



Cenários desiguais

O País avança na redução do número de crianças que nascem com HIV, mas a atenção às que perdem os pais em decorrência da epidemia ainda está em estágio inicial

A Aids afeta a vida de meninos e meninas brasileiros de várias maneiras. A primeira relaciona-se à própria saúde, quando eles nascem com o HIV. Eles também são atingidos quando a doença vitima seus pais e familiares.

Estima-se que, em 2004, 217 mil mulheres de 15 a 49 anos de idade estavam com HIV, sendo que muitas nem sabiam. Com isso, o risco de as crianças serem infectadas pelo HIV é enorme. Quando as gestantes soropositivas não são diagnosticadas e tratadas no período pré-natal, não recebem medicação durante o trabalho de parto e seus bebês não são medicados adequadamente após o nascimento, há grande possibilidade de eles serem infectados pelo HIV. Além disso, as taxas de transmissão vertical podem aumentar com a amamentação – risco adicional que se renova cada vez que a criança é amamentada.

Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, no começo da década de 1980, foram notificados

9.975 casos da doença em crianças de até 5 anos de idade. Na primeira metade daquela década, cerca de 70% dos casos de Aids nessa faixa etária ocorreram devido à transfusão de sangue ou hemoderivados, e quase 30% decorreram da transmissão vertical do HIV.

Com a melhoria no controle da qualidade do sangue e hemoderivados, diminuiu, já em 1988, a transmissão por transfusão. Em 1996, eles representavam menos de 1% dos casos infantis. No entanto, o número de crianças infectadas por transmissão vertical aumentou, com o crescimento da epidemia de Aids em mulheres. A partir da década de 1990, esses casos passaram a representar a quase totalidade da doença nessa faixa etária.

Conseguiu-se diminuir consideravelmente a infecção do bebê por essa via por meio de medidas de controle da transmissão vertical do HIV, como diagnóstico precoce da ges-

tante HIV positivo, terapia anti-retroviral na gestante, quimioprofilaxia com AZT na parturiente e na criança exposta, além de não-amamentação. Estudos têm demonstrado que medidas de prevenção como essas podem reduzir a possibilidade de transmissão do HIV de cerca de 25% para menos de 1%.

O Brasil tem conseguido diminuir a taxa de transmissão vertical do HIV, embora de forma desigual, nas cinco regiões do País

O panorama brasileiro da epidemia mostra também que a maior proporção de mortes por Aids acontece entre pessoas de 25 a 49 anos, em plena fase reprodutiva, o que apresenta impacto no número de órfãos. Em 1999, o Ministério da Saúde estimou que havia cerca de 30 mil órfãos em decorrência da Aids materna – produzindo uma situação de grande vulnerabilidade social para esses meninos e meninas. Esses números mostram que é necessário adotar intervenções que consigam amenizar o impacto do HIV, tanto para a criança órfã como para a que foi infectada pelo vírus.

PRÓXIMO DE ZERO

Durante a década de 1980, os casos de Aids em mulheres eram menos freqüentes que em homens, e a proporção de crianças infectadas por transmissão vertical não aparecia de maneira tão expressiva.

A evolução dos casos de Aids decorrentes de transmissão vertical acompanhou o crescimento do número de mulheres com a doença. Desde 2000, entretanto, a tendência da epidemia de Aids nessas duas populações segue rumos diferentes. Ainda se observa o aumento dos casos de Aids em mulheres jovens; porém, o número de crianças que nascem com o HIV vem caindo. Em 2000, foram notificados 214 casos de Aids em bebês com menos de 1 ano. Já em 2003, foram 86. Isso significa que, após um período de ascensão, o Brasil tem conseguido diminuir a taxa de transmissão vertical do vírus, embora de forma desigual nas cinco regiões do País.

A principal explicação para essa queda está nas ações de atenção materno-infantil introduzidas pelo governo brasileiro. Um estudo realizado no Estado de São Paulo¹, em 1997, estimou a taxa de transmissão vertical em 16%. Em 2002, segundo pesquisa coordenada pela Sociedade Brasileira de Pediatria², a taxa de transmissão vertical no Brasil foi de 3,7%.

1. Beatriz Tess, *Breastfeeding, Genetic, Obstetric and Other Risk Factors Associated with Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil, 1998.*

2. Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV.

Uma meta possível

A taxa de transmissão vertical do HIV pode ser reduzida a quase zero

Dois fatores podem diminuir para menos de 1% a chance de a criança nascer infectada: o diagnóstico da mulher soropositiva antes ou durante a gestação e o emprego das medidas profiláticas contra a transmissão vertical. Se esses procedimentos não

forem adotados, o risco de o bebê contrair o vírus é de cerca de 25%.

Para que se obtenha essa redução, é necessário primeiramente que o pré-natal seja completo e de qualidade, com a oferta do teste anti-HIV a todas as mulheres. A partir daí, caso o resul-

tado do exame seja positivo, precisa-se tomar todas as providências para evitar ao máximo a transmissão materno-infantil do vírus.

Entre outros procedimentos, a gestante soropositiva deve iniciar a terapia anti-retroviral a partir da 14ª

A redução na proporção de crianças que nascem infectadas pelo HIV é uma das metas do documento *Um mundo para as crianças*, das Nações Unidas (ONU), que delinea as ações necessárias para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em relação às crianças e aos adolescentes. No Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, elaborado com base nesse documento mundial, o governo brasileiro assumiu o compromisso de reduzir para 2% a taxa de transmissão vertical da Aids.

A ação brasileira

No Brasil, a partir de 1997, com a publicação da Portaria nº 874 do Ministério da Saúde, os municípios passaram a ter de oferecer testagem para todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento às gestantes soropositivas. Os recursos para o teste ser realizado começaram a ser repassados integralmente pela União. E a compra e a distribuição dos anti-retrovirais são feitas pelo próprio Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que o exame é um direito da gestante, que deve exigir a testagem no pré-natal. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde não apenas orientar sobre a importância do teste, mas também fazer o aconselhamento posterior, qualquer que seja o resultado. É necessário esclarecer a gestante HIV positivo

e reforçar para as não-infectadas as orientações de prevenção ao HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Para aumentar a cobertura de aconselhamento e testagem em gestantes e a cobertura do atendimento às soropositivas e a seus recém-nascidos, o Ministério da Saúde instituiu, em 2002, o Projeto Nascer-Maternidades (portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002). O projeto oferece testagem no momento do parto às gestantes que não realizaram o pré-natal adequadamente, por considerar que esse é o momento de maior risco de transmissão vertical do HIV. Os objetivos do Nascer-Maternidades são identificar as gestantes soropositivas, oferecendo e realizando testes rápidos nas parturientes que não conhecem sua situação sorológica, e tomar medidas profiláticas para impedir a transmissão vertical.

A partir do Projeto Nascer-Maternidades, os recursos financeiros para os insumos necessários à prevenção da transmissão materno-infantil (terapia anti-retroviral, testes rápidos, inibidor de lactação e fórmula infantil) passaram a ser responsabilidade exclusiva da União. Cabem, portanto, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios as questões operacionais para efetivar essa estratégia. As crianças expostas ao vírus também recebem xarope anti-retroviral e o composto lácteo que substitui o aleitamento materno nos seis primeiros meses para evitar a transmissão pela amamentação. O Ministério da Saúde estima que aproxi-

semana de gestação, usar AZT injetável durante o parto e inibir a lactação. O uso da medicação reduz a carga viral materna e, com isso, diminui a chance de transmissão do HIV para a criança.

Também é necessário definir a via de parto a ser empregada. A cesariana eletiva, na qual o bebê é retirado antes de a bolsa de água estourar, é o procedimento mais adequado quando há

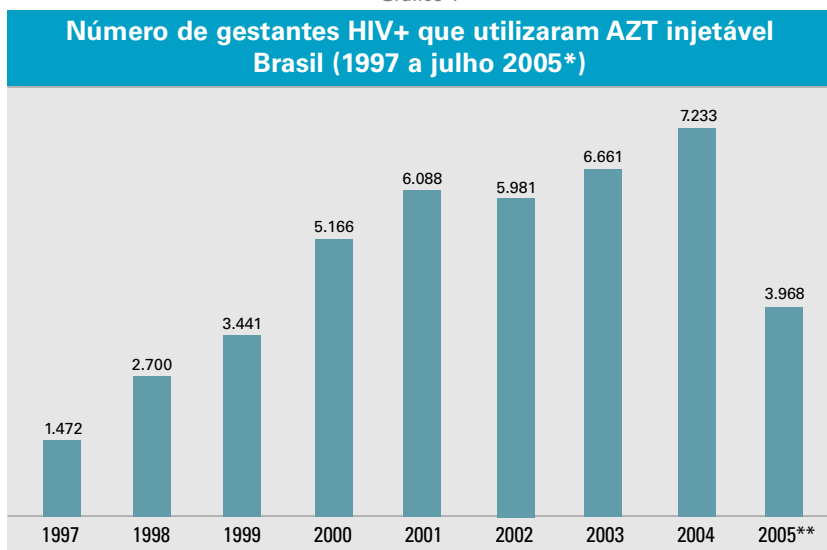
carga viral elevada ou desconhecida, porque a criança não entra em contato com nenhum tipo de secreção materna.

Se a gestante não fez o teste para o HIV no pré-natal ou não existem informações sobre sua condição sorológica, é importante que na hora do parto se possa realizar o teste rápido para o HIV, a fim de que se tomem os procedimentos essenciais.

A criança exposta deve receber AZT em xarope logo após o nascimento e até as primeiras seis semanas de vida. A amamentação também deve ser suspensa e substituída por uma fórmula láctea durante seis meses.

Se todos os passos para prevenir a transmissão vertical forem realizados, o Brasil poderá atingir sua meta: reduzir essa forma de transmissão para menos de 1%, até 2007.

Gráfico 1



*Dados preliminares do Programa Nacional de DST e Aids.

**Meta alcançada até junho de 2005: 54,3% da estimativa de gestantes infectadas.

Tabela 1

Taxa de transmissão vertical do HIV (Estimativa 2002)

Brasil	7,0%
Centro-Oeste	6,0%
Nordeste	11,0%
Norte	15,0%
Sudeste	7,0%
Sul	6,0%

Fonte: Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2002.

madamente 12,6 mil recém-nascidos necessitem da fórmula.

Com o conjunto dessas ações do Ministério da Saúde, aumentou o número de gestantes que foram diagnosticadas e receberam as medidas profiláticas contra a transmissão vertical do HIV. Dessa forma, torna-se cada dia mais próximo o alcance da meta assumida pelo governo brasileiro: reduzir a transmissão intra-uterina e intraparto e eliminar a transmissão do vírus pela amamentação.

Em 1997, tiveram acesso à quimioprofilaxia com AZT apenas 1.472 mulheres infectadas pelo HIV, o correspondente a 11,6% do total de grávidas estimadas como HIV positivo. Em 2004, 7.233 soropositivas tiveram acesso a essa terapia, o equivalente a 57,2% do total da estimativa de grávidas soropositivas. A meta do Ministério da Saúde até o final de 2007 é atender 100% delas, o que corresponde a 12.644 gestantes e parturientes infectadas pelo HIV por ano (veja Gráfico 1).

O DESAFIO DA EQUIDADE

Alguns desafios ainda precisam ser enfrentados para cumprir o compromisso de reduzir a transmissão vertical do HIV. A desigualdade observada nas taxas de transmissão vertical das regiões bra-

sileiras (veja Tabela 1) é um reflexo das lacunas do sistema de saúde, que precisam ser preenchidas a fim de enfrentar a questão.

No Brasil, o acesso ao pré-natal é praticamente universal: 96% das mulheres fizeram pelo menos uma consulta em 2004, segundo o Programa Nacional de DST e Aids. Entretanto, 51% delas não realizam o número ideal de consultas: mais de seis, de acordo com o Ministério da Saúde. Em 2004, 63% das gestantes fizeram o teste anti-HIV e tiveram conhecimento do resultado antes do parto. Porém essa cobertura é desigual no País (veja Gráfico 2). No Norte e no Nordeste, por exemplo, menos da metade das gestantes teve a solicitação do teste. Não por coincidência, nessas regiões as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV estão mais vulneráveis à transmissão vertical.

Os filhos de mulheres soropositivas com menor grau de instrução também parecem ter mais probabilidade de nascer com o vírus. Segundo dados de 2004 do Programa Nacional de DST e Aids, as gestantes com menos escolaridade recebem do serviço de saúde menos orientação para que solicitem exames, em comparação com as mais instruídas. E é grande o percentual de mulheres de baixa escolaridade que, apesar do aconselhamento, se recusam a fazer o teste: mais do dobro das que têm o ensino médio ou nível superior (veja Gráfico 3).

Crianças de cidades pequenas de todas as regiões também parecem estar mais vulneráveis ao HIV. Nos municípios com menos de 50 mil habitantes são realizados, proporcionalmente, menos testes em gestantes que em localidades maiores.

O próprio sistema de atendimento do pré-natal contribui para esse quadro. A gestante vai à primeira consulta e realiza uma série de exames, entre eles o anti-HIV, se concordar. E o resultado só é conhecido na consulta seguinte. No Brasil, diferentemente dos países da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, por exemplo, ainda não há uma diretriz nacional para implementar um sistema de busca ativa da gestante cujo resultado da sorologia tenha sido positivo. Por meio

Gráfico 2

Cobertura efetiva do teste de HIV durante a gestação (Brasil, 2004)

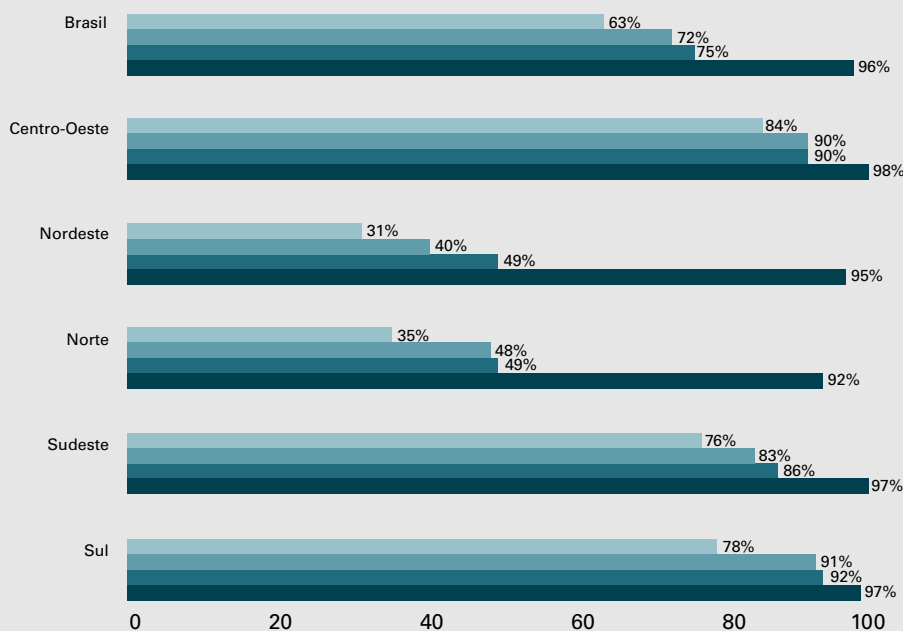
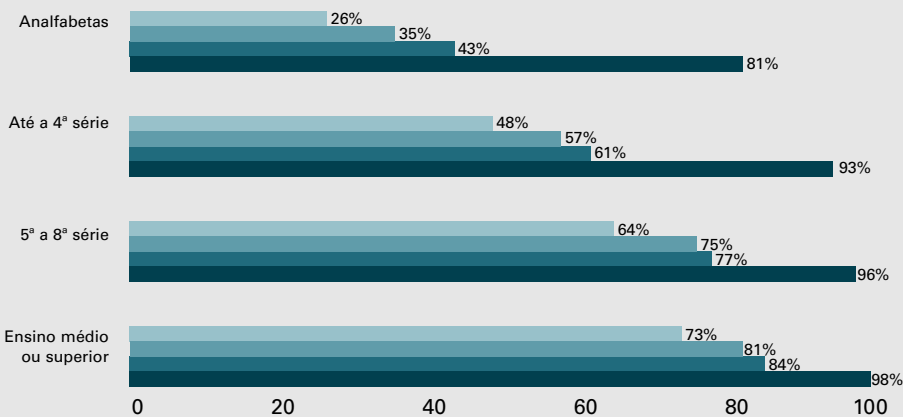


Gráfico 3

Cobertura efetiva do teste de HIV durante a gestação segundo grau de instrução da mãe (Brasil, 2004)



- Conhecimento do resultado de sorologia antes do parto
- Sorologia para o HIV foi solicitada e a gestante concordou
- Sorologia para o HIV foi solicitada
- Pelo menos uma consulta de pré-natal

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids.

desse sistema, profissionais de saúde procuram a gestante para informar o seu diagnóstico e iniciar o tratamento e a prevenção da transmissão vertical. Vários municípios, como Campinas (SP), Sorocaba (SP) e Santos (SP), e algumas unidades de saúde da cidade de São Paulo, no entanto, já vêm trabalhando nesse sentido.

Vulnerabilidade racial

A desigualdade racial no número de consultas pré-natais também demonstra a dimensão da iniquidade quando o assunto é HIV: a proporção de mulheres negras que realizam menos de seis consultas no pré-natal é maior que a de mulheres bran-

cas. Em 2000, segundo o Ministério da Saúde, 66% das mulheres negras realizaram seis consultas ou menos. Entre as brancas, esse percentual foi de 45,2%. Além disso, as notificações de Aids apontam tendência de estabilização no número de novos casos entre mulheres não-negras e crescimento entre as mulheres negras.

O fato de ser negra coloca a mulher, em geral, em situação de maior vulnerabilidade. O acesso das jovens negras ao preservativo, por exemplo, é quase 50% inferior ao das não-negras. Enquanto 42% deste grupo protegem-se utilizando a camisinha, o percentual entre as negras é de 28%, segundo pesquisa realizada em 1999 pelo Ministério da Saúde e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap)³. Outra pesquisa, realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), atribui ao preço a principal jus-

tificativa para as mulheres e os homens negros usarem menos o preservativo⁴.

O diagnóstico tardio também parece fazer parte do cotidiano das mulheres negras. Em São Paulo, uma pesquisa⁵ realizada com 1.068 mulheres (542 negras e 526 não-negras) atendidas em três centros de referência da cidade revelou que é preciso que o filho, o marido ou a própria mulher adoça para que ela fique sabendo sua sorologia. Das entrevistadas, as negras foram as que menos receberam aconselhamento pré e pós-teste, além de orientação sobre seu estado clínico e o tratamento anti-retroviral nos recém-nascidos.

O panorama dá indícios de que a atuação do sistema de saúde ocorre de forma desigual entre mulheres negras e não-negras, contribuindo para que a população negra fique mais vulnerável. É urgente criarem-se políticas específicas para esse público. Assim, torna-se necessário fazer um

3. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids. Série Avaliação, nº 4, Brasília: 2000.

4. Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa, 2003.

5. Fernanda Lopes, *Mulheres Negras e Não-Negras Vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um Estudo sobre suas Vulnerabilidades*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.

Unidos vamos vencer a Aids!

Esse é o nome da campanha global lançada em outubro de 2005 pelo UNICEF para mobilizar todos os setores da sociedade contra o HIV/Aids em crianças e adolescentes

O UNICEF lançou em outubro de 2005 uma campanha global para mobilizar governos, sociedade civil, organismos internacionais, empresas e cidadãos a enfrentar o HIV/Aids em crianças e adolescentes. A campanha intitula-se "Unidos com as crianças e os adolescentes. Unidos vamos vencer a Aids!". Os principais objetivos são ampliar a conscientização sobre o tema, divulgar os programas de prevenção da transmissão vertical, oferecer proteção e cuidados a crianças e adolescentes afetados pelo HIV/Aids e dar tratamento às pessoas infectadas.

No mundo todo, as ações da campanha foram resumidas nos chamados quatro Ps:

- Prevenção da transmissão vertical.
- Tratamento pediátrico.
- Proteção, cuidado e apoio a crianças afetadas pelo HIV.
- Prevenção, informação, habilidades e serviços.

No Brasil, além de incluir mais um P, a Participação de Adolescentes, inicialmente se testará uma campanha sobre prevenção com milhões de adolescentes de escolas públicas. Também fazem parte das ações: capacitação de

agentes de saúde, fortalecimento de programas e serviços mais receptivos ao adolescente, apoio a grupos de jovens afetados pelo HIV e estímulo à formação de outros programas semelhantes.

O UNICEF vai financiar cerca de 50 mil testes rápidos de HIV para gestantes da região do Semi-Árido, além de apoiar o Projeto de Cooperação Internacional (PCI) (*leia texto Aplicação internacional*) e mais doze projetos de atendimento a crianças afetadas pelo HIV/Aids, assegurando sua inclusão nas escolas e na comunidade e fortalecendo sua família.

levantamento e uma desagregação de dados específicos sobre a mulher negra, além de sensibilizar os profissionais de saúde para a questão. Em agosto de 2005, o Programa Nacional de DST e Aids lançou o Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids, visando a investigar se existem e como ocorrem as diferenças no acesso às informações, às práticas de prevenção e ao atendimento de saúde, segundo a cor/etnia.

Intervenção na ponta

No Brasil, as populações mais vulneráveis – comunidades de baixa renda, pessoas de baixa escolaridade e da raça negra – têm uma importante porta de entrada para o sistema de saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). Equipes multiprofissionais prestam atenção básica à população e oferecem orientação sobre os cuidados com a saúde. Por meio de agentes comunitários, que visitam e acompanham as famílias, 100 milhões de pessoas tomam contato com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças.

Essa é uma ótima oportunidade para prevenir o HIV e orientar as gestantes em relação ao exame de detecção do vírus. O Programa Nacional de DST e Aids vem desenvolvendo diretrizes para se implementarem ações de prevenção e assistência na rede básica de saúde, e realizou várias capacitações das equipes do PSF em prevenção e assistência às DST e Aids. Iniciativas pontuais em alguns municípios brasileiros mostram o potencial dessa parceria. Em São Paulo, por exemplo, um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a ONG Associação Saúde da Família permitiu que se introduzisse a questão do HIV/Aids e da saúde reprodutiva na atenção básica à saúde. Os técnicos foram treinados e conseguiram atingir 100 mil mulheres, adultas e adolescentes.

Em Belo Horizonte, as secretarias municipais de Saúde e de Educação criaram, em 2000, o programa BH de Mãos Dadas contra a Aids. A proposta é oferecer educação continuada fei-

ta por pares: adolescentes falam sobre prevenção para o público adolescente, e mulheres recebem essas informações de outras mulheres, por exemplo. Os trabalhos são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos domicílios. Os multiplicadores, escolhidos em comunidades de baixa renda pelos agentes de saúde, são treinados por integrantes da equipe do PSF. Em 2005, 155 técnicos e agentes comunitários de saúde foram capacitados para divulgar a prevenção contra o HIV/Aids e para dar assistência às pessoas que desenvolveram Aids e apresentam quadro clínico estabilizado. Com isso, os intervalos entre as consultas nos serviços especializados podem ser maiores. Além disso, quem apresenta quadros mais graves da doença tem oportunidade de receber atenção específica.

Os exemplos mostram o potencial desses profissionais para disseminar informação e se mobilizarem, quando são capacitados. Dessa forma, contribui-se para que a camada da população historicamente excluída do acesso à saúde esteja em pé de igualdade com outros grupos, no que se refere ao avanço no enfrentamento da transmissão vertical no País.

PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Além de sofrer as conseqüências da infecção pelo HIV, o desenvolvimento saudável das crianças pode ser comprometido pelas perdas ocasionadas pela epidemia. E geralmente isso acontece quando elas ainda são bem novas. No momento da perda de um ou de ambos os pais em decorrência da Aids, 66% dos órfãos da capital do Rio Grande do Sul tinham até 9 anos de idade. É o que revelou o estudo Situação dos Órfãos em Decorrencia da Aids em Porto Alegre/RS e Fatores Associados à Institucionalização⁶, de 2004. Segundo essa pesquisa, crianças soropositivas perdem os pais ainda mais cedo que aquelas cujas mães diagnosticaram a doença e puderam evitar a transmissão vertical.

6. Marlene Doring, *Situação dos Órfãos em Decorrencia da Aids em Porto Alegre/RS e Fatores Associados à Institucionalização*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

DIREITOS DA MULHER E DA CRIANÇA

- Direito a conhecer os métodos de prevenir a infecção do HIV para proteger a si mesmo e aos outros.
- Direito a saber o status sorológico, com a garantia de aconselhamento adequado e ético.
- Direito à atenção integral e ao tratamento, incluindo cuidados pediátricos.
- Direito ao acesso a serviços de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis.

Fonte: UNICEF

Com o avanço brasileiro na redução da transmissão vertical por meio de diagnóstico e terapia anti-retroviral durante a gravidez, a maioria das crianças que perdem os pais em decorrência da doença não tem HIV. Em Porto Alegre, foram infectadas apenas 10% das crianças órfãs de pais que morreram com Aids.

Segundo o estudo, a morte prematura de qualquer um dos pais tem implicações sérias para as famílias, pois aumenta consideravelmente a pobreza. Além disso, compromete-se o bem-estar emocional, a segurança física, o desenvolvimento mental e a saúde de mais crianças.

Dessa forma, o HIV/Aids pode privar essas crianças do direito à convivência familiar e comunitária estruturada, uma vez que a perda de um ou de ambos os pais aumenta a probabilidade de elas viverem em instituições. Em alguns casos, mesmo quando permanecem em família, têm o direito a um desenvolvimento pleno negado.

De acordo com o Relatório Global da Epidemia de Aids, publicado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) em 2004, sem a proteção de um ambiente familiar estruturado, as crianças que perderam os pais em decorrência da Aids estão mais expostas a vários riscos: o fracasso ou abandono escolar; a exposição ao trabalho infantil, ao abuso, à violência e à exploração sexual; e a falta de acesso à saúde. Além disso, vivem marcadas pelo estigma e pelo preconceito.

O panorama brasileiro

No Brasil, não se sabe quantas crianças passam por essa situação. O relatório *Children on the Brink 2002*⁷ estimou em 127 mil o número de meninos e meninas brasileiros órfãos de um ou de ambos os pais. E há poucos estudos que diagnosticam quem são e como vivem essas crianças. Mas, apesar de serem localizados, eles podem servir como guia para se traçar um panorama da questão.

Em São Paulo, o levantamento *Conhecendo a Realidade de Órfãos e Aids em Santos*, divulga-

do em 2004 pela Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/Aids, estimou em 521 o número de órfãos em decorrência da Aids na cidade. Estudou-se com profundidade a situação de 33 crianças que viviam sob os cuidados de familiares, e detectou-se que elas tinham dificuldade de aprendizado. Além disso, as famílias mencionaram problemas financeiros, pois sua média de renda per capita era de 1,5 salário mínimo. Os cuidadores – avós, tias, irmãs e família adotiva – sentiam-se incapazes de suprir as necessidades das crianças e de educá-las adequadamente, em especial quanto ao estigma do HIV.

Essas dificuldades também foram notadas em Porto Alegre. Mais abrangente, o estudo *Situação dos Órfãos em Decorrencia da Aids em Porto Alegre/RS e Fatores Associados à Institucionalização* avaliou a condição de 853 crianças que perderam um ou ambos os pais em decorrência da Aids. Boa parte delas não chegava sequer a ter uma condição jurídica estável. Praticamente metade estava morando com famílias que não tinham sua guarda ou tutela.

A pesquisa demonstrou que perder os pais em decorrência da Aids tem influência sobre o desempenho escolar. O fato de estarem marcadas pelo estigma do HIV conduz inclusive ao abandono escolar: o olhar torto, as piadas e as fofocas que acompanham o preconceito foram apontados como responsáveis diretos pela saída de 4,2% da sala de aula. Dois terços das crianças estavam com idade defasada em relação à série escolar que cursavam e metade já havia sido reprovada pelo menos uma vez. Isso demonstra que o prejuízo à educação causado pelo estigma do HIV pode ser ainda maior que apresentado na estatística.

Em Porto Alegre, 5% das crianças que perderam os pais em decorrência do HIV estão em instituições de apoio. As soropositivas têm mais chances de ser institucionalizadas que as soronegativas. Metade dos órfãos com HIV de Porto Alegre está em abrigos. Entre os que não foram infectados pelo vírus, 4,9% encontram-se em instituições.

Os meninos e as meninas cujas mães não são brancas ou aqueles que perderam as mães (independentemente de o pai estar vivo ou não) também correm mais risco de institucionalização.

As instituições

Não existe uma diretriz para o acolhimento das crianças que perdem os pais em decorrência da Aids e não ficam com a família. O Estado não possui instituições voltadas para o apoio a famílias estendidas, tampouco oferece alternativas não institucionalizantes para esse público específico. Dessa forma, existem duas possibilidades: as crianças vão para abrigos convencionais ou são levadas a casas de apoio mantidas pela sociedade civil. O UNICEF defende que todas as crianças tenham o direito à família garantido, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Faz parte da pauta da política pública de Aids o desafio de construir políticas intersetoriais que atendam às demandas apresentadas no contexto da Aids e da pobreza, em especial as crianças que vivem e/ou convivem com HIV/Aids em situação

de abrigo. Nesse sentido, torna-se importante compreender que a interlocução e a pactuação com outras políticas públicas constituem uma estratégia eficiente para minimizar os impactos da epidemia no campo da seguridade e da proteção social. Desse modo, o Programa Nacional de DST e Aids tem adotado algumas ações voltadas à inclusão social das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Reconhecendo a importância e a contribuição das casas de apoio na inclusão de crianças, adolescentes e adultos, o Programa Nacional busca mecanismos que contribuam para a sustentabilidade das ações dessas Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Em relação aos adultos abrigados em casas de apoio, a partir de 2004 implementou-se o processo de habilitação de OSC nos Estados e nos municípios, com base na Portaria nº 1.824, publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde. Essa parceria, quando estabelecida, garante o repasse de recursos financeiros com o intuito de contribuir para a manutenção dessas ações, via política de incentivo fundo a fundo. Além disso, prevê a interlocução entre as OSCs e coordenações

Aplicação internacional

Brasil transfere tecnologia de assistência e tratamento do HIV/Aids para países da América Latina, África e Ásia

A experiência brasileira no combate e na prevenção do HIV/Aids levou o Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, a lançar em 2002 o Projeto de Cooperação Internacional (PCI). O objetivo era transferir tecnologia de assistência e tratamento do HIV/Aids para países da América Latina e da África. O programa forneceu tratamento a cem pacientes de Aids por meio de anti-retrovirais produzidos em laboratórios estatais brasileiros.

Em 2005, o projeto foi ampliado.

Agora, prevê a doação dos sete medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais em quantidade suficiente para atender todos os soropositivos nos sete países participantes do projeto: Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Timor Leste, Paraguai, Bolívia e Nicarágua. Ao todo, será destinado pelo UNICEF e seus parceiros o equivalente a 5 milhões de reais. Além disso, o PCI oferecerá capacitação técnica aos profissionais de saúde.

Os sete países têm o compromiss-

so de oferecer a medicação gratuitamente. E devem fornecer medicamentos para tratar doenças oportunistas, além de adquirir medicamentos de segunda geração, em caso de falha terapêutica.

O projeto também atuará na prevenção da transmissão vertical. O UNICEF vai fornecer 1,1 milhão de testes rápidos para a detecção do HIV em gestantes. Em Guiné-Bissau, por exemplo, 6% das mulheres grávidas são soropositivas. No Brasil, estima-se que 0,41% delas vivam com o vírus.

estaduais e municipais de DST/Aids para definir o número de acomodações que ficarão sob gestão do Estado e/ou municípios, e também para garantir a qualidade dos serviços oferecidos pelas casas de apoio.

Um dos grandes desafios é construir políticas intersetoriais que atendam às demandas apresentadas no contexto da Aids e da pobreza

As casas de apoio foram criadas no início da epidemia para abrigar e cuidar de pessoas soropositivas – adultos e crianças – com poucos recursos financeiros. Nasceram como uma resposta comunitária à Aids. Ao longo desses vinte anos, multiplicaram-se no País: atualmente existem 140 casas de apoio que prestam atendimento a crianças e adolescentes, com cerca de 1,8 mil leitos disponíveis. O governo federal, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, tem apoiado as ações dessas OSCs. Conforme o processo de descentralização da política de DST/Aids, Estados e municípios têm sido parceiros importantes e Estratégicos para se manterem as atividades nas casas de apoio para crianças e adolescentes. Aprovou-se, assim, a verba de 1 milhão de reais para investimentos em projetos de OSCs para 2005. A avaliação dessas propostas obedeceu ao critério de ressocialização familiar e comunitária dos jovens institucionalizados, sendo selecionados 28 projetos das cinco regiões do País.

O Programa Nacional de DST e Aids considera casa de apoio a instituição que oferece cuidados com a saúde e dispõe de leitos. A escolha do público e da metodologia fica por conta das próprias casas de apoio. São elas que decidem se vão abrigar crianças soronegativas cujos pais morreram com Aids, se vão receber apenas crianças soropositivas ou se vão abrigar irmãos com sorologia diferente, por exemplo. Algumas instituições, porém, oferecem suporte sem abrigar a criança: por meio de atendimento psicossocial, apóiam a

família, estimulando a convivência familiar (*leia texto Um exemplo de alternativa ao abrigo*).

Reinserção familiar

Especialistas concordam que, com o aumento do tempo de sobrevivência e conforme os princípios dos direitos da infância e da adolescência, o papel das casas de apoio e das políticas governamentais é fortalecer os vínculos familiares e trabalhar a reinserção da criança no núcleo familiar, em vez de favorecer o abrigo.

Essa é a orientação geral dos organismos internacionais para as políticas destinadas às crianças que perderam os pais em decorrência da Aids. Reunidos no final de 2003 no Fórum Mundial de Aliados, esses organismos estabeleceram cinco estratégias-chave para que essas políticas atinjam as metas estabelecidas em documentos internacionais, como *Um mundo para as crianças*:

- Fortalecer a capacidade das famílias de proteger e cuidar dos órfãos e das crianças vulneráveis, prolongando a vida de seus progenitores e proporcionando auxílio econômico, psicossocial ou outros.
- Mobilizar a comunidade e dar apoio às respostas que surgem na própria comunidade, com o objetivo de proporcionar assistência imediata e em longo prazo aos lares vulneráveis.
- Garantir o acesso dos órfãos e das crianças vulneráveis aos serviços essenciais, como educação, serviços sanitários e registro de nascimento, entre outros.
- Garantir que os governos protejam as crianças mais vulneráveis, mediante melhores políticas e medidas legislativas, e que assegurem a liberação de recursos para as comunidades.
- Promover a conscientização em todos os níveis, por meio de atividades de estímulo e mobilização social, a fim de criar um convívio propício para as crianças afetadas pelo HIV/Aids.

No entanto, o Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente prevê apenas uma ação em relação a meninos e meninas que perderam os pais em decorrência da Aids: destinar recursos para o atendimento de saúde específico a órfãos soropositivos.

O ponto de partida para implantar políticas públicas que resultaram no avanço visível foi o diagnóstico da questão das crianças e adolescentes afetados pelo HIV/Aids. Exemplo que vem sendo aplica-

do até internacionalmente. No Brasil, a falta de ações específicas voltadas aos órfãos em decorrência da Aids justifica-se em parte pela ausência de um diagnóstico amplo e abrangente a respeito da situação.