



GIV - Grupo de Incentivo à Vida

A PONTE

Ano 18 • Nº 49 • agosto de 2008

Fale Conosco: Fone: 5084 0255 • 5084 6397
Email: giv@giv.org.br • site: www.giv.org.br



PREVENÇÃO POSITIVA E DIREITO

Durante a XVIII Conferência Internacional do AIDS, realizada na Cidade do México de 3 a 8 de agosto de 2008, o membro e diretor do GIV, Jorge Beloqui, fez uma apresentação na Mesa de Prevenção Positiva. A seguir transcrevemos o trecho que aborda a questão da Criminalização e o HIV.

Tema: *Prevenção para Pessoas com HIV/AIDS: uma Perspectiva de uma Pessoa vivendo com HIV/AIDS da América Latina*

“A criminalização pode ser da transmissão do HIV, ou da não revelação da sorologia positiva para um parceiro sexual. Também há casos de condena sem transmissão. Este assunto tem uma vasta literatura no mundo inteiro. Há um informe da GNPPlus sobre a situação em Europa. Um caso de interesse ocorreu na Nova Zelândia, onde uma juíza decidiu que as pessoas com HIV não tinham a obrigação legal de revelar sua sorologia se elas tomavam as medidas razoáveis para reduzir a transmissão (no caso o uso de preservativos).

Descreverei dois casos no Brasil: 1995: uma mulher foi condenada a um ano de prisão porque ela não informou seus parceiros que ela tinha HIV. O juiz usou o art. 131 do Código Penal que estabelece de 1 a 4 anos de prisão para uma pessoa que pratica um ato sexual “com a intenção de transmitir uma doença grave a outros”. A acusada disse que ela sempre exigiu o uso de preservativos a seus parceiros.

Em 2004 um júri sentenciou um homem a 8 anos de prisão em regime fechado porque ele praticou “tentativa de homicídio qualificado por meio insidioso”. Ele tinha 47 anos, tinha HIV, era casado, motorista de ônibus, seu salário era de R\$650,00, usava preservativos com sua esposa e tinha uma amante. Com esta última ele não usava preservativo. Quando terminou sua relação com sua amante, esta ligou para sua esposa que lhe revelou que ele tinha HIV, e mostrou os exames. Aqui os relatos diferem, dizendo que a amante se testou na época e que o exame resultou positivo ou que ela não se infectou. Ela

decidiu processá-lo. Segundo seus advogados (Defensor público) ele não revelou sua sorologia porque ele não queria perdê-la.

Em 2007, após a perda do Recurso pelo acusado no Tribunal de Justiça, sua amante manifesta que se arrepende de tê-lo processado. Mas não é possível desistir do processo penal. Eles estão juntos de novo. Ele afirmou: “Me arrependo do meu comportamento, mas ela tinha responsabilidade também. A responsabilidade é dos dois parceiros. Eu não lhe contei porque eu a amo.” Os dois declararam no processo que ofereceram o uso do preservativo, mas que o outro se negou a usá-lo.

Nos dois casos, os acusados argumentaram que solicitaram o uso de preservativos aos seus parceiros. Nenhum conseguiu provar isto.

O que nos leva a perguntar: se uma PVHA que conhece sua sorologia tem sexo não seguro, mutuamente consentido, constitui isto uma tentativa de homicídio na ausência da revelação? No mesmo caso, este comportamento sempre

envolve a intenção de infectar o parceiro? É um comportamento negligente? Se o comportamento negligente ocorre sem a transmissão do HIV, deveria haver alguma pena? A criminalização da transmissão não intencional do HIV joga uma sombra sobre todas as pessoas com HIV, que serão tratadas como criminosas em potencial. No Reino Unido, o Dr Matthew Weait, professor de Direito e Estudos Legais da Universidade de Londres, argumenta que a lei atual (que criminaliza a transmissão do HIV como lesão corporal grave por comportamento negligente) tem “o potencial de fazer mais dano do que bem” se “seu objetivo primário for o de prevenir a transmissão.” Seu livro, *Intimidade e Responsabilidade: A criminalização da transmissão do HIV*, salienta o impacto do processos criminais sobre a habilidade dos médicos e pesquisadores para trabalhar em forma eficaz com PVHA, já que podem ser obrigados a quebrar seu segredo profissional por um juiz.

Adendo: a jurisprudência do Reino Unido está indo na direção de que, para condenar uma pessoa pela transmissão do HIV, é necessário comprovar:

1. que o acusado sabia que tinha HIV e também que podia infectar outras pessoas, mediante determinados comportamentos;
2. que as relações realmente ofereciam riscos de transmissão com base científica;
3. que o acusador tem HIV;
4. que o acusador não tinha HIV antes do relacionamento;
5. que o acusador não teve relações sexuais, nem de outro tipo que ofereçam risco, com outras pessoas; 6. que as variedades do

vírus HIV da vítima e do acusado são compatíveis.

Para o ponto 2, é importante salientar que, segundo a Promotoria do Reino Unido, a idéia da “intenção de transmissão por comportamento negligente” é claramente um absurdo.

Edwin Cameron, membro da Suprema Corte de Apelações da África do Sul, expressa “...devemos questionar o “bem” público que se origina de atribuir a responsabilidade exclusiva pela transmissão (como estas leis fazem) à pessoa com HIV, atenuando assim a responsabilidade do parceiro de evitar a transmissão – especialmente numa epidemia na qual todos devem estar conscientes dos riscos do sexo desprotegido”. As intervenções estruturais também devem incluir discussões amplas e profundas sobre a criminalização da transmissão do HIV. Qual tipo de barreira apresenta este tema para eliminar a estigmatização do processo de prevenção e tratamento?

EXPEDIENTE

Equipe “A Ponte Jurídica”: Cláudio Pereira, João Casanova e João Gonçalves
Jornalista Resp.: Alessandra Nilo – 1876
GIV – Grupo de Incentivo à Vida
Rua Capitão Cavalcanti 145
V. Mariana – CEP 04017-000
São Paulo – SP
Qualquer doação pode ser feita
no Bradesco
Ag. Santa Cecília 093-0
C/c 076095-1
Publicação GIV
Tiragem 2 mil exemplares
Fundado em 08/02/1990
Por José Roberto Peruzzo
O GIV é uma ONG, sem fins lucrativos
e de utilidade pública municipal,
estadual e federal

Como a Aids mudou minha vida

Há 16 anos (13 de março de 1992), meu pai perdia sua luta contra o HIV em Nova Iorque, EUA, e pela Providência Divina partia para outra “dimensão”, deixando-me uma lacuna e com uma dor difícil de explicar... Naquela época, não havia tratamento como hoje, e ter um diagnóstico positivo para o HIV era como ter uma “sentença de morte pronunciada antecipadamente” e prever que “ela estaria próxima”. Se ainda hoje não é fácil para uma pessoa descobrir-se HIV soropositiva, haja vista que a Aids continua sendo uma moléstia incurável, imagine-se há 20 anos...

Nessa época, eu estava cursando Farmácia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e via de perto o quanto a Aids trazia consigo uma “carga” de preconceitos, além de todo sofrimento causado aos doentes, seus familiares e amigos. Havia, inclusive, falta de profissionais que se dispunham a trabalhar em serviços de pacientes com HIV/Aids, por medo, desconhecimento das vias de transmissão, irresponsabilidade e até mesmo por preconceito, o que acontece, infelizmente, ainda hoje. Então, pelo que vivenciei e sofri, conhecendo o sofrimento e as dores de meu pai, e de tantos irmãos em Cristo, resolvi não me curvar diante deste mal, que havia “minado” meu pai, e continuava (continua) a ceifar milhares de vítimas em todo o mundo, sobretudo nos países mais pobres. Fui à luta e ingressei na área da Pesquisa Científica, sempre objetivando trabalhar em prol de uma melhor compreensão da infecção pelo HIV e em busca de uma imunoterapia / vacina contra o HIV.

Assim, iniciei minha carreira científica como estagiário do Laboratório de Micologia (Estudo dos Fungos), dirigido pela Prof^a. Dra. Edeltrudes de Oliveira Lima (UFPB), que abriu-me as “portas” para um mundo tão encantador, como é o da Pesquisa Científica.

Após o término do Curso de Farmácia, há 12 anos, vim para esta encantadora megalópole, São Paulo. Na bagagem, eu trazia muitos sonhos, planos e uma vontade imensa de trabalhar com “algo” na área de HIV/Aids. Aqui, sozinho, e com o auxílio de poucos amigos que fui conhecendo, iniciei uma nova e longa caminhada, a qual também teve suas linhas tortuosas e os seus desníveis, próprios da frágil natureza humana. Mas, com a “força” e a “luz” do Espírito Santo, eu fui crescendo, ultrapassando barreiras, vencendo as dificuldades e conquistando o meu espaço.

Passei por vários laboratórios e sob a orientação de diversos pesquisadores de alto nível, com os quais eu pude aprender bastante na “banca”, trocar idéias, experiências, e também fazer novas amizades. Pude ainda, ter a oportunidade de trabalhar no ativismo contra o HIV/Aids, mesmo que por pouco tempo.

Finalmente, como sempre busquei, tive a oportunidade de ingressar no Mestrado pelo Departamento de Microbiologia do ICB-USP, onde desenvolvi um projeto sobre as dermatofitoses em pacientes com HIV/Aids, sob a preciosa orientação do Prof. Dr. Valdevez Gambale. O mestrado possibilitou-me uma rica troca de experiência e vivência no Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids em São Paulo, bem como nas Disciplinas de Moléstias Infecciosas e Dermatologia da Faculdade de Medicina da USP, além

de ter me aberto as portas para a prazerosa experiência de “aprender no exterior”, pois foi durante o mestrado que pude estudar e desenvolver parte de minha dissertação em Angers, França.

Também, nessa época, em Paris, tive a oportunidade de conhecer a Prof^a. Dra. Brigitte Autran, pesquisadora de renome internacional na área de HIV (Imunologia), que se tornaria posteriormente minha supervisora nesta etapa do Doutorado. Foi através da Dra. Autran que veio o desafio, a oportunidade de conhecer melhor e aprender ainda mais sobre o HIV/Aids, e a difícil decisão de trocar a Micologia pela Imuno-Virologia do HIV.

Após estudar por alguns anos os indivíduos não progressores por longo tempo (LTNP), que são pessoas que têm o vírus HIV, mas não progridem para Aids (não ficam doentes) e nunca tomaram qualquer medicamento anti-retroviral, sob a brilhante orientação da Dra. Brigitte Autran (França) e do Dr. Dewton de Moraes Vasconcelos, em 03 de junho último, concretizei o sonho de concluir e defender uma tese de Doutorado na Faculdade de Medicina da USP, dando uma contribuição à Ciência para uma melhor compreensão sobre a patogênese do HIV/Aids, o que é de fundamental importância para podermos descobrir a médio/longo prazo uma vacina contra o HIV, e essa luta teve para mim um valor inestimável. Não somente por todas as experiências (boas e ruins) vividas e partilhadas, mas por todos os conhecimentos obtidos e pelas amizades conquistadas.

Bosco Christiano Maciel da Silva, PhD Farmacêutico, Pesquisador em HIV/Aids (Imuno-Virologia), Laboratório de Dermatologia e Imunodeficiências (LIM 56), Faculdade de Medicina – USPI: bosco.christiano@uol.com.br

Uma “Parada” para a reflexão

Muitos criticam a realização da Parada Gay, outros acham que a mesma é uma festa importante, outros, ainda, bandeira de uma causa. De todo modo, com muito olhares, o evento tem se configurado como uma festa da diversidade que tem um papel educativo e político: chamar atenção para as diferenças ligadas à sexualidade.

Aproveitando a oportunidade, proponho que façamos uma reflexão mais aprofundada a respeito de como a sociedade em geral e mais especificamente os espaços educativos como escolas, universidades, centros de convivência lidam com estas diferenças.

Tomarei aqui minha experiência nas áreas de saúde e educação para problematizar episódios cotidianos que me levam a crer que ainda temos muitos desafios.

Consideremos, por exemplo, a questão das travestis. Como são aceitas nas escolas, nos serviços de saúde, nas famílias e locais de trabalho? Nas escolas, com frequência, são alvos de estigma e discriminação.

Nesta oportunidade, focarei apenas o contexto escolar. Muitos professores e professoras recusam-se a chamá-las pelo nome com o qual estão identificadas. Assim uma Joana que recebeu um registro de João é chamada pelo nome de João e não pelo nome de Joana, que para ela a representa e com o qual constitui sua identidade.

Os/as educadores dizem ter que seguir o que é oficial (o registro e o nome na lista). Mas qual o problema de chamar a Joana e colocar presença para aquele que é João na lista? A burocracia e o legalismo mal dissimulam a não aceitação de que

os indivíduos podem ter identidades que não correspondem não somente a uma certidão de nascimento como também a sua herança genética (no caso, um corpo que é nomeado como de homem e que lhe dá um pênis).

Um simples ato cotidiano, como a chamada na escola, mostra o quanto vivemos em uma cultura que não dá espaço para a diferença e que calca suas compreensões sobre as pessoas nos castelos conceituais de uma natureza imutável e determinante das relações humanas.

O uso do banheiro também é emblemático desta perspectiva calcada nos determinantes biológicos. Várias escolas confrontam-se com esta questão: afinal qual banheiro a travesti vai usar? Pouco se escuta seu desejo e quando se escuta há uma dificuldade de realizá-lo, porque meninas, com frequência, não a querem no seu banheiro e meninas também não a querem. Familiares e professores muitas vezes reclamam. Direto-

ras/es, diante da questão, encontram diferentes soluções. Poucos abrem um diálogo com a comunidade e a muitos optam por sugerir a utilização do banheiro da direção.

A simples existência deste “problema” na escola já mostra que a travesti não é bem vinda, que sua presença é perturbadora de determinadas ordens estabelecidas.

No entanto temos que pensar que contextos como estes trazem conseqüências. Em um evento para jovens, uma travesti de 18 anos pediu que eu a ajudasse a preencher a ficha de entrada no hotel. Queria que eu escrevesse seu nome! O que aconteceu? Como alguém que teve acesso a escola sai da escola sem aprender a escrever o próprio nome?

A homossexualidade ficou conhecida como “o amor que não pode dizer seu nome”, mas talvez tenhamos que levar a reflexão mais adiante. Ao discriminarmos a homossexualidade e todas as formas identitárias que

fogem a um padrão binário, heterossexual hegemônico acabamos contribuindo para um holocausto cotidiano que tenta apagar a existência de toda e qualquer diferença. Mais do que um amor/desejo que não pode dizer seu nome, encontramos sujeitos que não podem dizer seus nomes. Nomes que lhes dão sentido de SER.

Por Bete Franco

Reunião de Vivência
exclusiva para
pessoas vivendo
com hiv/aids
2ª feira - 19:45 hs

Prioridade nos processos Judiciais

Em decisão inédita, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) conferiu tramitação prioritária a processo em que uma das partes é portador do vírus HIV. Para a relatora, ministra Nancy Andrighi, é imprescindível que se conceda a pessoas que se encontram em condições especiais de saúde o direito à tramitação processual prioritária, assegurando-lhes a entrega da prestação jurisdicional em tempo não apenas hábil, mas sob regime de prioridade, máxime quando o prognóstico denuncia alto grau de morbidez.

Essa decisão não obriga que todos os Tribunais sigam esta regra, todavia, a mesma serve de norte dentro da questão específica da prioridade. Sendo que, outras decisões neste sentido criarão uma regra a ser seguida.

A seguir transcrevemos parte do voto da Ministra:

De início, antes que se faça qualquer esforço jurídico da questão, mostra-se conveniente e oportuno fixar que o prognóstico de pessoas como as que contraíram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, que é uma manifestação clínica avançada da in-

fecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV, leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária, as quais acabam por resultar em infecções oportunistas, neoplasias e/ou manifestações (demência, caquexia, trombocitopenia, etc.), que podem levar o enfermo ao óbito, quando não acompanhadas e monitoradas adequadamente por profissionais altamente habilitados (informações retiradas do site: <http://www.aidsbrasil.com>).

Segundo escólio de José Afonso da Silva (in Comentário Contextual à

Constituição, 4ª ed., Malheiros Editores: São Paulo, 2007, p. 28), “a dignidade da pessoa humana é um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida.” Prossegue em momento posterior, o doutrinador (ob. cit. p. 39):

“Porque a dignidade acompanha o homem até sua morte, por ser da essência da natureza humana, é que ela não admite discriminação alguma e não estará assegurada se o indivíduo for humilhado, discriminado, perseguido, ou depreciado, pois como declarou o Tribunal Constitucional da República Federal da Alemanha, ‘à norma da dignidade da pessoa humana subjaz a concepção da pessoa como um ser ético-espiritual que aspira a determinar-se e a desenvolver-se a si mesmo em liberdade’. Aliás, Kant já afirmava que a autonomia (liberdade) é o princípio da dignidade da natureza humana e de toda natureza racional, considerada por ele um valor incondicionado, incomparável, que traduz a palavra ‘respeito’, única que fornece a expressão conveniente da estima que um ser racional deve fazer da dignidade.

Não basta, porém, a liberdade formalmente reconhecida, pois a dignidade da pessoa humana reclama condições mínimas de existência, existência digna conforme os ditames da justiça social como fim da ordem econômica. É de lembrar que constitui um desrespeito à dignidade da pessoa humana um sistema de profundas desigualdades, uma ordem econômica em que inumeráveis homens e mulheres são torturados pela fome, inúmeras crianças vivem na inanição, a ponto de milhares delas morrerem em tenra idade. ‘Não é concebível uma vida com dignidade

entre a fome, a miséria e a incultura; ‘a liberdade humana com freqüência se debilita quando o homem cai na extrema necessidade’, pois ‘a igualdade e dignidade da pessoa exigem que se chegue a uma situação social mais humana e mais justa. Resulta escandaloso o fato das excessivas desigualdades econômicas e sociais que se dão entre os membros ou os povos de uma mesma família humana. São contrárias à justiça social, à equidade, à dignidade da pessoa humana e à paz social e internacional.”

Como se vê, não há necessidade de se adentrar a seara da interpretação extensiva ou da utilização da analogia de dispositivo legal infraconstitucional de cunho processual ou material, para se ter completamente assegurado o direito subjetivo pleiteado pelo recorrente.

Basta buscar nos fundamentos da República Federativa do Brasil o princípio da dignidade da pessoa humana que, por sua própria significância, impõe a celeridade necessária peculiar à tramitação prioritária do processo em que figura parte com enfermidade como o portador do vírus HIV, tudo isso pela particular condição do recorrente, em decorrência de sua moléstia.

Dessa forma, mostra-se imprescindível que se conceda a pessoas que se encontrem em condições especiais de saúde, o direito à tramitação processual prioritária, assegurando-lhes a entrega da prestação jurisdicional em tempo não apenas hábil, mas sob regime de prioridade, máxime dado o prognóstico tal como acima delineado em linhas acima.

Negar o direito subjetivo de tramitação prioritária do processo em que figura como parte uma pessoa com o vírus acima descrito, seria, em

última análise, suprimir, em relação a um ser humano, o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto constitucionalmente como um dos fundamentos balizadores do Estado Democrático de Direito que compõe a República Federativa do Brasil, no art. 1º, inc. III, da CF.

Entrementes e apenas a título complementar, registre-se que o Congresso Nacional já vem procurando sanar a lacuna legal por meio do Projeto de Lei n.º 6.415/05, que estende a prioridade na tramitação de processos judiciais e administrativos aos portadores de doenças graves, aí incluídos os portadores do vírus HIV, de deficiência física e mental, de moléstia profissional e a vítimas de acidente de trabalho.

Por fim, saliento que, no âmbito do Tribunal da Cidadania que compomos, ofertamos ao i. Ministro Presidente, sugestão no sentido de que seja, desde já editada Resolução que confira prioridade no julgamento dos processos cuja parte seja pessoa portadora do vírus HIV.

Forte em tais razões, CONHEÇO do recurso especial e DOU-LHE PROVIMENTO, determinando que o Tribunal do Distrito Federal e Territórios confira prioridade de tramitação ao processo em que figura como parte o recorrente, portador do vírus HIV.

QUER CONHECER
O GIV?

REUNIÃO
DE NOVOS

4ª FEIRA – 19:45HS

DESIGUALDADES REGIONAIS E OS DESAFIOS DA ASSESSORIA JURÍDICA POPULAR NO COMBATE À AIDS.

“Aids mantém-se estável no Brasil, mas diferenças regionais se acentuam. Epidemia avança no interior do país, em mulheres, heterossexuais e na população de baixa renda e pouca escolaridade”. Esse é um trecho do relatório sobre a experiência do Programa Brasileiro de AIDS, onde a análise epidemiológica é feita, destacando-se as várias faces da epidemia de AIDS no Brasil. É com base nestes indicadores que refletimos sobre as desigualdades relacionadas à região Nordeste, apresentando aqui as experiências dos Estados da Paraíba e Bahia na assessoria jurídica popular às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

As assessorias jurídicas populares têm papel de fundamental importância na luta contra a AIDS, especialmente na intervenção social jurídico-político nas relações de conflitos existentes em face das características que envolvem cada Estado e região.

O histórico da atuação das assessorias comprova tal importância, na medida em que se constata a evolução das discussões jurídicas específicas da AIDS desde as primeiras ações judiciais no começo dos anos 80, quando a epidemia nem era conhecida devido à escassez de informações sobre a nova epidemia que surgia e que forçaram o Poder Judiciário a se deparar com tais questões inéditas, passando pelo arranjo de políticas públicas, legislação específica e na consolidação de uma Jurisprudência mais sensível aos direitos fundamentais dos afetados pela epidemia, como, por exemplo: a política de controle e testagem do sangue, a Lei 9.313/96 que garante universal e gratuitamente a medicação para o tratamento e a regulamentação específica da atividade dos planos de saúde.

Apesar dos avanços, os conflitos que hoje têm configurado a epidemia de HIV/AIDS no Brasil trazem à tona uma rediscussão política da epidemia e uma abordagem integral dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, daí a necessidade de se desenvolver um importante trabalho de rompimento com a lógica assistencialista que, em alguns momentos, faz-se presente nas ações realizadas com pessoas que vivem com HIV/AIDS, priorizando a autonomia dos indivíduos e do movimento e se colocando como um parceiro na efetivação dos direitos referentes a este grupo, assim como de suas lutas e reivindicações.

Na Paraíba, todos os contextos de vulnerabilidade se articulam em um imenso arsenal de violações e violências às pessoas atendidas pela assessoria jurídica. O perfil do público atendido, em termos de desigualdades regionais, é de pessoas em vivência de extrema pobreza e violência e de baixa escolaridade. Das ações ajuizadas relacionadas à incapacidade para o trabalho a maioria é relacionada a benefícios assistenciais, e as que se referem à auxílios-doença são de pessoas desempregadas e que recorreram aos benefícios previdenciários no tempo em que estavam segurados.

Em relação à assistência e tratamento, outro dado alarmante nos remete à essas diferenças. Entre o ano de 1997 e 2006, o número de óbitos na Paraíba aumentou em mais de 50%, passando de 41 óbitos para 99 em 2006.

Na Bahia, o cenário não é diferente. Pelo contrário, os fatores que intensificam a ocorrência de violações

de direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado são muito parecidos com as violações que acometem os demais estados do Nordeste. A ausência de co-responsabilização dos setores na garantia de direitos, a falta de preparo do Poder Judiciário em absorver as demandas oriundas do HIV/AIDS, o engessamento do Estado na concessão de medicamentos ou benefícios assistenciais e outros fatores sociais, como a fome e o desemprego, marcam o contexto baiano em relação aos direitos das PVHA.

As principais demandas absorvidas pela assessoria jurídica do GAPA/BA são ações previdenciárias e de concessão de medicamentos. Neste primeiro semestre de 2008, ambas representaram 55% dos atendimentos realizados. Neste sentido, preocupa o fato de ser o Estado o principal violador dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS e o seu argumento estar concentrado na necessidade de atenção ao equilíbrio atuarial do Estado, o que representa um contra-senso: o orçamento do Estado sobreposto ao direito à vida.

Estes indicadores mostram a necessidade de se fomentar a discussão da integralidade e interdependência dos direitos humanos no combate a AIDS, para que se possa ter resultados efetivos nessa luta de forma a abarcar as diferenças regionais que se traduzem nas mortes precoces e no aumento da epidemia na região nordeste.

Lucas Seara

Daiane Dutra

Tatyane Guimarães Oliveira

Gilmara Joane Macedo de Medeiros

MOTIVO TORPE

DEMITIR EMPREGADO COM AIDS É DISCRIMINAÇÃO, AFIRMA TST

É discriminatória a demissão de empregado com Aids sempre que o patrão não demonstrar que a dispensa ocorreu por outra causa. O entendimento é da Seção Especializada em Dissídios Individuais I do Tribunal Superior do Trabalho. Os ministros não conheceram os Embargos ajuizados pela Cryovac Brasil Ltda., e mantiveram a decisão que determinou a reintegração ao emprego de uma empregada com Aids.

A ação trabalhista foi ajuizada por uma analista fiscal da Cryovac, contratada em dezembro de 1994, com salário de R\$ 1.093,00, e dispensada sem justa causa em março de 1999. Segundo ela, descobriu que tinha o vírus HIV em 1996 e ficou um ano afastada do trabalho, em licença médica. Disse que, ao retornar, passou a sofrer discriminação por parte da empresa, que a colocou em uma sala isolada, sem ventilação, afastada dos demais colegas. Afirmou que foi destituída das funções anteriormente exercidas e passou a ser tratada “como um verdadeiro estorvo, passando de setor em setor”, até ser despedida.

A analista alegou, ainda, que, como soropositiva, não consegue novo emprego e, estando desempregada, não tem suportado o alto custo da assistência médica. Disse que a dispensa foi discriminatória e pediu indenização por danos morais no valor de 100 vezes sua última remuneração, reintegração ao emprego na mesma função inicialmente contratada e indenização por danos materiais no valor de 18 vezes sua remuneração mensal.

A empresa, para se defender, negou a existência de discriminação. Argumentou que, ao contrário do alegado pela empregada, assim que soube da doença providenciou médico especializado para acompanhá-la, psicólogo

e assistente social. Sustentou que, mesmo no tempo em que a empregada esteve afastada por licença médica, manteve o acompanhamento especializado, pagando inclusive os medicamentos caríssimos de que ela necessitava, dentre eles o AZT, não fornecido pelo INSS. Alegou que a demissão se deu por motivos de reestruturação na empresa, o que levou à dispensa de vários empregados.

A ação foi julgada improcedente pela primeira instância. O entendimento foi de que as provas dos autos eram no sentido de que a empresa amparou a empregada sempre que necessário, sem praticar qualquer ato que causasse lesão à moral, à honra, à reputação ou à dignidade da trabalhadora. A empregada recorreu ao Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (São Paulo), que manteve a sentença. De acordo com o acórdão, “não há preceito legal vigente que estenda ao portador do vírus HIV qualquer modalidade de estabilidade”.

Ao recorrer ao TST, a empregada saiu vitoriosa no pedido de reintegração com pagamento dos salários vencidos. De acordo com o voto do ministro Lelio Bentes Corrêa, “em circunstâncias nas quais o trabalhador é portador do vírus da Aids e o empregador tem ciência desse fato, o mero exercício imotivado do direito potestativo da dispensa faz presumir discriminação e arbitrariedade”.

A empresa ajuizou, sem sucesso, embargos à SDI. Insistiu na tese de que não há norma jurídica que estabeleça a obrigação de manter empregado ou readmitir o portador de HIV. A relatora do recurso na SDI-1, ministra Rosa Maria Weber Candiota da Rosa, destacou que “o sentimento discriminatório não é tratado pelo Direito como causa irrelevante, no que se refere à denúncia do contrato de trabalho pelo empregador.

Ao contrário, constitui fator repudiado com veemência pela ordem jurídica e cuja presença no ato da dispensa implica a sua ilicitude”.

Segundo a ministra, a dispensa imotivada nesses casos é, na verdade, uma despedida motivada, “mas por motivo torpe, que vicia o ato, ensejando a sua nulidade”.

E-ED-RR-76.089/2003-900-02-00.9

Revista Consultor Jurídico

ATIVIDADES

CONHECER-SE

Oficina de auto-conhecimento.

INFORMÁTICA

Promove a inclusão cidadã através dos recursos da informática.

JURÍDICO

Visa promover ações na defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS e dos grupos vulneráveis ao HIV.

SOMOS

Grupo de discussão para homossexuais, com temas relacionados à orientação sexual ou não.

VIVER CRIANÇA E ADOLESCENTE

O objetivo do projeto é contribuir para a formação de crianças e adolescentes solidários, que respeitem a diversidade humana e a vida, e que tenham condições de enfrentamento da epidemia da AIDS.

Ligue: 11-5084.0255 ou 11-5084.6397 após as 14 h e confirme dias e horários

Dúvidas

Diariamente recebemos e-mails com dúvidas relacionadas à questão das Dsts/HIV/AIDS, a seguir transcrevemos algumas das perguntas, alterando os nomes dos solicitantes por questão de sigilo.

Bom dia!!!

Gostaria de uma informação sua, quanto à questão de isenção de imposto de renda para portadores de doenças graves. No meu caso, sou soropositivo desde 2000 e só fiquei sabendo desta possível isenção este ano, após ter efetuado a minha declaração. As minhas principais dúvidas são: como proceder? Posso solicitar retroativo aos anos anteriores? Há como não envolver a minha fonte pagadora (a empresa em que eu trabalho)?

Grato pela atenção!!!

Joaquim

Prezado Joaquim

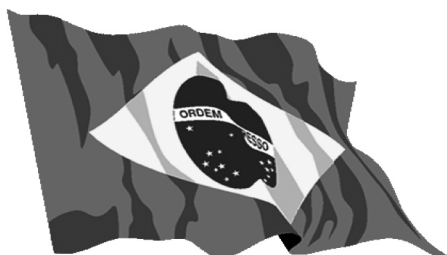
A isenção de imposto de renda para os portadores do hiv está condicionada à aposentadoria por invalidez. O fato de ser soropositivo, sem a aposentadoria por invalidez, não dá direito a isenção.

Meu nome é Maria tenho 36 anos há 02 anos descobri que tenho o vírus hiv, foi detectado através de uma doença oportunista neurocriptococose, sendo assim fui diagnosticada como tendo AIDS, é muito difícil pra mim, até janeiro desse ano estava recebendo auxílio doença mas o INSS, cortou meu benefício e diz que posso trabalhar, confesso que até estou tentando mas não consigo achar nada, agora arrumei um bico, mas não tenho nem coragem pra sair de casa, minha cabeça me incomoda e muito já que essa doença mexe com a cabeça, tenho todos os exames, internação e tudo que fiz nesse espaço de 02 anos, fiquei 43 dias internada entrei em coma, será que diante disso tudo eu consigo brigar com o INSS por uma aposentadoria,

pois com certeza devido ter ficado 02 anos afastada do mercado além de estar desatualizada, ninguém vai querer dar emprego pra uma pessoa que está tanto tempo fora do mercado, gostaria de saber se podem me ajudar. Atenciosamente Maria

Prezada Maria

Se você tiver laudo do médico que faz o seu acompanhamento regular informando da sua incapacidade para o trabalho, quais seqüelas acarretaram a neurocriptococose, é possível pleitear judicialmente o seu retorno ao auxílio doença e, dependendo do que é relatado pelo médico, solicitar a conversão do auxílio doença em aposentadoria por invalidez.



Gostaria de saber se, uma vez portador do HIV, mesmo apto ao trabalho, mas estando atualmente desempregado, tenho direito a receber algum benefício, não sendo contribuinte do INSS. Caso tenha, como devo proceder?

Agradeceria a orientação. Grato

Atenciosamente

José - Natal/RN

Caro José

Diante do que você nos relata não é possível receber o auxílio doença uma vez que você não contribuiu para a Previdência Social.

O desempregado mantém a qualidade de segurado até 12 meses para quem contribuiu durante um ano, e

de 24 meses para quem contribuiu durante 10 anos, para ambos os casos de forma ininterrupta.

O LOAS/BPC (benefício de prestação continuada), que não é uma aposentadoria, é pago para deficientes físicos e idosos. Estando apto ao trabalho e não tendo seqüelas de doenças oportunistas causadas pelo HIV/AIDS, não é possível receber este benefício.

Prezados Senhores, boa tarde !

Bom, sou soropositivo desde 2006, mas ainda não faço uso de medicação.

Meu cd4 esteve sempre na faixa entre 380 e 290, mas como clinicamente estou bem o médico disse que eu tinha a opção em iniciar ou não o tratamento.

Gostaria de saber o seguinte: Em caso de necessidade de atendimento médico de urgência a quem devo recorrer? Só sei que o Emilio Ribas é especializado neste tipo de tratamento e gostaria de saber se existem outras opções.

Tenho convênio médico da empresa e gostaria de saber se posso utilizar este convênio caso precise fazer tratamento e acompanhamento médico? Obrigado

Pedro

Caro Pedro

"Normalmente" não ocorrem problemas com planos de saúde de empresas, e a utilização da rede credenciada é normal. Tanto para atendimentos de emergência, assim como para tratamentos regulares.

No nosso número anterior, disponível na nossa Home Page, há uma matéria que trata do assunto.

Abraços.

ACESSO AOS MEDICAMENTOS

A seguir apresentamos o trecho inicial do Jornal Valor Econômico do dia 03/08/2008, com a manchete: “STF definirá destino da avalanche de liminares contra SUS na Justiça”

“O Supremo Tribunal Federal (STF) decidirá o rumo das milhares de ações propostas por pacientes contra Estados e municípios pelas quais pedem o fornecimento de medicamentos de alto custo, conhecidos como excepcionais. A corte reconheceu a repercussão geral do tema - condição para o julgamento do processo em razão do seu impacto econômico e jurídico, por exemplo - em um recurso do Estado do Rio Grande do Norte. No processo, o Estado contesta uma decisão do Tribunal de Justiça da região para o fornecimento de medicamentos de alto custo a uma paciente. Nesse caso, o ministro Marco Aurélio de Mello, relator do recurso, considerou que está em jogo - ante limites orçamentários e a necessidade de muitos por medicamentos - a própria eficácia da atuação estatal.

A Constituição Federal em seu artigo 196 norteia essa questão crucial e diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Muitos representantes do poder executivo nas suas três esferas; federal, estadual e municipal; entendem que essa é uma norma ampla demais, e que deveria ser alterada. Entretanto, o número de votos (2/3) para que uma emenda constitucional venha dar uma nova roupagem restritiva ao artigo 196, além do desgaste político do tema, uma posição limitadora do Supremo Tribunal Federal cairia como uma luva.

Já existe um projeto de Lei do senador Tião Viana para mudar a Lei 8080/90, SUS, que trata do acesso à saúde e aos medicamentos em uma norma inferior.

Preceitua a Lei 8.080/90, que rege o SUS:

“Art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Art. 5º: “São objetivos do sistema Único de Saúde:

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção e recuperação da saúde, com a realização integrada, ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Art. 6º: “Estão incluídos ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

I – A execução de ações:

II – De assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.”

Art. 7º: “As ações e serviços de saúde (...) que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios:

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. “Pertinente revelar que as expressões “atendimento integral”, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e “integralidade de assistência”, compreendem inexoravelmente o fornecimento de medicamentos indispensáveis e essenciais ao valor máximo que o Direito pode e deve tutelar, ou seja, a VIDA.”

A sociedade civil deve posicionar-se em relação a esta matéria, pois está em jogo a possibilidade de se conseguir judicialmente medicamentos e insumos necessários à manutenção da vida de milhares de cidadãos brasileiros.

Ninguém está livre de ficar doente neste país, e nem sempre os gestores de saúde disponibilizam os tratamentos necessários para recuperar a saúde, ou controlar doenças.

A seguir transcrevemos um julgado de um Ministro do Supremo Tribunal Federal que deveria servir de exemplo para outros ministros e balizar a discussão de um tema de tal relevância.

“EMENTA: PACIENTE COM HIV/AIDS – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS – DIREITO À VIDA – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS

– DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF arts. 5º, caput, e 196) – PRECEDENTES (STF) – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.

O direito à saúde representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento institucional.

A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu imposterável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. (...)” (grifo nosso)

(STF, AGRRE 271286-RS/1999, Min. Celso Mello).

Pobreza, Aids & Direitos Humanos

Existe um perverso ciclo vicioso que condena grande parte da população mundial a viver numa perpétua situação de pobreza, ampliando cada vez mais o abismo que dividem ricos e pobres. Essa divisão não só ocorre em acúmulo de capital, i.é, na relação entre ricos e pobres também se acentua a disparidade: no topo, ricos mais ricos e na base muito mais pobres, mais empobrecidos e em lugares cada vez mais miseráveis.

São inúmeros os fatores que favorecem essa distribuição de renda injusta, em âmbito local ou na macro-economia nacional. Trago à reflexão a análise do educador e jornalista Gilberto Dimenstein¹ que dimensiona bem e de forma bastante lúcida a realidade brasileira. Em sua análise de conjuntura sócio-econômica, as observações são verificadas a partir das riquezas acumuladas no país e distribuição injusta do PIB. Ele identifica, baseado em dados do IBGE, a inexistência de equidade na distribuição das riquezas que foram produzidas com o trabalho e participação de todos os brasileiros.

Em sua reflexão, ele identifica a disparidade acentuada do PIB, a saber: 18 milhões de brasileiros ficam com 450 bilhões de dólares, 22 milhões com 144 bi e a grande massa de pobres que se calcula em 140 milhões fica com 306 bilhões. É possível observar que o problema não está na classe média, aqui considerada B, mas se expressa na imensa distância entre A e C: 450 bilhões para 18 milhões de pessoas contra 306 bilhões para 140 milhões. O Jornalista faz uma brilhante analogia entre um grupo de amigos que vai a uma pizzaria: entre dez fatias de pizza para dez amigos, cinco fatias ficam com um único amigo, duas com outro, e três fatias divididas entre oito amigos. Certamente, você não ficaria satisfeito em repartir três fatias de pizza entre oito pessoas, enquanto seu amigo sozinho come cinco fatias.

Essa reflexão revela a dimensão da enfermidade social enfrentada pelo Brasil, retrata a arbitrária disparidade sócio-econômica existente em nosso país.

Ora, mas o que favorece essa discrepância? Sonogação fiscal, política de arrecadação ultrapassada, corrupção, impostos indevidos, evasão de divisas,

superfaturamento de obras públicas, má gestão do estado, políticas públicas pouco inclusivas, investimentos de altos volumes de capital em especulações financeiras (ações, câmbio, metal, etc.,) e não na produção, desemprego, hospitais e escolas sucateados, fome, déficit habitacional, etc. Todos esses equívocos na macro-política ampliam os fenômenos da violência, além de perpetuar e aumentar a pobreza. Os pobres não são responsáveis por sua pobreza, mas vítimas de um sistema empobrecedor.

Nessa perspectiva, e à luz deste diagnóstico, é possível avançar para os desafios no enfrentamento da luta contra AIDS. Segundo Boletim Epidemiológico, a epidemia brasileira hoje contabiliza por volta de 475 mil casos de AIDS e nesta guerra já perdemos mais de 193 mil seres humanos e cada vez mais os mais pobres.

Sobre os casos de óbitos em relação a raça/cor constata o mesmo Boletim Epidemiológico:

(...) A tabela XIV apresenta os óbitos por AIDS segundo sexo raça/cor no período de 1998 a 2006. O percentual de ignorados desta variável vem diminuindo desde 1998, o que possibilita uma análise um pouco mais consistente. Observa-se queda da razão entre brancos: pretos/pardos, que variou entre 2001 e 2005 de 1,6:1 para 1,3:1 no sexo masculino e de 1,3:1 para 1,1:1 no sexo feminino.

Evidencia-se, a partir da análise, que o número de óbitos tem aumentado sistematicamente nas populações mais empobrecidas desde 1998.

Sabe-se que, no Brasil desde meados de 1994, a epidemia avançava para populações mais empobrecidas, embora só viéssemos perceber a explosão de casos na virada do século. Naquela época, embora já houvesse alguns significativos avanços nas campanhas de prevenção e nos programas de assistência, as principais ações ainda eram focadas para os chamados "grupos de risco" em especial, HSH, UDI e profissionais do sexo.

As redes de proteção ainda eram frágeis e segmentadas. Havia a necessidade de se criar fóruns permanentes de discussão para elaborar estratégias de contenção da epidemia e universalização dos poucos ARV disponíveis para o

tratamento na época. As ONG, por sua vez, acolhiam doentes e ensaiavam um tímido *advocacy*.

Com o aporte do Banco Mundial – Aids I e II - foram feitos altos investimentos na implantação de Programas, campanhas de prevenção, distribuição de insumos e a implementação de especialidades prioritárias na assistência, porém sempre enfocando, equivocadamente – ao menos na prevenção –, os tais grupos de risco. Entretanto, a doença continuava avançando, silenciosa, definindo rotas endêmicas, pouco merecidas ou até desmerecidas enquanto potenciais, pelos serviços de vigilância epidemiológica. Afinal, mais se assemelhava a uma doença de gays e drogados com recorte definido, do que uma patologia tipicamente humana. Entretanto, aturidos e perplexos, começamos a assistir ao implacável vírus avançar rapidamente entre mulheres, caracteristicamente monogâmicas, mães de família, que até então, pensavam estar "blindadas" contra o HIV. Mas o silencioso vírus "imoral" invadiu as casas das famílias também, o combate ao HIV passava agora por dentro dos "ilibados" lares brasileiros, diminuíam vertiginosamente os números de casos de homens em relação à notificação em mulheres.

A epidemia se "heterossexualizou" e se feminizou. Se na primeira década da epidemia (1980/90), havia os chamados grupos de risco; na segunda década (1990/00), a epidemia iria ter o conceito de vulnerabilidade, e todos passavam a ser vulneráveis.

As redes de proteção, a partir do fortalecimento das ONG, ENONG e Fóruns estaduais, começam a surgir como resposta à limitada e deficitária ação do Estado. Em 1995, nasce a RNP+ Brasil, mas apenas 10 anos depois, em 2005, nasce a Rede Nacional das Cidadãs Positivas, como resposta comunitária ao avanço da infecção em mulheres.

Novas estratégias de combate tiveram que ser implementadas; na assistência: garantia dos ARV, rigorosos pré-natais, rede de CD4, importação de novos medicamentos e novo consenso, entre outros avanços etc.; na prevenção: campanhas cada vez mais contundentes direcionadas para mulheres e homens heterossexuais, mas ainda assim, com

linguagem para classes A, B e C, ignorando as D e E. Isto é, ignorando 75 milhões de brasileiros que sobrevivem abaixo da linha de pobreza, segundo IPEA.

Paradoxalmente, constata-se, segundo o próprio Ministério da Saúde, que 70% das mulheres infectadas apresentam baixa escolaridade – ensino fundamental incompleto – e baixa renda. A epidemia avançou silenciosamente outra vez, agora para a população empobrecida do país, começou a se concentrar e se disseminar nos bolsões de miséria das grandes metrópoles. Lugares esquecidos pelo poder público. Outro fenômeno marcante foi a interiorização da epidemia, que avançou também entre populações ribeirinhas, sertanejas, quilombolas, indígenas e caiçaras, trazendo novos desafios ao seu enfrentamento.

Quando se fala em epidemia de AIDS numa população já massacrada pelos desajustes sociais, que sobrevivem sob toda sorte de dificuldades como fome, violência, usurpação de direitos e ausência do poder público, é fundamental fazer uma re-leitura criteriosa sobre as características do fenômeno e suas variantes. Com efeito, é necessário estabelecer metas que evidentemente impliquem num maior esforço para garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana, levando em conta que tais grupos não têm a mesma facilidade de articulação que os primeiros grupos vitimizados pelo HIV tiveram.

As ONG não dão conta da demanda de PVHA a procura de alimentação básica e assistência social, as casas de apoio – especialmente tipo II - estão sempre superlotadas e os hospitais não sabem o que fazer com pacientes sem moradia, a baixa/nenhuma escolaridade dificulta a promoção. Famílias disfuncionais não conseguem acolher e cuidar de seus doentes, crianças e adolescentes nascidos soropositivos são criados em precários barracos com esgoto a céu aberto. Além dessas agravantes ainda existem doenças como, hepatites, alcoolismo, DQ, desnutrição, transtornos mentais, que dificultam a adesão. Diferente do que muitos pensam, o preconceito é excessivamente maior entre os mais pobres e, por isso, a PVHA vive se escondendo dos seus vizinhos, quando não é agredida ou expulsa da favela.

Em algumas visitas que fiz em barracos de favelas de São Paulo, pude retra-

tar, com profunda indignação, a violação dos direitos humanos. Olhava com consternação a contrastante imagem de três caixas de medicamentos ARV caríssimos, em cima da geladeira e, dentro dela, apenas uma garrafa de água. Naqueles lugares, morre-se de fome e notifica-se de AIDS.

O retrato que se vê, sem exagero algum, são duas antagônicas epidemias num mesmo país: uma formada por brasileiros PVHA que conseguem manter rigorosamente seu tratamento, viver com qualidade e ter projetos de vida, do outro lado, outra perversa epidemia, que muito se assemelha à realidade subsaariana, formada por brasileiros PVHA esquecidos ao abandono e à própria sorte em barracos espalhados por favelas das cidades. Pior ainda, nos rincões mais distantes do país: sertanejos, ribeirinhos e pescadores, onde o acesso aos serviços é precário e ineficiente, bem como, nos sucateados centros prisionais do Brasil onde o paciente de aids vive total abandono, como se a doença fizesse parte da sua pena. Têm-se justiça, mas não se têm equanimidade.

Podem parecer uma relação inexpressiva, mas o resultado da ação depende, decisivamente, de uma educação para cidadania. Refiro-me à possibilidade de pensarem ser esta uma idéia equivocada ou até visionária. Entretanto, estou persuadido de que, se não houver investimentos na formação de grupos de cidadania que fomentem discussões sobre direitos, deveres e promoção, com o mesmo empenho que se investe em grupos de adesão, continuaremos contabilizando novos casos, tanto de diagnóstico com de óbitos. E, ainda assim, a resposta será a médio e longo prazo. Maior educação, menor as chances do vírus. É empírico!

Ora, também não é possível responsabilizar apenas um segmento da sociedade, ou apenas o poder público, uma vez que todos os fatores agem sinergicamente e são resultado de uma política internacional mercadológica e expansionista. Exemplo disso são os lucros bilionários dos grandes laboratórios. A lógica do lucro não é a lógica do humano! Por isso que o esforço tem que ser corajoso, coletivo e solidário.

Para conter o avanço epidemiológico em tais populações, é imperativo criar estratégias claras e distintas, com o mesmo empenho que se teve para conter o avanço entre os HSH, UDI ou Vertical.

Não tenho a presunção de reinventar a roda, uma vez que toda ação política, se houver, antevíamos garantida na CF/1988. Com efeito, a reflexão sem ação não traz resultado, por isso a leitura que faço é que é imprescindível e urgente a formação de CINCO frentes, para acolher populações empobrecidas, seja em âmbito das políticas públicas e/ou participação comunitária:

Ampliação das assessorias jurídicas para acompanhamento de casos previdenciários, trabalhistas e criminais;

Ampliação dos serviços de assistência social especializado, tanto nos serviços de saúde como nas ONG que atendam tal demanda;

Estratégias de prevenção e diagnóstico precoce (núcleos de testagem) que alcancem efetivamente populações empobrecidas. Em especial, peças publicitárias de prevenção dentro de comunidades carentes, com linguagem acessível e específica;

A intersetorialidade com debate franco e aberto entre as secretarias, a exemplo de São Paulo: CRTA/Secretaria da Saúde, SEADS e Fórum de ONGs;

E, enfim, talvez a mais paradigmática de todas e mais permeada de preconceitos: prover alimentos básicos para os mais carentes. Antiretroviral não mata fome! Sem alimento os ARV não fazem efeito. É recurso desperdiçado. É vida perdida.

Oxalá celebre-se, nos próximos anos, o definitivo controle do avanço epidemia da AIDS. Sabemos que isso ainda é um sonho quase utópico. Todavia não podemos, em absoluto, diminuir nossos esforços e contínuo empenho, por cremos que a AIDS, aparentemente, tornar-se-á uma doença de pobres. E pobres! Dirão alguns desavisados: são humanos de segunda. Isso jamais!

Cruzar os braços e fechar os olhos para a verdade é como negar a si próprio sua dimensão humana.

Tornamo-nos mais humanos, à medida que nos compreendemos enquanto humanos e, somente assim, apropriamo-nos, destarte, de nossa própria humanidade.

José Roberto Pereira – Betinho
Consultor / Ativista





REMETENTE: GIV-Grupo de Incentivo à Vida
Rua Capitão Cavalcanti, 145
Vila Mariana – São Paulo – SP
CEP 04017000

PROGRAME-SE

EVENTOS ABERTOS AO PÚBLICO

Reunião de Novos: Todas as Quartas-Feiras das 19:45 às 21:45 h.

Reuniões de Integração: Últimas Quartas-Feiras do mês das 19:45 às 21:45 h.
Para participar, é preciso ter feito a Reunião de Novos.

IMPORTANTE

Os textos assinados,
não expressam
obrigatoriamente
a opinião do GIV.

EVENTOS EXCLUSIVOS PARA ASSOCIADOS

EVENTO	DIAS	HORÁRIO
GVT	Segundas-Feiras	20:00 às 22:00
Plantão Terapêutico	Segundas-Feiras	19:00 às 22:00
Psicoterapia Individual	Segundas-Feiras	18:00 às 21:00
Psicoterapia Individual	Quartas-Feiras	18:00 às 21:00
Psicoterapia de Grupo	Terças-Feiras	20:30 às 22:00
Reike	Quartas-Feiras	19:00 às 21:00
Reunião de Novos	Quartas-Feiras	19:45 às 21:45
Reunião de Integração##	Quartas-Feiras	19:45 às 21:45
Somos*	Quintas Feiras	20:00 às 22:00
Palestras##	Quintas Feiras	20:00 às 21:45
Viver Criança##	Sábados	14:00 às 17:00
Festa Aniversariantes	Último Sábado do mês	18:00 às 22:00

*Atividade Quinzenal

Atividades que normalmente ocorrem uma vez ao mês.

Qualquer dúvida contatar a secretaria - Fone 5084.0255 / 5084.6397

Atividades gratuitas para os membros do grupo.

Financiamento:



DST-AIDS



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

