

## *Necessita o Brasil de uma Nova Agenda para a Aids?*

Desde a década de 1990 o Brasil tem se caracterizado por fundamentar suas políticas públicas para enfrentar o HIV/aids na evidência científica; a esse ingrediente acrescenta-se o processo democrático de construção participativa e inclusiva, tendo a sociedade civil desempenhado importante papel, aportando críticas, sugestões, experiências-piloto bem-sucedidas e agenda de educação de pares, tornando-se presente nas circunstâncias em que o serviço público não se faz competente ou acessível para uma abordagem mais inclusiva, solidária e de adequado acolhimento.

Passados mais de 30 anos do primeiro caso de aids registrado no Brasil (em 1980), a epidemia evoluiu, expandiu-se geograficamente, estando presente em todo o território nacional. Entretanto, graças ao esforço conjunto do poder público nos seus diversos níveis, da sociedade civil e do setor privado, a epidemia tem se mantido em níveis de relativa estabilidade, ainda que em altos patamares no que concerne à incidência de novos casos; todavia, há cenários distintos quando se analisa a realidade regional e preocupa a ocorrência de óbitos precoces, em sua maioria devidos ao diagnóstico tardio.

A adoção, ainda na década de 1990, de uma política de acesso gratuito aos antirretrovirais, serviu de exemplo para o mundo em desenvolvimento e mudou radicalmente a perspectiva de sobrevivência dos pacientes – sobrevida com qualidade e consequente resgate da autoestima e reinserção no mercado de trabalho.

Estudos realizados demonstram claramente a economicidade e eficiência da medida adotada. Esta se tornou uma política de Estado que se mantém ao longo do tempo e se fez possível graças à existência do Sistema Único de Saúde. A ousadia do País nesse campo, apesar das advertências de instâncias internacionais em contrário e previsões catastróficas que não se concretizaram, transformou-o em referência e exemplo que foi seguido por países em desenvolvimento. Todavia, apesar da absoluta garantia da provisão de medicamentos no SUS, não se encontra o Brasil elencado entre os países de cobertura universal, conforme os últimos relatórios globais do UNAIDS/OMS.

Importante contribuição do Brasil também se deu por ocasião da Primeira Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids, em 2001, quando se proclamou a indissociabilidade entre prevenção, tratamento e Direitos Humanos como pilares de políticas públicas, perspectiva já em prática no País.

No cenário da propriedade intelectual, além do aporte à Declaração de Doha – assinada em 2001 com o objetivo de promover o comércio internacional livre sem recursos protecionistas –, após um longo período de análise e debates que se iniciou ainda no final do século passado, seguindo-se o amadurecimento político e a fundamentação jurídica, o Brasil emitiu a licença compulsória de um medicamento para aids, abrindo portas para sua produção em território nacional, com preço mais acessível e, acima de tudo, garantindo a sustentabilidade do acesso por intermédio de produção

estatal, embora o país ainda dependa da importação de matérias-primas para a produção nacional de antirretrovirais.

Este aspecto de fragilidade exige uma política de investimento e estímulo mais agressiva e em longo prazo na área de ciência e tecnologia, o que poderia ocorrer por intermédio do estabelecimento de parcerias público-privadas, a exemplo do que já se registra em outras áreas, sem, todavia, perder de vista a predominância e os interesses do Estado Nacional a serviço do bem comum. Espera-se, portanto, que a utilização das flexibilidades TRIPS não se esgote com esta iniciativa, mas apenas represente o início de um consistente processo de autossuficiência nacional.

Ao lado das conquistas até aqui observadas, as desigualdades regionais todavia se fazem presentes, estabelecendo um cenário diverso daquele em nível nacional: taxas de incidência e mortalidade crescentes no Norte e Nordeste do País; o aumento da incidência em jovens *gays* e mulheres também jovens é um evento cada vez mais presente; o aumento da ocorrência de novos casos entre mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos produziu a inversão da razão de masculinidade, na medida em que o número de mulheres diagnosticadas nesse grupo etário supera o de homens na mesma faixa etária.

Ainda que se observe uma progressiva ampliação da cobertura da testagem de gestantes para detecção da infecção pelo HIV, o mesmo não se pode constatar em relação ao diagnóstico da sífilis, consequentemente, perduram inaceitáveis registros de sífilis congênita, evento que há muito poderia encontrar-se banido dos registros nosológicos do País. A transmissão perinatal do HIV, apesar dos progressos observados, ainda perdura em níveis não compatíveis com o arsenal científico disponível – vale ressaltar que a diretriz nacional voltada para o controle da transmissão vertical do HIV foi adotada pelo país ainda na década de 1990, sem, todavia, ter alcançado até o momento os resultados pretendidos. Para tanto, faz-se necessária a expansão de cobertura da testagem, ação que se espera alcançar através da implantação, na prática e em âmbito nacional, do Programa Rede Cegonha, lançado pelo Governo Federal em 2011. Apesar da baixa prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes no país como um todo, chama atenção o registro desse indicador compatível com característica de epidemia generalizada, conforme se pode observar em uma das regiões metropolitanas no Sul do País.

As ações de prevenção nunca foram e ainda se encontram longe de serem universalizadas, principalmente quando se consideram as populações mais vulneráveis – homens que fazem sexo com homens; transexuais e travestis; usuários de drogas, profissionais do sexo, populações da periferia das grandes cidades e aquelas que vivem no semiárido nordestino e na Amazônia. Mesmo algumas regiões metropolitanas padecem pela precariedade do acesso a serviços ambulatoriais e deficiência de cobertura de atenção hospitalar, situação, por sinal, cronicamente estabelecida em alguns casos. Surpreende e causa extrema preocupação o fe-

chamento de serviços tradicionais e a redução de leitos hospitalares destinados a pacientes de aids.

Deve-se registrar ainda que a desigualdade racial, fruto do estabelecimento de barreiras socioeconômicas e consequente efeito adverso no acesso à informação, tem como resultante uma maior vulnerabilidade da população afrodescendente à infecção pelo HIV, agravada pelo acesso tardio ao diagnóstico e suas consequências nas taxas de mortalidade, principalmente entre mulheres.

Conforme reiteradas vezes tem sido manifestado pelo Ministério da Saúde, somamo-nos à inquietude causada pela existência de dezenas de milhares de pessoas que são portadoras do HIV e desconhecem sua situação, encontrando-se, portanto, impedidas de acederem à terapia disponível no SUS. Os esforços para identificar esses pacientes não têm alcançado os níveis de cobertura pretendidos e o diagnóstico tardio tem sido observado em todo o território nacional, com prejuízos visíveis no sucesso terapêutico e na expectativa de vida com qualidade.

Estudo apoiado por agências da ONU e realizado pela Universidade Federal da Bahia revela com clara fundamentação científica este cenário, que se replica em inúmeras áreas do País. A inexistência ou precariedade do acesso ao diagnóstico em determinadas áreas, a excessiva demora na obtenção de seu resultado ou ausência de serviços que possibilitem o acesso à terapia fazem perdurar esta situação, que se agrava na medida em que a epidemia se faz presente também nos pequenos municípios e comunidades. Urge detalhado mapeamento de áreas críticas, com vistas a seu completo equacionamento. A expansão do uso do teste rápido para diagnóstico sorológico do HIV e também da sífilis representa importante aporte operacional com vistas à cobertura universal do diagnóstico.

Ainda na área do tratamento, constata-se que após um demasiado período de relutância, o país adotou um novo parâmetro para início da terapia antirretroviral, em consonância com evidências cientificamente fundamentadas. Esta decisão representa importante passo para ampliar a cobertura da terapia, com vistas a sua universalização. A adoção dessa abordagem, associada a uma mobilização continuada e de grande envergadura em âmbito nacional, de estímulo à testagem e ao aconselhamento, com prioridade para populações sob maior risco de infectar-se, sem dúvida resgataria do anonimato dezenas de milhares de cidadãos que já deveriam estar sob tratamento. Tratamento como estratégia de prevenção, portanto, é importante aspecto a ser considerado, na perspectiva de trazer benefícios a cada paciente em particular, com claros reflexos do ponto de vista coletivo, o que contribuiria para a redução da incidência de novas infecções.

O declínio no uso do preservativo, conforme constatado em pesquisas do Ministério da Saúde, e o progressivo aumento da prevalência do HIV entre os conscritos, são aspectos que exigem imediata reflexão para análise de suas causas, com vistas não apenas para fins acadêmicos isoladamente, mas acima de tudo à tomada de decisão, objetivando a correção dos rumos observados. Um elenco de medidas poderia ser listado, todavia foge ao escopo desta reflexão.

A realização de pesquisas com recursos públicos pressupõe sua imediata difusão, promoção do debate e utilização de seus resultados para a formulação e o estabelecimento de estratégias que se façam necessárias – essa é a premissa ética que permeia o interesse público. Nessa perspectiva, a ampla difusão dos resultados de pesquisa RDS envolvendo populações mais vulneráveis, finalizada em 2010, traria grande contribuição para a definição de novas estratégias de intervenção junto a essas populações.

Episódios envolvendo campanha de mídia e atividades de educação continuada no ambiente escolar, que exigem uma abordagem clara e direta na intervenção do Estado, tradição do país e exemplo para o mundo, representam outro aspecto preocupante, exigindo uma reflexão profunda sobre a laicidade do Estado e a essência da fundamentação científica para a adoção de políticas públicas. Apesar do compromisso ético e técnico do Ministério da Saúde, há indícios de que esta postura retrógrada e obscurantista tende a perdurar e até mesmo se estabelecer como norma, com evidentes prejuízos principalmente para as populações mais vulneráveis.

A crônica morosidade de alguns estados e municípios na utilização dos recursos repassados pelo Governo Federal é também aspecto extremamente preocupante, exigindo a adoção de medidas de cunho político e no âmbito administrativo; apenas os esforços das áreas técnicas responsáveis pelas atividades não têm se mostrado suficientes e são inúmeras as situações em que o acúmulo de recursos supera 24 meses pendentes de execução. Este cenário contrasta com a carência de recursos para o imediato preenchimento de lacunas em prevenção, acesso ao tratamento e o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil.

Imprescindível se faz, ao lado do compromisso com a manutenção dos níveis de investimento para o tratamento, a ampliação dos recursos destinados à prevenção, com ênfase em ações focalizadas em populações mais vulneráveis; o envolvimento do alto nível político do país, de modo multidisciplinar, interinstitucional e sob o comando da esfera federal, é aspecto essencial do reposicionamento do problema a níveis outrora observados, do ponto de vista da visibilidade e prioridade política, nos meios de comunicação e mobilização social.

Considerando seu alto nível de credibilidade junto à população, sua transcendência e missão institucional, grande contribuição traria o envolvimento direto da Presidenta Dilma Rousseff, com vistas a uma mobilização nacional para a redução das desigualdades regionais, garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno por meio da expansão da capacidade do SUS em regiões de difícil acesso e o resgate da sociedade civil como parceira qualificada e essencial na formulação e implementação de políticas públicas, notadamente na área de prevenção e promoção de direitos humanos. A perda de visibilidade política da aids vem se somar ao crônico ostracismo das demais ITS, como se não mais representasse um importante problema de saúde pública. Isto sem dúvida dificulta a implementação de medidas adotadas e em curso, com vistas a atingir os objetivos programáticos propostos.

A realidade adversa, no que concerne à garantia de direitos de cidadania de populações mais vulneráveis, exige o estabelecimento de normas jurídicas que efetivamente definam novos parâmetros desses direitos a essas populações; há avanços observados em vários países, no entanto persiste como agenda pendente de decisão política no Brasil, em que pese o claro compromisso do país com a agenda de Direitos Humanos. O país cada vez mais se firma como campeão de crimes homoesbóforos.

Essencial e imprescindível é a mobilização e o maior compromisso político de estados e municípios, onde efetivamente se insere o cidadão e as ações acontecem. Isto deveria ocorrer de modo urgente e em caráter emergencial nas áreas em que a epidemia se encontra em ascensão, do ponto de vista da ocorrência de novos casos e taxas de mortalidade crescentes.

A pujança com que o movimento social atuou no passado necessita ser revivida: sua capacidade de crítica propositiva, de mobilização, reassumindo seu papel de promotor e controlador das políticas públicas e parceiro qualificado na implementação de atividades essenciais, notadamente na área de prevenção e preservação dos direitos de cidadania.

Diante de nós está a oportunidade de refletirmos sobre a realidade objetiva, a partir da epidemiologia local, conforme recomenda um dos relatórios globais do UNAIDS, e a partir dessa perspectiva propor, analisar e discutir estratégias a serem consolidadas, ampliadas, revistas ou redesenhadas, e sem assembleísmos ou discussões intermináveis, buscar por intermédio de consulta nacional que priorize as populações mais vulneráveis, os caminhos que visem a implementação plena das ações de saúde pública pertinentes. Vale registrar que a recomendação de consulta nacional foi feita pelo UNAIDS em 2010, e sua adoção naquele momento, em nosso juízo, equivocadamente, o país não considerou como necessária, fato que sem dúvida fez postergar a adoção de estratégias mais eficientes, aspecto este constatado em países onde sua realização se efetivou.

Dezenas de outros aspectos merecem ser analisados, todavia, não temos a pretensão, além de fugir à nossa competência, de sermos exaustivos nesse tão vasto campo da saúde pública, mas apenas registrar alguns cenários para reflexão e aporte para o debate.

Somente com esforços adicionais e de grande envergadura o Brasil poderá honrar seu compromisso firmado durante a última Assembleia Geral da ONU, com vistas ao acesso universal à prevenção, tratamento e redução do estigma e discriminação das populações mais vulneráveis e pessoas que vivem com o HIV até 2015.

A capacidade técnica do país está sobejamente comprovada e disponível; a sociedade tem demonstrado sinais de inquietude e externa desejo de maior participação na construção de uma nova agenda. Não temos dúvida do compromisso das autoridades nacionais no estabelecimento de uma agenda nacional que conduza efetivamente ao cumprimento das metas estabelecidas na última Assembleia Geral sobre aids.

O UNAIDS e suas agências copatrocinadoras mais uma vez se colocam à disposição do governo brasileiro para apoiar a implementação dessa agenda.

**PEDRO CHEQUER**  
**Médico Epidemiologista,**  
**Coordenador do Programa Conjunto das Nações Unidas**  
**sobre o HIV/Aids (UNAIDS) no Brasil**  
**E-mail: chequerp@unaids.org**