHF Brasil, a ideia é colaborar para tentar amenizar “os enormes desafios do SUS em um país de dimensões continentais”.

“Muitas pessoas com HIV iniciam e interrompem a terapia antirretroviral algumas vezes ao longo de suas

vidas. Infelizmente, o tratamento não se dá de forma contínua, ‘linear’, para muitos subgrupos populacionais, sobretudo aqueles em situações de maior vulnerabilidade”, afirma Beto. “Buscamos entender a frequência com a qual as pessoas interrompem o tratamento e as circunstâncias em que isso ocorre, a fim de atuar nessas frentes. Estudos demonstraram que há diversos motivos para a interrupção do tratamento, relacionados a condições socioeconômicas desfavoráveis, a ser negro ou pardo, a estar desempregado e/ou em situação de rua”, afirma Beto.

O ativista lembra que questões relacionadas à saúde mental e aos transtornos por uso de substâncias também têm sido associados a interrupções de



Por que aderir ao tratamento é tão importante?

- ✓ Tomar os medicamentos todos os dias, na hora certa, evita a multiplicação do HIV, o que reduz o risco do vírus sofrer mutação, produzindo resistência aos remédios e levando ao fracasso do tratamento.
- ✓ Tomar a medicação regularmente significa que sempre haverá medicamento suficiente no organismo para manter o HIV sob controle.
- ✓ A baixa adesão ao tratamento possibilita que HIV destrua o sistema imunológico. Isso dificulta a resposta do organismo no combate às infecções e outras doenças.
- ✓ A interrupção do tratamento ou o uso incorreto da medicação pode criar resistência à droga. É quando uma bactéria, vírus ou outro microrganismo sofre mutação (muda de forma) e se torna insensível, resistente a um medicamento que anteriormente era eficaz. A resistência aos medicamentos é uma das causas do fracasso do tratamento.
- ✓ A baixa adesão ou a interrupção do uso da medicação pode provocar falha no tratamento, que é quando a terapia antirretroviral (TARV) não consegue controlar a infecção pelo HIV.

Questões relacionadas à saúde mental e aos transtornos por uso de substâncias também têm sido associados a interrupções de tratamento de HIV

▶ tratamento de HIV. A idade, o gênero e a orientação sexual podem estar relacionados a taxas de abandono maiores ou menores. “Equipes multidisciplinares podem atuar melhor frente aos vários fatores associados à interrupção do tratamento”, afirma Beto.

“O SUS monitora as perdas de seguimento, mas devemos sempre nos lembrar que há diferenças regionais importantes no Brasil e que a rede de saúde pode se apresentar menos organizada em algumas localidades. Um país do tamanho do Brasil se depara com diferenças regionais acentuadas. Por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste, constam grandes vazios assistenciais crônicos”, ele declara.

Nas cidades em que a AHF Brasil

mantém parcerias, a ONG atua com recursos humanos, a exemplo da figura dos “navegadores-vinculadores” ou agentes de vinculação e retenção, que têm se mostrado essenciais ao aprimoramento da manutenção do tratamento. “Alguns serviços ou profissionais podem estar sobrecarregados e o agendamento de consultas acaba por se tornar um entrave, resultando em baixa vinculação ao serviço e início tardio de tratamento. O aconselhamento e o início da terapia, no mesmo dia ou em até sete dias, mantendo-se o vínculo emocional e técnico com o indivíduo recém-diagnosticado, podem aumentar o ‘senso de esperança’ e o otimismo, bem como podem aumentar a chance de vinculação ao serviço de saúde”, diz Beto. ■

Por que não fazer o tratamento adequado é tão arriscado?

✓ Os níveis dos medicamentos no sangue não vão ser elevados o suficiente para combater eficazmente o HIV e o vírus será capaz de se replicar.

✓ A carga viral aumenta e a contagem de células CD4, que é o indicador importante da saúde do sistema imunológico, diminui. Esta situação eleva as probabilidades de ficar doente por causa do HIV.

✓ O HIV pode desenvolver resistência a um ou mais medicamentos. As cepas de HIV que se reproduzem quando você está em tratamento para o HIV podem ser resistentes aos medicamentos. A resistência pode significar que o tratamento não vai funcionar de forma eficaz.

✓ O HIV também pode se tornar resistente a medicamentos semelhantes aos que se está tomando atualmente – ou seja, da mesma “classe” de medicamentos. Isto é chamado de resistência cruzada e o risco varia entre as diferentes classes de medicamentos para o HIV.

✓ A carga viral aumenta até um nível em que se pode transmitir o HIV a um parceiro sexual – se não usarem camisinha ou se o parceiro não estiver em profilaxia pré-exposição (PrEP).

✓ Pode ser necessário mudar a medicação para o HIV. O novo tratamento pode ser mais difícil de tomar do que a combinação que estava usando antes, com mais ou novos efeitos colaterais.

CRD agora também oferta PrEP e PEP

O Centro de Referência e Defesa da Diversidade Brunna Vallin, o CRD, na região central de São Paulo, que é administrado pelo grupo Pela Vidua em parceria com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), agora também é uma unidade dispensadora de PrEP e PEP, as profilaxias pré e pós-exposição, cujas eficiências também dependem fundamentalmente da adesão de quem faz o uso dessas alternativas de prevenção.

“O que tenho percebido – e que pode dar alguma ideia de como vai ser a aderência ao uso de PrEP – é que os usuários costumam frequentar o CRD para várias atividades. Além das demandas do projeto Transcidadania, há os que são frequentadores assíduos do centro ou que a equipe que está em campo costuma encontrar com alguma frequência. Parece-me um serviço mais próximo da comunidade. É como se CRD fosse até o ‘cliente’. Isso não só aumenta o acesso como deve colaborar para uma melhor aderência”, afirma o médico Adriell Ramalho Santana, que atende no CRD.

Santana cita episódio recente que ilustra a agilidade possível por causa dessa inserção do CRD na comunidade. No mesmo dia em que um potencial usuário que procurava informações acerca de prevenção de HIV e ISTs foi abordado por uma equipe que estava em campo, na avenida São João, ele revelou seu interesse por PrEP e, poucas horas depois, realizou uma consulta da qual já saiu com os medicamentos para os próximos 30 dias. “Não é uma pessoa inacessível para o serviço e o que se supõe é que ela vai continuar sendo tocada de alguma maneira, seja na área de prevenção ou por outros serviços que o CRD oferece”, afirma o médico.

SEXO QUÍMICO

O uso de substâncias psicoativas para prática sexual implica, entre outros, em riscos aumentados na transmissão de ISTs e HIV

Sexo com uso de substâncias, sexo químico ou *chemsex* – uma junção, em inglês, das palavras *chemical* e *sex*. Para quem ainda não sabe, essas expressões definem a prática sexual com uso de substâncias como cocaína, quetamina, ecstasy, LSD, GHB, Crystal (metanfetamina) e o *poppers*, que é um vasodilatador, entre outras. Cada uma de um jeito, essas substâncias potencializam e/ou prolongam a sensação de prazer durante o ato sexual e acabaram, nos anos de 2010, se popularizando entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Pelo risco aumentado que representa na transmissão do ISTs e HIV, o sexo químico também virou uma questão de saúde pública no Brasil e no mundo. Por isso, requer atenção e cuidados. Segundo especialistas e profissionais de saúde, é um tema que demanda condutas cautelosas, especialmente durante as consultas médicas de pessoas vivendo com HIV.

“Sexo e drogas não são assuntos racionais. Lidam com emoções, traumas, desejos. Na abordagem em processos educativos, por exemplo, é preciso apresentar dados objetivos e instruir as pessoas para que essas informações eventualmente fortaleçam o lado racional. Nesse contexto, há utilizações que seriam ‘mais seguras’. O GHB, por exemplo, é uma substância cujo uso precisa ser dosado, controlado. Se passar da dose, a pessoa colapsa, perde a consciência, pode ter uma

obstrução respiratória. Esse tipo de risco é diminuído se forem respeitados uma dose máxima, o número de gotas, e um intervalo de tempo mínimo entre as doses”, exemplifica o médico Carué Contreiras, que participa, junto com outros profissionais de saúde, da elaboração, no Centro de Referência e Treinamento IST/Aids de São Paulo, de um protocolo para estruturar uma rotina de atendimento a pacientes que praticam sexo químico. “São novas realidades e ainda estamos descobrindo ferramentas para as melhores abordagens”, afirma Contreiras, que apresentou, na Jornada Pós-CROI 2024, em São Paulo, a aula-painel “Perigos futuros: a intersecção do HIV e do uso de substâncias”.

No uso das redes sociais e aplicativos de busca por sexo casual, quem procura experiências de sexo com uso de substâncias, também frequente em baladas, costuma identificar essa especificidade no perfil com o qual se apresenta. O uso de qualquer substância psicoativa invariavelmente implica em riscos e algumas drogas aumentam as chances de AVC e de infarto, lesões cardiovasculares e provocam dependência física e psicológica – a pessoa só quer sexo se houver droga associada, por exemplo. Além do risco de overdose, já que o uso regular cria resistência e a demanda de consumir cada vez mais em busca dos efeitos

desejados, há a questão das outras comorbidades do indivíduo.

Reportagem publicada em abril na revista *Gay Times* analisou os números do governo britânico e sugere que pelo menos mil pessoas morreram devido a possíveis danos relacionados ao sexo químico na última década. “Chemsex é um mundo muito secreto”, disse o paramédico Peter Kingsley, do serviço de ambulância de Londres. A revista ouviu também o especialista em saúde mental Daniel Phillips, que identificou genericamente dois tipos de adeptos de *chemsex* nas chamadas que a equipe costuma atender. “Há os que desmaiam e se recuperam de uma overdose e aqueles que se destruíram absolutamente com o uso problemático de drogas e estão em um estado de dependência crônica e psicose induzida por drogas”.

No Brasil, ainda não há dados ou pesquisas sobre o *chemsex*, termo usado pela primeira vez há dez anos pelo ativista David Stuart em um artigo intitulado *Sexualised drug use by MSM (men who have sex with men)* [Uso sexualizado de drogas por HSH - homens que fazem sexo com homens, em livre tradução]. “De tempos em tempos, há sempre novas substâncias, problemas mais agudos, além dos riscos de overdoses, suicídios e psicoses”, lembra o médico Contreiras. Controverso e cada vez mais importante, o tema do sexo químico merece atenção, cuidados e discussão na comunidade gay, lembrando que para reduzir os riscos de ISTs, o ideal é não abrir mão das estratégias de prevenção disponíveis, entre elas, o uso de preservativos, PrEP, PEP e vacinas contra a hepatite A, B, meningite e HPV. ■

mostra



Fotos: Eduardo Ortega/Divulgação Masp

A arte do ativismo

Exposição resgata atuação de coletivo nova-iorquino formado por “um bando de indivíduos unidos na raiva e comprometidos a explorar o poder da arte para acabar com a crise da aids”

26

CADERNOS PELA VIDA – n.º 55 – Especial 35 Anos Grupo Pela Vida

Envolver as comunidades afetadas é essencial para uma resposta bem-sucedida ao HIV e, na perspectiva histórica, o papel da comunidade gay sempre foi determinante desde os primeiros momentos da doença, há quarenta anos.

A mostra *Gran Fury: arte não é o bastante*, exibida no MASP, em São Paulo, resgatou uma dessas atuações logo no começo da epidemia, quando não havia internet ou comunicação digital online. A exposição reúne 76 obras, entre fotocópias e impressões digitais sobre papel, que discutem os limites e os alcances da atuação de um grupo de artistas considerado referência no “ativismo artístico” das décadas de 1980 e 1990.

Na Nova York do final dos anos de 1980, o coletivo Gran Fury emergiu da organização ACT UP, de AIDS Coalition to Unleash Power – ou Coalizão da Aids para Libertar o Poder, em livre tradução – formada

por indivíduos e grupos de afinidade dedicados a tornar criticamente público o silêncio e a negligência do governo dos Estados Unidos em relação ao HIV/aids.

O coletivo produziu campanhas gráficas e intervenções públicas relacionadas à crise do HIV/aids. Abastecia visualmente o ACT UP em protestos e ações de desobediência civil que fizeram fama e história ao redor do mundo. O arquivo com os trabalhos do GranFury, que encerrou suas atividades em 1995, está no acervo da New York Public Library.

“O Gran Fury é parte de uma história ativista do uso politizado das ferramentas de comunicação e da subversão de imagens e discursos dominantes, abrindo território para o que na década de 1990 tornou-se conhecido entre coletivos de arte ativista e movimentos sociais como ‘mídia tática’, que é a produção de um novo tipo de estética por grupos e

indivíduos oprimidos ou excluídos da cultura geral, trabalhando com formas expandidas de distribuição cultural e intervenção semiótica nas ruas, valendo-se de diferentes suportes visuais”, diz André Mesquita, o curador da mostra.

O Gran Fury se autodescrevia como “um bando de indivíduos unidos na raiva e comprometidos a explorar o poder da arte para acabar com a crise da aids”. Seus integrantes – nomes com Avram Finkelstein, Donald Moffett, John Lindell, Loring McAlpin, Mark Simpson (1950-1996), Marlene McCarty, Michael Nesline, Richard Elovich, Robert Vazquez-Pacheco e Tom Kalin – recusavam-se a se assumir como artistas ou a aparecer como criadores individuais, além de evitar espaços de arte consagrados.

Arte não é o bastante, o título da exposição do MASP, é extraído da frase “With 42,000 dead, art is not enough” (Com 42 mil mortos, arte não é o bastante), de 1988, de autoria do coletivo. A sentença surgiu quando a The Kitchen, uma instituição independente de arte experimental e performance, convidou o Gran Fury para fazer a capa do calendário do espaço, que respondeu com um pôster contendo a declaração, seguida da conclusão “Take collective direct action to end the aids crisis” (Engaje-se na ação direta e coletiva para acabar com a crise da aids).

Entre as mais conhecidas ações produzidas pelo grupo está a criação *The New York Crimes* (1989), com a impressão de milhares de exemplares falsos de um jornal de quatro páginas com textos do ACT UP, contendo suas próprias notícias e gráficos. Nesse trabalho, o grupo mimetiza os elementos gráficos da capa do *The New York Times* e corrige as informações equivocadas da cobertura do tradicional jornal nova-iorquino sobre a doença. Por exemplo, a informação de que o controle do HIV já estava estabilizado.

Na época, Gran Fury e ativistas do ACT UP saíram pelas ruas de Nova York durante a madrugada, abriram as caixas do *The New York Times*, retiraram os exemplares e substituíram as primeiras páginas com o jornal falso. Ao contestar uma “fake news” de ocasião, deu o que falar obviamente.

Já em *Kissing Doesn't Kill* (Beijar não mata) (1989-90), o Gran Fury desviou o multiculturalismo das famosas campanhas da empresa italiana de roupas Benetton para exibir fotografias de três casais inter-raciais se beijando. Usava os códigos da sedução visual fashion-comercial para mudar sentidos. O pôster foi instalado como um painel nas laterais de ônibus e nas estações de metrô em São Francisco, Chicago, Nova York e Washington, nos Estados Unidos. Sua imagem, replicada também em vídeos curtos produzidos pelo coletivo, não vendia um produto, mas corrigia a interpretação equivocada do beijo como comportamento de risco. Naquela época, tamanho o pânico, a saliva era vista como um fluido supostamente capaz de transmitir o HIV.

“O outdoor não publicitário de *Kissing Doesn't Kill* efetua o que, na década de 1990, popularizou-se como *culture jamming* (interferência cultural) por meio da subversão, manipulação ou rompimento simbólico das mensagens publicitárias na mídia e no espaço urbano”, explica Mesquita.

A garantia do cuidado e do respeito a todas as pessoas com HIV foi endereçada em um cartaz com a frase *All people with AIDS are innocent* (Todas as pessoas com aids são inocentes)

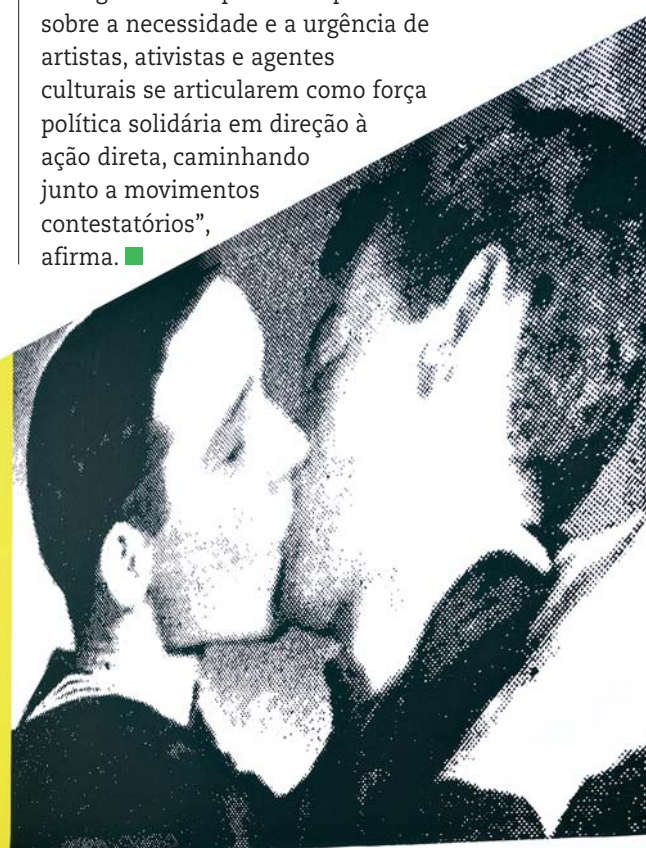
(1988), quebrando o paradigma moral de que algumas pessoas mereciam o HIV/aids mais do que outras. O cartaz do Gran Fury determinava uma mudança de pensamento imediata da sociedade para respeitar todas as pessoas que convivem com o HIV/aids, as quais devem ter o direito de receber cuidados e assistências igualitárias.

Segundo o curador André Mesquita, “dizer que ‘a arte não é o bastante’ não significa abandonar permanentemente a arte em favor da militância, ou apontar a ineficácia de uma prática artística para a transformação social”. Ao contrário, “a declaração do Gran Fury propõe que já não basta mais fazer uma arte sobre a crise, mas que momentos de crise são também momentos revolucionários de imaginação radical e de confrontação de sistemas hegemônicos e opressores”. “Sua obra gráfica nos provoca a pensar sobre a necessidade e a urgência de artistas, ativistas e agentes culturais se articularem como força política solidária em direção à ação direta, caminhando junto a movimentos contestatórios”, afirma. ■

GranFury: arte não é o bastante integra a programação anual do MASP dedicada às *Histórias da diversidade LGBTQIA+*. Em 2024, a programação também inclui mostras de Francis Bacon, Mário de Andrade, MASP Renner, Lia D Castro, Catherine Opie, Leonilson, Serigrafistas Queer e a grande coletiva *Histórias da diversidade LGBTQIA+*.

GRAN FURY
ARTE NÃO É O BASTANTE ART IS NOT ENOUGH

READ MY LIP



VIDA LONGA PARA

Um dos fundadores do Pela Vidda, o ativista e escritor é redescoberto pelas novas gerações e inspira um musical e um filme depois de ser biografado em livro



Arte sobre foto de Geny Brunelli de Carvalho/Divulgação

“Há uma coisa dentro de mim, contagiosa e mortal, perigosíssima, chamada vida. Lateja como um desafio”. A frase do escritor, jornalista e ativista Herbert Daniel (1946-1992), um dos fundadores do Grupo Pela Vidda, também pode ser lida como uma síntese de algumas características essenciais da personalidade de um brasileiro notável – e ainda pouco conhecido, se levada em consideração a importância de seu legado.

Super inteligente, articulado, sensível, carismático e bem-humorado, Herbert, mineiro de Belo Horizonte, dedicou-se à política sem jamais ter ocupado um cargo público e teve

papel seminal na resposta brasileira ao HIV. Antes disso, Daniel participou da luta armada contra a ditadura militar, foi eloquente no processo de redemocratização do Brasil e antecipou pautas incontornáveis nos anos de 2000, já que priorizava diversidade e inclusão como palavras-chaves há mais de quarenta anos.

Herbert trocou o curso de Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais pela luta contra a ditadura militar na década de 1960. Foi guerrilheiro, mas conseguiu escapar da prisão rumo ao exílio na Europa na década de 1970 e, de volta ao Brasil, nos anos de 1980, descobriu ter contraído

o HIV, tornando-se um dos protagonistas no enfrentamento da aids no Brasil.

Além de ser um dos fundadores do Pela Vidda, no Rio, Herbert participou da criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), da qual foi diretor. Atuando nas duas frentes, no Pela Vidda e na Abia, Daniel lançou as bases do movimento de pessoas vivendo com HIV/aids e se tornou também uma liderança no campo do movimento social de aids, sendo uma referência e uma inspiração para as primeiras movimentações políticas por acesso a medicamentos no país.

Esta em edição especial de *Cadernos Pela Vidda*, que marca os 35 anos do grupo, também é, de alguma forma, consequência do esforço de Daniel, que criou a publicação, originalmente com quatro páginas, com aspecto de folder-panfleto, para divulgar informações relevantes sobre aids e HIV. Tudo feito de um jeito intenso e apaixonado, mesmo que a pauta fosse essencialmente pragmática e rigorosa, com abordagens sobre como lidar, na prática, com a doença e com os preconceitos em torno dela.

Nas duas vezes em que concedeu entrevistas ao apresentador de TV Jô Soares (1938-2022), já tornando pú-

blica sua condição de pessoa vivendo com HIV numa época em que era inimaginável fazer isso, Herbert Daniel fez questão de exibir as publicações do *Pela Vidda* e antecipar, de forma genial, todo o discurso – que persiste em 2024 – contra o estigma, a discriminação e a sorofobia (*leia texto nesta edição*).

Em plena redescoberta pelas novas gerações, vida e obra de Daniel também fascinaram o historiador americano James N. Green, autor do livro *Revolucionário e gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – Pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão* (Civilização Brasileira, 2018), uma

obra de fôlego, cuja leitura já rendeu um espetáculo teatral, inspirou um filme (*veja nesta página*) e segue mobilizando mais e mais admiradores.

“Se a memória é uma construção social, o fato de Herbert Daniel não ser conhecido entre as novas gerações, até mesmo de gays e travestis beneficiados por todas as conquistas pelas quais lutou em relação a políticas públicas de prevenção ao HIV e ao tratamento das pessoas portadoras de HIV/aids, esse fato expõe o quanto nossa sociedade é homofóbica e refratária à visibilidade de personagens que dignifiquem a homossexualidade”, escreve Green na abertura do livro.

Prazer em conhecer

Como descobrir a vida, a obra e a importância de Herbert Daniel

NA INTERNET

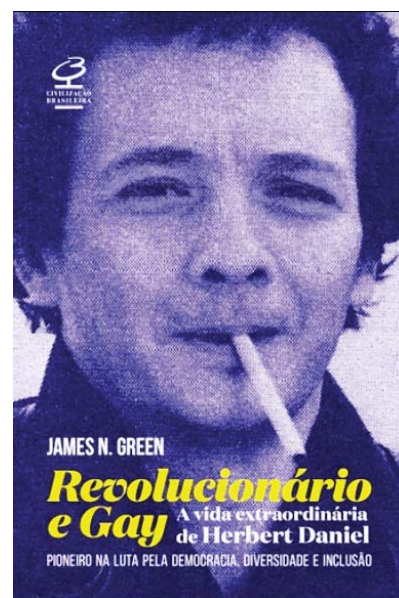
Mais significativo do que a qualidade da imagem, o conteúdo disponível com Herbert Daniel no YouTube é um ótimo cartão de visitas para conhecê-lo minimamente. Além da entrevista que concedeu a Jô Soares em 1990, ainda na época em que o apresentador trabalhava no SBT, outro vídeo fabuloso é o documentário, feito para a TV Manchete, pela jornalista Mônica Teixeira. Com o título *Viva a Vida: Herbert Daniel, o Amor e a aids nos anos 80*, o programa jornalístico quebra tabus ao compartilhar, numa longa entrevista, as histórias e o casamento de Herbert com o artista plástico Cláudio Mesquita, o grande amor de Herbert. Juntos, os dois acolhem a repórter, são didáticos até para ensinar os códigos de pegação gay e passam alheios à avalanche de julgamentos e depoimentos descaradamente preconceituosos de outros entrevistados. É uma espécie de documento audiovisual sobre

liberdade, ética, diversidade e transparência para tomar com a cara de uma sociedade careta e covarde, como diria Cazuza (1958-1990), que também morreu em decorrência das complicações da aids. Vale muito a busca e alguns minutos de atenção para entender como o mundo mudou em quatro décadas, desde o aparecimento do HIV.

NA ESTANTE

Revolucionário e gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – Pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão (Civilização Brasileira, 2018), o livro de James Green, é maravilhoso.

Daquelas leituras difíceis de interromper justamente por causa da “vida extraordinária” que consta no título. Em 378 páginas, Green entrega tudo, no melhor sentido e com riqueza de detalhes. Depois de anos de pesquisa, dezenas de entrevistas e admiração explícita pelo biografado, o historiador



resgata desde as neuras de infância e adolescência até a atuação de Herbert nos grupos políticos de esquerda, nos quais ele tinha que esconder sua homossexualidade para viver um “exílio interno”, conforme admitiu depois. Um dos últimos brasileiros a serem anistiados, ao retornar ao Brasil em

► 1981, Herbert engajou-se na política eleitoral e no ativismo em defesa do meio ambiente e dos direitos das mulheres, dos homossexuais e da população negra e indígena. “Dedicou-se a tornar o mundo melhor e mais digno para todos”, escreve Green, lembrando que Herbert foi um dos responsáveis por articular o movimento pela garantia dos direitos de pessoas vivendo com HIV/aids, o que lhe deu reconhecimento internacional. Herbert, autor de livros como *Meu corpo daria um romance* e *Passagem para o próximo sonho*, escreveu vários livros e morreu em decorrência de complicações causadas pela aids, em 1992.

NO PALCO

Codinome Daniel, que esteve em cartaz em São Paulo recentemente, é o espetáculo musical que conta a história de Herbert Daniel e agora integra o repertório do Núcleo Experimental dirigido por Zé Henrique de Paula, que também assina a direção, a dramaturgia e as letras das canções apresentadas na montagem, cuja música original foi feita por Fernanda Maia. O Núcleo Experimental se dedica à pesquisa do modo brasileiro de fazer musicais

e, na perspectiva temática, prioriza abordagens que dão voz e mais visibilidade a grupos minoritários. Assim, *Codinome Daniel* surgiu fechando a *Trilogia para a Vida*, composta por mais outras duas peças focadas na temática LGBTQIA+, *Lembro todo dia de você* e *Brenda Lee e o Palácio das Princesas*. O HIV e a aids são, segundo os produtores, o fio condutor da trilogia. No palco, a atuação revolucionária no campo político, em meados de 1960, quando Herbert integrou grupos políticos de esquerda como o Polop, Colina, VARP e a VPR, da qual foi um dos líderes, ao lado do comandante Carlos Lamarca, é destacada, da mesma forma que a “autorepressão” do ativista nesse ambiente hostil à homossexualidade. *Codinome Daniel* também virou livro, publicado pela editora Ercolano.

NAS TELAS

Os quatro exílios de Herbert de Daniel é um dos títulos possíveis-prováveis para o filme que o diretor Dani Favaretto prepara sobre o ativista e escritor brasileiro depois de viver uma espécie de encantamento, como ele diz, por um personagem a

ser descoberto em toda a sua complexidade. Dani leu as obras de Herbert, captou imagens de rodas de conversas no Pela Vidda, entrevistou amigos do protagonista, falou com o historiador James Green, autor da biografia, e registrou imagens da peça dirigida por Zé Henrique de Paula para fazer, como diz, “exercícios de memória”. Entre os exílios, ele enumera, o fato de ser homossexual e precisar ocultar a homossexualidade no ambiente da esquerda, ser clandestino ainda dentro do Brasil, quando precisou se esconder, ter que se refugiar fora do país – sempre querendo voltar – e, por fim, ver sua cidadania sendo retirada, como se Herbert não estivesse mais vivo, por ter HIV. “Tento aprofundar nesses quatro exílios, mas muito nessa chave do exercício de memória, possível no registro de encontros que fizemos em São Paulo e no Rio”, diz Dani que conseguiu reunir nomes como Marcia Raschid e Lucélia Santos, amigas de Herbert Daniel. Com o apoio da Secretaria de Cultura de São Paulo, via Lei Paulo Gustavo, Favaretto prepara, antes da edição final do longa, um curta-metragem que deve ser exibido ainda em 2024. ■



Cena do filme sobre Herbert Daniel, do diretor Dani Favaretto

A DESPEDIDA DE LAIR GUERRA

A biomédica definiu e construiu os pilares do Programa Nacional de Aids, que já foi considerado uma referência no mundo

Primeira coordenadora do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde, a biomédica Lair Guerra (1944-2024) morreu, aos 80 anos, no dia 13 de março de 2024. *Cadernos Pela Vidda* presta aqui uma homenagem a Dra. Lair e ao trabalho pioneiro e determinante de uma cidadã brasileira admirável, que entra para história do Brasil, da saúde pública e da epidemia da aids no país. Lair estava com pneumonia e morreu em Brasília, onde vivia.

Em meados da década de 1980, no ápice da epidemia da aids, quando não havia tratamento ou remédios para o HIV, Lair Guerra definiu e construiu os pilares do programa que, mais tarde, seria reconhecido mundialmente como uma referência, um modelo a ser seguido – ou “o melhor programa de HIV/aids do mundo”, conforme registrou-se na época.

Além da falta de recursos e de questões políticas e sociais, a Dra. Lair, que tinha habilidade para juntar os melhores especialistas e equipes técnicas em torno de um objetivo comum, enfrentou bravamente o estigma, a discriminação e os preconceitos que vieram com a doença e eram ainda mais assustadores quarenta anos atrás. Ela sustentou, no limite, a ideia e o lema de que saúde, um direito do cidadão e um dever do Estado, é para todos, independentemente de qualquer outra questão.

Nascida no Piauí, Lair Guerra formou-se em Ciências Biomédicas pela Universidade Federal de Pernambuco no começo da década de 1970 e concluiu o doutorado em 1983 na Emory University, nos Estados Unidos. O mestrado foi concluído na Universidade de Georgia. Para ela,



Foto: arquivo pessoal

“As ONGs foram fundamentais para a construção de políticas públicas de enfrentamento da doença e de proteção das pessoas vivendo com HIV/aids.”

Lair Guerra (1944-2024)

todo esforço e empenho faziam sentido na demonstração de que “a ciência existe para favorecer o bem-estar da pessoas”.

Lair esteve no comando Programa Nacional de DST/aids durante uma década, de 1986 a 1996. Deixou o cargo no governo de Fernando Collor, entre 1990 e 1992. “Saí aos prantos porque tinha certeza de que não havia concluído o meu trabalho”, declarou, depois de retornar ao posto. Foi na gestão de Lair que o SUS começou a distribuir os primeiros medicamentos antirretrovirais que

havam surgido, o AZT na década de 1980, a didanosina e a zalcitabinano início dos anos de 1990.

Em 1996, quatro meses depois do anúncio do tratamento revolucionário, que ficou conhecido como “coquetel” por juntar três classes de medicamentos, o programa de aids brasileiro já iniciava a distribuição gratuita do novo tratamento pelo SUS. A iniciativa foi criticada internacionalmente num primeiro momento – alegava-se que o Brasil não seria capaz de manter essa política –, mas acabou influenciando a resposta ao HIV no mundo todo.

Longe de vangloriar-se de méritos, Dra. Lair preferiria compartilhá-los. “As ONGs foram fundamentais para a construção de políticas públicas de enfrentamento da doença e de proteção das pessoas vivendo com HIV/aids”, declarou.

“É inegável a marca deixada pela Dra. Lair. Nos anos em que esteve à frente do Programa, inspirou e influenciou gerações de profissionais de saúde, gestores, técnicos, ativistas e toda a comunidade dos trabalhadores, trabalhadoras e militantes do campo da saúde pública que, mesmo sem saber, dão continuidade ao seu legado e reforçam os alicerces do SUS”, registrou, em nota de pesar, a comunidade do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz) em um texto-homenagem a Dra. Lair.

Lair afastou-se de suas atividades profissionais depois de um grave acidente automobilístico, também em 1996, no Recife, onde participava do 19º Congresso Brasileiro de Infectologia, em Recife. ■



SEDE INSTITUCIONAL

Rua General Jardim, 566 - Vila Buarque
01223-010 - São Paulo - SP - Tel: (11) 3258-7729
e-mail: gpvsp@uol.com.br | [instagram.com/pelaviddasp](https://www.instagram.com/pelaviddasp)
[facebook.com/pelavidda.SP](https://www.facebook.com/pelavidda.SP)

CENTRO DE REFERÊNCIA E DEFESA DA DIVERSIDADE

Rua Major Sertório, 292 - República
01222-000 - São Paulo - SP - Tel: (11) 3151-5786
e-mail: crd@crd.org.br | [instagram.com/crd_sp](https://www.instagram.com/crd_sp)
[facebook.com/CRDBrunnaValin](https://www.facebook.com/CRDBrunnaValin)