

Caderno de debates

# COLEÇÃO IDÉIAS

ANO: 1999

Nº 1

LÚCIO ALCÂNTARA

**AIDS NO BRASIL**

RESPOSTAS SOCIAIS À EPIDEMIA



SENADO FEDERAL  
SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

CADERNO DE DEBATES

*Coleção Idéias*

# AIDS NO BRASIL

*RESPOSTAS SOCIAIS À EPIDEMIA*

BRASÍLIA – 1999

A Coleção Idéias – Caderno de debates é uma publicação do gabinete parlamentar do Senador Lúcio Alcântara. Através desta série, pequenos textos ocasionais oferecem ao público experiências que contribuam com o livre intercâmbio de informações e opiniões.

*Comitê Executivo*

Afonso Celso Machado Neto  
Doris Marize Romariz Peixoto  
Lêda Maria Sampaio Pinto  
Lúcio Gonçalo de Alcântara  
Sandra Koetz Ibiapina  
Wellington Bezerra de Oliveira

*Impressão*

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do  
Senado Federal

.....  
CADERNO DE DEBATES

*Coleção Idéias*

Ano 1999 • Nº 1  
.....

**560736-30**

**EX3**

Desejando receber as publicações do gabinete do Senador Lúcio Alcântara, solicite ao:

Gabinete do Senador Lúcio Alcântara  
Ala Senador Teotônio Vilela, Gab. 7 – Anexo II – Senado Federal  
CEP 70165-900 – Brasília – DF  
Telefone: (0xx 61) 311-2302/07  
Fax: (0xx61) 323-5372  
e-mail: [lucioalc@senador.gov.br](mailto:lucioalc@senador.gov.br)  
Ligação gratuita A VOZ DO CIDADÃO 0800-612211

## SUMÁRIO

*Pág.*

1 – Aids no Brasil – A evolução da epidemia .....	5
2 – A resposta do Estado à epidemia .....	10
3 – Principais avanços alcançados na luta contra a Aids no Brasil.....	11
3.1 – Prevenção .....	11
3.2 – Drogas e Aids .....	16
3.3 – Aids no local de trabalho .....	19
3.4 – Educação para a saúde nas escolas .....	20
3.5 – Preservativos .....	22
3.6 – Assistência médica .....	23
3.7 – Assistência farmacêutica .....	26
3.8 – Assistência social .....	29
3.9 – Assistência jurídica e direitos humanos ...	30
3.10 – Vigilância epidemiológica .....	31
3.11 – Treinamento .....	32
4 – A resposta social à epidemia .....	35
5 – Referências Bibliográficas .....	37





# AIDS NO BRASIL

RESPOSTAS SOCIAIS À EPIDEMIA

LÚCIO ALCÂNTARA

## 1. A EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA

Até fevereiro de 1999, foram notificados ao Ministério da Saúde 155.590 casos de Aids, 70% dos quais na região Sudeste.<sup>(1)</sup> 78.250 pessoas morreram vítimas da doença, e estima-se existirem 536.000 outras infectadas pelo HIV, entre a população sexualmente ativa.<sup>(2)</sup>

Após um período de intenso crescimento – chegando a atingir 12 casos por 100.000 habitantes em 1994 –, a incidência de Aids vem apresentando, nos últimos cinco anos, uma relativa estabilidade – em torno de 11 casos novos por 100.000 habitantes por ano –, o que corresponde à ocorrência esperada de cerca de 17.000 casos novos da doença por ano.



A taxa de mortalidade por Aids vinha-se mantendo crescente até 1995 – quando atingiu o valor de 9,8 óbitos por 100.000 habitantes –, passando a cair significativamente com a distribuição gratuita de medicamentos a partir de então. Com dois anos dessa política, a mortalidade por Aids caiu para 7,3 óbitos por 100.000 habitantes, em 1997.<sup>(3)</sup>

Desde sua introdução em nosso meio, há dezenove anos, a epidemia de Aids vem mudando seu perfil: de uma fase inicial, caracterizada pela hegemonia da transmissão sexual e afetando, principalmente, homens adultos com comportamento homo e bissexual, escolaridade elevada, vivendo nas grandes cidades da região Sudeste, a epidemia passou por um processo, mais ou menos simultâneo, de feminilização, juvenilização, pauperização e interiorização.

Ela, hoje, se caracteriza pela predominância e pelo grande aumento da transmissão heterossexual, atingindo um número crescente de mulheres e de crianças – estas, em decorrência de transmissão vertical –, fazendo-se presente, também, em cidades de pequeno porte e pessoas de baixa escolaridade. Entre os casos notificados ao Ministério da Saúde nos anos de 1997 e 1998, a razão de sexo (masculino:feminino) correspondeu a 2:1.<sup>(4)</sup>

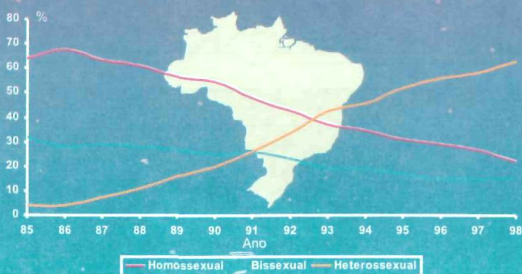
Inicialmente, a faixa etária mais atingida era a de 20 a 39 anos. Ao longo desses dezenove anos, no entanto, observou-se um progressivo aumento da frequência relativa de pacientes mais jovens. Atualmente, a faixa etária mais atingida é a de pessoas com 20 a 29 anos, mostrando o elevado risco de infecção entre ado-

### Distribuição dos Casos de Aids Segundo Sub-categoria de Exposição Sexual. Brasil. 1985 – 1998\*.



\*Casos notificados até 28/11/98. (1997 e 1998: estimativas).

### Distribuição Proporcional dos Casos de Aids Segundo sub-categoria de Exposição Sexual Brasil. 1985 – 1998\*.

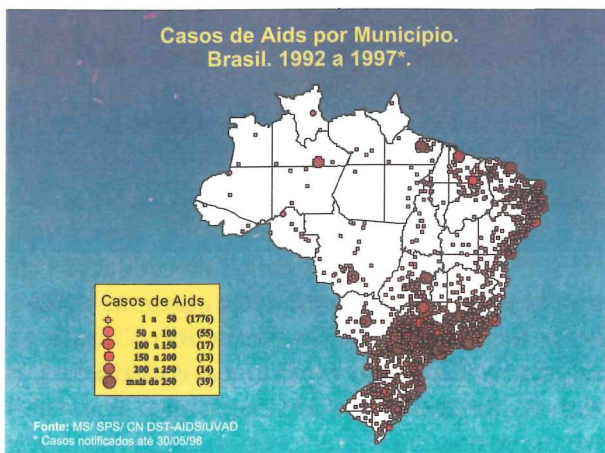
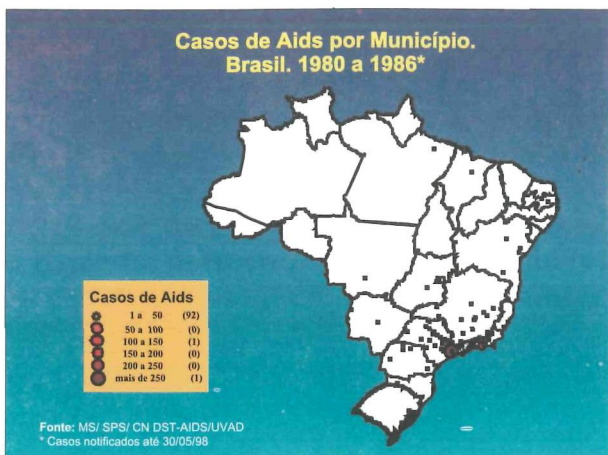


\* Casos notificados até 28/11/98.

lescentes e adultos jovens. Em algumas unidades federadas, como São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, o número de casos de Aids em adolescentes já é preocupante.

Ao mesmo tempo, as comunidades de baixa renda passaram a ser crescentemente afetadas. Considerando o nível de escolaridade dos pacientes de Aids como indicador

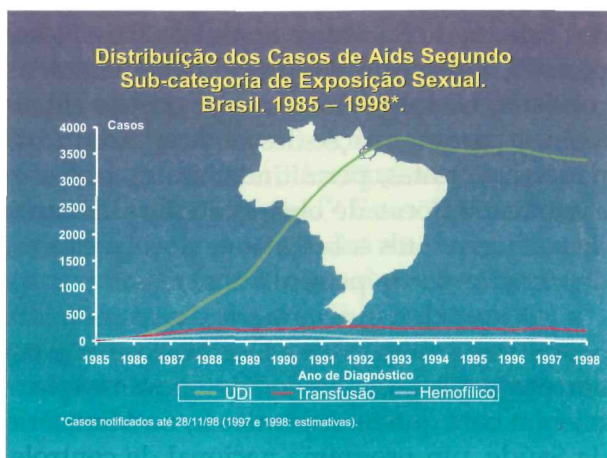
sócioeconômico, vemos que, em 1994, 65% dos casos notificados ao Ministério da Saúde ocorreram em analfabetos ou em pessoas que tinham cursado o primeiro grau apenas. Entre as mulheres, este percentual já era de 78%.<sup>(5)</sup>



Ainda que tivessem sido afetados tardiamente, os usuários de drogas injetáveis passaram a ter uma importância estratégica para o



controle da epidemia em nosso País, em decorrência do aumento rápido da disseminação do vírus entre eles e da importância relativa desse grupo, de tal forma que, hoje, cerca de 20% do total de casos de Aids notificados no País estão associados ao uso de drogas injetáveis. <sup>(6)</sup> Em determinadas cidades e regiões do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, esse percentual é superior a 60%.



## 2. A RESPOSTA DO ESTADO À EPIDEMIA

No início dos anos 80, foi criado, no Ministério da Saúde, um programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis que, no entanto, mostrou-se efetivo em muito poucas unidades federadas.

Até meados daquela década, o impacto da epidemia de Aids se fazia sentir apenas nas grandes cidades do Sudeste e do Sul do País. Nesse período, a resposta das autoridades sanitárias consistiu, basicamente, em criar centros de referência para internação dos ainda relativamente poucos pacientes, permitindo, assim, que atuassem como focos de obtenção e disseminação de conhecimentos sobre a nova doença e locais de capacitação de pessoal.

O aumento do número de casos e sua ocorrência fora daquelas localidades – e a cobertura dada pelos meios de comunicação – fizeram com que se implantasse, no Ministério da Saúde, um programa nacional de controle, o que aconteceu em 1988.<sup>(7)</sup>

Até 1994, esse programa buscou consolidar-se, ao mesmo tempo em que merecia pouca prioridade, no âmbito da política nacional de saúde. Nesse ano, pressionado pelos números crescentes de casos, pela cobertura dos meios de comunicação e, principalmente, pela mobilização social por uma ação mais decisiva do Governo, implanta-se um Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Aids no Ministério da Saúde com o apoio de substanciais recursos advindos de acordo de empréstimo celebrado com o Banco Mundial.

Esse acordo permitiu um avanço considerável na implementação de ações de prevenção e tratamento e no fomento a uma ampla participação da sociedade civil, por meio de Organizações Não-Governamentais e comunitárias, que se associaram à ação governamental.

Uma avaliação procedida pelo Programa de Aids da Organização das Nações Unidas (ONUSIDA) reconheceu, em 1998, a excelência do programa nacional, considerado como um dos melhores do mundo.

A renovação do empréstimo com o Banco Mundial aporta recursos para o período de 1998 a 2002, para uma nova fase do programa, que busca, com prioridade, a institucionalização e a sustentabilidade das ações.<sup>(8)</sup> Esses objetivos serão alcançados se as atividades do programa se integrarem realmente à rotina dos serviços e das instituições responsáveis pela gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde e se o tema permanecer na agenda política desses gestores e dos organismos de controle social.

### 3. PRINCIPAIS AVANÇOS ALCANÇADOS NA LUTA CONTRA A AIDS NO BRASIL

#### 3.1 Prevenção

Nessa área, a ação governamental e social está organizada de forma a promover atividades de educação para a saúde, comunicação social, aconselhamento e testagem anônima e gratuita, intervenções comportamentais junto a grupos populacionais específicos e serviços de informação por telefone.

O acesso a informação qualificada sobre mecanismos de transmissão e formas e meios



de prevenção é considerado estratégico para promover mudanças tanto na percepção de risco como de comportamento.

As *campanhas publicitárias*, veiculadas nos meios de comunicação de massa, sempre foram parte importante dessa estratégia. Caracterizaram-se pela divulgação de informações sobre as formas de transmissão do HIV e, atualmente, objetivam aproximar as ações de prevenção da Aids da população em geral, pela construção do conceito de 'comportamento de risco' e pela substituição da idéia de 'grupos de risco'.

As campanhas publicitárias atuais – que mobilizam importante parcela dos recursos disponíveis para a luta contra a Aids – buscam mostrar que toda pessoa que não adote práticas preventivas pode contrair o vírus.

As *intervenções comportamentais*, dirigidas a grupos específicos e mais vulneráveis (mulheres; homens que fazem sexo com homens; crianças e adolescentes; caminhoneiros; prisioneiros; povos indígenas; populações em situação de pobreza; trabalhadores do sexo; Forças Armadas), reforçam o impacto das informações veiculadas nas campanhas publicitárias, uma vez que permitem adequar as mensagens às especificidades socioculturais de cada grupo.

Um grande número de materiais educativos de diversos formatos tem sido produzido e disponibilizado em apoio a essas ações pelo programa.

A oferta de *aconselhamento e testagem gratuitos*, com garantia de anonimato ou, pelo menos, de sigilo, é recomendada como uma estratégia dupla de prevenção: por um lado re-

duz o risco de contaminação dos bancos de sangue e, por outro, visa a mudança de comportamentos de risco exatamente daquelas pessoas que o manifestaram.

A doação de sangue como forma de realizar teste anti-HIV de forma gratuita e sigilosa tem sido uma estratégia utilizada, desde o início da epidemia, por pessoas que acreditam ter-se exposto ao risco de infecção e não dispõem dos recursos para obterem tal exame por outros meios. Ora, como o período de 'janela sorológica' – isto é, o período que o organismo necessita para produzir anticorpos suficientes para serem detectados pelos testes sorológicos, mas no qual o indivíduo pode transmitir a infecção – pode durar mais de três meses, a probabilidade de um indivíduo infectado buscar diagnóstico pela via da doação de sangue, nessa fase da infecção, é muito elevada. Nessas situações, durante a vigência da janela sorológica, o risco de contaminação dos estoques dos bancos de sangue é elevado, já que os testes de triagem não detectarão a infecção.

A oferta de testagem gratuita – principalmente se também for anônima ou pelo menos com sigilo garantido – tem o objetivo de diminuir esse risco.

Além disso essa é uma excelente oportunidade para, por meio de aconselhamento, buscar-se alterar o comportamento de risco dessas pessoas. Sua eficácia, em relação a esse objetivo, tem sido avaliada com resultados contraditórios, segundo vários estudos levados a efeito em diferentes contextos epidemiológicos e culturais. De qualquer forma, a qualidade técnica, o nível de empatia desenvolvido e a facilitação do acesso a preservativos, a equi-

pamento de injeção estéril e a outros serviços de saúde e sociais são, provavelmente, fatores que influenciam o sucesso da atividade de aconselhamento.

A implantação ou a ampliação da oferta desses serviços têm sido feitas com sucesso pelos diversos gestores públicos. Encontram-se em funcionamento no País, atualmente, 139 centros de testagem anônima (CTA) e outros 23 estão em implantação.



Dentre as ações de prevenção, o *controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)* ganha, hoje, nova dimensão como elemento essencial de qualquer estratégia de luta contra a Aids: elas aumentam grandemente o risco de infecção pelo HIV.

As DST são, por si sós, um problema relevante de saúde pública em nosso País por apresentarem elevadas magnitude, transcendência e resolutividade. Apesar disso, são poucos os serviços e profissionais de saúde realmente aparelhados para diagnosticar e tratar as DST

mais prevalentes em nosso meio, com a resolutividade exigida.

A experiência internacional, no entanto, tem mostrado que se pode promover redução significativa no risco de infecção pelo HIV apenas com o controle das DST, ao mesmo tempo em que os mais bem desenhados programas de prevenção tiveram resultados insatisfatórios quando não adotaram essa tática.

O controle das DST pressupõe um conjunto articulado de ações que, ao mesmo tempo, ofereçam informação, aconselhamento, acesso a preservativos masculinos e femininos e – principalmente – serviços clínicos de alta resolutividade para diagnóstico e tratamento. Resolutividade esta que deve estar baseada no adequado acolhimento do paciente, no respeito a sua privacidade e na oferta pronta de assistência farmacêutica. Preservativos e medicamentos são insumos críticos dessa atividade.

Esse é um componente que se encontra – ainda – insuficientemente desenvolvido entre as ações públicas e governamentais de combate à Aids. Há atualmente 704 unidades de assistência às DST implantadas no País.

A feminilização da epidemia trouxe consigo o aumento do número de casos de Aids por transmissão vertical.

É sabido que de 20% a 30% dos filhos de mães HIV-positivo nascem infectados. Essa proporção cai para menos de um terço se for instituído oportunamente um regime de quimioprofilaxia com AZT (um quimioterápico anti-retroviral), durante a gestação, com administração da droga também durante o parto.

*A prevenção da transmissão vertical constitui, assim, uma atividade de elevado impacto*

e relação custo/benefício que, no entanto, não tem ainda a cobertura necessária em nosso meio. É ainda muito pequeno o número de serviços e trabalhadores de saúde conscientes da necessária integração, na rotina de todos os serviços de pré-natal, da atividade de captação precoce de gestantes e de aconselhamento e testagem, com o objetivo de instituir quimioprofilaxia para o maior número possível de gestantes infectadas, bem como de informá-las, apoiá-las e aconselhá-las, com vistas à prevenção da transmissão vertical da infecção pelo HIV e da sífilis congênita.

A implantação da atividade implica um esforço de convencimento e de treinamento das equipes dos serviços de pré-natal e maternidade, no aporte dos medicamentos necessários e na ampliação da capacidade da rede laboratorial para a realização dos testes sorológicos.

Tendo em vista que um percentual significativo de crianças infecta-se pelo aleitamento materno, as mães infectadas deverão ser aconselhadas a não amamentar, ao mesmo tempo em que se faz necessário apoiá-las e disponibilizar para suas crianças leite materno pasteurizado – em cooperação com bancos de leite – e leite artificial.

### 3.2 Drogas e Aids

Os usuários de drogas injetáveis (UDI) constituem um grupo de risco cuja importância é estratégica na dinâmica da transmissão da infecção pelo HIV. Muito provavelmente o controle da Aids não será atingido sem o controle da infecção entre UDI. E o mesmo pode-se dizer em relação às hepatites B e C.

Essa categoria de transmissão tem crescido de importância no nosso meio, existindo regiões no Sul e Sudeste do País em que se estima que, atualmente, essa via seja responsável, de forma direta ou indireta, por cerca de 60% do total de casos de Aids conhecidos. Nessas regiões, o controle da Aids depende do controle da infecção entre UDI, como condição *sine qua non*.

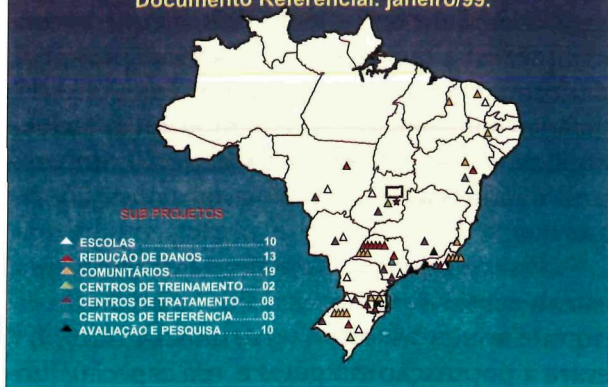
Para o equacionamento desse problema, estruturaram-se diversas ações objetivando diminuir a expansão da contaminação do HIV entre a população em geral e, em especial, junto aos usuários de drogas injetáveis e a seus parceiros sexuais. Os dois grandes objetivos perseguidos consistem em: prevenir o uso indevido de drogas e as infecções pelo HIV e por outros agentes de transmissão sexual, entre a população em geral, com ênfase nos grupos de comportamento de risco; e reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV e de outras doenças de transmissão sexual e sanguínea entre usuários de drogas injetáveis.

A atuação que vem sendo desenvolvida consiste na *integração, nos currículos escolares de 1º e 2º graus*, de objetivos e conteúdos voltados para a prevenção das DST, da infecção pelo HIV e do uso indevido de drogas; na oferta de tratamento a usuários e dependentes; e na implementação de projetos de redução de danos, dirigidos a usuários de drogas injetáveis.

Os *projetos de redução de danos* são a grande novidade nesta área, com o País despontando como um inovador e disseminador de uma tecnologia apropriada às condições de países subdesenvolvidos. Busca-se, atualmente, ampliar e dar sustentabilidade à estratégia



Projeto de Drogas & Aids  
AD - BRA - 94-851  
Documento Referencial. janeiro/99.



de redução de danos que, aplicada à prevenção da transmissão do HIV entre UDI, tem permitido o desenvolvimento, no País, de programas eficazes e com elevada relação custo/benefício.

Esses projetos de redução de danos incluem a disponibilização de equipamento estéril de injeção (através de postos fixos e móveis de distribuição e troca e da venda livre em farmácias públicas); a promoção da informação, da educação e da organização dos UDI; e a ampliação da capacidade assistencial dos serviços de tratamento da dependência. Incluem também, com relevância, a disponibilização de acesso a serviços sociais e de saúde.

As avaliações realizadas mostraram que os programas baseados na estratégia de redução de danos não apenas são eficazes para reduzir o risco de transmissão do HIV, como não produziram nenhum dos supostos efeitos negativos que os oponentes à estratégia previam como muito prováveis: não promoveram aumento do consumo, da prevalência de injeção e

da promiscuidade sexual nem de barreiras para a aproximação de pacientes a programas de tratamento. Ao contrário: as evidências são de que tais programas obtiveram redução do consumo de drogas, da prática de injeção, do compartilhamento de seringas e de práticas sexuais de risco, além de aumentarem o número de pessoas atendidas em serviços de tratamento.

Em verdade, a adoção precoce de tais políticas e a implementação de programas de redução de danos têm sido associadas com baixas prevalências de soropositividade ao HIV entre UDI. Ao contrário, a experiência de vários países onde ocorreram epidemias de HIV entre UDI mostra que uma década é um tempo mais que suficiente para que o problema atinja dimensões catastróficas.

Essa estratégia apresenta, no entanto, problemas ainda não resolvidos, entre eles a carência de formas eficazes para persuadir autoridades a adotar tais programas e promover alterações na legislação; a ausência de estratégias viáveis para prevenção da transmissão do HIV entre UDI prisioneiros e a necessidade de sistemas práticos e confiáveis de vigilância epidemiológica e de metodologias de avaliação.

### **3.3 Aids no local de trabalho**

O impacto da Aids sobre a força de trabalho e seu papel desestruturador sobre o processo produtivo já se faz sentir nas regiões mais duramente afetadas pela epidemia, estimulando o estabelecimento de parcerias variadas do setor privado empresarial com o setor público e Organizações Não-Governamentais, para a prevenção da doença entre trabalhadores e a



união de empresas e organizações de trabalhadores para a assistência aos atingidos.

A população economicamente ativa é, exatamente, o segmento populacional mais afetado pela Aids, uma vez que, em cerca de 85% dos casos, a doença se concentra na população de 15 a 49 anos.

Sem dúvida o principal motivo que leva as empresas a adotarem programas de prevenção e assistência à Aids são de natureza econômica, relacionados à perda de produtividade e ao poder perturbador sobre o processo produtivo. Ela tem, ainda, um impacto importante sobre sistemas de assistência médica e – principalmente – de previdência social.

O despreparo de empresas tem sido o responsável pela ocorrência de casos de discriminação contra empregados infectados ou doentes e de desrespeito a direitos trabalhistas, do que decorrem litígios judiciais que oneram e sobrecarregam seus departamentos de assistência jurídica e maculam sua imagem pública.

Não é de desprezar a importância que programas de prevenção podem vir a ter como forma de proteção dos investimentos feitos em desenvolvimento de recursos humanos.

Apesar de várias empresas terem adotado programas de prevenção e assistência e de tratarem das conseqüências econômicas da doença, essas experiências são ainda restritas às grandes empresas do Centro-Sul do País.<sup>(9)</sup>

### 3.4 Educação para a saúde nas escolas

O grande número de adultos jovens afetados pela Aids e – principalmente – o número crescente de casos notificados em crianças e

adolescentes mostram a urgência em desenvolver ações de prevenção dirigidas a eles. Esta é, por sinal, uma outra característica que o perfil da epidemia vem tomando no Brasil e que está sendo denominada de 'juvenilização'.

Implantar e ampliar, onde já se desenvolvem, ações de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas, dirigidos para crianças e adolescentes, nos sistemas formal e informal de ensino, constitui, assim, uma prioridade inquestionável. Considerar que a escola constitui um espaço privilegiado para essa atuação reforça sua priorização.

Para isso, as escolas e as redes de ensino precisam ser estimuladas e apoiadas política, técnica, pedagógica e financeiramente a criar e implementar ações de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas, pela inserção dessas ações nos seus projetos pedagógicos. Faz-se necessário incentivar a adoção dos parâmetros curriculares Nacionais pelos sistemas de ensino, bem como reforçar a orientação e a supervisão pedagógicas das escolas na implementação da abordagem dos, assim denominados, *temas transversais*.

Uma estratégia complementar de grande eficácia consiste em estimular novas possibilidades de prazer para crianças e adolescentes, fortalecendo a auto-estima e, conseqüentemente, a qualidade de vida, pelo engajamento em atividades desportivas, artísticas e culturais.

O desenvolvimento das ações de educação nas escolas não prescindirá, no entanto, da integração funcional do setor de ensino com os setores de saúde e assistência social, entre

outros, que deverão ampliar o acesso de crianças e adolescentes a seus serviços, dotando-os de condições adequadas de funcionamento e garantindo, em especial, a assistência, com qualidade, à adolescente gestante, a crianças e adolescentes vivendo com HIV e Aids e a crianças e adolescentes usuários de drogas.

A eficácia da estratégia, no entanto, depende muito da sua capacidade de viabilizar, aos adolescentes, o acesso a métodos e meios contraceptivos, com ênfase no acesso a preservativos masculinos e femininos, considerando-se a sua dupla função de meio contraceptivo e proteção contra as DST.

Pela sua extensão, a implantação e manutenção de programas de educação para a saúde nas escolas têm sido um dos maiores desafios por constituir uma tentativa de política e atuação inter-institucionais.

Um grande esforço tem sido feito na preparação de professores, supervisores e monitores, para atuação nas escolas, e de produção de materiais instrucionais e educativos. Um volume grande de investimentos em recursos financeiros, materiais, apoio técnico, treinamento, supervisão e – principalmente – em negociação política, necessários a uma adequada formulação e implementação de políticas e ações inter-institucionais, tem sido necessário. Esta, no entanto, é uma área em que há muito para se fazer ainda.

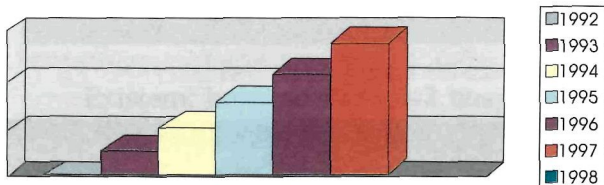
### **3.5 Preservativos**

Preservativos são insumos estratégicos em programas de controle das DST e da Aids.

Nos anos de 1993 a 1995, a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde adquiriu e distribuiu para secretarias estaduais e municipais de saúde e Organizações Não-Governamentais conveniadas cerca de vinte milhões de unidades de preservativos ao ano. No ano de 1997, esse número foi duplicado e, em 1998, foram adquiridas 200 milhões de unidades.

Além da disponibilização gratuita de preservativos pelos serviços de saúde e projetos de prevenção, a venda de preservativos também teve um importante aumento: de cerca de um milhão de unidades em 1992, o número de unidades vendidas no País passou para mais de 250 milhões por ano, em 1997.<sup>(10)</sup>

Vendas de preservativos no Brasil  
(em milhões de unidades)  
1992 – 1997



Fonte: Data Bank -USAID

### 3.6 Assistência médica

A garantia ao acesso das pessoas doentes de DST, infectadas pelo HIV e doentes de Aids aos procedimentos de diagnóstico e tratamento de que necessitam, na rede de serviços públicos de saúde, é um dos objetivos do programa que mobiliza mais recursos.

**Distribuição dos Hospitais Credenciados (HC)  
para Internação de Pacientes Portadores do HIV/Aids  
Brasil. Junho de 1999**



No ano de 1992, iniciou-se um processo de expansão da rede de assistência hospitalar aos portadores e doentes, ao mesmo tempo em que se passou a estimular a adoção de alternativas assistenciais e a organização de redes de referência e contra-referência.

**Distribuição dos Serviços de Assisncia Especializada (SAE) para Atendimento de Pacientes Portadores do HIV/Aids.  
Brasil. Junho de 1999.**





Essa nova estratégia teve o estímulo do Ministério da Saúde por meio da transferência de recursos financeiros para estados e municípios e do treinamento das equipes dos novos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-Dia (HD) e Programas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).



Existem, hoje, no País, 342 hospitais credenciados para atendimento a portadores do HIV e doentes de Aids; 66 SAE; 49 HD e 33 programas de ADT.

A preocupação com a extensão de cobertura pela integração de ações de prevenção e assistência das DST e da Aids na rede de serviços básicos de saúde fez com que essas atividades sejam, hoje, executadas no âmbito dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, envolvendo a atuação de 4.853 enfermeiros, 1.739 médicos e 62.307 agentes comunitários de saúde, prestando assistência a mais de 38 milhões de pessoas, em várias regiões do País.



### 3.7 Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica é a atividade mais cara do programa, ao mesmo tempo em que se constituiu na intervenção que mais dramaticamente alterou o quadro sanitário e cultural da epidemia.

Mais de 50.000 pacientes usam, atualmente, anti-retrovirais no âmbito do SUS, a um custo da ordem de 961 milhões de reais ao ano – que é o previsto ser gasto neste ano, apenas com a aquisição de medicamentos.

A disponibilização da terapia anti-retroviral combinada no sistema público de saúde resultou não apenas numa melhor qualidade de vida para um número enorme de portadores, doentes e suas famílias, como está tendo um impacto sanitário e econômico importante.

A redução do número de óbitos causados pela Aids nos Municípios do Rio de Janeiro e

São Paulo foi de 21% e 36%, respectivamente, após sua implementação na rede pública. No Estado de São Paulo, a demanda por hospitalizações foi reduzida entre 35% e 40% e, no País como um todo, a demanda por internações foi reduzida de forma importante, tanto na modalidade de internação convencional como na de hospital-dia, ainda que tenha ocorrido um aumento igualmente significativo da demanda por consultas ambulatoriais.

Verificou-se, ainda, em nível nacional, uma diminuição no consumo de medicamentos utilizados para o tratamento de infecções oportunistas. A diminuição do consumo de Ganciclovir – um dos mais caros – foi da ordem de 20%, segundo o Ministério da Saúde, no primeiro ano.

O novo cenário trazido para pacientes e serviços de saúde pela disponibilização da terapia anti-retroviral combinada caracteriza-se pelo aumento do tempo e da qualidade de vida, pela diminuição da necessidade de internações hospitalares e pelo aumento da necessidade de consultas ambulatoriais.

Nesse contexto, passa a ter relevância a qualidade da assistência prestada, o que implica capacitar adequadamente as equipes de saúde – e os médicos em especial – para o manejo das drogas, a utilização racional dos exames laboratoriais disponíveis para o monitoramento da terapia (contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> e quantificação da carga viral) – procedimentos caros – e o acompanhamento do paciente.

Como essa é uma área de conhecimento e tecnologia muito dinâmicas, resultando em freqüentes mudanças nos conceitos de trata-





mento pela introdução de novas drogas e tecnologias, é fundamental atualizar permanentemente os profissionais de saúde envolvidos (médicos, farmacêuticos, bioquímicos e biomédicos).

Um Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi implantado e hoje é gerido pelo Ministério da Saúde.

Até 1999, a disponibilização da terapia anti-retroviral combinada, de medicamentos para tratamento das DST e das infecções oportunistas associadas à Aids, no sistema público de saúde, esteve sob responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o compartilhamento dos custos dessa assistência farmacêutica terá que ser feito, a partir de 2000, com os gestores estaduais e municipais do SUS. Da mesma forma, a gestão e a manutenção das redes de laboratórios que realizam contagem de linfócitos e quantificação de carga viral passarão integralmente para estados e municípios.

Essa transição não será fácil, em vista do grande volume de recursos envolvidos, e são previstas muitas rodadas de negociação nas instâncias de negociação e pactuação do SUS. Os gestores do programa, nos seus vários níveis, deverão preparar-se cuidadosamente para essas mudanças previstas no financiamento dessas ações.

### 3.8 Assistência social

A grande maioria dos clientes HIV-positivo e doentes de Aids têm necessidades não supridas em outras áreas além da de assistência médica. O fenômeno de 'pauperização' do perfil das pessoas afetadas pela epidemia ampliará a já enorme necessidade de assistência social, nos próximos anos.

Em geral, trata-se de um paciente que desconhece seus direitos trabalhistas, previdenciários. Com frequência, ele desconhece, ou não sabe como obter, os serviços que o Estado e a comunidade lhe oferecem.

É reconhecida a carência de serviços nessa área, em especial, de serviços voltados para o atendimento de pessoas vivendo com Aids, em nosso País. Com frequência, a ausência ou insuficiência de serviços de assistência social nos estabelecimentos de saúde e de assistentes sociais nas suas equipes jogam nas costas de médicos e enfermeiras uma tarefa para a qual eles não têm nem competência, nem tempo.

A ação de Organizações Não-Governamentais, comunitárias e religiosas tem suprido essa ausência ou insuficiência da ação governamental, pela instalação e manutenção de

casas de apoio, creches e serviços e instituições similares que se ocupam dos doentes pobres, dos órfãos da Aids e do apoio a suas famílias.

### **3.9 Assistência jurídica e direitos humanos**

Um dos resultados que teve a epidemia de Aids nos seus primórdios, em vários países, inclusive no nosso, foi o da tentativa de estabelecer um sistema jurídico punitivo como medida de prevenção. Esse sistema, que previa, por exemplo, testagem compulsória, impedimento de ingresso no País de estrangeiros HIV-positivo e internação de infectados, encontrou oposição na organização das instituições e das pessoas afetadas e no crescimento do movimento por direitos humanos.

De qualquer forma, se essas posturas foram, afinal, abandonadas, surgiram outras agressões aos direitos das pessoas afetadas pela epidemia que, igualmente, encontraram, na organização dessas pessoas, dos profissionais, da sociedade e no movimento por direitos humanos que se implantou no País, uma oposição ferrenha. A organização de uma Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/Aids e de vários serviços de assistência jurídica foram a resposta.

Entre as demandas mais freqüentemente encaminhadas a essa rede e a esses serviços estão a garantia de acesso a medicamentos e à assistência; questões relacionadas à demissão ou admissão ao trabalho; o direito de adoção; direitos trabalhistas e direitos previdenciários.

Apesar dos progressos nessa área, ainda há muito para fazer, e os serviços de assistência

jurídica existentes – em especial os destinados a pessoas carentes – são, ainda, insuficientes.

As escolas de Direito, por sua vez, não estão preparando adequadamente os futuros advogados para a correta intervenção nessas questões.

Também nessa área, a atuação das Organizações Não-Governamentais tem sido decisiva, suprimindo as carências e ausências da atuação do setor público.

### **3.10 Vigilância epidemiológica**

As ações de vigilância epidemiológica são essenciais para a configuração e o monitoramento do quadro epidemiológico e suas tendências e para a avaliação de impacto das ações de controle.

O sistema baseado na notificação de casos e óbitos de Aids – que utiliza um programa de computador em rede nacional, mantida em parceria com as secretarias de estado de saúde – permite a produção trimestral de um Boletim Epidemiológico da Aids que constitui uma das mais úteis bases de dados para gestores, acadêmicos, políticos e legisladores, sobre a epidemia.

Ele se complementa por uma Rede Sentinela Nacional para Vigilância do HIV, visando ao acompanhamento da tendência da prevalência instantânea da infecção em grupos com diferentes riscos.

As DST, por outro lado, têm sua vigilância epidemiológica baseada na estratégia denominada 'Vigilância Aprimorada', que monitora a incidência e a prevalência de algumas DST em populações atendidas em serviços selecionados.

### 3.11 Treinamento

Uma das primeiras respostas do Poder Público, quando o impacto inicial da epidemia de Aids foi sentido, no Brasil, em meados dos anos 80, consistiu na criação de centros de referência para internação dos ainda relativamente poucos pacientes, permitindo, assim, que atuassem como focos de obtenção e disseminação de conhecimentos sobre a nova doença e locais de capacitação de pessoal.

No início da década de 90, a concepção de centros de referência nacional foi abandonada. Por outro lado, pressionados por uma demanda crescente por assistência e, em decorrência, por capacitação de pessoal, as coordenações estaduais de programas foram criando centros de referência em seus âmbitos de atuação. Esses centros de referência estaduais – na maior parte, hospitais públicos especializados em doenças infecciosas – passaram a internar os casos provenientes de suas respectivas regiões e a assumir as funções que antes tinham os centros nacionais, principalmente o treinamento de pessoal.

A segunda metade dos anos 80 viu nascer, também, um número crescente de Organizações Não-Governamentais que passaram a atuar, em relação à epidemia, em forma complementar e – com freqüência – em substituição à ação governamental. Essas organizações atuaram, desde essa época, como importantes promotores de treinamentos, apoiando-se mutuamente, oferecendo capacitação para atuação preventiva e assistencial em empresas e, mesmo, para organismos governamentais.

A partir de 1992, toda a política de treinamento foi reavaliada e reformulada. A política de centros de referência foi retomada, e um volume importante de recursos foi transferido para uma rede de seis centros de referência nacional em Aids, nove centros de referência nacional em DST e oito laboratórios de referência macrorregional. Paralelamente, o Ministério da Saúde passou a apoiar mais decisivamente as ações de treinamento dos programas estaduais e municipais pela transferência de recursos financeiros para custear essas ações e pela preparação dos profissionais de que necessitavam aqueles programas e para atuarem como multiplicadores em suas ações de treinamento, em especial para os centros de referência estaduais. O Ministério também editou material instrucional e manuais técnicos.

Essa estratégia resultou na realização de um número significativo de ações de treinamento no período de 1992 a 1994, mas que, ainda assim, atingiu apenas pouco mais de 40% das metas programadas para o período.

Essa política e suas estratégias – consideradas insuficientes frente às novas demandas por treinamento que decorriam da evolução da epidemia – foi abandonada, passando a se adotar uma política de substituição à de formação de multiplicadores, considerando que a demanda crescente por capacitação não encontrava mais resposta na atuação dos poucos centros de referência. Além disso, os custos das atividades de treinamento são considerados muito elevados.

Nessa nova ótica, passaram a ser testadas outras modalidades de treinamento, e a ser





buscada a participação das universidades. Núcleos acadêmicos foram identificados para o estabelecimento de parcerias e a celebração de convênios, acreditando-se que a participação das universidades iria permitir que as crescentes e diversificadas necessidades de capacitação fossem melhor supridas. Esperava-se, ainda, que essa abordagem estimulasse a universidade a participar cada vez mais da realidade de saúde do País e a revisar e melhorar os conteúdos e práticas de ensino sobre DST e Aids nos seus cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde.

O Projeto UniversidAids firmou, entre 1995 e 1997, termos de cooperação com 35 universidades para a execução de 55 projetos de treinamento, e ofereceu, entre 1995 e 1998, mais de duas mil vagas para treinamentos em assistência, prevenção e vigilância epidemiológica das DST e da Aids, destinados a todas as categorias profissionais que atuam na área de saúde.



#### 4. A RESPOSTA SOCIAL À EPIDEMIA

“Ao longo do tempo, uma complexa resposta local e comunitária à epidemia foi-se organizando, além de uma significativa interação entre iniciativas locais e nacionais, e respostas internacionais e intergovernamentais à epidemia.”<sup>(11)</sup>

Essa ‘resposta complexa’ que emergiu de diversos e diferentes setores da sociedade brasileira durante a década de 80 pode ser explicada por dois fatores: por um lado a reconhecida importância da epidemia, sua expansão rápida, seu padrão epidemiológico; por outro o fato de que ela aconteceu – pela primeira vez na história – frente às câmaras.

A resposta social, no caso brasileiro, se fez pela mobilização de diferentes setores de nossa sociedade – organizações comunitárias, diferentes grupos religiosos, organizações filantrópicas, empresas e o próprio Estado – em ações políticas e sociais, ressaltando-se a pres-



tação e organização de serviços e a atuação política.

A partir de 1983, foram constituídas e passaram a atuar várias organizações comunitárias e não-governamentais para, em conjunto, supletiva ou complementarmente à ação do Poder Público, responder à epidemia e às novas demandas que ela colocava de formulação e revisão de políticas, de organização de serviços para atender o crescente número de pessoas afetadas, de garantia de seus direitos de cidadãos.

Segundo Wilza Villela,<sup>(12)</sup> a Aids surgiu num momento em que o Estado não é mais capaz de absorver o conjunto de demandas da sociedade e as ditas 'minorias' adquirem vozes cada vez mais audíveis. Essa pode ser uma explicação pela qual – para fazer frente a novas demandas emergentes – Estado e sociedade tenham de inaugurar um novo modelo de articulação, em área de saúde.

Nesse modelo, organizações comunitárias e estatais cooperam e somam esforços com vista ao atingimento de objetivos comuns – em especial de produção de determinados serviços e tecnologias –, organizações não-governamentais são grandemente financiadas com recursos públicos, e, nessa relação, interagem – não sem tensões, em que momentos de convergência se alternam com profundos dissensos e antagonismos<sup>(13)</sup> –, com o objetivo de influir na formulação de políticas e na própria relação.

Hoje, a resposta não-governamental à Aids é um movimento social organizado capaz de estabelecer relações de parceria e aliança política com o Governo, além de atuar eficientemente na representação e defesa dos interesses das pessoas afetadas e na prestação de serviços e consultoria.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids*. (Tabela II) a. 1, n. 1, p. 21, Dez.-98/Fev.-99, 1999.
- (2) Ministério da Saúde. *DST/Aids*, n. 8, 4 de outubro de 1999.
- (3) Gomes, M.R.O. "Mortalidade por Aids no Brasil – Atualização até 1997". In: Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids*. a. 1, n. 1, p. 3, Dez.-98/Fev.-99, 1999.
- (4) Ministério da Saúde. "A feminização dos casos de Aids no Brasil". In: *Boletim Epidemiológico Aids*. a. 11, n. 3, p. 5, Jun./Ago., 1998.
- (5) Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids no Brasil. Um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília, 1998.
- (6) Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids*. (Tabela VIII) a. 11, n. 3, p. 30, Jun./Ago., 1998.
- (7) Ministério da Saúde. *Aids no Brasil. Um esforço conjunto do Governo e da Sociedade*. Brasília, 1998.
- (8) Ministério da Saúde. *Aids II: desafios e propostas. Documento preliminar para discussão*. 2ª versão. Brasília, março de 1998.
- (9) Terto Jr., V. "A Aids e o local de trabalho no Brasil". In: Parker, R. (org) *Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores/Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 1997.
- (10) Ministério da Saúde (1988) op. cit.
- (11) Parker, R. et al. "Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso de Aids". In: Parker, R. et al. (org) *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas Frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora 34 e ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), 1999.
- (12) Villela. W. *Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil*. In: Parker (1999) op. cit.
- (13) Villela (1999) op. cit.

