



Brasil Sem Discriminação



CRIMINALIZAÇÃO E EXCLUSÃO SOCIAL



Brasil Sem Discriminação



Nesta cartilha, relatamos alguns casos de ações judiciais nas quais pessoas vivendo com HIV/Aids foram condenadas em processo criminal relacionado à transmissão do HIV. Todavia, em nenhum dos casos, ficou documentado (no processo) que aquele que acusava tinha exame de HIV comprovando ser “soronegativa/o” antes de se relacionar com seu parceiro.

São Paulo

2014

1ª Edição



CRIMINALIZAÇÃO E EXCLUSÃO SOCIAL

SUMÁRIO

Apresentação	3
Nota Técnica PE DST/AIDS – SP	4
Nota Técnica Departamento DST/AIDS e HV	5
Breve estudo da Criminalização	10
Informe “O HIV e a Lei”	16
Declaração de Oslo	17
Documento da Comissão Federal Suíça	18
Parecer Conselho Nacional de Aids da França	20
Nova Diretrizes Britânicas	21
Ética, Estigma, Preconceito e Discriminação	23
Lei Federal 12.984	24
Tratamento como prevenção	25

Expediente

Organização:

Cláudio Pereira
Jorge Beloqui
João Casanova

Colaboração:

Evandro Ferrete
Patrícia Rios
Renato da Matta

Revisão:

João Casanova

Impressão:

Ágil Gráfica e Editora Ltda

Publicação GIV: Tiragem 6.000 exemplares

Realização:



www.cidadao.org.br
cidadao@uol.com.br



Pela Vidda
Niterói

www.pelavidda-niteroi.org.br
gpnit@pelavidda-niteroi.org.br



www.giv.org.br
giv@giv.org.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana – São Paulo – SP
CEP 04121-000 – Fone: 5087-9911

Centro de Referência e Treinamento

C.R.T.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SP

NOTA TÉCNICA

Tendo em vista a recente manifestação do Departamento de DST e Aids dirigida à sua Excelência o Sr. Ministro Marco Aurélio Mello sobre ação criminal contra pessoa acusada de transmitir o HIV, a tramitação de outros processos judiciais envolvendo a criminalização da transmissão e exposição ao HIV e as várias solicitações de manifestação sobre esse tema, esta Coordenação Estadual vem manifestar sua preocupação com vários aspectos que envolvem a questão:

1. É sabidamente reconhecido o combate ao preconceito, estigma e discriminação, ao longo da história da Aids em nosso Estado, no país e no mundo como importante ferramenta no controle da epidemia. Assim sendo, esta Coordenação se soma a todos os envolvidos da área da saúde, da justiça e do ativismo social, sejam pessoas vivendo ou não com HIV/Aids, para alertar sobre os riscos trazidos pela criminalização, no sentido do acirramento dessa discriminação. Tal preocupação se justifica na medida que o deslocamento do debate e da atenção às pessoas portadoras do HIV do âmbito da saúde para o âmbito da justiça, quando não é pautado pela defesa dos direitos dos cidadãos, em nada contribui para o fortalecimento de respostas efetivas à epidemia. Pelo contrário, pode levar a retrocessos e perdas.
2. Nas relações interpessoais não consensuais como o estupro, a violência doméstica, a exploração sexual, a pedofilia e outras formas de coação, o crime já está caracterizado e definido no âmbito do direito. Os danos envolvidos nessas situações (ferimentos, transmissão de doenças, gravidez indesejada ou sofrimento mental) serão um agravante a esse crime e as penas já estão estabelecidas na legislação vigente.
3. Na saúde, é dever dos profissionais, em suas mais variadas esferas e níveis de responsabilidade e gestão, fornecer à população orientações e informações corretas, claras e atualizadas e disponibilizar o acesso aos meios cientificamente reconhecidos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, dentro dos princípios da cidadania, da ética, do sigilo e da equidade, respeitando a vontade soberana dos indivíduos. É o acesso a esses recursos que permite à população exposta a tomada de decisão, a superação de vulnerabilidades e a adoção de práticas seguras.
4. Em se tratando da transmissão e exposição ao HIV, naquelas relações consensuais (onde não está presente o uso da violência em qualquer uma de suas formas), criminalizar o processo saúde-doença e estabelecer limites para a intencionalidade, o autoconhecimento, o nível de informação dos envolvidos é o caminho mais curto para o preconceito, o estigma e a discriminação.

Por fim, esta Coordenação manifesta seu apoio às iniciativas de revisão da legislação vigente no que tange à menção dos processos saúde – doença como agentes passíveis de serem utilizados com intenções criminosas, uma vez que é preciso atualizá-la à luz dos novos conhecimentos e reafirma seu parecer contrário a qualquer movimento no sentido da criminalização da transmissão/exposição ao HIV.

São Paulo, 16 de julho de 2009

Dra. Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro
Diretor Técnico de Departamento de Saúde
Coordenador do Programa Estadual DST/AIDS



MINISTÉRIO DA SAÚDE **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Saf Sul, Trecho 02, Bloco F, Torre I, Edifício Premium, Sala 12 – 70070-600 – Brasília – DF
Tel. (61) 3306-7137 a 7139

NOTA TÉCNICA Nº 350/2009/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS

Assunto: Nota técnica sobre a criminalização da transmissão sexual do HIV.

1. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem a público manifestar a preocupação de que a criminalização da transmissão sexual do HIV constitua um retrocesso na política brasileira de enfrentamento da epidemia da aids, podendo contribuir para o aumento do estigma e preconceito.
2. O Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS) posicionou-se por meio de documento em que afirma que “não existem dados que demonstrem que a aplicação generalizada da lei criminal à transmissão do HIV sirva para se fazer justiça ou para prevenir a transmissão¹. O Brasil ratifica a posição do UNAIDS.
3. O UNAIDS afirmou, no relatório sobre a epidemia mundial de aids, de 2009², que as novas infecções pelo HIV reduziram 17% nos últimos oito anos. Os esforços empreendidos pelo acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio relacionados ao vírus da aids estão tirando a resposta à epidemia do isolamento. Desde 2001, ano que foi assinada a Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV/Aids, o número de novas infecções na África Subsaariana diminuiu cerca de 15%, o que representa aproximadamente 400 mil infecções a menos em 2008. Na Ásia oriental, as novas infecções pelo HIV diminuíram quase 25% e na Ásia meridional e sub-oriental 10% durante o mesmo período.
4. No Brasil, estima-se que 630 mil pessoas vivam hoje com HIV. Destes, cerca de 250 mil não conhecem seu status sorológico. Diversas ações no Sistema Único de Saúde estão sendo desenvolvidas para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.
5. A presença do vírus da aids no organismo é detectável com a realização de testes para o HIV, disponíveis no Sistema Único de Saúde. Inegavelmente, houve um aprimoramento na sensibilidade destes testes, contudo, deve-se considerar a existência da ‘janela imunológica’ (intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos anti-HIV no sangue) que, pode estender-se por mais de trinta dias, período esse sendo esse período de alto risco de transmissibilidade.
6. Até o início de 1990, o diagnóstico para aids era considerado uma sentença de morte. Com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), aliada ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, a aids tornou-se uma doença tratável e com características de cronicidade³.

1 Criminalization of HIV Transmission. Policy Brief, 2008. http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

2 Situação da Epidemia da Aids, 2009. <http://www.unaids.org>

3 Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, 2008. Ministério da Saúde, Brasil.

Atualmente cerca de 200 mil pessoas estão em uso de terapia anti-retroviral no país. Estudo recentemente realizado no Brasil⁴ demonstra que o tempo de sobrevivência de pacientes diagnosticados com aids vem apresentando um aumento substantivo.

7. As pessoas em uso de TARV têm o risco geral de transmissão do HIV reduzido em 92%. Estudo realizado no período de um ano demonstrou que o risco de um indivíduo em tratamento transmitir o HIV, em relações heterossexuais, é de 0,46 para cada 100 pessoas e, na ausência de tratamento, é de 5,64, no mesmo período⁵.
8. No âmbito da política brasileira, ações de assistência e prevenção são integradas, e sendo a promoção ao uso do preservativo um dos métodos mais eficazes para a prevenção da transmissão do HIV, constitui importante recomendação do Ministério da Saúde para a adoção de práticas sexuais mais seguras. Para ampliar o acesso ao preservativo, o governo brasileiro tem distribuído cerca de 500 milhões de unidades por ano.
9. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 77% da população brasileira entre 15 e 64 anos é sexualmente ativa. Destas, 96% sabem que o preservativo é o método mais seguro para a prevenção ao HIV. Entretanto, somente 20,6% fizeram uso regular do preservativo em todas as relações sexuais, nos últimos 12 meses.
10. O Ministério da Saúde tem trabalhado no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, focadas na co-responsabilidade, na orientação e aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva do casal, que visam não somente a prevenção da transmissão do HIV, mas também, a prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis⁶.
11. Apesar dos avanços científicos e da ampliação do acesso à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento, e do fato de todas as pessoas sexualmente ativas estarem potencialmente expostas ao HIV, independentemente de sexo, cor, orientação sexual ou profissão, a persistência do estigma e discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV constitui sério obstáculo ao enfrentamento da epidemia.
12. Em 1996, a ONU adotou as “Diretrizes Internacionais sobre HIV/aids e Direitos Humanos”⁷ (E/CN.4/1997/37) e afirmou que “o respeito aos direitos humanos exige que as pessoas que vivem com HIV/aids não estejam submetidas a penalização ou outras medidas coercitivas, unicamente com base em seu status sorológico”.
13. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, fundamentado nos princípios do sigilo, da confidencialidade e dos direitos humanos, entende que processos que envolvam a criminalização da transmissão sexual do HIV podem desencadear decisões e entendimentos generalizados, comprometendo a resposta à epidemia.

Brasília, 27 de novembro de 2009.

Mariângela Batista Galvão Simão

Diretora

4 Guibu IA, Barros MBA, Cordeiro MRD et al. Estudo de Sobrevivência de Pacientes de Aids no Brasil, Fase I - 1998-1999 - Região Sul e Sudeste. In Boletim Epidemiológico DST/AIDS, ano V, no 01 - 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 e 01^a a 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. Ministério da Saúde. SVS. PN DST- AIDS. ISSN 1517 1159.

5 Attia S, Eggera M, Müller M et al., 2009. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. AIDS, 23 (11): 1397-1404.

6 Ministério da Saúde. Prevenção Positiva. Brasília, 2007.

7 International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006. Consolidated Version. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf

Breve estudo a respeito da criminalização da transmissão do HIV/AIDS nas relações consensuais.

- Cláudio Pereira (Advogado)

- Jorge Beloqui (Doutor em Matemática – IME/USP)
(Ativistas do GIV-Grupo de Incentivo à Vida.)

A epidemia de AIDS foi detectada no início dos anos 80. Em 1983 descobriu-se o vírus que causa a AIDS denominado de **HIV** (vírus da imunodeficiência humana). Ele ceifou milhões de vidas em escala mundial. Inicialmente não havia tratamento, mas apenas cuidados paliativos para os que eram acometidos pela doença. A partir de meados da década de 90 o tratamento começou a mudar os contornos da doença com as descobertas de vários medicamentos e a terapia com três ou mais antirretrovirais impôs-se no campo dos tratamentos.

Se após mais de 30 anos de epidemia não se alcançou a cura para o HIV/AIDS, enormes progressos surgiram para o controle da doença, sendo que na 19ª Conferência Internacional da AIDS, em Washington/EUA (julho de 2012) foram apresentados estudos auspiciosos no sentido da erradicação do HIV. Além de novas tecnologias na prevenção contra o HIV, que vão além do uso do **preservativo** masculino ou feminino.

Desde o seu início, a epidemia da AIDS foi associada a grupos específicos: gays, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, sendo estes grupos denominados de imorais e com conotação altamente negativa em relação ao sexo. Os portadores do HIV foram e ainda são estigmatizados e discriminados, e muitas vezes imputados pela responsabili-

dade da existência do vírus HIV e da AIDS.

Antes mesmo do início da terapia tríplice para o HIV-AIDS surgiram os primeiros casos no sentido de criminalizar os portadores do HIV. Com efeito, em 12/04/1995, o jornal Folha de São Paulo publicou uma matéria a respeito da condenação na cidade de Paraguaçu Paulista, no interior do estado de São Paulo, de uma mulher por contagiar seus parceiros com o vírus HIV, sendo condenada pelo artigo 131 do Código Penal – “Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio” A pena foi cumprida em liberdade. O **juízo moral** passou a permear os casos de criminalização da transmissão do HIV, mesmo nas relações consensuais.

A rigor, **cada caso deve ser tratado de forma individualizada** e esclarecendo se houve **intencionalidade**. Não podemos nos olvidar que nas relações consensuais diversos sentimentos estão presentes, como o amor, o ódio, o prazer, a dor da perda, etc.

Em 20/09/2005 o sítio eletrônico – Consultor Jurídico publicou uma matéria na qual o então procurador-geral de Justiça de São Paulo, Dr. Rodrigo César Rebello Pinho foi chamado a decidir um conflito negativo de atribuição na Comarca de Taubaté. O delegado indiciou o marido por crime de perigo de contágio de moléstia grave. O



promotor criminal recebeu o inquérito e o encaminhou ao promotor do Júri. Este promotor, no entanto, suscitou o conflito, pois considerou que não ficou comprovada a intenção do réu de transmitir a doença.

O procurador geral esclareceu que o caso era complicado porque não se tratava de uma pessoa que infectou outra intencionalmente com uma seringa ou de estuprador que contagiou a vítima. *“Na realidade, o indiciado alegou que se sentiu constrangido ao saber da doença e não informou sua companheira a respeito dos fatos com receio de ser abandonado por ela. A própria vítima, após ser contaminada, voltou a viver maritalmente com o indiciado, e só elaborou o boletim de ocorrência quando uma briga, por razões diversas, desfez o relacionamento”, escreveu em sua decisão.*

No tocante a intencionalidade posicionaram-se os Ministros da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal no julgamento do Habeas Corpus 98.712SP. Min. Marco Aurélio: *“Claro que não posso colocar o paciente num divã e perceber qual teria sido a intenção dele. Mas presumo que tenha sido um prazer maior na relação sexual”,* e o Min. Dias Tofoli: *De qualquer sorte, podemos, pela conduta que ele teve, concluir pelo que ele não fez: ele não pegou uma faca, não pegou uma arma enquanto as vitimas dormiam, nem atentou, fisicamente, contra a vida delas. Ele manteve relação sexual.”*

Dentro das páginas dos processos existem seres humanos buscando a felicidade, independente de sua sorologia para o HIV.

“Logo que descobriu ser portadora do vírus separou-se do réu. Após uma fase de depressão e de abandono por parte de sua família, acabou aceitando os convites do réu para que retomassem a viver juntos. Atualmente mora com o réu na cidade de Caxias do sul. O réu que lhe provê o sustento. Atua-

almente não está empregada e trabalha como voluntária em um grupo de apoio de portadores de HIV. Eventualmente o réu participa do grupo. Se dependesse de sua vontade, o presente processo não procederia(...)” trecho extraído do Acórdão da Apelação Criminal 70028856 RS.

Em alguns casos de criminalização da transmissão do HIV tem sido usada a figura jurídica do dolo eventual, que, porém não é cabível nas relações consensuais. Neste sentido julgou o desembargador revisor da Apelação Criminal 993.05.0700 SP:

“Não restou evidenciada, ao menos com a segurança que se exige para o desfecho condenatório, a intenção (dolo direto) ou assunção do risco (dolo eventual) de causar a morte a vítima. A conduta reiteradamente praticada pelo réu, de se manter relações sexuais com a ofendida, sem a devida proteção, seria suficiente para provocar a morte dela? Tais elementos, a meu ver só reforçam a conclusão de que, embora a transmissão da doença seja controlável pelo agente, a ocorrência do resultado morte escapa ao domínio do indivíduo transmissor. É certo que o agente com conhecimento de ser portador do vírus HIV, manteve relações sexuais reiteradas com a ofendida sem utilização de qualquer proteção. Mas isso dizer que ele agiu dolosamente? O Dolo eventual não deixa de conter um “querer o resultado”.”

Tanto a figura do dolo eventual, como a tentativa de homicídio não são cabíveis em casos de uma possível transmissão do HIV. Na apelação criminal acima descrita, e que ficou estabelecido no Acórdão publicado: *“Não há qualquer elemento no processo indicando que o apelante tivesse atuado para atingir o resultado morte da vítima, mesmo por dolo eventual, e, por isso, a decisão que reconheceu um homicídio tentado doloso é manifestamente contrária à prova dos autos.”*

Esse é o mesmo entendimento do Supremo Tribunal Federal – HC 98.712SP: *“Descabe cogitar de tentativa de homicídio na espécie, porquanto há tipo específico considerada a imputação – perigo de contágio de moléstia grave. Verifica-se que há, até mesmo, presente o homicídio, a identidade quanto ao tipo subjetivo, sendo que o do artigo 131 é o dolo de dano, enquanto, no primeiro, tem-se a vontade consciente de matar ou assunção de risco de provocar a morte. Descabe potencializar este último a ponto de afastar, consideradas certas doenças, o que dispõe o artigo 131: “Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio”. Admita-se, como o fez o próprio acusado, a existência da moléstia grave e o fato de havê-la omitido.” (Decisão: A Turma deferiu, em parte, o pedido de habeas corpus, nos termos do voto do Relator. Unânime. Presidência do Ministro Ricardo Lewandowski. 1ª Turma, 05.10.2010.)*

Na Apelação Criminal 2006031026 DF, o réu foi condenado por lesão corporal gravíssima, pena 2 anos de reclusão cumprida em liberdade. A decisão dos desembargadores levou em consideração a **vida como bem indisponível**. A ausência do uso do preservativo foi o fator preponderante neste caso. “Entendemos que a integridade física é um bem disponível desde que as lesões sofridas consideradas de natureza leve. Caso as lesões sejam graves ou gravíssimas, o consentimento do ofendido não terá o condão de afastar a ilicitude da conduta levada a efeito pelo agente. “(Rogério Greco, Curso D. Penal).

O consentimento do ofendido na relação sexual desprotegida, mesmo ciente da sorologia positiva ao HIV do(a) parceiro(a) não seria cabível, como foi o caso na Apelação 3423001-61.2000.8.13.0000 MG.

No caso acima prevaleceu a palavra da vítima. Nunca foi comprovado que a acusadora não tinha HIV antes de conhecer o acusado! Será que quem acusa foi realmente contaminado pelo acusado ou acusada?

A Promotoria do Reino Unido aprovou Diretrizes para análise dos processos por transmissão sexual do HIV. E para condenar uma pessoa pela transmissão do HIV (lesão corporal grave por comportamento negligente), é necessário que exista a comprovação de que: 1. 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.

Já está comprovada a importância do uso medidas de **prevenção** nas relações sexuais, quer sejam estáveis ou fugazes, para proteção contra a infecção pelo HIV. Assim como o uso dos medicamentos contra o vírus pelos portadores do HIV. Para o diretor do Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas (NIAID, sigla em inglês) dos Estados Unidos, Anthony Fauci, o fim da pandemia pode vir com o fim da transmissão da doença. O virologista baseia suas esperanças principalmente nos resultados de testes clínicos que mostraram que os antirretrovirais podem reduzir de maneira significativa o risco de transmissão em pessoas saudáveis, e não apenas controlar o vírus naquelas que estão infectadas. (trecho extraído do acervo digital – Revista *Vêja* - 23/07/2012).



Neste caso apresenta-se um impasse, pois o Ministério da Saúde tem trabalhado no sentido de que a população brasileira em geral deve fazer o teste que detecta o HIV, evitando o diagnóstico tardio e diminuindo drasticamente a transmissão do vírus, pois, estando ciente do seu estado sorológico o portador pode proteger-se mais eficazmente nas relações sexuais, e fazer uso de remédios antirretrovirais que diminuem sobremaneira o risco de transmissão do HIV com a queda da sua carga viral.

Se as pessoas entenderem que de forma generalizada podem ser responsabilizadas por estarem infectadas pelo vírus HIV poderão deixar de fazer o teste para o HIV, partindo do pressuposto que, se não sabem do seu estado sorológico não serão responsabilizadas em caso de transmissão, tendo como consequência o não uso de remédios contra o HIV que por si só podem ser considerados uma barreira contra a transmissão do HIV. A atitude responsável será substituída pelo **medo**.

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, fundamentado nos princípios do **sigilo**, da confidencialidade e dos **direitos humanos**, entende que processos que envolvam a criminalização da transmissão sexual do HIV podem desencadear decisões e entendimentos generalizados, comprometendo a resposta à epidemia. (trecho extraído NOTA TÉCNICA Nº 350/2009/D-DST-AIDS-HV/SVS/Ministério da Saúde).

Com certeza, generalizar o uso de leis penais para uma questão de saúde pública não resolverá o problema: apenas induzirá mais preconceito a pessoas que não são responsáveis pelo surgimento da AIDS e poderá dar uma falsa sensação de segurança para as pessoas sem HIV, que podem achar que a responsabilidade da transmissão do HIV corre por conta das pessoas com HIV, saibam elas de sua condição ou não.

Expediente

Organização:

Cláudio Pereira
Jorge Belouqui
João Casanova

Colaboração:

Evandro Ferrete
Patrícia Rios
Renato da Matta

Revisão:

João Casanova

Impressão:

Ágil Gráfica e Editora Ltda

Publicação GIV

Tiragem 6.000 exemplares

Realização:



Centro de Apoio ao Cidadão

www.cidadao.org.br
cidadao@uol.com.br



Pela Vidda
Niterói

www.pelavidda-niteroi.org.br
gpvnit@pelavidda-niteroi.org.br



www.giv.org.br
giv@giv.org.br



INFORME "O HIV E A LEI"

APRESENTAÇÃO

A Comissão Global sobre o HIV e a Lei é um organismo independente, estabelecido por solicitação do Conselho Coordenador da UNAIDS e apoiado por um Secretariado baseado no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Depois de dezoito meses de trabalho, a Comissão produziu um Informe chamado "O HIV e a Lei", divulgado em julho de 2012. Esse Informe reflete as perspectivas e conclusões da Comissão, como também suas recomendações para os países, sociedade civil, o setor privado e as Nações Unidas.

O Presidente da Comissão foi o Presidente Fernando Henrique Cardoso (Brasil), a Vice-Presidente foi a Dra. Shereen El Feki (Egito) e o Secretário foi JVR Prasada Rao (Índia). Os membros da Comissão foram: Sua Excelência Festus Gontebanye Mogae (ex Presidente de Botswana), Ana Helena Chacón-Echeverría (Costa Rica), Charles Chauvel (N. Zelândia), - Vice-Presidente, Bience Gawanas (Namíbia), Carol Kidu (Papua Nova Guiné), Hon. Michael Kirby (Austrália), Hon. Barbara Lee (EUA), Stephen Lewis (Canadá), (Secretário), Professora Sylvia Tamale (Uganda), Senador Jon Ungphakorn (Tailândia), Professora Míriam K. Were (Quênia).

A versão na íntegra deste Informe pode ser acessada na página <http://www.hivla-wcommission.org/>

Sm apenas três décadas, mais de 30 milhões de pessoas morreram de Aids e mais de 30 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV. A AIDS tornou-se um dos maiores desafios da saúde pública de nosso tempo. É também uma crise de direito, dos direitos humanos e da justiça social. A boa notícia é que agora temos todas as evidências e ferramentas que precisamos para diminuir radicalmente as novas infecções pelo HIV e parar as mortes relacionadas ao vírus. Paradoxalmente, isso vem em um momento em que leis ruins e outros obstáculos políticos estão obstruindo o caminho para o sucesso.

Trinta e quatro milhões de pessoas estão vivendo com HIV, 7.400 são infectadas diariamente e 1,8 milhões de pessoas morreram só em 2010.

O ambiente jurídico – as leis, sua aplicação e os sistemas de justiça – tem enorme potencial para melhorar a vida das pessoas HIV-positivas e ajudar a superar a crise. O direito internacional e os tratados que protegem a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e proíbem a discriminação – incluindo aquela baseada na saúde ou status legal – sustentam o poder salutar das leis nacionais.

Mas os países têm desperdiçado o potencial do sistema legal. Pior ainda, leis punitivas, policiamento discriminatório e brutal e negação de acesso à justiça para as pessoas com HIV e em risco de contrair o HIV estão alimentando a epidemia.

Estas práticas jurídicas criam e punem a vulnerabilidade. Elas promovem comportamentos de risco, impedem as pessoas de aceder a ferramentas de prevenção e tratamento, e agravam as desigualdades sociais,

e por estigma que tornam as pessoas mais vulneráveis à infecção pelo HIV e à doença.

As pessoas HIV-positivas – sejam elas pais ou cônjuges, trabalhadores do sexo ou trabalhadores da saúde, amantes ou violadores – interagem intimamente com outras pessoas, que por sua vez interagem com os outros em círculos cada vez maiores – da comunidade para o mundo. Desde a saúde pública até a riqueza nacional, a solidariedade social à igualdade e justiça, o HIV afeta a todos.

A prevenção, tratamento e cuidados do HIV – e da protecção e promoção dos direitos humanos das pessoas que vivem com ele – são responsabilidade de todos.

A Comissão Global sobre o HIV e a Lei realizou 18 meses de extensa pesquisa, consulta, análise e deliberação. Suas fontes incluíram o testemunho de mais de 700 pessoas mais afectadas pelos contextos legais relacionados ao HIV de 140 países, além de apresentações de especialistas e do grande corpo de erudição sobre o HIV, a saúde e a lei.

As Recomendações da Comissão oferecem motivos, tanto para sofrimento como para esperança, para as pessoas que vivem com, ou estão em risco para o HIV. Em junho de 2011, 192 países se comprometeram a rever a legislação e criar ambientes legais e sociais propícios que apoiem respostas eficazes e eficientes de HIV. As Recomendações da Comissão oferecem orientação para governos e organismos internacionais na formação de leis e práticas jurídicas que sejam baseadas na ciência, pragmáticas, humanas e justas.

As conclusões e recomendações também oferecem ferramentas de advocacia para pessoas vivendo com HIV, sociedade civil e comunidades afetadas pelo HIV. As

Recomendações levam em conta o fato de que muitas leis existem para fins além da saúde pública, como a manutenção da ordem, da segurança pública e da regulamentação do comércio.

Mas elas colocam a mais alta prioridade na criação de ambientes legais que defendam e promovam os direitos humanos e as normas legais internacionalmente reconhecidas.

ENTRE AS CONCLUSÕES DA COMISSÃO

- Cento e vinte e três países têm legislação proibindo a discriminação com base no HIV; 112 protegem legalmente, pelo menos algumas populações com base em sua vulnerabilidade ao HIV. Mas essas leis são muitas vezes ignoradas, fracamente aplicadas ou agressivamente desrespeitadas.
- Em mais de 60 países, é um crime expor outra pessoa ao HIV ou transmiti-lo, especialmente através de sexo. Ao menos 600 pessoas vivendo com HIV em 24 países foram condenadas sob leis penais gerais ou específicas para o HIV (devido à subnotificação, estas estimativas são conservadoras). Tais leis não aumentam as práticas sexuais mais seguras. No lugar disso, elas desencorajam as pessoas de fazerem o teste para o HIV ou procurar tratamento, com medo de ser processadas por passar HIV para os amantes ou filhos.
- Mulheres e meninas representam metade da população mundial de pessoas

que vivem com HIV. Leis e costumes legalmente tolerados – desde a mutilação genital até a negação de direitos de propriedade – produzem profunda desigualdade de gênero; a violência doméstica também rouba poder pessoal das mulheres e meninas. Esses fatores minam a capacidade de mulheres e meninas de se protegerem da infecção pelo HIV e de lidar com suas consequências.

- Onde a educação sexual, redução de danos e serviços abrangentes de reprodução e HIV estão acessíveis para os jovens, as taxas do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) estão em queda entre os jovens. Porém, essas intervenções são raras, e, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, a negação das realidades da vida dos jovens se reflete na alta sobrecarga (*) físico, emocional e social do HIV entre os jovens.
- Em muitos países, a lei (seja nos livros ou nas ruas) desumaniza muito daqueles que estão em maior risco para o HIV: profissionais do sexo, pessoas trans, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam drogas, presos e migrantes. Em vez de fornecer proteção, a lei torna estas “populações chave” ainda mais vulneráveis ao HIV.

Contradizendo normas internacionais de direitos humanos, 76 países – especialmente os governos influenciados por interpretações conservadoras da religião – tornam criminosa a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo, com penas

que variam de chicotadas à execução. De modo semelhante, leis proibindo – ou interpretadas pela polícia ou por tribunais como proibição – a não-conformidade de gênero, definida vaga e amplamente, são muitas vezes cruelmente executadas. A criminalização do trabalho sexual, do uso de drogas e de medidas de redução de danos, criam contextos em que abundam as violências civil e policial e impossibilitam a reparação legal para as vítimas. O medo da prisão leva as principais populações a se esconderem, longe de programas de HIV e de redução de danos. Encarceramento e detenção compulsórios expõem os detentos à agressão sexual e práticas de injeções inseguras, enquanto preservativos são contrabandeados e medidas de redução de danos (incluindo medicamentos antirretrovirais) são negadas.

Um corpo crescente de direito comercial internacional e de alcance excessivo de proteções da propriedade intelectual (PI) impede a produção e distribuição de medicamentos genéricos de baixo custo. Supõe-se que a proteção da PI fornece um incentivo à inovação, mas a experiência tem mostrado que as leis atuais não promovem a inovação que atende às necessidades médicas dos pobres. A precipitação destes regulamentos – em especial do enquadramento fornecido pelo acordo TRIPS (ou ADPIC, Aspectos da Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio, da Organização Mundial do Comércio) – expõe o papel central do excesso de proteção à PI no agravamento da falta de acesso ao tratamento do HIV e outros medicamentos essenciais. A situação é mais ter-

rível em países de renda baixa e média, mas reverbera também em países de renda alta. Disposições que permitem exceções e flexibilização destas regras podem ajudar a aliviar a crise em alguns países de renda baixa e média, mas a pressão contra o seu uso é substancial. Um pequeno número de países têm sido capazes de tirar proveito das poucas flexibilidades legais internacionais existentes.

A Comissão não encontrou razões para a esperança. Há casos em que os sistemas legais e jurídicos jogaram papéis construtivos em resposta ao HIV, por respeitar, proteger e cumprir direitos humanos. Para alguns, uma tal abordagem pode parecer um paradoxo – o paradoxo da AIDS (1). Mas mostra evidências conclusivas de que ela é o caminho para reduzir o número de vítimas do HIV.

- Quando a polícia coopera com trabalhadores da comunidade, o uso de preservativos pode aumentar e a violência e infecção pelo HIV entre profissionais do sexo pode diminuir. Onde os governos promulgam a redução de danos, com programas de distribuição de agulhas limpas e locais de injeção seguros, as taxas de infecção por HIV entre pessoas que usam drogas pode cair significativamente.
- Ajuda jurídica eficaz pode tornar a justiça e igualdade uma realidade para as pessoas que vivem com o HIV, o que pode contribuir para melhores resultados de saúde. Operadores legais podem utilizar criativamente a lei tradicional de forma progressista para promover os direitos

e a saúde das mulheres. Ações judiciais e iniciativas legislativas, informados pela justiça e pragmatismo, podem ajudar as nações a liberar-se do julgo da criminalização equivocada, introduzir leis de estupro sexual sensíveis ao gênero e reconhecer a autonomia sexual dos jovens.

- Apesar das pressões internacionais priorizando o comércio sobre a saúde pública, alguns governos e grupos da sociedade civil estão usando a lei para garantir o acesso a medicamentos a preços acessíveis e criar novos incentivos para pesquisa médica e desenvolvimento.

Estes sucessos podem ser - e precisam ser - expandidos. Vai requerer dinheiro e vontade. Os doadores, cujas doações tem enfraquecido, devem incrementá-las e inverter esta tendência, especialmente se os mais recentes avanços na ciência e na programação da prevenção são para beneficiar aqueles em maior necessidade. Os países devem honrar as obrigações em matéria de direitos humanos internacionais e de leis nacionais. As leis que não aumentam o bem-estar e não respondem às realidades contemporâneas, devem ser revogadas e substituídas por aquelas que o fazem. Pela justiça e pela dignidade, tanto dos direitos humanos como da vida, o mundo não pode permitir-se menos.

Com o objetivo de garantir uma resposta eficaz e sustentável para o HIV, consistente com as obrigações de direitos humanos, a Comissão enérgicamente convoca os governos, sociedade civil e organismos internacionais para:

- Banir todas as formas de discriminação e violência contra aqueles que são vulneráveis ou vivem com HIV ou são percebidos como HIV positivos. Assegurar que os compromissos de direitos humanos e garantias constitucionais sejam cumpridos.
- Revogar leis punitivas e aprovar leis que facilitem e permitam respostas eficazes para a prevenção do HIV, cuidados e serviços de tratamento para todos os que deles necessitam. Não promulgar lei alguma que criminalize explicitamente a transmissão do HIV, a exposição ao HIV ou a não revelação da sorologia para o HIV, que são contraproducentes.
- Trabalhar com os guardiões do direito consuetudinário e leis religiosas para promover as tradições e práticas religiosas que favoreçam os direitos e a aceitação da diversidade e a proteção da privacidade.
- Discriminalizar comportamentos sexuais privados e consensuais entre adultos, incluindo atos entre pessoas do mesmo sexo e trabalho sexual voluntário.
- Processar os autores de violência sexual, incluindo o estupro conjugal e estupro relacionado com o conflito, seja ela perpetrada contra mulheres, homens, ou pessoas transexuais.
- Abolir todos os registros obrigatório relacionados ao HIV, testagens e tratamentos forçados. Facilitar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e suspender a esterilização e o aborto forçado de mulheres e meninas HIV-positivas.

- Reformar abordagens em relação ao uso de drogas. No lugar de punir as pessoas que usam drogas, mas não prejudicam os outros, os governos devem oferecer-lhes acesso a serviços eficazes para HIV e saúde, incluindo programas de redução de danos e tratamento da dependência de drogas voluntário e baseado em evidências.
 - Aprovar leis contra todas as formas de abuso sexual infantil e exploração sexual, diferenciando claramente tais crimes do trabalho sexual adulto consensual.
 - Assegurar que a aplicação de leis contra o tráfico de seres humanos seja cuidadosamente direcionada para punir aqueles que usam a força, a desonestidade ou a coerção para levar as pessoas ao sexo comercial, ou que abusam de trabalhadores sexuais migrantes através da servidão por dívida, violência ou privação de liberdade. As leis contra o tráfico de seres humanos devem ser utilizadas para proibir a exploração sexual, mas elas não devem ser utilizadas contra adultos envolvidos em trabalho sexual consensual.
 - Em matérias relacionadas ao HIV e à lei, oferecer o mesmo padrão de proteção tanto para os migrantes, visitantes e residentes que não são cidadãos como para os cidadãos. Restrições que proibam as pessoas que vivem com HIV de entrar em um país e / ou regulamentos que obriguem a testagem para o HIV de estrangeiros dentro de um país devem ser revogadas.
 - Aplicar um quadro jurídico que garanta a proteção social para crianças que vivem com HIV ou que são afetadas pelo HIV. As leis devem proteger direitos de tutela, propriedade e herança, e acesso na idade apropriada, à educação sexual abrangente, serviços de saúde e de saúde reprodutiva.
 - Desenvolver um regime de PI eficaz para produtos farmacêuticos. Tal regime deve ser consistente com leis internacionais de direitos humanos e necessidades de saúde pública, salvaguardando os direitos justificáveis dos inventores.
- A Comissão exige uma colaboração renovada e vigorosa internacional em resposta ao HIV.
- Ela chama os doadores, a sociedade civil e as Nações Unidas a responsabilizarem os governos com seus compromissos de direitos humanos. Ela insta os grupos fora do governo a políticas e práticas humanas e viáveis relacionadas ao HIV, e a financiar a ação sobre a reforma e aplicação da lei, e acesso à justiça. Tais esforços devem incluir educar as pessoas sobre os seus direitos e a lei, prevenindo a violência, bem como ,desafiar o estigma e a discriminação dentro das famílias, comunidades e locais de trabalho, que continuam a alimentar uma epidemia mundial que deveria ter acabado há muito tempo.
- Versão traduzida a partir do original em inglês por Jorge A. Beloqui (GIV, ABIA, RNP+, Nepaids)

Destacamos abaixo alguns trechos de documentos internacionais que tratam da criminalização da não revelação, da transmissão ou exposição ao risco de transmissão do HIV e da relação entre o risco de infecção e a carga viral plasmática do vírus em pessoas vivendo com HIV/Aids que estão em tratamento com antirretrovirais.

O conteúdo desse material está disponível, na íntegra, em nossa homepage, no link “Projetos/Brasil sem Discriminação”:

www.giv.org.br/Projetos/Brasil-sem-Discriminação

DECLARAÇÃO DE OSLO

Sobre a criminalização do hiv

Preparada por membros da sociedade civil internacional em Oslo, Noruega, em 13 de fevereiro de 2012.

“Um corpo crescente de evidências sugere que a criminalização da não revelação da infecção pelo HIV, da exposição potencial ao HIV e da transmissão não intencional do HIV está trazendo mais danos do que benefícios em termos de seu impacto na saúde pública e direitos humanos”

“Embora possa haver um papel limitado para o direito penal nos raros casos em que as pessoas transmitam o HIV dolosamente, preferimos ver as pessoas vivendo com HIV apoiadas e empoderadas a partir do momento do diagnóstico, de modo que até mesmo esses casos raros possam ser prevenidos. Isso requer uma abordagem da prevenção do HIV não punitiva, nem penalizadora, centrada no seio das comunidades, onde são encontradas as competências e o entendimento mais apropriados das questões relacionadas ao HIV.”

“As leis penais específicas para o HIV existentes devem ser revogadas, de acordo com as recomendações da ONUSIDA. Se, após uma profunda revisão nacional baseada em evidências, os processos judiciais relacionados com o HIV ainda forem considerados necessários, eles devem estar baseados em princípios de proporcionalidade, de previsibilidade, de intencionalidade, causalidade, e não discriminação; devem estar informados pela ciência e informação médica mais atualizadas relacionadas com o HIV; baseados no dano, em vez de baseados no risco do dano, e serem consistentes tanto com os objetivos de saúde pública e como com as obrigações internacionais de direitos humanos.”

“A epidemia de HIV é nutrida pelas infecções por HIV não diagnosticadas, e não pelas pessoas que conhecem seu status positivo para o HIV. O sexo sem proteção inclui riscos de muitas eventualidades possíveis, positivas e negativas - incluindo o risco de



contrair infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV. Devido ao elevado número de infecções não diagnosticadas, confiar na revelação do diagnóstico de HIV pelo parceiro (a) como meio de proteção - e processar as pessoas pela ausência de revelação - pode e leva a uma falsa sensação de segurança.”

“Uma vez que o status sorológico para o HIV de uma pessoa for involuntariamente divulgado na mídia, ele estará sempre disponível através de uma pesquisa na internet. As pessoas acusadas de ‘crimes’ relacionados ao HIV dos quais eles não são (ou não deveriam ser declarados) culpados, têm direito à privacidade. Não há nenhum benefício de saúde pública na divulgação da identidade destas

pessoas nos meios de comunicação; se houver a necessidade de informar os parceiros anteriores para fins de saúde pública, devem ser seguidos protocolos de notificação de parceiros éticos e confidenciais.”

“Existe um corpo crescente de evidências de que tais leis e processos estão tendo um impacto negativo sobre todas as pessoas que vivem com HIV, devido a que:

- Criam confusão e medo sobre os direitos e responsabilidades nos termos da lei.
- Criam e mantêm desestímulos para revelar a soropositividade a parceiros sexuais.
- Criam e mantêm desestímulos para revelar comportamentos de risco relacionados com o HIV aos profissionais de saúde.”

DOCUMENTO DA COMISSÃO FEDERAL SUÍÇA *para os problemas relacionados à aids*

Publicado no *Bulletin des Médecins Suisses* (2008;89:5)

“Uma pessoa com HIV sem nenhuma outra DST e seguindo um tratamento antiretroviral (TAR) com uma viremia totalmente suprimida (condição doravante denominada “TAR eficaz”) não transmite o HIV pela via sexual, ou seja, que ela não transmite o vírus pelo meio dos contatos sexuais.

Esta afirmação fica válida a condição de que:

- A pessoa com HIV aplique o tratamento antiretroviral ao pé da letra e seja acompanhado por um médico;
- A carga viral (CV) se situe em baixo do nível de detecção desde há pelo menos seis meses);
- A pessoa com HIV não tenha nenhuma outra ITS.”

“Só é possível, do ponto de vista da CFS e das organizações interessadas,

[afirmar que] as informações disponíveis na atualidade são suficientes para justificar esta mensagem. A situação é comparável aquela de 1986, quando foi comunicado publicamente que o HIV não se transmite por um beijo com a língua. Se esta constatação nunca pode ser comprovada, mais de vinte anos de experiência de HIV permitem não obstante apoiar sua forte plausibilidade.”

“No caso de casais sorodiscordantes (uma pessoa com HIV e uma pessoa sem HIV), o risco de transmissão depende da carga viral da pessoa soropositiva

Um estudo longitudinal realizado com 393 casais heterossexuais sorodiscordantes mostrou que em quatorze anos, nenhum destes parceiros foi contaminado por uma pessoa seguindo um TAR, enquanto que entre os casais sem tratamento, a taxa cumulativa de transmissão alcançou 8,6%.

Num outro estudo longitudinal realizado sobre 93 casais heterossexuais sorodiscordantes, entre os quais 41 parceiros com HIV começaram um tratamento, seis pessoas foram infectadas pelo HIV; estes seis parceiros estavam todos relacionados a uma pessoa sem tratamento e cuja carga viral no sangue alcançava pelo menos 1000 cópias/ml.

De 62 casais sorodiscordantes que tiveram relações sexuais não protegidas porque eles desejavam uma criança (homem com HIV seguindo um TAR), nenhuma das mulheres foi contaminada.

A transmissão do HIV da mãe à criança depende também da carga viral materna e pode ser evitada por meio de um TAR.”

“Os tribunais deverão levar em conta o fato que ‘as pessoas soropositivas sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz, não transmitem o HIV por via sexual’ quando eles avaliem o caráter repreensível de uma contaminação pelo HIV. Do ponto de vista da CFS, um contato sexual não protegido entre uma pessoa soropositiva sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz e uma pessoa soronegativa não responde de jeito algum aos critérios de tentativa de propagação de uma doença perigosa no sentido do art. 231 do Código Penal Suíço (CP), nem aqueles de uma tentativa de lesão corporal grave segundo os art. 122, 123 ou 125 do CP’

PARECER SEGUIDO DE RECOMENDAÇÕES

Sobre o potencial do tratamento como ferramenta inovadora na luta contra a epidemia de infecções pelo hiv

(Traduzido e adaptado do artigo: CONSEIL NATIONAL DU SIDA)

Publicado em 9 de abril de 2009

“ A existência de uma correlação entre o nível da carga viral no plasma e o risco de transmissão sexual da infecção pelo HIV foi colocada em evidência por dados de um ensaio em Uganda publicado em 2000. Neste estudo, observou-se que nenhuma transmissão se produz a partir do momento em que uma pessoa tem carga viral indetectável . Esta correlação foi verificada por um estudo realizado na Tailândia. (...) Por outro lado, as pesquisas realizadas em coortes de casais sorodiferentes observaram que os casos de transmissão

do vírus ao parceiro inicialmente não infectado segundo o parceiro portador do HIV estivesse ou não sob tratamento eficaz. Um estudo realizado em Espanha mostra também que entre 393 casais sorodiferentes acompanhados entre 1991 e 2003, nenhuma transmissão se produziu quando o parceiro infectado está sob tratamento. Este artigo conclui que há um decréscimo importante da transmissão entre os casais heterossexuais estáveis com a chegada dos ARV, independentemente de outros fatores suscetíveis de afetar o risco de transmissões.”



“Um modelo desenvolvido pelo Centro para a Excelência em HIV AIDS da Columbia Britânica mostra, sobre a base dos dados epidemiológicos desta província federada do Canadá, que só o aumento do número de pessoas tratadas de 50 % a 75 % das pessoas infectadas permitiria diminuir o número de transmissões da infecção pelo HIV.”

“Certos estudos constataam um efeito negativo sobre os comportamentos individuais de prevenção depois da chegada dos tratamentos. Este efeito pode tomar a forma de aumento da exposição ao risco de transmissão do HIV, e igualmente incluir o aumento da transmissão de outras IST cuja presença favorece a transmissão do HIV. Estes fatores podem portanto atenuar o benefício fornecido pelo tratamento. Porém, os dados sobre o relaxamento das práticas mostram que ele afeta sobre tudo as pessoas que não estão infectadas ou que ignoram sua sorologia. Também, a descoberta das infecções e a assistência é um fator forte de adoção das práticas de prevenção. Uma meta análise dos comportamentos de risco a partir da chegada dos tratamentos antirretrovirais altamente ativos, mostra que estes comportamentos não são mais importantes entre as pessoas infectadas pelo HIV e tratadas, em comparação com as pessoas infectadas e não tratadas. Resultados obtidos do estudo SMART oferecem dados sobre a modificação de comportamentos das pessoas em tratamento e mostram que as pessoas infectadas tomam menos risco depois do início do tratamento, e que estas práticas permanecem ao longo do tempo.”

“Como não pode ser excluída a existência de um risco residual de transmissão no plano individual, o interesse no tratamento como prevenção deve ser discutido não numa oposição estéril a outros meios de prevenção, mas numa perspectiva de complementaridade.”

“Porém, as dificuldades de medir ou de obter amostras nos tratos genitais e de secreções não permitem na atualidade obter respostas definitivas para o risco de transmissão. A carga viral plasmática permanece a melhor medida preditiva da carga viral nos fluidos, mas ainda é necessário conhecer melhor o vínculo entre a presença de vírus no trato genital e o tipo de tratamento utilizado com o risco de transmissão.”

“A testagem e o tratamento não são mais temas importantes somente para os indivíduos mas também para a comunidade como um todo, e podem portanto constituir um risco para a autonomia individual. Do ponto de vista da saúde pública, o aumento do número de pessoas testadas e tratadas torna-se um objetivo importante que dá às autoridades governamentais de saúde uma responsabilidade sem precedentes no controle da epidemia. O novo desafio pode dar lugar a preocupações bem fundamentadas de que as políticas públicas sobre testagem e as diretrizes de prática médica pudessem adotar abordagens mais coercitivas. Com efeito, se a testagem e tratamento em grande escala das pessoas infectadas resulta numa diminuição da epidemia, seria tentador implementar a testagem sistemática e compulsória da população e formas mais ou menos coercitivas de impor o tratamento das pessoas identificadas como HIV positivas.”

“Não opor tratamento e uso do preservativo e pensar sua complementariedade consiste em afirmar que o uso de um não exclui o outro e que a combinação dos dois parece garantir uma segurança maximizada. Mas é também afirmar que o uso de somente um destes meios parece sempre preferível à ausência total de proteção.”

“O fato de saber que o tratamento bem observado reduz fortemente o risco de transmissão do HIV, modifica a percepção que as pessoas com HIV têm de sua infec-

ção. Numerosas pessoas que vivem com o HIV temem antes de mais nada transmitir o vírus a seus parceiros, seja isto numa relação fixa ou em encontros casuais. Este medo leva uma parte não desprezível de entre elas a se proibirem de ter relações sexuais depois de diagnosticadas com a infecção.”

“A redução do risco de transmissão graças ao tratamento oferece às pessoas com HIV um modo potente de segurança que deveria permitir-lhes, em diversos graus, de viver sua sexualidade de modo mais sereno e amplo. Pode constituir um alívio muito importante para as pessoas que se sabem infectadas, mas que não tem possibilidade de revelar sua sorologia ao parceiro, nem de propor o uso do preservativo. Constitui também uma segurança apreciável para aqueles que por diversas razões se encontram pontualmente em dificuldades de se prevenir. Assim, as situ-

ações nas quais se esquece o preservativo ou durante a ruptura ou deslizamento parecem menos trágicas e mais tranquilas de gerenciar, conhecendo a diminuição do risco.”

“Na medida em que a infecção « passa pelos fluidos do corpo, a partir dos quais construímos, de modo profundamente arcaico, nossa maneira de pensar a vida, a identidade, a parentalidade, a filiação, a aliança matrimonial »⁵⁰, o impacto do tratamento sobre o risco de transmissão pode não ter muito impacto necessariamente sobre estas representações profundas. Porém, a longo prazo, a difusão na população geral da informação sobre a redução do risco de transmissão entre as pessoas tratadas pode contribuir para uma percepção mais generalizada de que as pessoas infectadas não constituem um perigo quando elas assumem sua sorologia e seguem um tratamento.”

NOVAS DIRETRIZES BRITÂNICAS *recomendam discussão com pacientes sobre o potencial do tratamento do hiv para proteger parceiros sexuais*

06 de fevereiro de 2012

“ As evidências surgidas de um grande estudo dos efeitos do tratamento antirretroviral mais precoce na transmissão do HIV a parceiros, convenceram os médicos do Reino Unido que o tratamento deve ser oferecido em circunstâncias onde os pacientes estão preocupados com o risco de transmissão do HIV a parceiros - mesmo eles não estando em um relacionamento sorodiscordante no momento.

As orientações dizem que todos os pacientes devem ser informados sobre essa evidência, mas nenhum paciente deve ser forçado a fazer o tratamento por este motivo.”

“Embora a BHIVA continue recomendando que as pessoas comecem o tratamento com uma contagem de células CD4 de 350 ou abaixo, as diretrizes também recomendam que os médicos discutam as evidências de que o tratamento reduz o risco de transmissão do HIV a parceiros com pacientes que têm contagens de CD4 acima de 350. Se os pacientes desejarem iniciar o tratamento para reduzir o risco de transmissão de HIV a um parceiro, deve ser permitido que o façam.”



ÉTICA, ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

“A justiça consiste em igualdade, e assim é, mas não para todos, senão para os iguais; e a desigualdade parece ser justa, e de fato o é, mas não para todos, senão para os desiguais.”

- Aristóteles -

Sem dúvida, o HIV/Aids é muito mais do que uma doença infecciosa. Trouxe consigo a possibilidade de alimentar ideologias classificadoras nas sociedades, onde o normal e o patológico, o bem e o mal, riqueza e pobreza, o moral e o imoral fundamentam a separação entre os homens, para manter privilégios e poderes, justificando a dominação e a violência exercidas sobre a maioria.

Segundo Mann & Tarantola (1996), são três, basicamente, os modelos explicativos construídos até o momento sobre a epidemia de HIV/AIDS: a idéia de “grupos de risco” (entre 1981 e 1984), a idéia de “comportamento de risco” (entre 1985 e 1988) e a noção de “vulnerabilidade” (desde 1989 até hoje). Procurando romper com a concepção da epidemia enraizada em comportamentos individuais como é a concepção de “grupos e comportamentos de risco”, passou-se a uma análise da epidemia dentro de uma configuração social e coletiva, utilizando o conceito de “vulnerabilidade”. Ele representa uma tentativa de analisar a epidemia, integrando fatores de ordem individual – relacionados à subjetividade e auto-estima de cada um –, social – ligados aos fatores socioculturais e político-econômicas – e programático – relacionados com a infra-estrutura de saúde pública que contemple a promoção, a prevenção, a proteção e a assistência à saúde em cada situação. Compreender a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo social é fruto da articulação desses três grupos de fatores, em modelo tridimensional, onde, a cada momento, algum grupo pode pesar mais que os outros. Isto é, a vulnerabilidade se refere aos diferentes graus de fragilidade dos indivíduos e grupos frente à infecção por HIV/Aids, segundo a particularidade vivida e de acordo com o conjunto integrado de aspectos sociais, programáticos e individuais que os coloca em menor ou maior risco frente ao problema.

O fato de ser colocado na margem social gera vulnerabilidade. A exclusão e marginalização em que a sociedade joga os homens que fazem sexo com outros homens, os usuários de drogas, os jovens, os profissionais do sexo, os migrantes, as minorias étnicas, as pessoas privadas de liberdade, marcam o caminho em direção à doença e à carência.

(A partir de texto de Mirtha Sendic)

O Estigma é uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais que vão contra normas culturais. Estigmas sociais frequentemente levam à marginalização. O estigma apresenta-se normalmente em três formas: as deformações físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto, etc.), características e alguns “desvios” de comportamento (distúrbios mentais, vícios, toxica-dependências, sexualidade, reclusão prisional, etc.) e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião).

Já o Preconceito (prefixo pré- e conceito) é um “juízo” preconcebido, manifestado geralmente na forma de uma atitude “discriminatória” perante pessoas, lugares ou tradições considerados diferentes ou “estranhos”. Costuma indicar desconhecimento pejorativo de alguém, ou de um grupo social, ao que lhe é diferente. As formas mais comuns de preconceito são: social, “racial” e “sexual”.

A manifestação do Preconceito é a Discriminação. A Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação Racial, de 1966, em seu artigo 1º, conceitua discriminação como sendo:

“Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.”

Mesmo com todo o avanço e conquistas do movimento social organizado, as pessoas vivendo com HIV/AIDS ainda hoje são cidadãos que permanecem excluídos, seja por pertencerem a grupos despossuídos e marginalizados socialmente, seja por sua situação de privação de liberdade, seja por pertencerem a grupos de minorias étnicas, por sua opção sexual, pelo seu gênero, seja por estarem expostos as situações de extrema pobreza ou devido ao uso abusivo legal ou ilegal de álcool e drogas.

São necessárias ações que orientem, conduzam e promovam a conscientização das pessoas vivendo com HIV/AIDS aos seus direitos fundamentais a vida, bem como a sociedade como um todo, para que possamos não mais termos violações de direitos fundamentais como a proibição de crianças com HIV em creches públicas, a demissão ou não contratação de pessoas com HIV/AIDS, o atendimento igualitário de qualidade e sigiloso, seja na saúde ou na assistência e outras ações que além de garantir os direitos humanos, favoreça o protagonismo e a elevação da autoestima.

“Umuntu Ngumuntu Ngabantu”
(“Uma pessoa é pessoa por intermédio das outras pessoas”)



LEI Nº 12.984, DE 2 JUNHO DE 2014.

Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

Após alguns anos de empenho do movimento brasileiro de Luta Contra Aids, com envolvimento direto do Fórum de Ong Aids do Estado de São Paulo, foi aprovado pelo Congresso Nacional, e sancionado pela presidente da República, o projeto de lei da senadora Serys Marly Silhessarenko, que:

Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

- I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;
- II - negar emprego ou trabalho;
- III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;
- IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;
- V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;
- VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.


Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de junho de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF

Ressaltamos a importância de abordar, nesta publicação, o tema da Prevenção ao HIV como uma série de estratégias que podem ser utilizadas em conjunto ou individualmente para redução do risco de transmissão e como resultado de uma reflexão e escolha individual e dialogada. Nesse sentido, indicamos a leitura do material completo, disponível na home page do GIV, e destacamos aqui estratégias que podem ser utilizadas por pessoas que vivem com HIV/Aids para redução do risco de transmissão.

PRESERVATIVO

 Preservativo é considerado o método de barreira mais eficaz para a prevenção do HIV e pode ser entendido como uma forma de gerenciar os riscos em uma relação sexual.

Além disso, não podemos esquecer que previne de diversas doenças sexualmente transmissíveis e também é um meio contraceptivo muito eficaz, que permite evitar a gravidez não planejada.

Não existem ensaios clínicos controlados comprovando a eficácia dos preservativos masculinos ou femininos, o que impede que falemos em 100% de segurança. Porém, segundo análise de estudos observacionais¹, acredita-se que, se usados de modo continuado, o preservativo masculino pode reduzir a infecção do HIV em 80% podendo chegar até 95%.

Rompimentos do preservativo estão mais associados ao uso incorreto. Por isso alguns cuidados são importantes, como, por exemplo: a camisinha masculina deve ser colocada quando o pênis já estiver ereto, e retirada com o pênis ainda ereto, evitando que o esperma escorra na sua parceira ou no seu parceiro.

A camisinha protege e possibilita escolhas e a prática dos desejos sexuais de cada um, independente de orientação sexual. Ela pode ser negociada com seu parceiro ou parceira, converse (com ele, ela, eles, elas) sobre os benefícios para sua saúde e para suas relações: sexual, afetiva, social etc

Existe uma diversidade de preservativos masculinos, feitos de diferentes materiais como látex ou poliuretano, com sabores e também com texturas e rugosidades diversas, assim como variados tamanhos. Também há preservativos lubrificados.

O uso de gel lubrificante a base de água é indicado para uso com o preservativo. E também pode aumentar o prazer!

¹ Weller L L revisaram a efetividade do uso de preservativos para prevenção de HIV para a Colaboração Cochrane em 2001.



TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO

CARGA VIRAL INDETECTÁVEL = A NÃO TRANSMISSÍVEL?

Eu tenho HIV, uso antirretrovirais e tenho carga viral indetectável. Se realizar sexo sem preservativo, poderei transmitir o HIV? Leia a seguir!

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. O que é o Tratamento como Prevenção (TcP)?

O TcP refere-se à utilidade da terapia com antirretrovirais (TAR) em uma pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) para levar a níveis extremamente baixos o risco da transmissão sexual do HIV dela para uma pessoa sem HIV.

2. O que significa risco “extremamente baixo” de transmissão?

A Associação Britânica de Clínicos de HIV (BHIVA) e o EAGA (Conselho Consultivo de Especialistas em AIDS do Reino Unido) acreditam que fornecer um número real para o risco de transmissão de uma relação sexual num casal sorodiscordante não é significativo neste momento para um indivíduo. E que qualquer valor proposto seria enganoso. Na ausência de um número, a BHIVA e o EAGA, portanto, adotaram o termo “extremamente baixo”, embora reconheçam a dificuldade inerente à natureza imprecisa da expressão.

3. Eu tenho HIV: sob quais condições de tratamento antirretroviral eu provavelmente jamais transmitirei o HIV por relações sexuais?

Durante os seis meses anteriores à relação sexual você deve estar:

- a) em tratamento com antirretrovirais (TAR);
- b) com carga viral indetectável e
- c) não ter úlceras de doença sexualmente transmissível (DST).

O que é carga viral? A carga viral é uma forma de medir a presença do HIV num fluido do organismo humano (sangue, esperma, secreção vaginal, etc).

O exame mais comum é o de carga viral no sangue.

O que é carga viral indetectável?

A carga viral é indetectável quando ela é inferior ao nível de detecção fornecido pela técnica do exame. No Brasil usa-se em geral exames com nível mínimo de 40 cópias/microlitro.

4. Como foi comprovado isto?

Vários estudos já apontavam nesta direção. Um deles, realizado em casais sorodiscordantes, publicado em 2001, mostrou que a possibilidade de transmissão é maior quanto maior for a carga viral. Inclusive não detectou transmissão alguma quando a carga viral do parceiro infectado era inferior a 400 cópias por ml. A Declaração da Comissão Federal Suíça de AIDS (2008), antecipou o TcP. Mas o ensaio definitivo foi o HPTN-052. Este ensaio clínico para casais heterossexuais forneceu provas definitivas da eficácia da estratégia. Os casais eram sorodiscordantes, isto é, um dos parceiros tinha HIV e o outro não. O estudo mostrou que, se o parceiro HIV positivo estiver tomando TAR (Terapia com Antirretrovirais) eficaz, a transmissão do HIV através do sexo vaginal é reduzida significativamente

(96%), A redução observada na transmissão do HIV em um ambiente de estudo clínico demonstra que o uso de TAR bem sucedida pela pessoa HIV positiva é tão eficaz quanto o uso consistente do preservativo para limitar a transmissão viral.

Por que seis meses?

Porque considera-se que, neste prazo, a carga viral indetectável no sangue resulta numa carga viral muito baixa ou indetectável nos fluidos genitais.

5. Além das condições sobre meu tratamento, meu parceiro precisa preencher alguma condição para evitar a transmissão?

Sim, seu parceiro deve estar livre de úlceras de DST.

6. Esses dados são para casais heterossexuais, e para casais homossexuais masculinos?

O estudo mostrou que, se o parceiro HIV positivo estiver tomando TAR(Terapia comAntirretrovirais) eficaz, a transmissão do HIV através do sexo vaginal é reduzida significativamente (96%).

Os dados publicados são em grande parte de casais heterossexuais. Neste caso, presume-se que a maior parte das relações sexuais foi por via vaginal. Assim, não há dados suficientes para concluir que o uso de TAR bem sucedida pode proporcionar níveis semelhantes de proteção em relação a outras práticas sexuais, incluindo sexo anal desprotegido entre homens ou entre homens e mulheres. No entanto, na opinião de especialistas, pode ser antecipado um risco

extremamente baixo de transmissão também para estas práticas, desde que as mesmas condições acima mencionadas sejam satisfeitas (segundo as Diretrizes Brasileiras, Diretrizes DHHS dos EUA e Diretrizes da BHIVA). Também foram divulgados em 2014 resultados provisórios do estudo PARTNER (Parceiro), e que envolveu mais de 700 casais sorodiscordantes (isto é, um membro do casal tem HIV e o outro não tem) dos quais 40% eram casais de homens. Neste estudo o membro do casal com HIV usava antirretrovirais. Após dois anos de ensaio, não foi detectada infecção alguma, Os resultados definitivos esperam-se para 2017.

Para a transmissão do HIV segundo as Diretrizes do Depto. De Saúde dos EUA, o TcP têm uma eficácia superior à de qualquer outro método de prevenção, incluindo o preservativo. HIVA). Já para outras DST, a TAR não confere proteção alguma.

7. Há maior risco ou menor risco do que com o preservativo?

Para a transmissão do HIV, segundo as Diretrizes do Depto. De Saúde dos EUA, o TcP têm uma eficácia superior à de qualquer outro método de prevenção, incluindo o preservativo. Já para outras DST, a TAR não confere proteção alguma.

8. Eu tenho HIV, mas ainda não estou tomando TAR. Segundo meu médico, meu CD4 ainda é alto para iniciar o tratamento. Posso iniciar a TAR para evitar a transmissão do HIV?

Sim. Atualmente as Diretrizes Brasileiras de 2013 para TAR contemplam essa possibilidade,. Fale com seu médico a respeito. Lembre que você pode enfrentar

efeitos colaterais ou prejudicar alguma opção de tratamento, útil no futuro, se você não for aderente.

9. Eu tenho HIV. Vou ter algum benefício na minha saúde se eu começar a TAR para prevenir a transmissão do HIV?

Segundo as Diretrizes do DHHS dos EUA (2013) há indícios de benefício clínico para você, porque a replicação do vírus produz danos no seu organismo, mesmo com altos níveis de CD4. Estes danos podem ser cardiovasculares, cognitivos, neurológicos, etc. Mas as Diretrizes Brasileiras e algumas de outros países argumentam que não há resultados conclusivos sobre o benefício para os níveis superiores a 500 CD4.

10. Eu estou pensando em começar a TAR para evitar a transmissão do HIV de mim para outros, caso não usemos preservativos ou ele venha a se rasgar. O que devo considerar?

Esta é uma boa opção. Para um bom uso, a pessoa com HIV deve estar totalmente informada sobre a necessidade de se comprometer com a adesão à TAR de longo prazo, com a triagem frequente para DST (a cada 3 a 6 meses) e exames de carga viral regulares, e estar ciente dos efeitos colaterais da TAR.

11. E se eu pegar uma DST?

Neste caso, em primeiro lugar você tratará desta DST. Por outro lado, como seu aparelho genital estará inflamado pela DST, terá maior possibilidade de transmitir o HIV, mesmo estando com carga viral indetectável no sangue. Aí você deverá usar preservativos para não transmitir o HIV, nem a DST, até a situação voltar ao estágio da pergunta 3. Também seria importante que você contatasse os parceiros com os quais manteve relações sexuais desde que adquiriu a DST.

12. Eu tenho HIV e comecei o tratamento com antirretrovirais há algum tempo. Também há risco extremamente baixo de transmitir o HIV para os meus parceiros sexuais?

Se você estiver nas condições relatadas acima (carga viral indetectável há mais de seis meses, e sem DST há mais de seis meses), certamente há um risco extremamente baixo de transmitir o HIV para os seus parceiros sexuais. Lembre-se que talvez deva realizar exames com uma frequência maior para DST (3 a 6 meses)* e exames de carga viral regulares.

13. O que acontece se a TAR for interrompida?

A plena adesão à TAR com supressão contínua da carga viral plasmática é fundamental o uso da TAR na prevenção da transmissão futura. A suspensão da TAR é normalmente acompanhada por um aumento significativo da carga viral e, conseqüentemente, um aumento do risco de transmissão sexual subsequente. Se a TAR for interrompida por qualquer razão, é necessário o uso continuado de estratégias de prevenção de outro tipo para reduzir o risco de transmissão, como preservativos.

14. Se eu estiver nas condições do TcP e tiver relações sexuais com outra pessoa com HIV, o que pode acontecer?

Se os dois estiverem fazendo uso de TcP nas condições adequadas, o risco de transmissão do HIV de um para o outro é extremamente baixo, porque os dois estarão com carga viral indetectável e o tratamento de cada um de vocês será uma barreira muito alta para a infecção por novas variedades de HIV. Já se somente você estiver usando o TcP, o risco de transmissão de uma outra variedade de HIV para seu parceiro será extremamente baixa. Mas ainda há a possibilidade de transmissão de

uma variedade do HIV do seu parceiro para você. Porém, deve ser salientado que a TAR que você está usando constitui uma barreira para a entrada de outras variedades de HIV no seu organismo.

15. Quais outros benefícios pode trazer o TcP?

Você, como pessoa vivendo com HIV, provavelmente já passou por experiências de discriminação. Muitas vezes falamos a parceiros sexuais que temos HIV, e para nossa surpresa eles nos rejeitam, mesmo tendo usado e usando preservativos. Somos olhados como perigo para outros, ou como impuros porque nossos fluidos vitais (sangue, esperma, fluidos vaginais, leite materno) estão contaminados pelo HIV. Há pessoas que nos olham como se nós fôssemos o próprio vírus.

Com o TcP, abre-se uma nova possibilidade; havendo um risco extremamente baixo de transmitir o vírus HIV por via sexual; talvez no longo prazo a sociedade mude sua perspectiva discriminatória sobre nós. Quicá os que estiverem em tratamento sermos tratados de forma menos discriminatória, e não mais como um perigo para os outros.

16. Meu médico disse que eu poderia começar a TAR para evitar a transmissão aos meus parceiros, mas como meu CD4 é alto, eu não tenho indicação de início de tratamento. Estou obrigado a iniciá-lo?

Você não está obrigado a iniciar o tratamento. As Diretrizes Brasileiras, como outras, expressam claramente que deve ser respeitada a autonomia do paciente no processo decisório.

17. Eu iniciei o tratamento para fins de prevenção da transmissão para meus parceiros (as), Mas agora não quero mais continuar. Devo continuar usando a TAR?

Você não precisa continuar usando a

TAR. Mas avise seu médico que você vai abandonar a TAR. Talvez você deva fazer alguns exames para observar seu nível de CD4 sem tratamento. Dependendo deste nível, você pode ter ou não indicação de início do uso para preservar sua saúde. Leia também a resposta à pergunta 14.

18. Há mais alguma coisa que eu deva saber?

As Diretrizes Brasileiras expressam: A utilização de terapia antirretroviral não elimina a possibilidade de transmissão sexual do HIV. Além disso, há fatores que podem aumentar a possibilidade de transmissão, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre estimulado, mesmo em pacientes que apresentem supressão viral. “

NOTAS;

* As infecções sexualmente transmissíveis (DST) dentro de um casal só podem ser excluídas confiavelmente se: ambos os parceiros realizaram uma bateria de exames para DST e todos os resultados foram negativos; nenhum dos parceiros teve sexo com mais ninguém depois desses exames, os exames foram repetidos para cada indivíduo após exposição sexual com cada novo parceiro sexual e fôr obtido um resultado negativo dentro do período de “janela” relevante para cada DST, antes de o casal ter relações sexuais novamente.

O que é período de “janela”?
Uma infecção recente pode não ser detectada por uma técnica de exame. Este período durante o qual a infecção está presente, mas não é detectada pelo exame denomina-se período de janela.



O Projeto “Brasil sem Discriminação” tem por objetivo a redução do Estigma, Preconceito e Discriminação e a ampliação de ações de Direitos Humanos em defesa das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com atuação nas cidades de Niterói (RJ), São Paulo (SP) e Serra (ES). O mesmo tem como um dos focos de atuação disseminar informações acerca da Prevenção Secundária (junto a pessoas vivendo com HIV/AIDS) e ampliar as discussões e reflexões sobre os aspectos legais da transmissão do HIV em relações consensuais.



Centro de Apoio ao Cidadão

www.cacidades.org.br
cacidades@uol.com.br



www.giv.org.br
giv@giv.org.br



Pela Vidda
Niterói

www.pelavidda-niteroi.org.br
gpvnit@pelavidda-niteroi.org.br

APOIO:



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde

