



**Fundação Getúlio Vargas – EAESP
GVpesquisa – PIBIC**

Relatório Final

Luiz Augusto Fantini Junior

Orientador da pesquisa	Professora Ana Maria Malik
Título da Pesquisa	A questão do HIV/AIDS no município de São Paulo

31 de julho de 2016

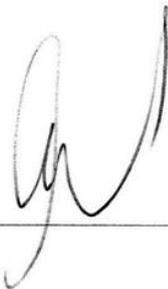
Município de São Paulo, Brasil

Gestão da Saúde Pública

A questão do HIV no município de São Paulo

Relatório parcial apresentado à banca examinadora de pesquisa à bolsistas Iniciação Científica – modalidade PIBIC – referente à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a realização de Iniciação Científica na modalidade – PIBIC.

Campo de conhecimento: Administração Pública



Orientador

Professora Ana Maria Malik

31 de julho de 2016

Município de São Paulo, Brasil

A questão do HIV no município de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Problemática e objetivo.....	5
2.1 Pergunta de pesquisa.....	5
2.2 Detalhamento do objetivo.....	5
3. Metodologia.....	5
4. Embasamento técnico.....	7
4.1 A definição e as formas de transmissão da AIDS.....	7
4.2 Os tratamentos da AIDS.....	8
4.3 As políticas públicas de AIDS no Município de São Paulo.....	10
5. Situação do HIV/AIDS no século XXI.....	13
3.1 Situação mundial.....	13
3.2 Situação brasileira.....	14
3.3 Situação paulista.....	16
6. Entrevistas, resultados e análise.....	19
7. Resultados.....	27
7.1 Detalhamento da estrutura existente no Município de São Paulo para atendimento da problemática.....	27
7.2 Processos de gestão: itens de despesa, necessidade de implementação e seus objetivos.....	28
8. Conclusão, aprendizado e considerações.....	30
9. Referências bibliográficas.....	33

1. Introdução

O conceito de Saúde Pública, na concepção mais tradicional e literal da palavra, trata da aplicação de fundamentos e conceitos – médicos ou não – com o objetivo principal de realizar serviços gerais como um todo, além de atuar nos processos condicionantes relacionados aos parâmetros de saúde-doença. Por outro lado, como destaca George Rosen (ROSEN, George. *Uma história da Saúde Pública*. Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994) a aplicação efetiva e a eficácia de seus resultados dependem de elementos econômicos e sociais, abrangendo, portanto, o coletivo, a população propriamente dita.

*"A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde."*¹

O uso contínuo da definição de saúde pública por Edward Amory, descrita acima, é reforçada pela ampla difusão da definição de saúde divulgada pela Organização Mundial de Saúde: persistente busca do completo bem-estar físico, psíquico e social, seja no viés da saúde propriamente dita como também da medicina preventiva e comunitária – assegurando que uma determinada doença não acometa qualquer cidadão. A saúde como um todo acaba se tornando um objeto além de apenas contatos assistenciais; inicia-se a partir da identificação da necessidade, posterior instauração e distribuição da verba aos órgãos competentes, passa pela instauração e financiamento de projetos de assistência e capacitação, implementação de políticas públicas e se torna essencial a partir do momento em que se torna parte positiva de todo um processo social e, neste caso, municipal.

Segundo Jairnilson S.Paim, Professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA - Universidade Federal da Bahia – *“A Saúde Coletiva, latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia. Envolve um conjunto de práticas*

¹ Charles-Edward Amory (1877–1957),

*técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde."*²

Neste contexto, de medicina comunitária, preventiva, familiar e social, ocorre uma série de processos, gerenciados em âmbito municipal. Entre eles, foi feita – em função de suas características sociais e econômicas, além daquelas referentes diretamente à saúde – a opção por estudar a realidade do HIV/AIDS e de seus processos de gestão no município de São Paulo especificamente, analisando principalmente sua relação a partir do montante repassado pelo ente federativo ao município.

2. Problemática e objetivo

2.1 Pergunta de pesquisa

Qual o impacto dos recursos financeiros repassados ao município de São Paulo pela federação destinados à AIDS?

2.2 Detalhamento do objeto

Pretende-se com o desenvolvimento dessa pesquisa adentrar na realidade municipal de São Paulo, conhecendo, analisando e interpretando os processos de gestão bem como a realidade do HIV e das políticas públicas na sua atuação. A partir de tal realidade, os objetivos específicos se enquadram na análise do impacto gerado a partir do orçamento inicial repassado ao programa de AIDS do município de São Paulo, aprofundando na gestão financeira municipal; na identificação e capacitação dos profissionais da área e na pesquisa e análise crítica das políticas públicas de atuação, tanto no que se refere ao combate à doença bem como à assistência aos acometidos pela mesma. Por fim, tem-se como objetivo final – proporcionado a partir dos outros – o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a estrutura municipal voltada para a questão da saúde no que corresponde ao programa de DST/AIDS do município de São Paulo.

3. Metodologia

Esta pesquisa pretende uma abordagem qualitativa sobre o tema do HIV/AIDS e sobre os esforços da gestão municipal nessa área específica. Além disso, busca a formulação de

² PAIM, Jairnilsom Silva. *Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. Ba, UDUFBA, 2005*

políticas públicas sobre o assunto, buscando pontos fortes e pontos fracos dos mecanismos de gestão da realidade municipal no que se refere ao tema do HIV/AIDS.

Para isso, a pesquisa foi dividida em duas partes. A primeira delas foi a imersão no tema, visando o levantamento dos projetos em andamento no município de São Paulo por meio da coleta de dados em órgãos públicos de saúde – com foco na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, além de pesquisas qualitativas na *internet* e a procura de documentos específicos na Secretaria citada. Em adição, entrevistas com acadêmicos, equipes de nível central e especialistas da área se tornam fundamentais: a primeira – englobando também o embasamento teórico – e a segunda para relacionar com a parte prática das políticas públicas, fundamentadas pelos oito passos de Eugene Bardach³. Em seguida, seguindo uma linha mais exploratória, busca-se detalhar pontos positivos e negativos – como por exemplo a capacitação de profissionais, a arrecadação e o gerenciamento do orçamento e os processos de gestão do município sobre o assunto, estes focos do capítulo dois.

Após estruturar estas informações, teve início o processo de formação da visão crítica a respeito da questão do HIV no município de São Paulo. A partir da consolidação dessas informações, foi realizada uma imersão no universo público de saúde da cidade, primordial para posterior análise e avaliação do caso, que consiste em sistematizar e analisar os dados.

Também foram realizadas entrevistas, presenciais ou à distância, com pelo menos um gestor público que atuasse especificamente na área do HIV/AIDS no município de São Paulo e também com um pesquisador e professor acadêmico buscando sustentar o debate apresentado pela pergunta de pesquisa. Considerou-se essencial o contato com estudiosos da medicina e da administração pública que possibilitaria um compilado de opiniões, críticas e visões sobre a questão do HIV no Brasil bem como o objeto principal, o município de São Paulo.

As entrevistas foram realizadas com o gestor Rubens Oliveira Duda – atuante no movimento de luta contra a AIDS desde 1989, fundador da Casa de Apoio Lar Betânia para pessoas vivendo com HIV/AIDS, Fundador e Presidente do Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo, integrante da equipe que produziu o Boletim de Vacinas no

³ “*A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving.*”

Grupo de Incentivo a Vida, consultor das agências ONU/UNESCO no Ministério da Saúde de Brasília dentro do Programa Nacional de DST/AIDS e, atualmente, coordenador do Programa Municipal de DST/AIDS da cidade de São Paulo; a gestora Ana Lúcia Spiassi – coordenadora da área de prevenção dentro do Programa Municipal de DST/AIDS da cidade de São Paulo; a Dra. Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro – diretora técnica do CRT (Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS) de São Paulo, além de médica por formação e coordenadora do Programa Estadual de HIV/AIDS de São Paulo; Dr. Reinaldo Hamamoto – *Case Staff Coordinator* do programa de combate à AIDS em Vancouver no Canadá; uma ONG renomada no ramo, atuante em grande parte no eixo centro-sul brasileiro, mais especificamente São Paulo e Rio de Janeiro, denominada *Pela Vidda* – representada por Eduardo Luiz Barbosa, gestor da instituição em São Paulo e George Gouveia, psicanalista e presidente da instituição no Rio de Janeiro – e com Marco Antônio Carvalho Teixeira – doutor em ciências sociais e políticas, graduado pela PUC-SP onde também obteve os títulos de mestre (1999) e doutor (2004), também em Ciências Sociais, na área de concentração em Ciência Política; é professor do Departamento de Gestão Pública (GEP) da Escola de Administração de Empresas da FGV-SP e esteve envolvido em pesquisas acerca do papel de instituições como o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU), atuando na promoção da accountability horizontal no âmbito das instituições de controle da administração pública brasileira, o qual as atividades de pesquisa foram vinculadas ao Departamento de Gestão Pública da Fundação Getulio Vargas (GEP). As repostas do professor Marco Antônio à entrevista são fundamentais uma vez que fomentam a articulação, como já mencionado, entre os aspectos teóricos e práticos da promoção, controle e gestão de políticas públicas específicas no município em questão.

4. Embasamento técnico

4.1. A definição e as formas de transmissão da AIDS

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), que atinge as células responsáveis pela defesa do organismo, deixando a pessoa mais vulnerável a doenças oportunistas. A AIDS ainda não possui cura mas tem tratamentos; em alguns casos, o portador pode ter o vírus HIV e não apresentar os sintomas iniciais, uma vez que a AIDS pode demorar para se manifestar, sendo necessários exames de rotina que devem ser

gratuitamente fornecidos pelo governo (segundo a política brasileira). A transmissão do vírus HIV pode ser feita por diversas formas, possibilitando aumento da contaminação. Entre essas estão as denominadas transmissões horizontais e verticais.

As transmissões horizontais se dão pelo contato direto, ou seja, sem a participação de um terceiro. Dentro dessas condições, destacam-se: relação sexual desprotegida, compartilhamento de seringas ou agulhas contaminadas, instrumentos cortantes não esterilizados, contato direto com sangue contaminado além de secreção vaginal ou esperma com o vírus HIV presente.

As transmissões verticais são as infecções pelo vírus HIV passadas por contágio envolvendo terceiros (como por exemplo em uma transfusão de sangue devida ao sistema de saúde responsável). Além disso, a forma mais usual de contágio é a de mãe para filho durante o período da gestação, no parto ou pelo aleitamento materno. A partir do levantamento de dados realizado pela Doutora Beatriz Helena de Carvalho Tess⁴, no ano de 1998, em um contingente de 553 crianças nascidas de mulheres portadoras do vírus HIV e que infectaram o filho no momento do parto ou no período gestacional, foi possível inferir que na cidade de São Paulo o risco de transmissão vertical diminuiu consideravelmente quando se evita o procedimento médico denominado amniocentese (a aspiração transabdominal de pequena quantidade de fluido amniótico da bolsa que envolve o feto) além da amamentação por parte da mãe infectada. Além disso, Tess atesta como positivo o uso do método Rhesus para identificação do tipo de sangue (onde se inclui o fator RH), o que possibilita identificar a suscetibilidade genética da infecção pelo vírus durante o processo gestacional da criança.

4.2. Os tratamentos da AIDS

A AIDS surgiu no Brasil no início da década de 1980, já como uma doença de difícil tratamento. Embora seus primeiros sintomas pudessem ser considerados relativamente simples, à medida que a contaminação progredia, eles se tornavam mais agressivos e complicados de lidar. Por fim, o doente adquiria infecções oportunistas de uma só vez, não conseguia reagir – por conta da baixa imunidade do organismo – e acabava morrendo depois de determinado período. Em torno dos anos de 1995 e 1996, a AIDS modificou-se, a partir do aperfeiçoamento de medicamentos para seu tratamento. Atualmente, não é

⁴ “*Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil.*”

usual ver pacientes soropositivos com características clínicas notórias da doença devido à eficácia do tratamento.

“Pode-se dizer até que, graças à medicação existente, ela se transformou numa doença de certa forma crônica e controlável, o que lhes permite levar vida normal. Os novos medicamentos visam à destruição do vírus HIV, um organismo minúsculo revestido por uma carapaça externa na qual se localizam proteínas que o ajudam a ligar-se à célula que vai infectar. Numa única célula cabem milhões de partículas virais.”⁵

Os medicamentos atuais para o tratamento de soropositivos são fornecidos sob forma de um coquetel (chamado de AZT) composto por 19 remédios que se completam para evitar o enfraquecimento do sistema imunológico, causado pela atuação do HIV. O uso dos medicamentos tem por finalidade diminuir o aparecimento de infecções por doenças oportunistas, que se aproveitam da situação do paciente para entrar no organismo. Apesar de aumentarem a expectativa de vida dos soropositivos, os antirretrovirais causam efeitos colaterais como diarreia e vômitos. Ao longo do tratamento, é comum que problemas desapareçam ou diminuam após o primeiro mês de uso.

Desenvolveram-se neste contexto marcos considerados de fundamental importância no que tange às políticas públicas de tratamento e enfrentamento da AIDS. Há, entre outras medidas, a notificação obrigatória dos casos (instituída em 1986), a distribuição gratuita do coquetel (AZT) garantida por lei em 1991, a articulação e posterior publicação da lei número 9313/96, em 1996 (que garante a distribuição gratuita da TARV – primeira linha de tratamento a terapia inicial, que deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais), a distribuição também gratuita dos antirretrovirais denominados ARV – fundamentais para o tratamento – iniciada em 1997, a produção nacional do ARV anunciada em 2001, a disponibilização de medidas profiláticas tanto para a prevenção quanto para a transmissão vertical do vírus HIV – instituída por meio da portaria 2104 em 2002. Tais medidas foram tomadas a partir de políticas de vigilância com a realização de estudos pontuais em grupos populacionais específicos, com finalidade de obter dados e o panorama da realidade sobre o tema, com as experiências houve a possibilidade de formulações pioneiras e específicas serem introduzidas – como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas de caráter injetável – apresentando a troca de seringas

⁵ VARELLA, Dráuzio. *Sexualidade e AIDS*, 2014.

como ação de maior impacto, a oferta gratuita de preservativos masculinos além de suporte de diagnóstico e psicológico, posteriormente, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O tratamento da AIDS no período de gravidez é mais específico, uma vez que podem ocorrer efeitos colaterais graves como a malformação do feto. O coquetel é iniciado na gestante no segundo mês de gravidez e continua após o parto. Uma de suas particularidades é que o parto deve ser cesariana, ou seja, agendado, para que o AZT possa correr na veia da paciente durante pelo menos quatro horas antes do nascimento do bebê, diminuindo a probabilidade da transmissão vertical do HIV para o feto. Depois do nascimento do bebê, o mesmo deve tomar o coquetel durante as primeiras 6 semanas de vida e a amamentação pela mãe soropositiva é altamente contraindicada.

4.3 As políticas públicas para AIDS no município de São Paulo

Por definição, políticas públicas consistem na soma de atividades específicas dos governos, estes que atuam diretamente ou através da delegação de demandas influenciando sobremaneira na vida dos cidadãos⁶. Tal fato desencadeia conjuntos de programas e ações governamentais com a participação de entes públicos ou privados, desenvolvidas com o intuito de assegurar os direitos do cidadão, nos âmbitos social, cultural, étnico e/ou econômico. Em adição, pode-se considerar como teoria de políticas públicas, ainda, o que o governo escolhe ou não fazer ou desenvolver⁷. Neste contexto, o tratamento da AIDS é uma das grandes pautas na formulação da agenda de políticas públicas do município de São Paulo; entre elas, além da questão da saúde física dos pacientes, estão os tratamentos psicológicos e os programas de reinserção social, como o combate ao preconceito e à discriminação.

Abordar políticas públicas específicas de prevenção da AIDS atrela impreterivelmente uma leitura ampla de vários fatores socioeconômicos, além de políticos e culturais, que se fazem presentes e são responsáveis por delimitar ações governamentais. Isto advém, principalmente, da implementação da política pública, que demanda responsabilidade sanitária, recursos financeiros próprios destinados a esse fim, capacitação de técnicos no assunto, organização do sistema de saúde – no caso, o Sistema Único de Saúde (SUS) –

⁶ PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham, EUA: Chatham House, 1996.

⁷ DYE, T.R. *Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

entre outras questões relevantes que denotam a complexidade que a temática da AIDS, bem como as demais políticas de saúde requerem

A análise de políticas públicas possibilita a compreensão no qual a mesma é proposta, no caso, de auxílio e assistência à população em geral, compreendendo o seu processo de formulação, seus objetivos e metas. Há também a possibilidade de visualizar a crítica acerca dos interesses e também dos chamados jogos de interesse econômico e político que a liderança de planejamento governamental adiciona, dando outro embasamento e continuidade para a política pública. A partir dessa proposição teórica, se desenha a concepção da implementação da política, permitindo a explicitação de determinantes despercebidos durante todo o processo e também a identificação de algumas dificuldades, o que contribui de maneira eficaz para a o desenho, formulação e posterior implementação de novas intervenções.

Em contraponto à política pública de distribuição de preservativos, Juliana Sampaio e José Luís Araújo Junior argumentam que não é possível pensar no incentivo da mesma como forma de estratégia para a prevenção da doença sem considerar aspectos políticos e econômicos que interferem na quantidade de preservativos disponibilizados na rede, uma vez que a compra desse insumo básico implica em significativo investimento financeiro e consequentes debates e comprometimentos políticos – de variadas instâncias. A disponibilização, segundo Sampaio e Araújo Jr, de um estudo quantitativo que exprima de maneira eficiente toda a demanda populacional, inclusive de grupos específicos – como profissionais do sexo – fundamenta a inviabilidade de acesso de populações de baixa renda ao recurso, uma vez que apresentam restrição orçamentária considerável e priorizam a compra de alimentos e medicamentos, por exemplo. Contudo, considerar fatores de ordem cultural da população que interferem na distribuição dos preservativos e que muitas vezes impedem a prática sexual preventiva, mesmo tendo acesso ao insumo referido.

O posicionamento dos profissionais que atuam na linha de frente da problemática – junto aos cidadãos que utilizam a camisinha– se torna relevante e fundamental para todo o processo da política pública, uma vez que estes são responsáveis pelo desenrolar de forma satisfatória do desenho inicial da política. Sabe-se que as DST e a AIDS são culturalmente perpetuadas e identificadas à promiscuidade ou a atividades sexuais promíscuas ou a populações marginalizadas; nesse contexto, o uso do preservativo se orienta a populações estigmatizadas socialmente, não sendo de amplo uso. Também existe a possibilidade da

distribuição desse insumo ser atrelada à participação em palestras sobre sexualidade – o que muitas vezes reforça e perpetua esse estereótipo social.

No que se refere à estratégia de governo a partir do incentivo da busca do teste pela população, este implica na estruturação de uma rede que possa garantir efetivamente o acesso dos cidadãos à testagem, uma vez que o direito do sujeito desejar ou não se submeter ao teste, trabalhos de aconselhamento pré-teste e pós-teste, sistema de referência e contra referência, além do sigilo do resultado foram incorporados na agenda dos profissionais assistenciais nos locais de realização dessas atividades. Sem essas garantias, o teste ofertado não apenas poderia tornar-se, a médio e longo prazo, sem efeito, como suas repercussões poderiam desintegrar o sujeito no seu próprio meio social.

Considerar o sujeito ao qual se destina essa política como um mero receptor da mesma atribui a ela um caráter pouco democrático e muitas vezes ineficiente, segundo Sampaio. Apenas dialogando com os sujeitos e compreendendo suas necessidades além de possibilidades e vulnerabilidades, se torna a melhor estratégia para construir um plano sustentável de intervenção com maior grau de efetividade, pois esta tenderá a ser coletivamente protegida e conseqüentemente disposta a pactuar e apresentando maiores possibilidades gerais de estruturação.

Tendo em vista a discussão em torno da abrangência das políticas públicas e seu caráter diferenciado quando incorporado ao tema do HIV/AIDS, segundo dados disponíveis na Prefeitura de São Paulo referendados nos boletins epidemiológicos para o exercício de 2014, existiam metas para o ano de 2015 em suprir todas as necessidades apresentadas pelos pacientes. Buscava-se ainda ampliar o alcance das medidas de tratamento e prevenção e atingir todas as Unidades que compõem o Sistema Único de Saúde do município. Entre as medidas propostas estão a inovação tecnológica, a ampliação do olhar para outras populações (imigrantes, população indígena, entre outras), maior atenção para as populações mais vulneráveis (em especial, os profissionais do sexo e os homossexuais), ampliação na distribuição de preservativos, testes rápidos do diagnóstico em 100% das maternidades além de informações em escolas. A assistência às pessoas vivendo com HIV está entre as principais preocupações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pensando em diminuir a transmissão vertical com a iniciativa de capacitar o acompanhamento de pré-natais. As políticas públicas de tratamento da AIDS já instituídas no município de São Paulo necessitam de reformas para a melhor efetividade, podendo trazer um impacto significativo para a população.

5. Situação do HIV/AIDS no século XXI

5.1 Situação mundial

Desde a descoberta do vírus e da doença, em meados dos anos 1980, a epidemia já foi responsável por infectar mais de 60 milhões de pessoas além de gerar quase 30 milhões de óbitos relacionados à doença pelo mundo. Mesmo com uma redução na casa dos 20% referente a novas infecções dentro de um período de 10 anos em determinadas regiões do globo – como a África Subsaariana – estima-se que existam cerca de 22 milhões de cidadãos infectados pelo vírus do HIV, montante este que representa, sozinho, 5% do total de habitantes sul-africanos.

De acordo com o relatório anual das Nações Unidas (UNAIDS, ONU), o número de novos casos da doença caiu em todo o mundo nos últimos doze anos em cerca de 38%: no ano de 2013 2,1 milhões de indivíduos foram infectados, contra cerca de 3,4 milhões no ano de 2001. Ainda na questão da queda global no número de infecções pelo vírus, notou-se uma redução mais acentuada no que diz respeito a transmissão às crianças, de 58%. Houve também uma diminuição no que diz respeito ao número de mortes associadas ao HIV, – 37% do ano de 2005 até os dias atuais (exercício de 2014) estimando que 1,5 milhão de pessoas tenham morrido no mundo dado a complicações da doença, quando em 2005 o número era na casa dos 2,4 milhões.

Imagem 01: o número de casos da AIDS no mundo



Fonte: Relatório Global da AIDS, UNAIDS; exercício de 2010.

Na imagem acima pode-se analisar a porcentagem de cidadãos acometidos pela doença em relação à população total de cada país. Como se vê, em países como Brasil e Estados Unidos da América a porcentagem é de cerca de 0,5%; na África Subsaariana, a porcentagem sobe para 5% da população total do país.

Entretanto, "*Há esperança de que controlar a AIDS é possível*", diz o comunicado divulgado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, denominado UNAIDS, do ano de 2010. "*A epidemia pode ter fim em todas as regiões, em todos os países, em todos os locais, em todas as populações e em todas as comunidades*", diz Michel Sidibé, diretor do programa. Para a UNAIDS, o fim da epidemia até 2030 representaria o controle da difusão do HIV e do impacto do vírus nas sociedades.

5.2 Situação brasileira

De acordo com o Doutor Dráuzio Varella (VARELLA, Dráuzio. Sexualidade e Aids, 2014) o Brasil pode ser enquadrado como um exemplo mundial no que diz respeito ao combate da AIDS devido à situação atual do país – as previsões nada otimistas feitas na década de 1990 não vieram a se concretizar. O Ministério da Saúde afirmou, no ano de 2011, que, em 1992, haveria cerca de 1,2 milhão de soropositivos; a realidade atual, em relação à análise de dados recentes da época, é a metade dessa perspectiva: 600 mil infectados no Brasil. Tal feito se deve especialmente à quebra de patentes de medicamentos, à política de fabricação de genéricos bem como ao tratamento gratuito com o uso de antirretrovirais.

Um fenômeno muito frequente é a disseminação da doença, saindo dos centros urbanos em direção aos municípios pequenos e médios – levando, portanto, a uma interiorização da doença. Nesse contexto, atrelado à problemática da mortalidade decorrente da doença, a médica infectologista e pesquisadora do laboratório de pesquisas clínicas da Fiocruz, doutora Brenda Hoagland, menciona um dos principais problemas no que se refere ao país.

*“O que acontece no Brasil é que o diagnóstico é tardio, ainda mais atrelado ao fenômeno da interiorização. Se o diagnóstico é tardio, aumenta risco de transmissão do vírus e também as chances de óbitos.”*⁸

⁸ HOAGLAND, Brenda. BBC. Julho, 2014

Atualmente, graças aos tratamentos com antirretrovirais e coquetéis (que consistem na mistura de diversos medicamentos antirretrovirais), aos medicamentos genéricos, ao atendimento gratuito além da quebra de patentes de remédios específicos, o número de pessoas portadoras de AIDS e que continuam vivendo com a doença aumentou significativamente. Houve uma procura maior da população no que se refere a exames para detectar a presença ou não do vírus no sistema. Em nota, o Ministério da Saúde informou que a cobertura da realização dos exames passou de 28% da população sexualmente ativa (15 a 64 anos), em 2005, para 37%, em 2013⁹.

No ano de 2015 já eram 313 mil pessoas beneficiárias dos antirretrovirais fornecidos pelo Sistema Único de Saúde. O custo da ampliação do programa de tratamento da AIDS no Brasil não pode ser estimado por conta de seu alto custo, entretanto são destinados atualmente R\$ 770 milhões de reais para medicamentos contra a AIDS, elevando o total do orçamento da luta contra a doença para R\$ 1,2 bilhão de reais.¹⁰

De acordo com o site ORBIS (indicador de qualidade) a AIDS teve um aumento considerado progressivo no Brasil desde a década de 1980 até o ano de 2002; depois apresentou uma redução considerável até 2007 – voltando a crescer nos últimos anos. No ano de 2009 houve um aumento de 2,9% em relação ao ano anterior; em 2011 ocorreu uma redução no número de casos quando comparado com os dados de 2009 e 2010; em 2012 e 2013 os casos da doença também diminuíram, padrão mantido também no ano de 2014.¹¹ A taxa de incidência¹² da doença na região Sudeste caiu da casa de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes nos últimos dez anos embora tivesse havido um crescimento nas demais regiões do país – de 27,1 para 30,9 na região Sul; de 9,1 para 20,8 na região Norte; de 14,3 para 17,5 na região Centro-Oeste e de 7,5 para 13,9 na região Nordeste.¹³

De acordo com o último relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas, do exercício de 2015, há a constatação de que novos casos de infecção pelo HIV e de mortes associadas à doença cresceram consideravelmente no Brasil nos últimos 8 anos. Por conta disso, a tendência nacional é contrária à evidenciada no mundo, onde a epidemia está em queda na grande maioria dos países. Assim como os especialistas da UNAIDS, o relatório

⁹ Dados retirados do site www.aids.gov.br

¹⁰ Dados retirados do site www.contasabertas.com.br

¹¹ Dados retirados do site www.orbis.gov.br

¹² A taxa de incidência expressa o número de casos novos de uma determinada doença durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença. O cálculo da incidência é a forma mais comum de medir e comparar a frequência das doenças em populações.

¹³ Informações e dados retirados do site www.aids.gov.br

faz menção à possibilidade de a doença estar controlada até o ano de 2030.

De acordo com o *The Gap Report*, realizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, o número de novos casos por infecção do vírus em questão cresceu cerca de 11% no Brasil entre os anos de 2005 e 2013, quando por volta de 42 mil pessoas contraíram o vírus no país. No que se refere às mortes provocadas pela doença, ocorreu um aumento na casa dos 7%, chegando a 15 mil óbitos somente no ano de 2013. Estima-se que atualmente 752 mil pessoas vivam com o vírus HIV no Brasil, número este que representa quase metade do total de casos em toda a América Latina e cerca de 2% dos infectados no mundo todo.

5.3 Situação paulistana

São Paulo é o município brasileiro com mais casos de AIDS em todo o Brasil. A capital paulista teve o primeiro caso da doença notificado em todo o país e conseguiu concretizar o primeiro programa governamental de combate à epidemia – além da primeira organização sem fins lucrativos para oferecer suporte às pessoas infectadas, denominado Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (Gapa – São Paulo) criado no dia 27 de abril de 1985, cinco anos depois do diagnóstico do primeiro caso de AIDS no Brasil. Além do auxílio aos infectados, o GAPA fundou o primeiro departamento jurídico voltado aos portadores: redigiu o documento que mais tarde foi transformado na Lei 7.670 de 1989, possibilitando que soropositivos saquem o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o Pis/Pasep.

A partir da década de 1990, as políticas públicas referentes ao combate do vírus HIV se desenvolveram e ampliaram na capital: a problemática passou a ser compreendida com maior seriedade pelos dirigentes, criando como consequência, programas de combate e suporte aos pacientes nos anos que se seguiram. Nesse contexto, deu-se início à distribuição de itens essenciais para o combate da doença, como camisinhas masculinas e femininas, remédios genéricos e coquetéis, todos de entregues forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em adição, a legislação passou por um processo de atualização, que lhe permitiu proteger o cidadão portador do vírus e da doença: foi criada a lei 11.199/02 em âmbito estadual, proibindo a discriminação dos portadores. No que se refere ao município de São Paulo, o sistema de assistência ao infectado está diretamente relacionado ao Programa Municipal de DST e AIDS, coordenado por Rubens de Oliveira Duda desde a década de 1990. Porém, apesar dos avanços mencionados, a cidade ainda

tem muitos desafios: a ampliação do número de profissionais na área da saúde bem como sua preparação correta para atuar de maneira satisfatória, e também conter a disseminação da epidemia na população, com maior atenção à população tida como mais vulnerável – a dos homossexuais e dos que fazem uso de drogas.

A cidade de São Paulo possui cerca de 11,3 milhões de habitantes, entre os quais já foram registrados 60.659 casos de HIV e AIDS até junho do ano de 2013.¹⁴ Os novos casos de AIDS na cidade ainda crescem mais entre os homens do que entre as mulheres: no ano de 2011 para cada três casos novos constatados, apenas um ocorreu em mulheres. Esse aumento considerável pode ser relacionado com o crescimento da epidemia entre os homens que fazem sexo com homens (denominados de HSH).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, do ano de 2015, de AIDS, HIV e DST do município de São Paulo, constata-se que após 20 anos de combate à doença, a AIDS ainda representa um desafio tanto para a gestão como no que se refere ao seu término. Para a diminuição da AIDS na capital paulista, necessita-se da eficiência máxima das políticas públicas implantadas pelo governo, e dentre elas, a de conscientização da população. O processo de disseminação da doença está diretamente relacionado aos comportamentos e às práticas que envolvem maior exposição ao risco; entre essas populações estão, especificamente, os HSH. Segundo dados do Programa Estadual de DST e AIDS de São Paulo, os casos de HIV ocorrem 4,9% entre profissionais do sexo, 5,9% entre usuários de drogas e 10,5% entre os HSH; ou seja, de cada 100 homossexuais, dez são acometidos pelo HIV. Não se tem observado a diminuição do número de casos entre essa parcela específica da população, diferente do que ocorre entre as mulheres e as crianças que realizaram o tratamento pós-parto adequado, homens heterossexuais e usuários de drogas. Ao analisar o quadro de mortalidade brasileira em decorrência da doença, se torna perceptível um decréscimo de mortes no decorrer dos anos. Com base nos anos de 1996 a 2013, é possível verificar essa afirmação. Em 1996, foram registradas mais de 17 mil mortes em decorrência da doença; em 2013 foram pouco mais de 10 mil. A maioria dos casos que evoluem para o óbito é em homens – 7.912 mortes – enquanto nas mulheres a taxa de mortalidade dos casos é menor – 2.305 mortes.¹⁵

Políticas de redução na transmissão vertical da AIDS em São Paulo se mostraram

¹⁴ *Dados extraídos da Secretaria Municipal de Saúde*

¹⁵ *Dados e informações retirados do site www.bbc.com.br*

eficazes. No ano de 2001 havia uma média de 846 casos; em 2011 tais casos sofreram uma queda de menos de 1% indo para 745 casos. Ao fazer uma comparação linear regional sobre a mortalidade dos casos de AIDS, o Sudeste apresenta comportamento similar no decorrer dos anos, com uma taxa de detecção no ano de 2012 de 20,1 casos por cada 100 mil habitantes, onde a taxa nacional consiste em 20,2.

Na tabela de número 01, abaixo, encontra-se o número de casos notificados e declarados, segundo a União, por região e ano de diagnóstico abrangendo um período histórico entre os anos de 1980 – ano do advento da doença – até o ano de 2009, cedidos pelo departamento de DST da Federação. Desde o ano de 1980 a região Sudeste registrou uma média de 380 mil casos de AIDS, o que corresponde a 55% do total de casos do Brasil no mesmo período – 687 mil. As demais regiões do Brasil – com exceção do Centro-Oeste, que se encontra estável com o quadro da doença – apresentam tendência de aumento no número de mortes com o decorrer dos anos¹⁶.

Tabela 01: Casos de AIDS notificados, declarados e registrados segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico (1980-2009).

Tabela 1 - Casos de aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON⁽¹⁾, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2009⁽²⁾

UF de residência	1980-1996 ⁽³⁾	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Brasil	135413	27403	30312	27732	30266	31315	37452	37100	36392	35530	33881	33909	34480	13661	544866
Norte	1990	601	718	813	883	1181	1430	1481	1967	1911	2017	2358	2817	1222	21389
Roraima	256	73	89	73	130	136	190	196	185	195	260	275	258	105	2421
Acre	54	13	19	30	24	31	42	35	49	51	31	59	57	10	505
Amazonas	498	187	219	293	291	331	414	374	502	556	601	677	868	414	6225
Roraima	73	15	22	24	50	52	35	84	105	64	63	96	131	39	853
Pará	930	246	291	295	296	516	603	668	968	890	879	1065	1263	518	9428
Amapá	63	33	25	42	35	47	67	45	68	74	83	97	104	61	844
Toçantins	116	34	53	56	57	68	79	79	90	81	100	89	136	75	1113
Nordeste	10759	2425	2986	2956	3289	3591	4416	4662	4988	5357	5240	5758	6011	2268	64706
Maranhão	848	214	293	272	328	354	387	505	643	641	725	688	788	335	7021
Piauí	366	102	94	110	170	159	187	180	263	287	234	329	297	113	2891
Ceará	1797	371	644	570	558	601	650	796	853	748	774	944	945	405	10656
Rio Grande do Norte	550	137	180	133	165	166	155	207	138	284	262	298	274	125	3074
Pernambuco	753	149	194	245	238	229	258	273	291	296	281	322	369	130	4028
Pernambuco	2647	592	770	674	746	914	1204	1101	1166	1434	1342	1372	1319	375	15656
Alagoas	582	152	117	133	148	196	213	228	202	260	247	294	368	137	3277
Sergipe	457	100	104	114	116	92	111	154	150	169	188	220	264	75	2314
Bahia	2759	608	590	705	820	880	1251	1218	1282	1238	1187	1291	1387	573	15789
Sudeste	99118	18046	19309	17202	17822	17895	21048	20459	19581	18719	17095	15465	15401	5909	323069
Minas Gerais	8702	1814	1776	1805	1769	2070	2891	2822	2794	2769	2571	2589	2595	1024	37991
Espírito Santo	1204	351	397	419	468	529	641	628	663	616	591	550	616	267	7940
Rio de Janeiro	19794	4021	4162	3660	4126	4213	5333	4934	5373	5046	4795	4545	4169	1634	75805
São Paulo	69418	11860	12974	11318	11459	11083	12183	12075	10751	10288	9138	7781	8021	2984	201333
Sul	17039	4749	5868	5463	6672	6920	8321	8044	7470	7270	7386	8110	8068	3291	104671
Paraná	4555	1443	1547	1598	1827	1771	2120	2061	1883	1836	1664	1531	1808	725	26369
Santa Catarina	4593	1180	1497	1377	1631	1776	2084	1839	1941	1938	1893	1721	1791	796	26057
Rio Grande do Sul	7891	2126	2824	2488	3214	3373	4117	4144	3646	3496	3829	4858	4469	1770	52245
Centro-Oeste	6507	1582	1431	1298	1600	1728	2237	2454	2386	2273	2143	2218	2183	971	31011
Mato Grosso do Sul	1497	289	295	259	276	284	408	441	413	387	414	412	457	207	6039
Mato Grosso	1071	343	292	205	269	372	538	600	617	592	479	576	545	255	6754
Goiás	2208	578	507	490	654	742	805	807	873	829	839	808	715	316	11171
Distrito Federal	1731	372	337	344	401	330	486	606	483	465	411	422	466	193	7047

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 NOTAS: (1) SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL.
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008.
 (3) Para o período de 1980 a 1996, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área Técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.
 Dados preliminares para os últimos 5 anos.

¹⁶ Dados retirados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS publicado em dezembro de 2013

Tabela 02: Casos de AIDS em menores de cinco anos, notificados, declarados e registrados segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico (1996-2009).

Tabela IX - Casos de aids (número e taxa de incidência por 100.000 hab.) em menores de cinco anos, notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM⁽¹⁾, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1996-2009⁽²⁾

UF de residência	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total			
	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx	n ^o	tx																
Brasil	867	5,5	942	5,9	944	5,9	864	5,3	849	5,2	859	5,2	1014	6,0	842	4,9	659	3,8	670	3,8	555	3,1	479	2,9	481	3,0	169	1,0	10194			
Norte	13	0,9	13	0,9	21	1,4	20	1,3	31	1,9	27	1,6	45	2,6	48	2,7	46	2,6	43	2,3	57	3,0	51	3,0	73	4,5	17	505				
Rorôndia	1	0,7	1	0,7	2	1,3	1	0,6	2	1,3	2	1,3	3	1,9	5	3,1	3	1,8	4	2,3	3	1,7	8	4,9	4	2,7	2	41				
Acre	1	1,5	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	3	3,8	1	1,2	0	0,0	2	2,4	0	0,0	2	2,1	1	1,1	2	2,4	0	13				
Amaznas	2	0,6	1	0,3	6	1,7	6	1,7	12	3,1	5	1,3	16	3,9	13	3,1	16	3,8	11	2,5	17	3,7	17	4,4	26	7,2	2	150				
Roraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	4,5	3	4,5	0	0,0	4	8,2	0	0,0	1	1,9	2	3,6	1	1,8	1	1,8	0	15				
Piut	7	1,0	8	1,1	12	1,6	10	1,3	11	1,4	12	1,5	20	2,5	24	2,9	22	2,6	20	2,3	28	3,1	21	2,7	31	4,1	9	235				
Amap	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,6	2	3,0	1	1,4	2	2,7	0	0,0	0	0,0	3	3,6	1	1,1	2	2,3	4	4,9	1	18				
tocantins	2	1,6	2	1,5	0	0,0	1	0,7	2	1,5	1	0,7	3	2,1	2	1,4	3	2,1	4	2,6	4	2,6	1	0,7	5	3,9	3	33				
Nordeste	43	0,9	54	1,1	57	1,1	72	1,4	69	1,4	87	1,7	134	2,6	137	2,6	107	2,0	157	2,9	116	2,1	121	2,3	111	2,2	33	1298				
Maranhão	4	0,6	5	0,8	8	1,2	7	1,1	4	0,6	12	1,7	8	1,1	14	1,9	11	1,5	29	3,9	12	1,6	15	2,1	22	3,2	4	155				
Piut	1	0,3	3	1,0	1	0,3	2	0,7	4	1,3	1	0,3	3	1,0	6	1,9	5	1,6	4	1,2	3	0,9	4	1,3	2	0,9	4	1,3	2	44		
Cear	13	1,6	7	0,9	9	1,1	12	1,4	13	1,6	13	1,6	18	2,2	20	2,4	20	2,4	15	1,7	19	2,1	11	1,4	12	1,5	11	193				
Rio Grande do Norte	2	0,7	4	1,4	2	0,7	2	0,7	4	1,4	2	0,7	5	1,7	1	0,3	4	1,3	7	2,3	8	2,8	2	0,7	1	0,4	1	46				
Pernambuco	3	0,9	5	1,4	0	0,0	4	1,1	4	1,2	6	1,8	4	1,2	5	1,4	2	0,6	6	1,7	7	2,0	4	1,2	8	2,4	0	58				
Pernambuco	13	1,7	15	2,0	20	2,6	14	1,8	18	2,3	26	3,2	44	5,4	37	4,5	26	3,1	35	4,1	27	3,2	23	3,0	18	2,3	5	321				
Alagoas	1	0,3	2	0,6	3	0,9	4	1,2	6	1,8	2	0,6	5	1,5	6	1,7	6	1,7	11	3,1	3	0,8	9	2,5	9	2,5	1	68				
Sergipe	1	0,5	0	0,0	0	0,0	6	3,1	5	2,5	2	1,0	3	1,5	4	1,9	5	2,4	8	3,7	4	1,8	6	2,8	6	2,9	0	50				
Bahia	5	0,4	13	1,0	14	1,0	21	1,5	11	0,8	23	1,7	47	3,5	40	3,0	31	2,3	44	3,2	33	2,3	42	3,0	30	2,1	9	363				
Sudeste	526	8,9	579	9,6	529	8,7	494	8,0	493	7,8	440	6,9	501	7,7	400	6,1	302	4,5	296	4,3	217	3,1	154	2,4	161	2,6	70	5162				
Minas Gerais	38	2,4	51	3,2	76	4,7	53	3,2	52	3,2	47	2,9	79	4,8	61	3,6	43	2,5	35	2,0	39	2,2	24	1,5	20	1,3	15	633				
Espírito Santo	16	6,0	30	11,0	25	9,0	22	7,8	23	8,1	24	8,3	19	6,5	25	8,4	23	7,6	13	4,1	10	3,1	8	2,7	9	3,1	8	255				
Rio de Janeiro	95	8,5	112	9,9	116	10,1	103	8,9	94	7,7	87	7,0	163	13,0	128	10,1	114	8,9	117	8,9	76	5,7	65	5,4	62	5,3	25	1357				
São Paulo	377	12,8	386	12,8	312	10,2	316	10,2	324	10,1	282	8,7	240	7,3	186	5,6	122	3,6	131	3,7	92	2,6	57	1,7	70	2,3	22	2917				
Sul	242	10,9	246	10,9	283	12,4	238	10,3	207	9,3	255	11,3	278	12,2	212	9,2	147	6,3	142	5,9	137	5,7	129	6,3	125	6,4	43	2684				
Piut	56	6,2	49	5,4	78	8,4	73	7,8	54	6,1	62	6,9	64	7,0	55	6,0	33	3,5	30	3,1	17	1,8	25	3,0	27	3,4	10	633				
Santa Catarina	66	14,1	83	17,4	77	15,9	65	13,2	37	7,8	52	10,8	50	10,2	45	9,0	38	7,5	25	4,8	34	6,4	21	4,6	30	6,9	6	629				
Rio Grande do Sul	120	14,2	114	13,3	128	14,7	100	11,4	116	13,6	141	16,3	164	18,7	112	12,7	76	8,5	87	9,5	86	9,3	83	10,6	68	9,4	27	1422				
Centro-Oeste	43	4,0	50	4,5	54	4,7	40	3,4	49	4,3	50	4,3	56	4,7	45	3,7	57	4,6	32	2,5	28	2,1	24	2,0	11	0,9	6	545				
Mato Grosso do Sul	9	4,4	12	5,8	16	7,6	8	3,7	8	3,9	6	2,9	12	5,7	9	4,2	10	4,6	3	1,3	8	3,5	7	3,3	3	1,5	0	111				
Mato Grosso	8	3,2	11	4,3	9	3,5	6	2,3	16	6,3	18	6,9	15	5,7	16	5,9	15	5,4	14	4,9	11	3,8	11	4,0	6	2,2	4	160				
Gois	14	3,1	20	4,3	19	4,0	17	3,5	14	2,9	21	4,2	16	3,2	11	2,1	19	3,6	7	1,3	3	0,5	4	0,8	2	0,4	1	168				
Distrito Federal	12	6,6	7	3,8	10	5,2	9	4,6	11	5,5	5	2,4	13	6,2	9	4,2	13	5,9	8	3,5	6	2,6	2	0,9	0	0,0	1	106				

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(2) SINAN e SISCEL até 31/06/2009 e SIM de 2000 a 2008.

Dados preliminares para os últimos 5 anos.

População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde> Demografia e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

A tabela de número 02 mostra o número de casos em crianças de até 5 anos, no caso, infectadas por transmissão vertical. Foram notificados e declarados, segundo a União, por região e ano de diagnóstico; pesquisa que abrangue a janela histórica entre os anos de 1996 até o ano de 2009 pelo departamento de DST da Federação, com número e taxa de incidência por 100 mil habitantes.

A análise crítica da tabela evidencia uma redução considerável do número de casos entre os anos analisados a partir dos dados obtidos. Tal realidade denota empenho governamental satisfatório no contexto da doença, no que se refere à transmissão vertical, ou seja, onde a doença está presente em crianças, mais especificamente menores de 5 anos de idade.

6. Entrevistas, resultados e análise

As entrevistas para esta pesquisa, assim como inicialmente descrita na metodologia, foram feitas com representantes de entes estatais (SES, SMS, MS), médicos atuantes ao redor do tema, analistas internacionais que conhecem o Brasil bem como outras realidades e um cientista político além de gestor público não especialista em saúde, capaz

de apontar com propriedade os principais entraves de desenvolvimento e de maior gargalo orçamentário em uma política pública.

O atual coordenador do programa de DST/AIDS do município de São Paulo e a representante do Centro de Referência e Tratamento de São Paulo, possuem opiniões que se alinham fortemente; a maior diferença se reporta para a área de atuação: o primeiro coordena políticas públicas de atuação inseridas no município, o segundo, por sua vez, está situado na Coordenação do Programa Estadual de DST-AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Todos apresentam, em grande parte, as mesmas teses e análises críticas sobre tema. O coordenador do programa municipal discorre sobre o histórico de atuação do município acerca dessa temática, e diz que o Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo nasceu no ano de 1991 logo após o primeiro serviço em DST/AIDS – no caso, o CTA Henfil. Seu surgimento se deu devido ao avanço da epidemia no Brasil, onde as cidades precisavam de respostas para o enfrentamento da mesma. A rede municipal paulistana especializada em DST/AIDS é composta, no atual exercício de 2016, de um total de 26 serviços, entre os quais 16 Serviços de Assistência Especializada (SAE) e 10 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Enfatiza também, como embasamento teórico, que o Programa Municipal de DST/AIDS da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foi formalizado conforme Portaria 1.598/2006 e é subordinado ao Gabinete do Secretário, responsável pelo gerenciamento técnico da rede especializada de serviços, pela elaboração e pelo planejamento.

No contexto atual de São Paulo, a prevenção, a assistência e a garantia a direitos humanos continuam sendo as principais ações dentro das políticas públicas para o enfrentamento do HIV – tanto no contexto municipal quanto estadual. Em ambas as esferas, a parceria com a sociedade civil se mostra cada vez mais necessária e proveitosa. O coordenador salienta que, dentre os muitos desafios, na sua concepção a ampliação e a cobertura da assistência e testagem, o acesso aos insumos de prevenção (preservativos e gel) e a adesão aos medicamentos pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS são os primordiais, quando alinhados em uma escala de prioridades.

Quando indagados sobre a problemática do uso coerente e eficiente do montante repassado para os programas – e o impacto que isso posteriormente gera – o Centro de Referência e Treinamento (CRT), a partir do depoimento da atual diretora técnica, atesta que o Estado o faz de maneira eficiente e que está satisfeito com os resultados alcançados,

apesar da estagnação da realidade de melhora apontada por especialistas internacionais. Já o coordenador e a gestora do departamento de HIV/AIDS salientam que o município de São Paulo tem avançado e utilizado esses recursos da melhor maneira possível.

Tanto o coordenador quanto a gestora argumentam que, quando o assunto de prevenção é abordado, impreterivelmente se fala em mudança de comportamento – o que é algo pessoal. As ações de prevenção estão diretamente ligadas ao acesso aos insumos (preservativo e gel) e à informação. O município conta na segunda década do século XXI com cerca de 200 agentes de prevenção que atuam em todas as suas regiões além dos 26 serviços já mencionados. Eles contam com projetos direcionados a populações chave como *gays*, HSH, travestis e usuários de drogas. Vale mencionar que Município de São Paulo assinou a Declaração de Paris, – uma Iniciativa da UNAIDS em 2014 – documento pactuado com cidades do mundo todo que tem como meta acabar com a epidemia, fazendo com que até o ano de 2020, já 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas, dentre elas, 90% em tratamento e, dessas, 90% vivam com baixa carga viral. Sabe-se ainda que o Município de São Paulo é vanguarda desde sua criação no início da década de 1990. O PMDST/AIDS fez uma pesquisa chamada PCAP – Pesquisa de Comportamento Atitudes e Práticas no município de São Paulo, que trouxe dados interessantes que serviram para desenhar estratégias no campo da assistência e prevenção.

No que corresponde a iniciativa das ONGs ao redor do tema, os representantes do município discordam da preposição de que surgem para resolver e ampliar a atuação do governo – esta que não consegue adentrar em todos os lugares e nichos populacionais, ao passo que ambos analisam que elas não nascem para suprir as falhas governamentais, mas para contribuir na construção de uma sociedade melhor e mais igualitária, mostrando na maioria das vezes aos governos o quanto é possível transformar. A máquina governamental é tão grande que muitas vezes não chega em lugares onde as ONG estão situadas, e elas detém de uma a linguagem mais apropriada para desenvolver ações, no caso da AIDS, além de assistência, prevenção e da garantia aos direitos humanos. Como já mencionado, no campo do HIV/AIDS, o governo, muitas vezes não alcança lugares e populações prioritárias, o que no caso das ONG o fazem com muita propriedade. Exemplo disso foram as Casas de Apoio que foram ações de assistência desenvolvidas pela sociedade civil que muito contribuiu para a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com a doença.

A principal meta do município atualmente é o programa denominado 90/90/90, instituído a partir da assinatura da declaração de Paris: até o ano de 2020 espera-se que 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; dentre elas, 90% estejam em tratamento e, dessas, 90% vivam com baixa carga viral no sistema. O maior “gap” no que diz respeito ao orçamento repassado ao município para o tema, segundo os representantes do município de São Paulo, ocorre no departamento de Recursos Humanos da SMS. Em adição, os treinamentos devem ser contínuos segundo os dois entrevistados atuantes na secretaria, pois há uma rotatividade muito grande de pessoas nos serviços. A solução seria que houvesse recursos financeiros e humanos para que esses treinamentos fossem ampliados e, de fato, contínuos. No caso dos homossexuais, fazem referência a uma população consideravelmente mais exposta ao vírus HIV do que as demais populações. Enquanto na população geral (no caso, heterossexual) a transmissão é 0,06 por 100 mil habitantes, na população HSH (homens que fazem sexo com homens) chega a 6,2 e em alguns lugares do país passa dos 10,0. A atual diretora técnica do CRT aponta essa realidade como preocupante, e diz que essa população ainda é alvo, em casos isolados, de tratamento diferenciado em centros de testagem.

O especialista internacional contatado, médico formado pela Universidade Federal de São Paulo, foi coordenador médico do Hospital Albert Einstein na área de filantropia, CEO do instituto do câncer em São Paulo, diretor administrativo do Hospital Perola Byinton além de empresário de uma consultoria no ramo da saúde, a qual implementou um programa de saúde epidemiológico para 1500 pacientes. Era, quando da realização da entrevista, o *case management coordinator* de AIDS em Vancouver, no Canadá, o que permitiu fazer um paralelo entre ambas as realidades no que diz respeito ao desenvolvimento da doença, sempre com o olhar crítico voltado para o município de São Paulo.

Apesar de não ter acompanhamento do valor real do orçamento para os programas de DST e AIDS no Brasil e no Canadá, o especialista fundamenta que o programa em Vancouver é gerenciado pelo governo de província (exceto para a população aborígine). Salienta que existem dados específicos que permitem considerar que a doença lá está sob controle, apesar de afetar algumas populações de maneira desproporcional, como os aborígines, os homens que fazem sexo com homens (HSH), os imigrantes e também os usuários de drogas. Um caso de sucesso que menciona é o da Columbia Britânica ao efetivamente controlar o número de novas infecções por HIV em usuários de drogas

injetáveis por meio de programas de redução de danos. Menciona também o Programa de Tratamento e Prevenção (TASP) e o Profilaxia Pré-exposição (PREP) adotadas na mesma província além do desenvolvimento preocupante de novos casos de sífilis, gonorreia, infecção por *Chlamydia* e Hepatite C – onde há um crescente foco de prevenção, diagnóstico e tratamento destas outras doenças por lá.

Reconhece dispor de poucas informações recentes para avaliar as ações em HIV/AIDS no município de São Paulo, mas complementa de maneira sucinta que o Brasil – mais especificamente São Paulo – foi um dos países que adotaram ações organizadas no Sistema Público de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento – possibilitando os bons resultados colhidos atualmente – mas contrapõe dizendo que, apesar de ser difícil se avaliar dessa forma, a partir de sua presença na última conferência, pôde inferir que os dados parecem estar estagnados com uma tendência de aumento, principalmente no que corresponde à população jovem. Assim como argumenta o Dr. Drauzio Varella, o perito internacional no assunto reitera que o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu programa de DST e de AIDS, sendo referência mundial para países em desenvolvimento. No caso específico da província da Columbia Britânica no Canadá, existe conhecimento do que o Brasil fez, mas entende-se que a origem do movimento social, político e científico em torno do assunto foi em Vancouver, dando propulsão para o desenvolvimento brasileiro.

Enfatiza também que não conhece o contexto das ONGs no Brasil e teve pouco contato com poucas delas. No caso do Canadá, que acredita poder ser aproximado ao do Brasil, as ONGs foram o apoio inicial para uma doença ignorada pelos governos e pela sociedade. Estas organizações surgiram para que as pessoas se apoiassem até chegar a hora de morrer. Ressalta, como analisados no decorrer da pesquisa, que tratamentos efetivos são recentes, tendo surgido no final da década de 1990. Estas organizações da sociedade civil nasceram para exigir ações do governo, dos serviços de saúde e da indústria farmacêutica. Portanto as “falhas do governo” são a própria origem dessas instituições. Acredita que as ONGs continuam a existir para manter o protagonismo das pessoas vivendo com HIV/AIDS no seu cuidado, e que é a aplicação do princípio de “*Nothing about us without us*”. Ou seja, pesquisas científicas, aprovação de novos tratamentos e programas de prevenção devem contar com a participação das ONGs desde o início do processo. Outro fator é que, em geral, estas ONGs têm mais proximidade com toda a comunidade e não apenas com o grupo que mais tem acesso a serviços de saúde.

Por exemplo: as campanhas de prevenção da DST/AIDS focam populações de maneira específica, como os “homossexuais no carnaval” – passando a impressão de que a comunidade LGBT fosse composta apenas por homens jovens que acaba por ignorar transsexuais, transgêneros, idosos e imigrantes, dentre outros. Atualmente, a autoridade internacional no assunto não consegue avaliar onde o governo brasileiro falha, mas acredita que falha em admitir que a epidemia está possivelmente fora de controle em populações específicas, apesar dos números globais parecerem estáveis.

Vale mencionar, ainda, que esteve à frente da diretoria do Hospital Pérola Byington, conhecido por ser um hospital secundário especializado no tratamento de câncer (principalmente de mama), violência contra a mulher e fertilidade. Existem mulheres vivendo com HIV/AIDS que eventualmente necessitam destes tratamentos ou serviços, mas ele enfatiza que o tratamento específico ainda é centralizado no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Enquanto diretor técnico no hospital Albert Einstein, também em São Paulo, desenvolveu um plano de saúde de controle de entrada de usuários, auditoria de serviços prestados e gerenciamento de novos casos. Estas ações são ou passaram a ser comuns no mercado da saúde. Sua intervenção foi capaz de organizar os recursos disponíveis para atingir objetivos específicos, uma das iniciativas apontadas por ele como uma das possíveis soluções (se ainda não empregada) nos órgãos competentes.

A partir do compilado de informações e opiniões advindas das ramificações estatais e técnicas atuantes do tema abordado, o debate com um gestor de políticas públicas, este que faz parte do departamento de gestão de políticas públicas da Fundação Getúlio Vargas, se fez essencial para problematizar os conceitos obtidos a partir das entrevistas em órgãos especializados, com alguém conhecedor do estado, do orçamento e dos possíveis entraves de formação e implementação de uma política pública de atuação, nesse caso, na saúde do município.

O gestor inicia sua análise ao redor do tema enfatizando que, apesar de não deter conhecimento a fundo dos processos de gestão orçamentarias de saúde municipais de São Paulo, pode inferir que a partir dos dados obtidos nesta pesquisa que as políticas públicas de atuação são eficazes e atendem uma proporção significativa da população acometida pela doença. Salienta, assim, como premissa levantada anteriormente, que o treinamento, tanto dos técnicos no assunto quanto dos profissionais que atuam na linha de frente dos

Serviços de Assistência Especializada (SAE) e dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – além das unidades básicas de saúde –, devem ser uma das prioridades no quesito de implementação efetiva de uma política pública, uma vez que são os responsáveis por colocar em prática um investimento considerável na linha de pesquisa e atuação. Grandes investimentos podem ser perdidos sem a presença de pessoas competentes e bem treinadas que possam coloca-los em prática. Também evidencia possíveis entraves de inserção da política pública, apontando a cultura da sociedade como uma das barreiras – o estigma social, em alguns nichos populacionais, relacionado ao uso preservativo, por exemplo. Complementa relacionando a criação de regras estatais intertemporais – pelas quais o poder do governo é limitado em seu escopo de atuação – para garantir os direitos individuais bem como de toda coletividade, que não podem ser alterados por uma simples troca de gestão municipal e a possível troca de interesses de ocasião; essa forma de *accountability* democrática se refere tanto à garantia de liberdade como aos direitos públicos.

Após o questionamento ao redor da atuação das Organizações Não Governamentais e sua relação com a temática da pesquisa, a captação de informações diretamente de uma instituição dessa natureza, muito difundida no Brasil e amplamente conhecida se tornou fundamental, bem como entrevistas com os dois membros mais ativos – um de São Paulo, e o outro do Rio de Janeiro. No que corresponde à realidade histórica, o “Grupo Pela Vidda” (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) é de fato uma organização não governamental sem fins lucrativos, formada por infectados pelo vírus da AIDS, além de interessados em geral. A ONG é responsável por reunir colaboradores e voluntários, independentemente da sorologia para o HIV, gênero e também orientação sexual. Seus principais compromissos atuais são de promover a integração das pessoas vivendo com HIV, disseminar de maneira satisfatória na sociedade o respeito à cidadania e também ressaltar a importância de que todos, independente de sua orientação ou sorologia, contribuam para a prevenção e o controle da AIDS como um todo.

O grupo luta contra a doença há 23 anos. A instituição foi fundada em maio de 1989 no estado do Rio de Janeiro, pelo escritor Herbert Daniel, e chegou a São Paulo poucos meses depois. Todas as sedes mantêm os mesmos objetivos, e há Grupos Pela Vidda no Rio de Janeiro, em Niterói e Goiânia, além de São Paulo. Entre as questões foram abordadas discussões sobre a ideia do projeto da fundação, seus objetivos e sua função

dentro do estado. Percebe-se que a ideia da criação do grupo se deu pela análise político-social das regiões mais urbanizadas do Brasil – no caso, Rio de Janeiro e posteriormente São Paulo. A ONG foi uma das pioneiras, por conta de seu enfoque no apoio psicológico e social da doença do HIV. Além disso a ONG é pautada por uma ideologia bastante objetiva: o desenvolvimento do combate à doença a partir da integração e da inserção dos portadores na sociedade, inculcando na sociedade civil uma formação mais solidária.

“Nosso objetivo principal é o de promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/AIDS, propagados e realizado por uma da defesa dos direitos humanos fundamentais, garantidos à população pela Constituição Federal de 1988: Dando garantia de acesso à informação, da luta contra a discriminação e outras formas de exclusão social, além do auxílio ao tratamento. Tudo consiste na ideologia de formação de uma sociedade mais solidária e socialmente justa para todos, sem distinção.”

Posteriormente, foi debatida a função da ONG junto ao Município de São Paulo. O gestor da ONG em São Paulo ressaltou que as medidas tomadas pelo poder público não são ineficientes e que cada um dos agentes, ou seja, do primeiro e terceiro setor, possui um papel fundamental para a melhora da situação da doença no país. O grupo atua com enfoque na parte psicológica e assistencial, fornecendo auxílio ao tratamento fornecido pelo estado – como, ocasionalmente, a distribuição de algum medicamento que não estava disponível, de imediato, no sistema público, no momento da procura. Acredita-se que a ONG complementa a função do estado, aumentando a eficácia do projeto e as chances de proporcionar uma vida mais digna aos infectados.

Como visto, o programa brasileiro é centralizado a nível nacional, enquanto no Canadá a gestão é feita pelas províncias. Isso se desdobra, como se pode inferir, em ações de combate e prevenção do HIV/AIDS que variam dependendo de onde a pessoa mora. Pode-se estabelecer um paralelo entre as duas realidades. As semelhanças são muitas com o Brasil, pois as experiências bem-sucedidas se espalham com alguma rapidez. Ambos programas são razoavelmente bem-sucedidos. Uma diferença importante é que na Columbia Britânica, mencionada pelo especialista internacional, muitas das ações são ainda mais descentralizadas nas chamadas *Health Authorities*. Há, como no Brasil, a centralização na avaliação clínica das pessoas vivendo com HIV/AIDS e na prescrição e distribuição de tratamento, mas o diagnóstico é completamente descentralizado e

disponível principalmente em ONGs. Cabe também as ONGs, a avaliação inicial e o encaminhamento para programas de auxílio específicos, como moradia, renda, segurança alimentar e aposentadoria. Como se pode deduzir, essa capilarização das ações permite atender populações com necessidades específicas. Outro efeito, mas este nada desejável da descentralização, é a variabilidade na oferta de serviços dependendo da região. Em adição às preposições do presidente da ONG no Rio de Janeiro, entende-se que o papel desempenhado pelas ONGs é extremamente primordial e necessário para um controle e combate ao HIV/AIDS satisfatório.

7. Resultados

7.1 Detalhamento da estrutura existente no município de São Paulo para atendimento da problemática

O Programa Municipal de DST/AIDS da cidade de São Paulo tem como foco o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção, prevenção e assistência às PVHA – pessoas vivendo com HIV/AIDS. O programa possui três principais metas: a produção de informação confiável para produzir dados e evidências com objetivo da eficácia nas políticas públicas, oferta de assistência no diagnóstico e no tratamento da doença e capacitação dos profissionais da área da saúde.

No que se refere à estrutura existente, com os dados coletados na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo bem como no departamento de HIV/AIDS do município e pela própria *internet*, pode-se inferir que se trata de um sistema bem organizado, executando o que se compromete a fazer de forma satisfatória e relativamente rápida. Existem atualmente diversos lugares que possuem o teste rápido, sendo, portanto, de relativo fácil acesso. Além da realização do teste rápido, há orientação psicológica e encaminhamento para outros centros que tratem da doença com maior propriedade e detalhamento técnico, como o Hospital Emílio Ribas, por exemplo.

O município de São Paulo conta atualmente com 16 centros de Serviços de Assistência Especializada (SAE), responsáveis por atender cerca de 38 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS. No quesito da prevenção, atua com cerca de 200 agentes de prevenção distribuídos nas 5 regiões (Sul/Sudeste/Leste/Oeste/Norte e Centro) onde a distribuição de preservativos, gel e de materiais informativos é realizada. Além desses 16 Serviços de assistência especializada, conta com mais 10 Centros de Testagem e Aconselhamento

(CTA), totalizando um total de 26. Um dos locais indicados pelo portal de HIV/AIDS do governo para a realização do teste é o próprio CTA, indicado como local mais preparado para receber um possível acometido pelo vírus e pela doença; o teste está disponível em diversas entidades do governo, como as UBS. Ele é feito de forma anônima e gratuita e seu resultado sai, em média, em 30 minutos – sendo tão confiável quanto um mais demorado, que demora 7 dias. Tanto no SAE quanto no CTA existem psicólogos treinados para o posterior aconselhamento e suporte emocional dos infectados, considerado no programa municipal de DSR/AIDS como primordial.

A análise estrutural atual do município evidencia que este é completo e está tanto fisicamente quanto tecnicamente preparado, tanto para atuar no quesito prevenção (distribuição de informações de qualidade, de preservativos e do gel) quanto para o posterior tratamento da doença. Os locais – especificamente os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), mais indicados para o primeiro contato com o cidadão pela secretaria de DST/AIDS do município – são de relativo fácil acesso para a população e estão espalhadas pelo território, aumentando a abrangência do serviço.

7.2 Processos de gestão: itens de despesa, necessidade de implementação e seus objetivos

No ano de 2014 foi lançado um plano orçamentário de R\$ 1,2 bilhão de reais para todo o Brasil em incentivo a prevenção, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) – em especial o HIV/AIDS. O valor total foi dividido em três programas de atuação distintos: R\$ 178,4 milhões de reais destinados aos estados na federação para apoio e incentivo aos projetos de prevenção e controle de DST e hepatites como um todo; R\$ 250 milhões de reais destinados à coordenação nacional de vigilância, prevenção além de controle; e os restantes R\$ 780 milhões de reais ao atendimento à população infectada pelo HIV/AIDS além de por outras doenças sexualmente transmissíveis.

Até o dia 15 de julho do mesmo ano, somente 30% do montante previsto tinha sido desembolsado, o que corresponde a um valor próximo de R\$ 358,2 milhões de reais. De todos os estados da federação, São Paulo é o que mais recebe recursos para o controle do HIV/AIDS – dos R\$ 178,4 milhões de reais repassados às unidades federativas, R\$ 45,5 milhões de reais vão somente para o estado citado. Em comparação, o estado de Minas Gerais tem autorização de gastar R\$ 16 milhões de reais do montante total, e o Rio de

Janeiro, cerca de R\$ 15 milhões de reais; Amapá e Acre recebem, respectivamente, R\$ 860,3 mil reais e R\$ 660,1 mil reais para o mesmo fim.

Quando a análise passa a ser do município de São Paulo, a partir de dados da Secretaria Municipal, esta recebe atualmente cerca de 7 milhões de reais através somente da Política de Incentivo do Governo Federal para o enfrentamento das DST/AIDS, e o município acrescenta mais 7 milhões ao montante, totalizando cerca de 14 milhões de reais. Tanto a estrutura de recursos humanos como os demais gastos de manutenção dos 26 serviços especializados são provenientes do tesouro municipal. No caso do Brasil, os antirretrovirais (coquetel) custam cerca de 1 bilhão de reais para atender 400 mil tratamentos; somente o Município de São Paulo tem cerca de 27 mil pessoas em tratamento contra a doença.

Tabela 03: Orçamento Federal para prevenção e controle da AIDS do ano de 2014.



CONTAS ABERTAS

Prevenção e controle da aids no Orçamento Federal

Ação	Autorizado	Empenhado	Pago	RP Pago	Total Pago
Incentivo financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/aids e hepatites virais	178.437.980,00	33.659.301,72	33.659.301,72	0,00	33.659.301,72
Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis	780.250.000,00	279.775.752,86	111.179.736,50	170.060.947,86	281.240.684,36
Coordenação nacional da vigilância, prevenção e controle em HIV/aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis	250.000.000,00	107.947.271,05	43.727.614,88	0,00	43.727.614,88
TOTAL	1.208.687.980,00	421.382.325,63	188.566.653,10	170.060.947,86	358.627.600,96

* Dados do Siga Brasil, atualizados em 16/07/2014

Jarbas Barbosa, Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, afirmou em entrevista que a constatação do crescimento nos números de casos de HIV no Brasil, e por consequência no estado de São Paulo, já era esperada e corresponde às estatísticas realizadas pelo órgão; “*todos os mecanismos existentes para prevenir novas transmissões estão sendo colocados em prática*”, afirma ele. Em adição, o secretário ainda afirma que a taxa de detecção cresce mais entre a faixa etária de 15 a 24 anos quando comparado à

população geral, ainda mais quando analisado com foco nos HSH. Desde o ano de 2006 os casos de AIDS na população dessa faixa etária específica aumentaram, em média, 50%.

No que se refere especificamente ao município de São Paulo, após aferição de certos documentos na secretaria de saúde do município bem como entrevistas com atores relevantes do processo é certamente possível inferir que se trata de um programa caro. Por exemplo, pode-se mencionar que, por dia, são retiradas uma média de 14 mil camisinhas somente na SMS (que possui um cesto à porta da entrada para retirada pelos transeuntes). Rubens ainda comenta que é muitas vezes o responsável pelo auxílio psiquiátrico, terapêutico e médico das pessoas que buscam por ajuda no local; dentre eles, se deslocou mais de dez vezes em um tratamento dentário de uma transexual acometida pela doença em questão.

8. Conclusão, aprendizado e considerações parciais

Analisar políticas públicas referentes às ramificações de atuação da AIDS, como prevenção, tratamento, apoio psicológico e informacional, implica impreterivelmente em uma análise de fatores socioeconômicos e culturais que se fazem presentes, limitando de certa forma as ações do estado. A implementação de políticas ao redor do tema, como visto no decorrer da pesquisa, requer responsabilidade sanitária além de recursos financeiros significativos para a implementação, a capacitação dos agentes técnicos, a reorganização do sistema de saúde entre outras questões que mostram a complexidade que acomete uma política – não só de HIV/AIDS – mas qualquer outra com um impacto final satisfatório.

Como mencionado em todo o desenvolvimento científico, a meta principal – a partir da entrada no universo público municipal de São Paulo – se deu pela coleta de dados, posterior análise e formação crítica dos resultados a fim de instaurar um panorama lógico da real situação do município no que diz respeito à questão do HIV/AIDS, bem como suas dificuldades e entraves de gestão e implementação. Desde o surgimento da AIDS na década de 1980 até os dias atuais, é possível salientar alguns avanços pontuais e certas conquistas políticas quanto aos direitos relativos à pessoa infectada pela doença. Em relação à prática profissional, especialmente nos centros de primeiro contato com a população, muito, ainda, tem que ser feito para se avançar com vistas de tornar realidade

aquilo que já é tido como um direito, fato relacionado principalmente com a eliminação do estigma para o fortalecimento dos direitos sexuais bem como reprodutivos.

No que corresponde ao desenvolvimento do tema ao redor da fomentação de políticas públicas, a análise das mesmas se faz um importante instrumento de gestão que permite compreender o modo que uma política, por exemplo de prevenção à AIDS, pode priorizar o serviço universal a todos, assegurando a defesa das minorias sociais além da legitimação de teorias e diferenças sexuais, mas sem marcar em suas práticas ações que por ventura possam intensificar de alguma forma a discriminação bem como a exclusão de certos grupos da sociedade. Esta problemática acaba por inviabilizar o acesso dos mesmos aos serviços de saúde e a real implementação da política pública previamente idealizada.

Uma conquista importante analisada e abordada no decorrer da pesquisa que deve ser mencionada devido a sua importância, e também dita fundamental para a elaboração de estratégias no que corresponde ao gerenciamento das políticas direcionadas ao HIV/AIDS, se refere ao panorama de qualidade de vida continuamente melhorada das pessoas vivendo com a síndrome após a adoção dos medicamentos ditos antirretrovirais. Tal realidade traz como consequência direta a redução da mortalidade pela AIDS, a melhora substancial da qualidade de vida das pessoas além da redução significativa do número de internações hospitalares. Este aspecto coloca a AIDS na condição de doença crônica, a qual implica trabalhar na concepção de novas práticas de saúde, sem desprezar a condição humana e os direitos sexuais e reprodutivos.

A responsabilidade que a implementação de uma política requer, como por exemplo de cunho sanitário, financeiro, técnico e de reorganização do sistema municipal se desenvolve e se demonstra como um processo altamente custoso – conforme comprovado no desenrolar da pesquisa e pelo levantamento de dados na secretaria municipal – e de possíveis “gaps” de gestão no que corresponde à implementação e posterior gestão da política pública. O município de São Paulo e seu programa municipal de HIV/AIDS são referência para outros projetos de atuação, nacional e internacional – o que comprova que foi amplamente estudado e satisfatoriamente implementado, mesmo que apresente falhas pontuais, como a questão dos recursos humanos da secretaria de saúde e eventuais gargalos financeiros advindos a partir dessa realidade.

A preparação e o treinamento de técnicos, como atendentes dos centros de testagem, enfermeiros e também médicos se fazem, também, cada vez mais necessários e

merecedores de maior atenção. Uma política pública depende também da união desses atores principais com a teoria do projeto para atingir a população em foco e gerar impacto. O impacto gerado atualmente é apontado como satisfatório pelos atores entrevistados, exceto por um dos entrevistados que aponta, que o município está alheio ao crescimento relativo da doença, especialmente na população jovem de São Paulo. O crescimento nos números de HIV no Brasil já era esperado e corresponde às estatísticas realizadas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a qualidade e a penetração do serviço na população são louváveis, bem como a administração e gestão dos recursos financeiros destinados à secretaria para a atuação em programas de HIV/AIDS.

Após o resgate teórico e a reflexão crítica sobre as políticas públicas e práticas relativas à HIV/AIDS, considera-se que muito existe, ainda, que discutir, produzir e transformar na condução dessa problemática, avançando na busca de estratégias mais apropriadas e que reconheça, preserve e até ampliem os direitos dessas pessoas de serem tratadas com dignidade. Mesmo reconhecendo o limite deste estudo, busca-se chamar a atenção para a necessidade de se debruçar sobre essa problemática, uma vez que toma proporções preocupantes que necessitam de intervenção e da participação dos diversos segmentos sociais, levando à definição de políticas públicas e ações apropriadas à realidade vivenciada. Sob a perspectiva da incorporação de um paradigma de saúde que busca a inserção de uma ótica positiva sobre os eventos da dinâmica da vida, aí inserido o processo saúde-doença, ressaltado na lógica da promoção da saúde, deseja-se que o que está posto, em termos de descrições, encontre ressonância na prática profissional e se aproxime daqueles que vivem com HIV e que necessitam de cuidados voltados à sua saúde tanto física quanto psicológica.

Em adição, após a obtenção de dados, entrevistas e documentação apropriada, pode-se inferir que a gestão do programa municipal de DST, em específico de HIV/AIDS, é satisfatória e cumpre as diretrizes a que se propõe, tanto na disponibilidade do teste que detecta a presença do vírus quanto no encaminhamento dos infectados e seu posterior tratamento, com remédios de alta qualidade e fornecidos de forma inteiramente sem ônus pelo Sistema Único de Saúde, além do acompanhamento psicológico fornecido pelo município – presente nas populações mais vulneráveis socialmente, como os homossexuais, transexuais, transgêneros e travestis. De acordo com os entrevistados e com a literatura, o Brasil – em específico São Paulo por ser o estado que mais recebe

divisas do governo federal para a criação e continuação de seus programas – se tornou um exemplo mundial no que diz respeito ao combate ao HIV/AIDS.

9. Referências bibliográficas

ABADÍA-BARRERO, César Ernesto. The Cultural Politics of the Brazilian AIDS Social Movement: A Local and Global Revolution. Latin American Studies Association, 2003.

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. Finanças públicas, democracia e accountability: debate teórico e o caso brasileiro. In: ARVATE, Paulo R.; BIDERMAN, Ciro. Economia do setor público no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 75-102, 2004. Disponível em: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao_10705_em_17_06_2011_10_24_34.pdf

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 661-670, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a35v14n2>

Boletim Epidemiológico Paulista divulgado no ano de 2011

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010.pdf>; acesso em 15 de novembro de 2015.

Boletim Epidemiológico Paulista divulgado no ano de 2011

Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/bepa9211.pdf>; acesso em 17 de novembro de 2015.

Boletim Epidemiológico Paulista divulgado no ano de 2013

Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf; acesso em 17 de novembro de 2015

Boletim Epidemiológico Paulista divulgado no ano de 2014

Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf; acesso em 17 de novembro de 2015.

Boletim Epidemiológico Paulista divulgado no ano de 2015
Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf; acesso em 17 de novembro de 2015

Conass Debate. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Primeira edição, 2014.

CORRÊA, Alessandra. Tratamento de HIV/AIDS do Brasil salva mais que média global.
Disponível em:
http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/07/140721_brasil_hiv_aids_ac_kb

DA FONSECA, Elize Massard. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, 2007.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n9/14.pdf>

DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *RAP Rio de Janeiro*, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. RJ, Graal, 1979.

LEVI, Guido Carlos; VITÓRIA, Marco Antônio A. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS* 16: 2373-2383, 2002.

LOPESI, Fernanda. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 64-71, 2007.

MACHADO, Nelson. Sistema de Informação de custo: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. Tese de Doutorado. Universidade

de São Paulo, 2002. Disponível em:
http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fNelson_Machado_Tese_Doutorado.pdf

MELCHIOR, Regina et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. suppl. 2, p. 87-93, 2007.

Ministério da Saúde do Brasil. Política Brasileira para DST/AIDS. Brasil: Programa Nacional Brasileiro para DST/AIDS, 2003.SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JÚNIOR, José Luís. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=447329&indexSearch=ID>

Site específico sobre HIV e AIDS do governo. Disponível em: site www.aids.gov.br; acesso em 05 de setembro de 2015.

Site ORBIS; Indicador de Sustentabilidade e Qualidade. Disponível em: <http://www.orbis.org.br>; acesso em 22 de dezembro de 2015.

PAIM, Jairnilsom Silva. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. Ba, UDUFBA, 2005.

ROSEN, George. Uma história da Saúde Pública. Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994.

ROSEN, George. Política econômica e social no desenvolvimento da saúde pública. p. 213 in: ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social, ensaios sobre a história da assistência médica. RJ, Graal, 1979.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Metodologia de planejamento estratégico para o HIV/AIDS e outras DST no Brasil, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/09metodo.pdf>

TESS, Beatriz H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. *Aids*, v. 12, n. 5, p. 513-520, 1998.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
Disponível em: <http://unaid.org.br>; acesso em 15 de novembro de 2015.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Horizontes Antropológicos*, v. 8, n. 17, p. 179-210, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832002000100010&script=sci_arttext

VARELLA, Dráuzio. *Sexualidade e AIDS*, 2014.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. *Gestão em saúde*, 2011.

VIDAL, Eglídia Carla Figueirêdo. Políticas Públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. 2009. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4202>

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença; Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, p. 271, 2013. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/97bae7f11ec1541ca35eb914e530870b/1?pq-origsite=gscholar>