Mito vs **Realidade:** sobre a **resposta brasileira** à **epidemia** de **HIV** e **AIDS** em **2016**

ABIA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS | OBSERVATÓRIO NACIONAL DE POLÍTICAS DE AIDS

EXPEDIENTE

Diretoria:

Diretor-presidente: **Richard Guy Parker**

Diretor vice-presidente: **Regina Maria Barbosa**

Secretário Geral: **Kenneth Rochel de Camargo Jr.**

Tesoureira: **Simone Souza Monteiro**

Tesoureiro Suplente: **Jorge Beloqui**

Conselho de Curadores:
Alexandre Grangeiro, Carlos Duarte, Claudia Osorio, Luís Felipe Rios de Nascimento, Fátima Rocha, Fernando Seffner, Francisco Pedrosa, Mário Scheffer, George Gouvea, Ruben Araújo Mattos, Pedro Chequer, Valdiléa Gonçalves Veloso Santos

Coordenação Executiva:
Salvador Corrêa

Mito vs Realidade Julho, 2016

Coordenação editorial: **Angelica Basthi**, **Richard Parker** e **Veriano Terto Jr.**

Colaboradores: Alexandre Grangeiro, Felipe Carvalho, Fernando Seffner, Maria Inês Baptistela Nemes, Marcela Vieira, Mario Scheffer, Richard Parker, Pedro Villardi, Sonia Corrêa e Veriano Terto Jr.

Estagiária de Comunicação: Maiana Santos

Fotos: Vagner de Almeida e Arquivo ABIA

Projeto gráfico: A 4 Mãos Comunicação e Design

ABIA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS | OBSERVATÓRIO NACIONAL DE POLÍTICAS DE AIDS

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)
Av. Presidente Vargas 446 – 13° andar – Centro – CEP: 200071-907
Rio de Janeiro – RJ – Brasil – Tel.: (21) 2223-1040

Este material foi desenvolvido em atendimento à uma moção aprovada no 18º Encontro Nacional de ONGs AIDS, realizado em Campo Grande (MT), em dezembro de 2015.

O material foi produzido com o apoio de UNITAID e de Pão Para o Mundo.

Sumário

EDITORIAL 4

A RESPOSTA BRASILEIRA AO HIV E À AIDS EM TEMPOS TORMENTOSOS E INCERTOS

Sonia Corrêa 7

DA ESTABILIZAÇÃO À REEMERGÊNCIA: OS DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

Alexandre Grangeiro 16

A NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO HIV E A RESPOSTA BRASILEIRA À AIDS

Fernando Seffner e Richard Parker 22

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV E AIDS NO BRASIL

Maria Ines Baptistela Nemes e Mário Scheffer 31

A LUTA CONTINUA: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ACESSO AOS ANTIRRETROVIRAIS NO BRASIL

Veriano Terto Jr., Felipe Carvalho, Pedro Villardi e Marcela Vieira 37

Editorial

O retrocesso brasileiro e a epidemia de AIDS no mundo

Outrora modelo para o mundo na resposta à epidemia do HIV e da AIDS, o Brasil de 2016 caminha em retrocesso. Mergulhado na pior crise político-econômica experimentada desde a fase pós-democratização, o maior país da América do Sul perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais.

O Brasil deixou de lado a *expertise* para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social. É em razão do significativo impacto dessas perdas que oferecemos, neste documento, uma análise crítica e contundente sobre os mitos e as realidades referentes à resposta brasileira à epidemia de AIDS.

O primeiro tema abordado é a profunda crise que atingiu o país em 2016. O argumento é o fio condutor para a investigação da pesquisadora Sonia Corrêa, no artigo **"A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos"**. Segundo ela, os efeitos da crise podem ser sentidos em vários níveis, inclusive no que diz respeito às políticas de saúde. A autora faz uma interessante retrospectiva histórica sobre os principais acontecimentos políticos que sedimentaram o caminho para o atual contexto de crise no qual o Brasil está inserido.

Já o pesquisador Alexandre Grangeiro nos oferece uma reflexão pertinente no texto **"Da estabilização à emergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS no Brasil"**. Grangeiro faz uma avaliação realista sobre as diferentes visões relacionadas ao impacto das ações preventivas e do acesso universal aos antirretrovirais. E, a partir da análise de indicadores epidemiológicos, busca compreender as janelas que apresentam as novas tendências de epidemia no Brasil.

O registro de que nos últimos 10 anos as políticas públicas no Brasil têm sido delimitadas pelo viés biomédico – e, em consequência, desperdiçado o conhecimento crítico acumulado de setores essenciais para a construção da resposta à epidemia – é analisado pelos pesquisadores Fernando

Seffner e Richard Parker no artigo **"A neoliberalização da prevenção e a resposta brasileira à AIDS"**. Parece-nos que este viés tecnicista tem mais interesse em esconder a gravidade da epidemia do que revelá-la em suas preocupantes dimensões. Seffner e Parker defendem que, por suas características e complexidades, a AIDS é um potente marcador social capaz de contextualizar desigualdades e vulnerabilidades sociais. A observação do fenômeno da AIDS, portanto, nos permite compreender como é garantido, no tecido social, o direito à vida e à saúde.

Já os especialistas Maria Inês Baptistela Nemes e Mario Scheffer analisam os **"Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil"**. Os autores reconhecem, por exemplo, que as principais perdas para o cuidado continuado após o diagnóstico ocorrem na retenção e no tratamento. Segundo eles, não há perspectiva de melhora sem o investimento de recursos adicionais. Faz-se necessária a recuperação de uma vigorosa resposta assistencial.

Por fim, o último artigo oferece uma leitura crítica a partir de uma perspectiva histórica e política sobre o acesso aos medicamentos antirretrovirais que envolvem atores políticos de peso significativo para o controle da epidemia (a indústria farmacêutica, o Estado e a sociedade civil). O assunto é abordado pelos pesquisadores e ativistas Veriano Terto Jr, Felipe Carvalho, Pedro Villardi e Marcela Vieira no artigo **"A luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil"**. Os autores fazem uma contundente reflexão sobre as ameaças ao programa de acesso a medicamentos no Brasil à luz da atual conjuntura política e econômica no país e do contexto internacional igualmente difícil para a saúde pública e para os direitos humanos.

Mais do que denunciar a grave situação brasileira e chamar a atenção internacional para o Brasil, esta publicação faz um alerta para o momento imperativo que o mundo experimenta hoje no enfrentamento da epidemia de AIDS. O Brasil foi, durante muitos anos, um modelo mundial de resposta bem-sucedida ao HIV e à AIDS. A falência brasileira pode, portanto, refletir negativamente em vários países, seja na América Latina e Caribe, seja no Leste europeu, Ásia e África.

O que acontece no cenário brasileiro fortalece o argumento de que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais. E chama a nossa atenção para o fato de que a biomedicalização – ou seja, a ênfase nos medicamentos como forma privilegiada de enfrentar a epidemia – pode servir como uma cortina de fumaça que esconde uma série de retrocessos. Estes recuos, em muitos países, estão transformando o suposto "scale-up" para conter o avanço do HIV e da AIDS em "scale-down".

A tendência da biomedicalização da resposta à epidemia e a crescente desmobilização da sociedade civil em âmbito global têm gerado efeitos nocivos ao enfrentamento da AIDS em inúmeras sociedades. Precisamos recriar o espaço para a voz das comunidades mais afetadas e, desta forma, reintroduzir a resposta comunitária na agenda política. Para isso, é preciso envidar esforços de governos, agências de cooperação, cientistas e ativistas em escala global.

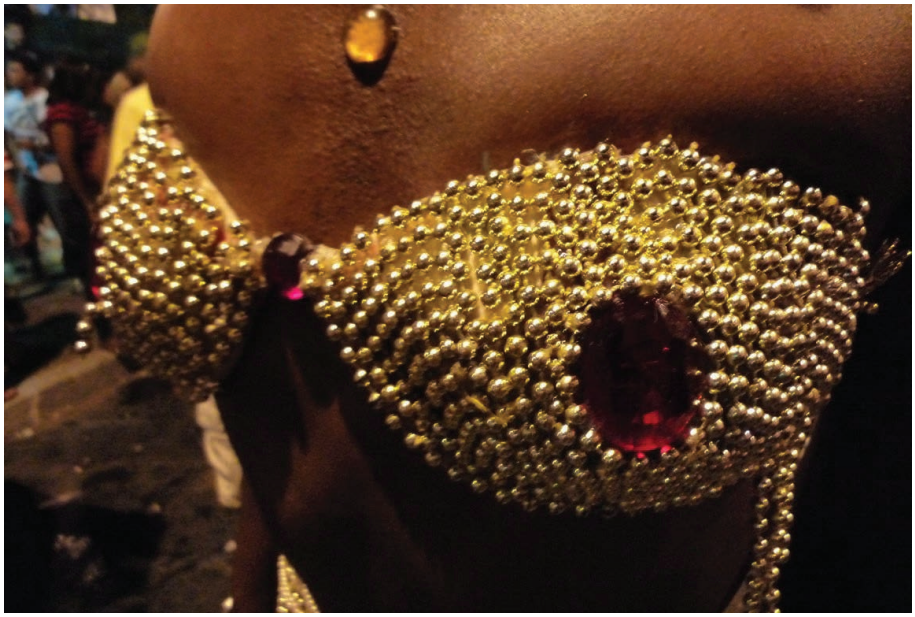
Já para os que residem no Brasil – sociedade civil, governos, cientistas e ativistas, gestores, profissionais de saúde e de serviços e as pessoas vivendo com HIV e AIDS – queremos lançar o desafio para que, juntos, possamos reconstruir a resposta exemplar para o enfrentamento da epidemia. Acreditamos que inspirados nos princípios que nos movem – a solidariedade, os direitos humanos fundamentais e a justiça social – será possível superar esses tempos sombrios.

Arquivo ABIA

A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos

SONIA CORRÊA[1]

Arquivo ABIA



O estado da resposta brasileira ao HIV e AIDS em 2016 deve ser situado em relação ao contexto político mais amplo do país. Esta não é, contudo, uma tarefa simples. Em 2016, ano em que se comemoram 20 anos da Lei 9.313, de 13 de outubro de 1996, que assegurou acesso universal e gratuito aos antirretrovirais (ARV), o Brasil atravessa uma crise profunda, descrita por inúmeros analistas como a mais grave turbulência experimentada pelo país no período pós-democratização (desde 1985). A produção deste dossiê coincidiu no tempo com uma brutal recessão econômica e início de um processo formal de *impeachment* da presidente eleita em 2014. A crise é profunda e complexa. As forças em jogo, as distorções e os riscos nela implicados têm sido analisados e contestadas por atores institucionais e pela sociedade civil brasileira e interpretados

[1] Pesquisadora associada da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e cofundadora do Sexuality Policy Watch (SPW).

Vagner de Almeida

por observadores internacionais[2]. Seus desdobramentos, de curto e médio prazos, são muito difíceis de prever.

Nesse cenário instável e incerto, têm sido expostas as muitas distorções do sistema político brasileiro, assim como vieses e fragilidade das instituições reguladoras construídas no processo de democratização. São também deletérios os efeitos da crise sobre a capacidade executiva do governo e em seus diferentes níveis, inclusive no que diz respeito a política de saúde – cujo desempenho já vinha sendo sofrível no curso dos últimos cinco anos e, desde 2015, se vê frente ao desafio de responder a intensificação de epidemias por infecção de vírus transmitidos pelo mosquito Aedes Egyptis, que é particularmente aguda no caso do Zika e seus efeitos reprodutivos.

Embora não seja possível analisar em profundidade a complexidade, a instabilidade e a incerteza desse cenário, é necessário mantê-lo como pano de fundo, se não por outra razão, porque a trajetória da resposta brasileira ao HIV e à AIDS – que é tributária do processo de democratização – se vê comprometida neste contexto que pode ser interpretado como fim desse ciclo virtuoso. A coincidência, nos anos 1980, entre a eclosão da epidemia e o momento mais vibrante da democratização brasileira produziu uma convergência virtuosa em torno da reconstrução do Estado e em especial das políticas sociais. Ao mesmo tempo, as questões de gênero e sexualidade tomaram corpo nos debates da esfera pública numa vinculação estreita com a demanda por direitos de cidadania[3], favorecendo a construção de uma resposta ao HIV pautada pela não discriminação e pelos direitos humanos.

Em paralelo, a reforma do sistema de saúde público – gravada na nova Constituição de 1988 com base na premissa do direito à saúde – estabeleceu o arcabouço institucional necessário para ancorar a resposta sanitária ao HIV, favorecendo o desenho e a implementação de ações qualificadas na prevenção do HIV e na assistência às pessoas com AIDS, como, por exemplo, a aprovação da Lei 9313 no ano de 1996. Essa definição, por sua vez, habilitou medidas para superar as barreiras ao acesso ao ARV decorrentes do regime dominante de propriedade intelectual.

Nos anos 1990, a política nacional para o HIV e a AIDS recebeu investimentos financeiros significativos, dentre eles, recursos de um empréstimo do Banco Mundial. Estes investimentos tinham uma moldura de implementação que incluía apoio substantivo a organizações da sociedade civil envolvidas com atividades de educação e prevenção, assim como estruturas de participação e controle social. Não é trivial que essas definições de política tenham sido tomadas num contexto mais amplo em que já prevalecia a lógica neoliberal para políticas sociais (focalização, privatização e pacotes básicos).

Em contraste, como será analisado em detalhe nas seções subsequentes, em 2016, a resposta brasileira ao HIV apresenta déficits flagrantes nos âmbitos da prevenção e da assistência no que diz respeito à aderência aos

[2] Anderson, Perry. (2016). Crisis in Brazil, London Review of Books, Vol. 38 nº 8 - pág. 15-22. Disponível em: http://www.lrb.co.uk/v38/n08/perry-anderson/crisis-in-brazil. Acesso em: 28 de abril de 2016.

[3] Vianna, Adriana & Carrara, Sérgio. (2007). "Sexual politics in Brazil: A Case Study". In: Parker, R., Petchesky, R. & Sember, R. (Eds.). *SexPolitics: Reports from the Front Lines* (pp.197-246). New York, Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch. Disponível em: www.sxpolitics.org/frontlines/home/index.php. Acesso em: abril 2016.

direitos humanos[4] e a questões da propriedade intelectual como obstáculo ao acesso ao tratamento com qualidade[5]. Adicionalmente, as organizações da sociedade civil, que têm um papel crucial nos programas de educação pública e prevenção, desde alguns anos experimentam dificuldades de sustentabilidade financeira e estiveram, até muito recentemente, sujeitas à grande insegurança jurídica, pois apenas em meados de 2015 foi aprovada nova legislação que potencialmente facilitará procedimentos de gestão e acesso a fundos públicos.

Adicionalmente, mas não menos importante, deve-se observar que em anos recentes a incorporação de inovações tecnológicas em HIV, em especial no campo da prevenção, não se deu no ritmo desejado. Em consequência, o redesenho da resposta brasileira (2013) no sentido de alinhá-la com as diretrizes globais de Testar e Tratar e a oferta ampliada de profilaxias de pré e pós-exposição ao HIV se veem comprometidas pelos déficits estruturais hoje enfrentados pelo sistema público de saúde.

Esse quadro problemático e preocupante decorre de uma interseção perversa de tendências negativas no âmbito da política de saúde num sentido amplo, debilitação dos compromissos do Estado com a agenda dos direitos humanos e efeitos da crescente influência do conservadorismo moral na formação de políticas e na produção legislativa.

A desorganização do sistema público de saúde

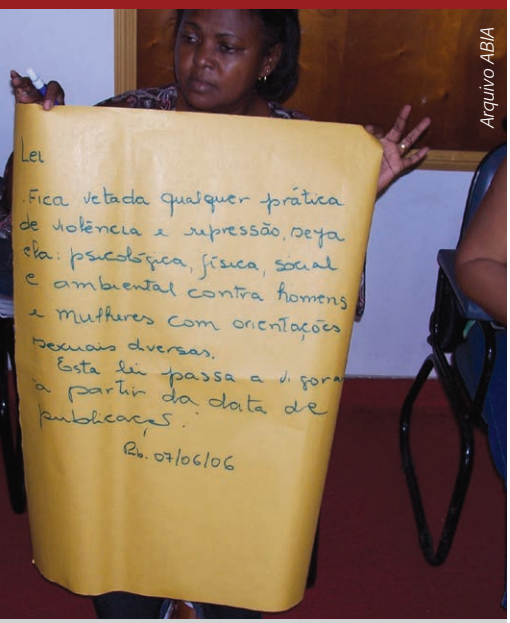
Conforme dito acima, a criação nos anos 1980 de um sistema de saúde universal, único, gratuito e com financiamento público – o Sistema Único de Saúde (SUS) – forneceu a base sobre a qual foram ancoradas as políticas posteriores em HIV e AIDS. Entretanto, a implantação plena do SUS não foi uma tarefa fácil, entre outros fatores porque as premissas do sistema contradiziam a predominância das políticas de matriz neoliberal. Em 2006 (quase 20 anos depois da reforma legal), o SUS ainda se encontrava em processo de construção e enfrentava numerosos desafios, a começar pelo fato de ser uma máquina gigantesca que prestava serviços a milhões de pessoas em um país extremamente diversificado e desigual. Essa escala maciça e a heterogeneidade do sistema em termos de capacitação técnica, recursos humanos (mas também "ideologias") significam que, não infrequentemente, políticas nacionais excelentes foram mal traduzidas quando chegaram no nível local.

Além disso, nunca foi resolvido o equilíbrio enviesado entre o financiamento público e o privado da assistência à saúde, e sempre quando emerge uma nova crise no SUS, aumenta o espaço para o setor privado ampliar seu alcance. Hoje, mais de 50% dos gastos nacionais em saúde (aproximadamente 9% do PIB brasileiro) correspondem ao financiamento privado. Apenas 28% da população têm cobertura por seguro de saúde privado, mas a sustentação

Arquivo ABIA

[4] Malta, Monica & Beyrer, Chris. (2013). The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, 16:18817. Disponível em: http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18817 e http://dx.doi.org/ 10.7448/IAS.16.1.18817. Acesso em: abril 2016.

[5] Reis, Renata, Terto-Junior Veriano, Cristina Pimenta, Maria. (2009). Intellectual Property Rights and Access to ARV Medicines: Civil Society Resistance in the Global South. Rio de Janeiro: http://deolhonaspatentes.org.br/media/file/Publica%C3%A7%C3%B5es/Intelectual%20Property.pdf



Arquivo ABIA

do setor privado pelo setor público, na forma de incentivos fiscais, representa 20% do financiamento público anual em saúde[6].

Desde 2006, a fragmentação a partir da descentralização fomentou a adoção de legislação municipal que permite a contratação de "organizações sociais" como prestadores de serviços de saúde, mas que não garantem fiscalização pública, regulamentação ou responsabilização[7]. A descentralização também prejudicou drasticamente o financiamento da sociedade civil, com tradição longa de trabalho na prevenção do HIV, na medida em que os recursos federais alocados para essas atividades no nível local não foram acompanhados por regras para garantir que chegassem à sociedade civil organizada[8].

Também é preciso mencionar que as debilidades que afetam o sistema de saúde não estão dissociadas das distorções do modelo de desenvolvimento adotado pelas administrações do PT. Como bem analisa Anderson (2016), essas administrações, mesmo sendo de esquerda, fizeram uma opção preferencial pelo crescimento e a promoção da equidade via mercado e consumo, em detrimento de estratégias de expansão dos sistemas públicos de proteção social:

> **[...] o consumo privado foi desencadeado sem restrição com o uso dos serviços públicos, cujas melhorias teriam sido o modo mais caro de estimular a economia. A compra de produtos eletrônicos e veículos (carros por meio de benefícios fiscais) foi estimulada, enquanto que o abastecimento de água, as ruas pavimentadas, os ônibus eficientes, os esgotos sanitários aceitáveis, as escolas e os hospitais decentes foram negligenciados. Bens coletivos não tinham prioridade nem no campo ideológico nem no prático[9].**

Em decorrência – muito embora existam, de fato, várias "ilhas de excelência" no SUS – os problemas e as distorções descritos acima são incontornáveis. Afetam predominantemente a eficiência e a qualidade da assistência primária, na qual ocorrem a detecção precoce, a prevenção e a educação. Os programas de prevenção e de atenção primária em HIV e AIDS têm sido as principais vítimas dessa desorganização, agravada pelo enfraquecimento da capacidade do movimento de HIV e AIDS no sentido de exigir transparência nas políticas.

O arcabouço dos Direitos Humanos

Nos anos 90, quando a resposta brasileira ao HIV e à AIDS ganhou corpo, a agenda política de direitos humanos experimentava, em nível internacional e nacional, um ciclo virtuoso de legitimação e expansão. Esse ciclo se iniciou na Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena de 1993, quando se firmou a indivisibilidade entre Direitos Civis e Políticos e Direitos Econômicos e Sociais, desdobrando-se na Conferência de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na IV Conferência da Mulher (Pequim,

[6] Lavinas, Lena. (2015). Inovando no Setor Público Brasileiro – Desafios Institucionais e Políticas Públicas. Paper apresentado no Seminário Innovation for Inclusive Growth, Columbia University, New York.

[7] Bravo, M.I.; Andreazzi, M.F; Menezes, J.B.; Lima, J.B & Souza, R.O. (2015). A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz.

[8] Pimenta, Cristina; Corrêa, Sonia; Maksud, Ivia; Dominicis, Soraya & Olivar, José Miguel. (2010). *Sexuality and Development: Brazilian National Response to HIV/AIDS amongst sex workers*. ABIA: Rio de Janeiro. Disponível em: http://sxpolitics.org/books-and-reports/4934. Acesso em: Abril 2016.

[9] Anderson, 2016, p.1, tradução livre.

1995), cujos programas de ação abordam a epidemia a partir da ótica da saúde e dos direitos humanos. O estabelecimento do UNAIDS em 1996 e a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU de 2001 também foram pautados por premissas de igualdade, liberdade e não discriminação, e é importante referir que o Brasil foi um ator importante nesses processos.[10]

É radicalmente distinto o cenário de 2016. Muito embora desde os anos 1990 os sistemas regionais e internacionais de direitos humanos tenham se consolidado, as condições globais são hoje determinadas pela chamada multipolaridade competitiva e uma reativação das premissas de soberania nacional. Hoje, o uso instrumental e seletivo dos direitos humanos é cada vez mais frequente e as premissas de direitos humanos têm sido abandonadas por inúmeros atores estatais, ao norte e ao sul do Equador.[11]

Inflexões negativas também são palpáveis no Brasil, onde, desde sempre, têm sido numerosos os adversários dos direitos humanos. O Programa Nacional de Direitos Humanos criado em 1995 – que, em 2003, seria transformado em Secretaria Nacional com status ministerial – foi, durante muito tempo, um suporte importante para a agenda de acesso a tratamento e não discriminação da política de AIDS. Porém, em 2010, durante a terceira revisão de suas diretrizes de política, a pauta foi duramente atacada pelas forças conservadoras[12] e, a partir daí seu desempenho se debilitou. Na reforma ministerial de 2015, já feita no contexto da crise atual, a Secretaria perdeu o estatuto ministerial, tendo sido transformada numa instância interna de um novo ministério que também agrega a Secretaria de Política para Mulheres e a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial.

É preciso dizer, contudo, que mesmo antes de 2010 já se viam sinais de desvinculação entre HIV e AIDS e direitos humanos nas diretrizes de políticas do plano federal. Em 2008, o primeiro relatório apresentado pelo Brasil para a Revisão Periódica Universal (RPU) do Conselho de Direitos

Vagner de Almeida

[10] Em 2000, o Brasil propôs a criação do mandato do Special Rapporteur on the Right to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, em grande medida por impulso das definições estabelecidas nacionalmente para a resposta ao HIV e à AIDS.

[11] O exemplo mais cabal é o tratamento dos refugiados pela União Europeia.

[12] Corrêa, Sonia. (2010). Abortion and Human Rights: Will Brazil be the Next Nicaragua? Disponível em: https://rewire.news/article/2010/06/15/ abortion-human-rights-current-controversy-brazil/. Acesso em: 5 de abril de 2016.

Humanos nem mesmo mencionava a política de HIV e AIDS, um padrão que se repetiu na RPU de 2012. Hoje, um novo fator debilitante deve ser contabilizado nesse quadro: a atual ênfase nas estratégias biomédicas como diretriz principal da política nacional tampouco favorece a perspectiva de direitos humanos e não discriminação que, no passado, foi marca forte da resposta brasileira ao HIV e à AIDS.

Arquivo ABIA

A política do conservadorismo sexual

Outro traço do contexto brasileiro dos anos 80 amplamente reconhecido como facilitador de uma resposta positiva ao HIV e à AIDS, isenta de moralismos e baseada em direitos humanos, foi o lugar e o significado peculiares da sexualidade na construção social e na identidade nacional brasileiras[13]. Entretanto, nos últimos 30 anos houve uma transformação na sociedade e na política brasileiras que resultou na contínua expansão de visões conservadoras e moralistas em relação a gênero, sexualidade e família. É importante notar que os atores e as visões conservadores não estavam ausentes dos cenários dos anos 1980 e 1990. Por exemplo, durante a reforma constitucional, a pequena bancada evangélica, já atuante no Congresso e aliada a outras forças conservadoras, conseguiu impedir a inclusão de menção sobre orientação sexual no texto final[14]. Mais tarde, em diversas ocasiões a hierarquia da Igreja Católica atacou abertamente a distribuição ampla e gratuita de preservativos pelo Ministério da Saúde. Por mais virulentos que tenham sido esses episódios eventuais, não se comparam à natureza sistêmica das tendências regressivas em andamento no Brasil em relação a políticas de gênero e sexualidade, e que resultam do poder acumulado pelas forças religiosas dogmáticas através da política eleitoral.

Um aspecto importante a ser destacado quanto a essa nova tendência é que, à medida que a democracia brasileira se consolidava, tornou-se cada vez mais evidente a natureza contraditória do pacto de governabilidade que serviu de base para a democratização. Segundo as regras do regime presidencialista brasileiro, o Executivo não consegue governar sem negociar constantemente com sua própria base parlamentar. Essa dinâmica fica ainda mais complicada diante da natureza fragmentada do sistema político (há mais de 40 partidos políticos registrados, e 30 deles têm representação na Câmara dos Deputados), porque cria condições de negociação extremamente instáveis, permitindo que legisladores evangélicos e outros conservadores alavanquem sua influência, estabelecendo uma presença significativa que cruza linhas partidárias e amplia as frentes de negociação com o Executivo.

Essa dinâmica tem impactado negativamente as políticas públicas de vários campos "moralmente sensíveis", como saúde e direitos reprodutivos, HIV e AIDS e educação em sexualidade. Em 2011, a Presidência da República suspendeu a distribuição na rede pública de educação de um kit de vídeos

[13] Parker, Richard. (2009, org. 1991). Bodies, Pleasures, and Passions: sexual culture in contemporary Brazil, Nashville: Vanderbilt University Press.

[14] de la Dehesa, Rafael. (2010). *Queering the public sphere in Mexico and Brazil: sexual rights movements in emerging democracies*. Duke University Press.

educativos sobre diversidade sexual. No início de 2012, o *spot* da campanha de prevenção do HIV para o carnaval voltado para os jovens HSH foi censurado pelo ministro da Saúde. Em junho de 2013, uma campanha de prevenção do HIV entre prostitutas foi censurada e, em resposta, o diretor do Departamento de HIV, AIDS e Hepatites Virais pediu exoneração. Em todos esses casos, as medidas radicais foram tomadas para responder à forte pressão de legisladores conservadores que pertenciam à base política no governo e que fizeram desses tópicos objetos de barganha em relação a negociações de temas mais importantes para o Executivo. Em 2015, quando se inaugurou a legislatura mais conservadora do país desde 1964 (ano do golpe militar), um projeto de lei de criminalização da transmissão do HIV de 2001 foi desarquivado e começou a tramitar de maneira acelerada. Sua aprovação foi contida pela mobilização da sociedade civil brasileira e de atores institucionais nacionais e internacionais comprometidos com a pauta de HIV e direitos humanos.[15] A votação final em Comissão está pendente da turbulência instalada no Congresso por efeito do processo de *impeachment*[16].

A possibilidade de, num futuro próximo, bloquear este e outros projetos de lei de natureza regressiva não é exatamente alvissareira. Na atual legislatura que se estende até 2019, a bancada evangélica tem quase 15% do total de 586 deputados, a maior parte da igreja Assembleia de Deus (25), Igreja Universal do Reino de Deus (12) e Igreja Batista (8), os quais estão distribuídos entre 23 diferentes partidos. Também é preciso contabilizar a presença de deputados e deputadas católicos e espíritas conservadores. Esses grupos estão em geral alinhados com o deputado evangélico eleito para presidir a Câmara em 2015 e que hoje lidera a proposição de impeachment, mesmo que pesem sobre ele sólidas acusações de corrupção.[17]

Não é possível prever com facilidade o que vai ocorrer no quadro político brasileiro no curto e médio e prazos, mas uma coisa é certa: as forças do conservadorismo moral foram um motor importante do processo de *impeachment* em curso e vão continuar presentes e ativas no âmbito das instituições políticas e na própria sociedade. Todo e qualquer desdobramento das políticas de resposta ao HIV e AIDS deverá contabilizá-las com muito realismo e criatividade.

Post-Scriptum

Essa introdução elaborada ao final de março de 2016 já sublinhava a dificuldade de fazer previsões quanto aos possíveis desdobramentos da ampla e profunda crise política em curso no Brasil. Passados dois meses, a realidade político-institucional brasileira foi substantivamente alterada, mas continua sendo difícil prever o que poderá acontecer a médio e longo prazos.

Em 17 de abril a Câmara Federal aprovou, por incontestável maioria, a admissibilidade do *impeachment* da presidente Dilma Roussef. A sessão

[15] UNAIDS, por exemplo, enviou um sólido parecer contra o projeto de lei ao Congresso brasileiro. E, por efeito desse episódio, o Brasil hoje figura numa lista na qual a agência que arrola países que estão potencialmente sujeitos a situações emergenciais pode exigir ação imediata.

[16] de la Dehesa, Rafael. (2013). The End(s) of Activism? Sexual Rights and the Brazilian Workers Party. Fletcher Forum. Disponível em http:/wwww.fletcherforum.org/2013/09/30/deladehesa/, Abril 2016; Corrêa, Sonia e Khana, Akshay (2015). Emerging Powers, Sexuality and Human Rights: fumbling around the elephant. Working Paper 11, Sexuality Policy Watch. Disponível em http://sxpolitics.org/wp-content/uploads/2015/09/workingpaper-11.pdf . Abril, 2016. Veja capítulo "Brazil: Legalicies and paradoxes", pp.21-33.

[17] O deputado federal Eduardo Cunha está sendo investigado pela Polícia Federal e pela Promotoria Pública. Suas contas na Suíça foram devassadas pela Procuradoria daquele país e seu nome aparece nos *Panama Papers*, uma lista de investidores em paraísos fiscais divulgada no início de abril de 2016 pela Associação Nacional de Jornalistas Investigativos. No entanto, as regras brasileiras de imunidade são tais que ele tem conseguido manobrar e manter seu cargo na Presidência da Câmara. Em 22 de junho de 2016, ele foi formalmente indiciado.

plenária foi grotesca tanto em termos das evocações de deus e da "família" feitas pelos deputados quanto pelos argumentos utilizados. Seu pior momento se deu quando o deputado Jair Bolsonaro – uma das vozes mais virulentas no ataque a temas relacionados à sexualidade e aos direitos – dedicou seu voto a um infame torturador da ditadura ao declarar seu apoio ao *impeachment* de uma presidente que foi ela mesma torturada. As cenas da votação escandalizaram tanto observadores estrangeiros quanto setores da sociedade brasileira. É exemplo disso o artigo publicado pela habitualmente sóbria revista alemã *Der Spiegel* que, de maneira premonitória, foi intitulado *Uma insurreição de hipócritas*.

Em 11 de maio o Senado confirmou a decisão da Câmara, dando início ao processo de afastamento temporário de Roussef, que se estenderá por outros 180 dias a partir desta data, quando finalmente o *impeachment* será decidido. Interpretações jurídicas formalistas permitem dizer que o processo de *impeachment* até aqui obedeceu às devidas regras constitucionais estabelecidas na lei que trata da matéria (que remonta aos anos 1950). Do ponto de vista político, entretanto, as duas votações constituíram, de fato, um *tour de force* que tem sido qualificado como "golpe" de caráter político. Ernesto Samper, ex-presidente da Colômbia e atual presidente da Unasul, por exemplo, ao analisar a evolução institucional da crise, afirmou corretamente que, ao afastar uma presidente eleita com base em contestações de atos administrativos, o Congresso brasileiro abriu um precedente perigoso para a consolidação dos Estados democráticos na América do Sul. Desde então protestos contra o processo de *impeachment* se multiplicaram no país e também em eventos internacionais de grande visibilidade, como o Festival de Cannes.

Arquivo ABIA

A despeito desses questionamentos e contestações, o governo interino chefiado pelo vice-presidente Michel Temer assumiu o poder como se lá estivesse de forma definitiva. De imediato, propôs cortes draconianos nos investimentos públicos, eliminou vários ministérios – Cultura, Direitos Humanos, Igualdade Racial e Políticas para as Mulheres – e alterou sem base legal regras de funcionamento do sistema público de comunicação, tendo subordinado o Ministério da Seguridade Social à Fazenda, medida que pode ser interpretada como um ato neoliberal extremado. O gabinete interino está constituído basicamente por membros conservadores do Parlamento, sendo disto exemplo o pastor evangélico nomeado como ministro da Indústria. Conhecidos pelo estilo de fazer política como jogo de barganha, vários desses personagens estão sendo investigados por corrupção.

Contudo, o fato que mais repercutiu no plano internacional foi a ausência total de mulheres no primeiro escalão, o que contrasta de maneira chocante com os seis anos de uma presidência feminina. Para corrigir tal déficit, o presidente interino saiu em busca de mulheres para assumir postos no segundo escalão. Não só esse esforço teve pouco sucesso – pois várias mulheres recusaram o convite – como o efeito desse esforço

resultou numa quimera. De um lado, uma "moderna" executiva liberal aceitou ser presidente do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e uma reconhecida feminista assumiu a Secretaria de Direitos Humanos, agora subordinada ao Ministério da Justiça. De outro, a nova Secretaria de Políticas para Mulheres é comandada por uma evangélica, que já se manifestou como contrária ao aborto, mesmo nos casos de estupro.

Do ponto de vista da política de saúde, num sentido amplo, e da resposta ao HIV e à AIDS, em particular, é muito grave que em sua primeira declaração pública o ministro da área tenha afirmado que o SUS é financeiramente insustentável. Embora num momento seguinte o ministro tenha recuado dessa posição, a ameaça de demolição das bases do sistema público de saúde está longe de ter sido debelada.

No Congresso, especialmente na Câmara, está formada uma ampla maioria conservadora que poderá aprovar reformas destinadas a reduzir drasticamente os direitos assegurados na Constituição de 1988, no âmbito dos direitos trabalhistas, seguridade social e mesmo direito à saúde. E no que diz respeito a temas que são relevantes no sentido das respostas ao HIV, imediatamente pós-*impeachment*, a bancada evangélica propôs que fosse suspenso o decreto da Presidência, assinado por Dilma Roussef no início de maio, que assegura o direito ao nome social de travestis e pessoas trans em todas as instituições públicas federais.

Está em curso no Brasil uma restauração conservadora de amplas proporções que, entretanto, não deve ser interpretada como fenômeno inesperado. Suas origens podem e devem ser buscadas nos ciclos longos de constituição da formação social e política do país. Como já observado, os sintomas dessa restauração já eram muito evidentes ao longo das administrações do PT, pelo menos desde a segunda metade dos anos 2000. O fato de um terço dos ministros que compõem o gabinete do governo interino corresponder a políticos que foram ministros nas presidências de Lula e Dilma é talvez o dado que melhor ilustre esse traço.

Muito embora as investigações de práticas de corrupção que marcaram a administração do PT tenham sido o grande fator de mobilização social pro-*impeachment*, nas duas últimas semanas de maio, dois ministros do governo já foram afastados por evidência de tentativa de obstrução de procedimentos investigativos da operação Lava Jato. Um dos elementos mais imprevisíveis do cenário brasileiro se situa no âmbito dos desdobramentos desta e de outras investigações, cujas ramificações são extensas através do espectro político. Tampouco é possível dizer o quanto contestações e protestos vão ou não se ampliar nos próximos meses. Não surpreende, portanto, que nos primeiro dias de junho de 2016, a imprensa informava que já não estava assegurado o prognóstico inicial de aprovação final do *impeachment* pelo Senado. Ou seja, só o tempo dirá o que está por vir.

Da estabilização à reemergência:

os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil

ALEXANDRE GRANGEIRO[1]

Arquivo ABIA

O debate sobre as tendências da epidemia de HIV e AIDS no Brasil tem suscitado controvérsias e mostrado diferentes visões sobre o impacto das ações preventivas e do acesso universal aos antirretrovirais. De um lado, visões mais otimistas indicam uma melhoria dos diversos indicadores, como a estabilização da incidência do HIV; a manutenção de importantes taxas de práticas sexuais protegidas nas relações com substantivo risco de infecção; e o aumento do número de pessoas em tratamento por antirretrovirais, com o consequente declínio das taxas de mortalidade por AIDS.

De outro lado, há alertas de parte da comunidade científica, ativistas e gestores locais de saúde pública quanto à magnitude que a epidemia de

[1] Pesquisador sênior do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP); Membro do Conselho Curador da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

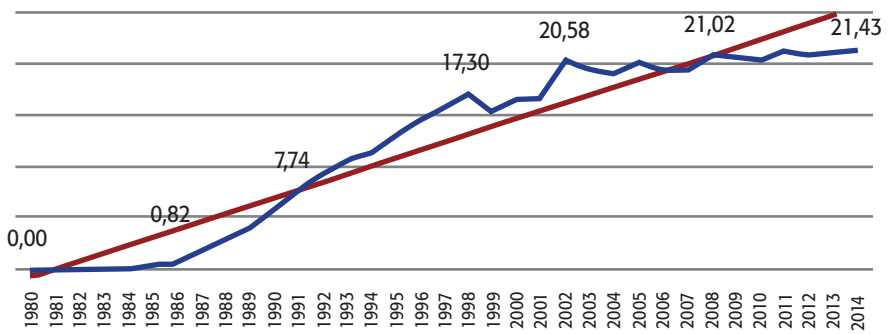
HIV e AIDS no Brasil atingiu em anos recentes seu patamar mais elevado, o que tem sido acompanhado por uma inflexão na tendência de estabilização da epidemia, notadamente nas novas gerações; a existência de um contingente expressivo de pessoas infectadas ainda desconhecedoras do *status* sorológicos; taxas de prevalência do HIV acima dos 5% em algumas das regiões com alto grau de urbanização e em populações específicas; e proporções de diagnóstico tardio e de perda de seguimento clínico de pacientes em uso de antirretrovirais que podem ultrapassar um terço dos casos conhecidos, refletindo-se em uma mortalidade por AIDS elevada e persistente.

Parte significativa dessa controvérsia advém das diferentes formas de analisar um mesmo conjunto de dados e da insuficiência de pesquisas e de informações de vigilância epidemiológica que permitam aprofundar o conhecimento da dinâmica do HIV no país. Recentemente, divulgações oficiais[2] noticiaram que pela primeira vez nos últimos sete anos as taxas brasileiras de incidência de AIDS atingiram patamares inferiores a 20 casos por 100 mil habitantes. Entre os anos de 2013 e 2014 a redução da taxa de incidência teria sido de 5%.

Essas notícias, entretanto, deixaram de mostrar um importante aspecto: a vigilância epidemiológica de AIDS no Brasil é relativamente complexa, registrando casos a partir de quatro sistemas nacionais de informação.[3] Isto faz com que, segundo estimativas conservadoras, mais de 10% dos casos apareçam nas estatísticas somente após um ano de seu diagnóstico. A simples correção desse atraso de registro é suficiente para que as taxas de incidência de AIDS em 2013 e 2014 estejam entre as mais altas conhecidas desde 1980 (gráfico 1), revertendo discretamente a tendência de redução oficialmente anunciada. Além disso, um crescimento mais acentuado da epidemia é observado em três das cinco regiões brasileiras, sendo que o Sudeste, região com a epidemia mais antiga, é a única que mostra clara tendência de decréscimo. Por concentrar pouco mais de 50% dos casos

Gráfico 1. INCIDÊNCIA DE AIDS (100 mil hab.)

Brasil, 1980-2013



Fonte: Boletim epidemiológico de AIDS do Ministério da Saúde, 2015, com correção para o atraso de notificação nos anos de 2013 e 2014, nas proporções de 2,476% e 8,770, respectivamente

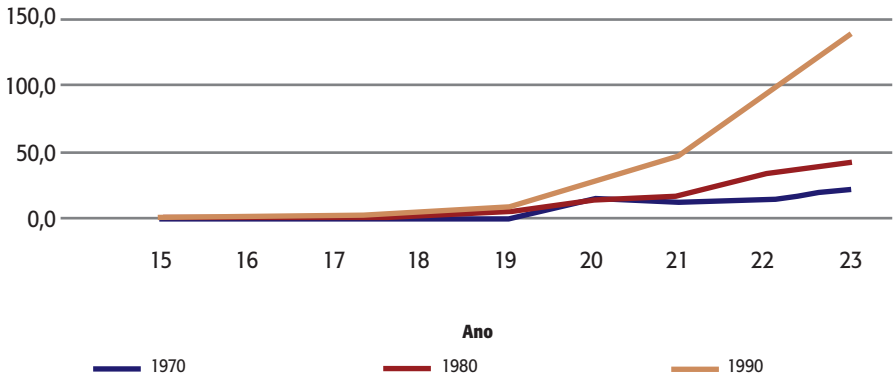
Vagner de Almeida

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. (2015). *Boletim epidemiológico – AIDS e DST*. Vol. 1. Ano IV. Brasília: Ministério da Saúde.

[3] O sistema de vigilância epidemiológica registra casos de AIDS por critérios clínicos e imunológicos (CD4 < 350 mm³), por meio da notificação de casos e pesquisas em declaração de óbito, sistemas de informação de exames de células CD4, carga viral e dispensa de medicamentos antirretrovirais.

Gráfico 2. INCIDÊNCIA DE AIDS EM HOMOSEXUAIS ENTRE 15 E 23 ANOS POR GERAÇÃO

Brasil, 1980-2014



Fonte: Banco Relacionado de AIDS. Ministério da Saúde, 2014

conhecidos do país, a redução na região Sudeste influencia o resultado nacional e esconde realidades mais críticas nas outras regiões.

Arquivo ABIA

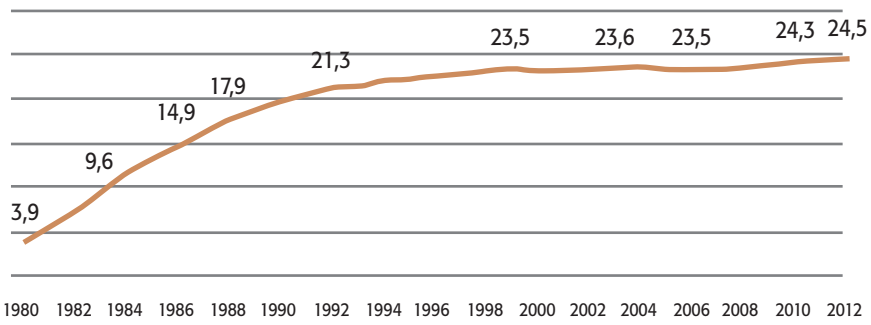
Essa possível reemergência da epidemia do HIV e da AIDS no Brasil torna-se ainda mais evidente ao se observar o comportamento da epidemia por gerações. Circunscrevendo uma análise aos casos de AIDS diagnosticados entre 15 e 24 anos, os nascidos na década de 1990, que iniciaram sua prática sexual quando o impacto dos antirretrovirais já era fortemente visível na sociedade, apresentam taxas de incidência de AIDS 3,2 vezes maiores do que aqueles que nasceram em 1970 e que iniciaram suas relações sexuais no momento em que surgiu a epidemia no país. Para homossexuais, essa taxa é seis vezes maior (gráfico 2). É importante lembrar que gerações nascidas entre os anos de 1960 e 70 são responsáveis por metade dos casos de AIDS registrados no país. É importante lembrar que homossexuais foram os que mais se engajaram no enfrentamento da epidemia ao longo desses 30 anos e os que mais mudaram suas práticas sexuais. Assim, confirmada a tendência de aumento da incidência em novas gerações e em homossexuais jovens, poderemos observar uma epidemia de maior magnitude nos próximos anos do que a existente até o momento. Isto ocorre após a adoção da política pública de tratar com antirretrovirais todos os brasileiros infectados pelo HIV, o que gerou a expectativa de redução significativa do número de novos casos de adoecimento por AIDS no país.

Uma tendência de crescimento dos casos de AIDS já vinha sendo observada no número de novos casos de infecções pelo HIV. Uma estimativa[4] realizada com base na contagem de células CD4 dos indivíduos que estavam iniciando o seguimento clínico no Brasil mostrou uma ocorrência de 47 mil novos casos de infecção em 2012, com uma taxa de incidência de 21,7 por 100 mil habitantes (gráfico 3).

[4] Szwarcwald et al. (2015). Estimation of the HIV Incidence and of the Number of People Living with HIV/AIDS in Brazil, 2012. J *AIDS Clin. Res*. nº 6, p. 430. Doi:10.4172/2155-6113.1000430.

Gráfico 3. TAXA DE INCIDÊNCIA DO HIV (100 mil hab.)

Brasil, 1980-2012



Fonte: Szwarcwald et al. Estimation of the HIV Incidence and of the Number of People Living with HIV/AIDS in Brazil, 2012. J AIDS Clin. Res., nº 6, p. 430, 2015. [6:430.] Doi:10.4172/2155-6113.1000430

Alguns fatores podem, em hipótese, ajudar a explicar essa nova tendência da epidemia no Brasil. É possível que o país esteja passando por uma mudança geracional no comportamento sexual, marcada, entre outros aspectos, por novos arranjos para encontros e relacionamento entre parceiros e uma menor adesão às práticas preventivas do HIV. Análises preliminares apontam que novas gerações estão iniciando a prática sexual mais cedo, tendo um maior número de parceiros sexuais e utilizando com menor frequência o preservativo em relações não estáveis.

A maior suscetibilidade das novas gerações tem sido acompanhada pela existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo HIV que desconhecem seu status sorológico e/ou apresentam carga viral detectável ou desconhecida após o diagnóstico, o que aumenta a chance comunitária de transmissão do HIV em relações sexuais desprotegidas. Em 2015, essa parcela representava 54% (425 mil) dos 781 mil brasileiros infectados pelo HIV.[5]

Indicadores contraditórios também são vistos ao se analisarem as ações do cuidado das pessoas vivendo com HIV. Assim, por um lado, as iniciativas do Ministério da Saúde para universalizar o diagnóstico do HIV e tratar todas as pessoas infectadas têm redundado em um expressivo aumento do número de testes anti-HIV realizados no âmbito do sistema público de saúde. Nos anos 2010 esse aumento[6] foi de 19,3%. Ainda no mesmo período, as pessoas que iniciaram o tratamento com antirretroviral representaram um aumento em 59%, num contingente de aproximadamente 400 mil pessoas.[7] Por outro lado, esse inegável sucesso das estratégias de testar e tratar tem tornado nebulosos alguns pontos frágeis da resposta brasileira. Os esforços para universalizar a testagem no país não se refletiram, na mesma proporção, em um aumento do número de pessoas que iniciam o seguimento clínico nos serviços públicos de saúde. Esse número[8] se manteve entre 42 e 46 mil pessoas nos anos de 2008 a 2014. Isto fez

[5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. (2015). *Boletim epidemiológico – AIDS e DST*. Vol. 1, Ano IV. Brasília: Ministério da Saúde.

[6] Dados extraídos do DATASUS, considerando testes Elisa e rápido.

[7] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. (2015). *Boletim epidemiológico – AIDS e DST*. Vol. 1, Ano IV. Brasília: Ministério da Saúde.

[8] Dados obtidos do Sistema de Informação de Controle de Exames de Células CD4 (2014).

com que nesse período a razão de testes realizados por pessoa que inicia o seguimento clínico passasse de 146,9 para 173,2. Em outras palavras, testa-se mais, mas não cresce da mesma forma o número de pessoas soropositivas identificadas. Este fato faz supor, ainda, que o aumento do número de pessoas que iniciaram o uso dos antirretrovirais nos anos de 2010, já citado anteriormente, está mais associado às mudanças do critério de início de tratamento do que ao aumento do diagnóstico e à maior inclusão de pessoas infectadas nos serviços de saúde.

Cabe lembrar, ainda, que parte importante dos diagnósticos feitos e o início da terapia antirretroviral têm sido tardios. Entre 2011 e 2014, cerca de 20 a 22 mil pessoas[9] iniciaram anualmente a terapia antirretroviral com contagem de células CD4 inferior a 350/mm^3. Estima-se[10] também que 12,5% das pessoas que iniciaram tardiamente o tratamento no Brasil demoraram mais de um ano para chegar ao serviço de saúde após o diagnóstico.

Vagner de Almeida

Ademais, as estratégias de cuidado têm se mostrado frágeis para vincular as pessoas infectadas aos serviços de saúde. Um estudo prospectivo[11] que acompanhou cerca de 8 mil pacientes em uso de ARV em quatro das cinco regiões brasileiras, entre 2003 e 2013, observou que 65% apresentaram história de perda de seguimento em algum momento do tratamento e que a probabilidade de perda de seguimento após cinco anos de início da terapia foi de 37,3%. A consequência, segundo o estudo, foi uma substantiva perda de efetividade do tratamento. Com isso, a probabilidade de estar com carga viral indetectável após cinco anos foi inferior a 50% – um percentual bem distante da meta das Nações Unidas: a de que 90% das pessoas vinculadas aos serviços de saúde tenham carga viral indetectável.

Esse cenário tem se refletido na manutenção de altas taxas de mortalidade por AIDS no país, que nos últimos 15 anos variou de forma tênue, ora para baixo, ora para cima. Em 2014, essa taxa padronizada foi de 5,7 por 100 mil habitantes. Em termos absolutos, entretanto, há um número discretamente crescente de mortes, o que, de certa forma, faz aumentar o impacto social da AIDS. Em 2013, as 12,5 mil mortes por AIDS significaram 382 mil anos potencias de vida perdidos,[12] considerando uma expectativa de vida do brasileiro de 74,9 anos.

Em resumo, as informações aqui mostradas apontam o fato de que o Brasil pode estar passando por uma fase de transição, com indicadores positivos da resposta brasileira sendo permeados por indícios de que a epidemia está reemergindo e tende a atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos. Isto acontece apesar de uma política pública que tem garantido o acesso aos antirretrovirais a todos que deles necessitam, evidenciando que a introdução de novas tecnologias medicamentosas, como o caso dos antirretrovirais, tende por si a ter um

[9] Dados obtidos do Sistema de Informação de Controle de Exames de Células CD4 (2014).

[10] Grangeiro, A. et al. (2014). The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. PLoS ONE 9(5): e95673. Doi:10.1371/journal.pone.0095673.

[11] Grangeiro, A. et al. (2014). The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. PLoS ONE 9(5): e95673. Doi:10.1371/journal.pone.0095673.

[12] Calculado com dados do Banco Relacionado de AIDS, Ministério da Saúde, 2014.

esgotamento ao longo do tempo, necessitando de outras ações para que seus efeitos sejam os mais amplos possíveis. Um bom exemplo é a transmissão vertical do HIV que, apesar da existência de uma profilaxia efetiva disponível na rede púbica há mais de 15 anos, apresenta, até hoje, cerca de 400 casos por ano, com uma taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos equivalente a 3,6 por 100 mil habitantes.[13]

A possível reemergência da AIDS torna-se ainda mais preocupante diante do fato de a sociedade brasileira ter refreado seu envolvimento na resposta à epidemia nos últimos anos, o que foi marcado pela redução das matérias e das notícias veiculadas pelos meios de comunicação; das ações preventivas para populações mais vulneráveis ao HIV; da distribuição do preservativo em ambiente escolar e em locais de trabalho; e das atividades desenvolvidas por organizações não governamentais, entre outras. Esse menor envolvimento da sociedade simboliza um forte rompimento com um dos principais sustentáculos que levou o Brasil a diversos resultados positivos em anos anteriores.

Além disso, a complexidade dos fatores que envolvem as novas tendências da epidemia no Brasil, como o aumento da população jovem suscetível, deixa interrogada a possibilidade de um maior controle da epidemia com o uso quase exclusivo das estratégias de testar e tratar. Essa estratégia pode ser insuficiente se não for acompanhada por respostas endereçadas às questões estruturais e que estão na base dos determinantes da epidemia no Brasil, como as situações de preconceito e estigma; a estrutura dos serviços de saúde, que apresenta déficit de profissionais e insuficiência nas estratégias de acolhimento e retenção dos usuários; e a violência e a marginalização de populações mais expostas ao risco. Nesse sentido, há de se lembrar que a epidemia no Brasil segue concentrada em regiões e populações específicas, entre as quais[14] profissionais do sexo (prevalência de 6,8%), homens que fazem sexo com homens (prevalência de 6,8%), usuários de drogas (prevalência de 23,1%) e moradores de rua[15] (prevalência de 5,0%).

Em saúde pública, indicadores que mostram um possível cenário de agravamento devem ser considerados em sua plenitude. Isto possibilita o desenvolvimento de ações que podem enfrentar precocemente o problema, evitando a consolidação e a ampliação dos impactos negativos. Além disso, a negligência desses indicadores impossibilita que a população adquira consciência da real gravidade do problema e se engaje em soluções duradoras. A antecipação e a transparência da resposta foram aspectos que garantiram ao Brasil resultados positivos ao longo desses mais de 30 anos de enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS.

Arquivo ABIA

[13] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. (2015). *Boletim epidemiológico – AIDS e DST*. Vol. 1, Ano IV. Brasília: Ministério da Saúde.

[14] Malta, M. et al. (2010). HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: A Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Public Health*, nº 10, p. 317. DOI: 10.1186/1471-2458-10-317.

[15] Grangeiro, A. et al. (2012). Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. Saúde Pública, nº 46, p. 4. [46:4.] Doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037.

A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS

FERNANDO SEFFNER[1]

RICHARD PARKER[2]

Arquivo ABIA

Dilemas do contemporâneo

A AIDS é uma doença de contornos biológicos já bastante bem definidos. Mas ela é também, como qualquer outro agravo de saúde, uma questão altamente complexa de ordem social, política, cultural e econômica. Ao se desenharem respostas para o enfrentamento da AIDS, são importantes, por um lado, as ações que tratam dos contornos biomédicos da doença (prescrever tal ou qual medicação para lidar com determinado quadro clínico, ter acesso a este ou aquele exame para conhecer melhor a ação do vírus no corpo de um específico sujeito); por outro lado, são igualmente importantes as ações que se ocupam dos fenômenos de ordem político-

[1] Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Integrante do Conselho Fiscal da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

[2] Professor de Ciências Sociomédicas e Antropologia, Universidade de Columbia, New York, Estados Unidos e diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

social que não apenas "atravessam", mas que, efetivamente, constituem o que conhecemos como AIDS. Em particular, há as atitudes que promovem estigma e discriminação por conta da associação da doença com certos grupos populacionais; a noção de que uma doença de transmissão sexual necessariamente acomete pessoas que de certa forma "transgrediram" normas sociais consolidadas; uma certa impressão difusa de que aqueles que se infectaram de certo modo "mereceram" isso por terem levado vida desregrada, em estreita associação com a noção oposta de que os que conduzem a vida de forma correta estão a salvo da AIDS; ou a impressão de que a AIDS elimina da sociedade os "maus" e preserva vivos os "bons".

Percebida como realidade político-cultural altamente complexa, a AIDS funciona como marcador social a indicar grupos, conjunturas, contextos e situações que falam da desigualdade histórica da vida em sociedade, da vulnerabilidade que produz algumas poucas vidas como viáveis e muitas outras como não viáveis, vidas baratas que não valem a pena cuidar e tratar, pois não têm futuro. Falar da situação da AIDS em um país é necessariamente falar de sua estrutura social, suas hierarquias de desigualdade, o modo como este país lida com a construção do espaço público democrático e com os programas de inclusão social, de como se constrói a vida política e a repartição de poder entre indivíduos e grupos (por exemplo, a repartição de poder entre homens e mulheres, entre brancos e negros, entre populações com maior ou menor escolaridade, entre pessoas de um ou outro pertencimento religioso, entre aquelas que moram em tal ou qual região do país, entre pobres e ricas, entre jovens, adultos e velhos).

Vagner de Almeida

Examinar meios e modos da resposta nacional à AIDS diz muito sobre a inserção do país no cenário internacional como nação subordinada economicamente ou não, com poder político de influenciar agendas internacionais ou não, isolada politicamente ou com alianças entre blocos de países. Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens.

Para dar conta de analisar a complexidade da AIDS em determinado país há muitos caminhos. Podemos nos valer de dados epidemiológicos do momento presente e associá-los a uma série histórica. Ou avaliar o estado da assistência, da oferta de tratamento e a estrutura farmacêutica. Ou ainda colher dados acerca das estratégias de prevenção e das possibilidades ou não de manter campanhas públicas abordando sexualidade e questões

Archive ABIA

de gênero. É possível também examinar como o país lida com questões políticas e econômicas que interferem no desenho da resposta, como, por exemplo, observando a legislação de patentes de medicamentos e o acesso a medicamentos essenciais como parte dos direitos humanos ou não. Ou então, levantar os dados de desigualdade nos marcadores raça, etnia, cor da pele, gênero, sexualidade, geração, pertencimento religioso, origem regional, classe social, escolaridade, deficiência, inserção internacional etc.

Neste texto, o caminho escolhido foi buscar entender a atual situação da resposta brasileira à AIDS em articulação com algumas marcas fortes de seu passado – aqui tomadas como experiências políticas relevantes – e com as estratégias de caráter neoliberal. Estas últimas procuram desenhar o fim da AIDS em um futuro altamente medicalizado e com a transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, minimizando os traços da diversidade cultural e política do país. A nosso ver, na construção da resposta brasileira contemporânea à AIDS, também se conjugam elementos de um passado glorioso – o Brasil que já teve uma resposta à AIDS admirada no mundo todo e em sintonia com os direitos humanos[3] – e ações de "promessa" de um futuro tranquilo – o final da epidemia de AIDS estaria "logo ali", com a cura se dando através de medicamentos cada vez mais potentes.

Em completa sintonia com esta situação está a adoção de uma estratégia de enfrentamento da epidemia que considera todos os indivíduos como idênticos e a situação social brasileira como homogênea, pois enfatiza o aspecto biomédico da doença em detrimento dos elementos de ordem política, cultural e econômica que situam o Brasil como um país de enorme desigualdade,[4] e também explica o título que demos a este artigo: ao se prescrever uma modalidade de tratamento-padrão para todos, trabalha-se com a noção de que é possível que todos fiquem confortáveis em uma roupa de "tamanho único", o que nos parece ser impossível.

Tempo, memória, história

A epidemia de AIDS surge no Brasil no momento em que o país, após longo período de ditadura militar (1964-1985)[5] ingressava novamente na reconstrução democrática. De 1985 a 1991 tivemos uma resposta oficial ainda burocratizada, pouco disponível ao diálogo com a sociedade civil e com campanhas que reforçavam estigma e preconceito ou assustavam ao invés de educar, em formulações do tipo "se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar". Mas o clima de abertura política, a participação popular e a força dos movimentos sociais na luta pela liberdade terminaram por contaminar a resposta à AIDS, que se construiu, em um segundo momento, em sintonia entre gestores e ONGs, bem como no diálogo com os grupos sociais mais atingidos e na construção de programas para lidar com a inclusão

[3] Rosenberg, Tina. (2001). Look at Brazil. *New York Times Magazine*, January 28. Disponível em http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20010128mag-aids.html.

[4] Mais informações no working paper disponível em http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper87.pdf.

[5] Cronologia do final do período ditatorial brasileiro em inglês disponível em http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_rsocp/v2nse/scs_a04.pdf.

efetiva das minorias de gênero e sexualidade na atenção à saúde. Isto explica o pioneirismo das campanhas que abordavam tópicos de gênero e sexualidade, tratavam de educação sexual, lidavam com o paradigma da redução de danos para usuários de drogas injetáveis, conjugavam ações biomédicas com estratégias de valorização da diferença e luta contra as desigualdades.

O conceito de vulnerabilidade passou a orientar a construção dos planos de enfrentamento da epidemia, em especial com a publicação do livro *A AIDS no Mundo*.[6] Isto implicou ações de visibilidade para os temas citados: uso de drogas, orientação sexual, diferenças de gênero, inclusão das demandas das culturas juvenis, diversidade regional, diferentes modelos de família. Num plano político mais amplo, a resposta brasileira à AIDS se aproximou do campo dos direitos humanos, do campo das lutas feministas e dos movimentos sociais LGBT, em sintonia com os chamados "novos movimentos sociais", que operam com marcadores não necessariamente vinculados ao mundo do trabalho (como é o caso dos movimentos sindicais), mas numa pluralidade de condições sociais e culturais subordinadas (movimento dos sem-terra, movimentos indígenas, movimentos contra o pagamento da dívida externa, movimentos anti-imperialistas, frentes contra a carestia de vida, movimento dos sem-teto, movimentos de mulheres, de diferentes orientações sexuais, movimentos em prol da inclusão no regime escolar etc.).

Nesse processo, a resposta brasileira à AIDS, tanto aquela produzida pelos serviços de saúde quanto as campanhas feitas no âmbito da sociedade, se deslocaram de um discurso comportamentalista baseado na noção de sujeito liberal autônomo para um discurso mais focado nas condições sociais e políticas que produzem a existência desses indivíduos. Particularmente, as campanhas de prevenção se beneficiaram desta ótica, que foi ao encontro dos determinantes sociais em saúde que já estavam desenvolvidos no país e orientavam políticas do SUS – Sistema Único de Saúde, em especial nos marcadores classe, raça, etnia, gênero, orientação sexual.[7]

A construção da resposta à epidemia passou a operar então com conceitos teóricos e políticos que permitiam enfrentar as situações de desigualdade, estigma, discriminação, exclusão, construindo estratégias originais em que o combate à epidemia se conjugava com a ampliação da densidade democrática do país. De modo particular, a construção dessas ferramentas de luta e compreensão da AIDS foi criada em espaço híbrido, no qual integrantes da academia, militantes da sociedade civil e gestores do Estado cruzavam-se e dialogavam, o que alimentou o vigor e a originalidade da resposta à epidemia e permitiu interações com outras áreas, no âmbito da saúde ou fora dela (educação, justiça, serviço social, previdência etc.).[8,9] Vale ressaltar que a sociedade civil organizada formulou e aplicou em suas ações conceitos de enorme alcance político, como solidariedade, morte

[6] Mann, Jonatha, Tarantola, Daniel & Netter, Thomas. (Eds). (1992). AIDS in the World. Cambrigde, MA: Harvard University Press.

[7] A apresentação dos determinantes sociais em saúde no Brasil (trajetória histórica e construção de parâmetros) está disponível em http://www.determinantes.fiocruz.br/ (versão em português e em inglês).

[8] Parker, Richard. (2000). "Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy Models of Development and International Health in the Late-Twentieth Century". In: Whiteford, Linda e Manderson, Lenore (Eds). *Globalization Health and Identity: The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder, CO: Lynne Reinner Publishing Company.

[9] Okie, S. (2006). Fighting HIV – lessons from Brazil. NEJM. 354(19), 1977-1981.

Campanha prostituição suspensa

civil, morte anunciada, a cura da AIDS, fundamentais para desenhar a AIDS como fenômeno político e social a exigir respostas, políticas públicas e ações que enfrentassem as condições sociais e econômicas.[10]

A forte inserção da resposta brasileira à AIDS no campo dos direitos humanos explica um enfrentamento do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais com o governo dos Estados Unidos: a recusa de fundos no valor de 40 milhões de dólares doados pelo governo Bush em 2005 para utilização na luta contra a AIDS no país, mas que vinham atrelados a ditames de ordem moral que conflitavam com as noções de direitos humanos então orientadoras da resposta nacional brasileira, em especial no delicado terreno da prostituição, não reconhecida pelo governo norte-americano como modelo de vida ou profissão,[11] mas assumida como atividade lícita e digna de proteção social entre nós. São desse período a existência de uma Unidade de Direitos Humanos no interior do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, o funcionamento de grupos de trabalho de caráter intersetorial e interdisciplinar, a participação de pessoas vivendo com HIV e AIDS no desenho das campanhas, a explícita construção de propagandas de prevenção operando com marcadores de sexualidade, raça e gênero, o financiamento das ONGs para a realização de projetos-piloto e experimentações.

A partir de 2008, já no segundo governo do presidente Lula (2003 até 2006, e 2007 até 2010), manifestaram-se os efeitos de um prolongado período em que lideranças da sociedade civil se integraram na máquina governamental (nos níveis federal, estadual ou municipal), com a perda progressiva de autonomia das ONGs, processo que conjuga tanto adesão voluntária quanto cooptação deliberada. Desta forma, a sociedade civil passa a ser vista cada vez mais como executora de ações determinadas pelas políticas públicas, em apoio ao estado, e com perda de financiamento para atividades de controle social ou experimentação de projetos-piloto. De modo geral, as organizações da sociedade civil que não se abrigam nos programas de governo passam a ter cada vez mais dificuldades em sobreviver, enquanto aquelas que se integram à gestão governamental perdem autonomia de crítica e desaparece a postura de controle social.

Esse processo se conjuga no plano interno a um avanço conservador, em particular no aspecto moral, conduzido pela força de alguns atores sociais, como as igrejas de religiões neopentecostais, que constituem bancadas no interior das casas legislativas e dispõem de forte poder de mídia e arregimentação de pessoas. Mas esses atores conservadores são também cortejados pelo governo federal que não tem mais maioria no Congresso, segundo a lógica do presidencialismo de coalizão que marca a vida republicana brasileira desde muito tempo.[12] As pautas progressistas no âmbito da luta contra a AIDS e na defesa dos direitos humanos das diferentes orientações sexuais e diversidade de gênero passam a se constituir em moeda de troca de acordos políticos em nome da governabilidade.

[10] Seffner, Fernando & Parker, Richard. (2016). The waste of experience and precariousness of life:contemporary political moment of the Brazilian response to AIDS. Interface (Botucatu. Online), v.20, p. 293-304. http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/en_1807-5762-icse-1807-576220150459.pdf.

[11] A repercussão do caso pode ser conferida no âmbito da mídia norte-americana em http://www.wsj.com/articles/SB111498611657721646 e também gerou editorial da publicação científica The Lancet em 14 de maio de 2005 http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(05)66522-1.pdf

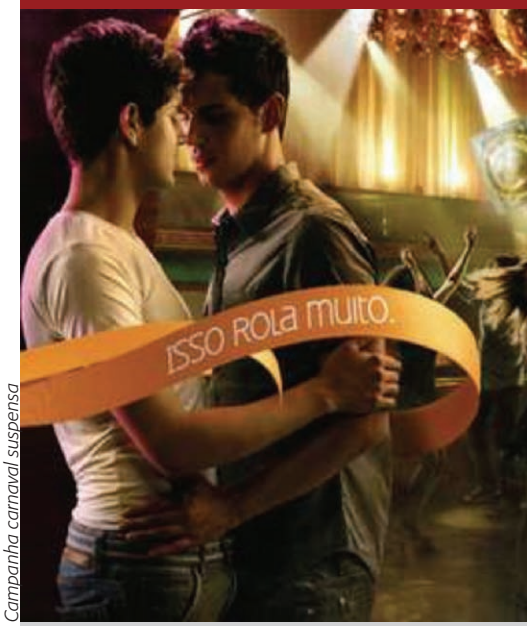
[12] Power, Timothy J. (2010). Optimism, pessimism, and coalitional presidentialism: Debating the institutional design of Brazilian democracy. Bulletin of Latin American Research 29 (1):1833. Available on-line at http://scholar.harvard.edu/files/levitsky/files/power_0.pdf .

A partir de 2011, início do primeiro mandato presidencial de Dilma Rousseff (2011 até 2014; 2015 até 2018), temos claros sinais de recuo nas políticas públicas de gênero e sexualidade. Três acontecimentos são exemplares: em 2011, a suspensão da divulgação de material educativo para as escolas no âmbito do Programa Brasil Sem Homofobia (o chamado kit anti-homofobia ou kit gay pela imprensa)[13]; em 2012, foram as polêmicas quando do cancelamento da campanha de prevenção de carnaval voltada ao público de jovens gays[14]; e em 2013, o veto à campanha dirigida a profissionais do sexo, que conjugava prevenção com autoestima na prostituição, e que redundou também na demissão sumária do coordenador do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.[15]

Também tivemos a progressiva captura de alguns movimentos sociais pela estratégia da inclusão pelo consumo e pelo mercado, como é o caso do movimento LGBT. A conjuntura de crise econômica no plano internacional forneceu argumento que afetou de modo negativo o orçamento de programas de combate à AIDS pautados nos direitos humanos, o que foi potencializado pela crise política em que a Presidência da República se viu envolvida após a reeleição em 2014, com evidente enfraquecimento da autoridade governamental e busca de apoio político a qualquer preço. Como fator adicional tivemos a retirada de agências e financiadoras internacionais do país, o que intensificou esta tendência de abandono do referencial dos direitos humanos. O enfraquecimento dos financiamentos internacionais foi resultado de um complexo de fatores, dentre eles o prolongado declínio da taxa de mortalidade pelo HIV[16] e o amplo acesso aos ARV, ajudando a criar uma impressão de "sucesso completo" da experiência brasileira. Ambos podem ter contribuído para a criação de um juízo de que a AIDS no Brasil era um "problema resolvido".

No entanto, isto não configura efetiva mudança no conjunto de valores simbólicos com os quais a população lida com a epidemia, e aponta para um modelo fortemente centrado nos medicamentos. Os enormes avanços na terapêutica de tratamento da AIDS se, por um lado, devem ser saudados com entusiasmo, por outro, vêm produzindo o estreitamento da resposta nacional, cada vez mais marcada por uma compreensão biomédica da doença, que então teria sua cura derivada apenas de comprimidos e tratamento. Com isso, há um evidente desperdício da acumulada experiência de luta contra a AIDS no país, em particular na conjugação de responder à epidemia e aprofundar o regime democrático, garantia do combate à discriminação, aos processos de exclusão, ao estigma e à violência social.

A estratégia de tratamento como prevenção, em suas diferentes modalidades, foi adotada no Brasil a partir do final de 2013, se conjuga com certo raciocínio de ordem liberal, numa pauta de ontologia individualizante. Com isso, fornece a pedra de toque para que aqueles que estão infectados pelo HIV e aqueles que possam vir a se infectar sejam lidos apenas como



Campanha carnaval suspensa

[13] Reportagem da BBC em http://www.bbc.com/news/world-latinamerica-13890158 .

[14] Reportagem da BBC em http://www.bbc.com/news/world-latin-america-18980108 .

[15] Veja em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3827457/ a análise dos episódios, e em http://www.ipsnews.net/2013/06/happy-prostitutes-aids-campaign-sparks-debate/ comentários e cartazes produzidos e censurados da campanha das prostitutas.

[16] Dados acumulados até 2015 em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/ principal/agencia-saude/21030-brasil-registra-queda-na-taxa-de-deteccao-e-mortalidade-por-aids.

consumidores individuais de medicamentos, com o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda a complexidade da AIDS que, repetimos, é muito mais do que aquilo que dela se pode dizer apenas do ponto de vista biomédico. O resultado mais evidente em termos de políticas públicas de AIDS é a ênfase no chamado "testar e tratar" e na estratégia TcP (Tratamento como Prevenção), de modo íntimo vinculadas ao que se pode denominar de neoliberalização da prevenção no Brasil, em que não há financiamento para atividades de educação em saúde ou redução da discriminação, mas somente para o tratamento, confundindo a cura da AIDS com a eliminação do vírus ou o impedimento de sua replicação.

Tudo isso contrasta de modo vigoroso com as marcas do período em que o país teve sua experiência reconhecida em nível mundial pela conexão com os direitos humanos, conforme acima abordamos. E vale dizer que o encaminhamento de todos para a estratégia testar e tratar se conflita com a dificuldade crônica de referência daqueles recém-infectados para o sistema de saúde e para o início de tratamento, ou mesmo daqueles já adoecidos. São questões que nos informam sobre um momento de enfraquecimento da estrutura do Sistema Único de Saúde, com perda de capacidade de resposta, acolhida e resolubilidade. Isto é fruto de um subfinanciamento do setor, com cortes no orçamento da saúde que são uma realidade em todos os níveis de governo, bem como falta de profissionais e de políticas locais.[17] Apesar dos avanços em novos medicamentos e sua incorporação nos programas dos países em desenvolvimento, o Brasil propõe ainda um esquema de combinação tríplice de ARV já antiga para todos os recém-infectados e que devem iniciar o tratamento precoce (EFV+3TC+TDF). A PrEP não foi implementada e a PEP, embora regularizada, não tem sido devidamente informada para a população, sendo que em muitas cidades este serviço não é oferecido.

Um dos resultados da onda conservadora em termos morais e políticos que atravessa o país é a construção de estratégias em que poder de Estado, tecnologias de normalização e violência institucional e policial se conjugam. Isto levou a uma erosão das oportunidades de diálogo entre academia, movimentos sociais e gestores. A adoção do que estamos chamando de "estratégia de modelo único" aponta para o testar e tratar, aplicado a todos, mas sem garantias efetivas de inclusão social e programas de apoio. Com isso, o país vive um duplo movimento: desperdício da experiência histórica acumulada no enfrentamento da AIDS, e uma situação de "fazer viver e deixar morrer",[18] ou seja, propiciar que se possa viver pela oferta massiva de teste e tratamento e, ao mesmo tempo, deixar morrer por conta do recrudescimento dos processos de estigma, discriminação, violência social de toda ordem.

Arquivo ABIA

[17] The Guardian: http://www.theguardian.com/world/2015/sep/14/brazil-taxes-spending-cuts-recession-economy; Telesur: http://www.telesurtv.net/english/news/Brazil-Raises-Taxes-and-Cuts-Spending-to-Revive-Economy-20150915-0027.html.

[18] Seffner, Fernando & Parker, Richard. (2016). The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. *Interface* (Botucatu. On-line), v. 20, p. 293-304. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/en_1807-5762-icse-1807-576220150459.pdf.

Desta forma, a experiência passada que permitiu ao Brasil construir respostas originais, ousadas e socialmente inclusivas no combate à AIDS sobrevive apenas como uma construção mítica cristalizada, da qual não se extraem lições a orientar os novos tempos. E o investimento de todas as energias no testar e tratar alimenta a falsa esperança de um futuro de paz representado pela cura da AIDS, que estaria "logo ali", o que em parte se verifica pela análise dos depoimentos de autoridades e as notícias de jornal, a todo momento anunciando a pouca distância que nos separa da cura, do remédio milagroso que finalmente vai eliminar o HIV dos corpos. No entanto, mesmo que venha a ser aplicado em pouco tempo, não irá eliminar todas as situações de injustiça social que produzem alguns como mais vulneráveis aos agravos de saúde do que outros, em particular quando tratamos de doenças sexualmente transmissíveis, pois que boa parte do registro moral em nossas sociedades está ancorado na sexualidade, e não há praticamente nenhuma confissão religiosa que não tenha construído sobre o sexo seu código moral, muito mais do que sobre outros aspectos da vida humana, como ser honesto nos negócios, por exemplo.

Em resumo, a construção da resposta brasileira à AIDS vive hoje de se alimentar de um passado de glórias – mas que não é instrumentalizado para dialogar com as demandas do presente – e da ilusão de uma eliminação próxima da AIDS entre nós, em função da estratégia de testar e tratar. No limite isto nos levaria a reduzir a carga viral da sociedade próxima do zero – mas essa estratégia implica tratar todos como idênticos, na figura do tamanho único, desconhecendo os marcadores da diferença que apontamos acima, e que continuamente produzem situações de desigualdade, com os agravos de saúde dali decorrentes.

Campanha prostituição suspensa

Princípios para assegurar a qualidade das ações

Em face desta situação atual e histórica que descrevemos com brevidade de palavras, lançamos algumas proposições e ideias que, em nosso entender, ajudariam a construir uma resposta brasileira à AIDS que dialogasse com o passado, enfrentasse de modo previdente o futuro, e interagisse de maneira positiva com a construção de uma sociedade mais democrática e com mais oportunidades de justiça social:

- Pensar o campo da prevenção a partir de uma pedagogia da prevenção, a saber, estratégia pessoal e coletiva que implica disposição para reinventar o que se conhece como prevenção, incorporando as novas fórmulas farmacêuticas disponíveis, os novos conhecimentos sobre os riscos de transmissão do HIV, os velhos preceitos que acarretam dialogar com as diferentes culturas, e entender que temos na vida em sociedade muitos modos de pensar a gestão do risco e as apostas na vida.[19]

- Conectar a pedagogia da prevenção com o horizonte político da emancipação, ou seja, o produto final do uso de estratégias preventivas não é apenas alguém que evitou a AIDS, mas alguém que ampliou sua autonomia diante das decisões

[19] Para uma compreensão do debate sobre pedagogia da prevenção, veja em http: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf

e lida com variadas fontes de informação.[20] A pedagogia do tratamento, ou da prevenção, é sensível às diferentes realidades culturais, às distintas linguagens, aos diferentes sujeitos e desejos. Isto significa dizer que o tratamento e a prevenção são oportunidades pedagógicas sensíveis a diferentes culturas.

- Operar sempre com o diálogo que permite ofertar aos grupos e aos indivíduos o leque já conhecido de opções preventivas e terapêuticas, respeitando os modos próprios de tomada de decisões.

- De forma vigorosa operar no terreno do registro simbólico cultural, e retirar as questões de sexualidade do campo dos comportamentos negativos que implicam prejuízo moral a muitos grupos sociais. Evitar que as diferenças se transformem em desigualdades e ampliem as situações de vulnerabilidade aos agravos de saúde.

- Investir na associação resposta à AIDS e combate ao estigma e à discriminação de indivíduos e populações, o que representa disposição corajosa por parte de todos.

- Construir planos de enfrentamento da epidemia em que não se pense apenas em populações e grupos sociais mais ou menos vulneráveis, mas em contextos e situações específicas que podem aumentar a vulnerabilidade de qualquer pessoa. Isto significa criar roteiros de prevenção com respeito a diferentes trajetórias de vida, e em sintonia com os conhecimentos e as disponibilidades de tecnologias e arsenal farmacêutico. Reconhecer que é cada pessoa e cada grupo que sabe de sua vida, e esse saber é fundamental para pensar o tratamento ou a prevenção.

- Ancorar as respostas à AIDS não em ontologias individuais, ao gosto das estratégias liberais, mas nos mecanismos de solidariedade que tomam os indivíduos como profundamente conectados à coletividade. Isto representa discutir o que entendemos como "o fim da AIDS".[21]

- Disponibilizar de modo amplo as modalidades de tratamento como prevenção (PREP, PEP), sua existência e modos de acesso, mas combinadas ao referencial teórico da vulnerabilidade que não nos deixa esquecer das conexões de cada um com os programas, os processos de inclusão, os marcadores da diferença, o conjunto de desigualdades históricas, a qualidade do regime democrático. Em resumo, somar, e não subtrair na luta contra a AIDS.

- Por fim, construir uma resposta à AIDS que respeite a esfera de autonomia de cada ator social: organizações não governamentais, integrantes da academia, gestores, populações afetadas, instituições públicas e privadas, unidades de saúde, escolas, movimentos sociais, apostando na criação de canais de diálogo e cooperação entre eles. Reconhecimento da função pública das ONGs e dos movimentos sociais, e que também seja garantido acesso aos fundos públicos considerando suas demandas, características e potencialidades. De modo claro, resistir à tentação do Estado de exercer clientelismo sobre as ONGs, usadas para a realização de tarefas que são de natureza pública, e que terminam comprometendo o papel de controle social que deve ser exercido por estas organizações.

[20] As implicações da pedagogia da prevenção no horizonte político da emancipação estão discutidas em: Paiva, Vera. (2003). Beyond magic solutions: prevention of HIV and AIDS as a process of Psychosocial Emancipation. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, nº 27, p. 192-203, ago.

[21] Discussão abrangente sobre este tópico disponível em http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids-2/28751.

Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil

MARIA INES BAPTISTELA NEMES[1]

MÁRIO SCHEFFER[2]

Arquivo ABIA

Na resposta do Brasil à AIDS foi decisiva a criação de programas governamentais, a destinação de recursos públicos e o investimento em corpo técnico e serviços de saúde que propiciaram uma política arrojada de assistência e tratamento, combinada com ações ampliadas e práticas inovadoras de prevenção.

Somaram-se a atuação de pesquisadores, universidades e a forte mobilização das pessoas atingidas, que se uniram em ONGs e em redes para lutar pelo direito à saúde. Acompanhando a implementação da política, alternando o papel auxiliar na execução de projetos, ou mesmo a partir de críticas e denúncias, tal movimento contribuiu para deslocar a AIDS do mundo biomédico e inscrevê-la no espaço público nacional.

[1] Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

[2] Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e membro do Conselho Curador da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

A conquista de uma lei específica que obriga, desde 1996, o governo federal a fornecer os antirretrovirais (ARVs) gratuitamente é exemplo eloquente da decisão política combinada com a capacidade técnica e a mobilização comunitária.

O principal pilar de sustentação do programa brasileiro de AIDS, no entanto, é o Sistema Único de Saúde (SUS). O combate à AIDS no Brasil foi concebido no interior do SUS. A luta contra a AIDS chamou para si os princípios de universalidade e equidade do sistema nacional de saúde, que teve suas bases lançadas coincidentemente no momento do início da epidemia.

O SUS, que surgiu na Constituição Federal de 1988, financiado por meio de impostos e contribuições sociais, conjuga ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelo governo federal, estados e municípios. Organizado de forma regionalizada e hierarquizada, conta com a atuação complementar da iniciativa privada na prestação e na gestão de serviços, e prevê a participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, estruturas que foram estrategicamente ocupadas por gestores, profissionais e ativistas de combate à AIDS.

A assistência e o tratamento da AIDS no Brasil foram, portanto, delineados no terreno da excepcionalidade: da doença em si, da urgência sanitária, da gravidade epidemiológica, da mobilização social, técnica e científica que a AIDS suscitou, como em tantos países. Mas no Brasil, sem dúvida, a existência do SUS permitiu que essa excepcionalidade influenciasse as reações de serviços e trabalhadores da saúde, o que conduziu a uma política assistencial inédita, tanto pela amplitude quanto pela natureza das respostas. A resposta à AIDS no Brasil, porém, enfrenta hoje grandes desafios.

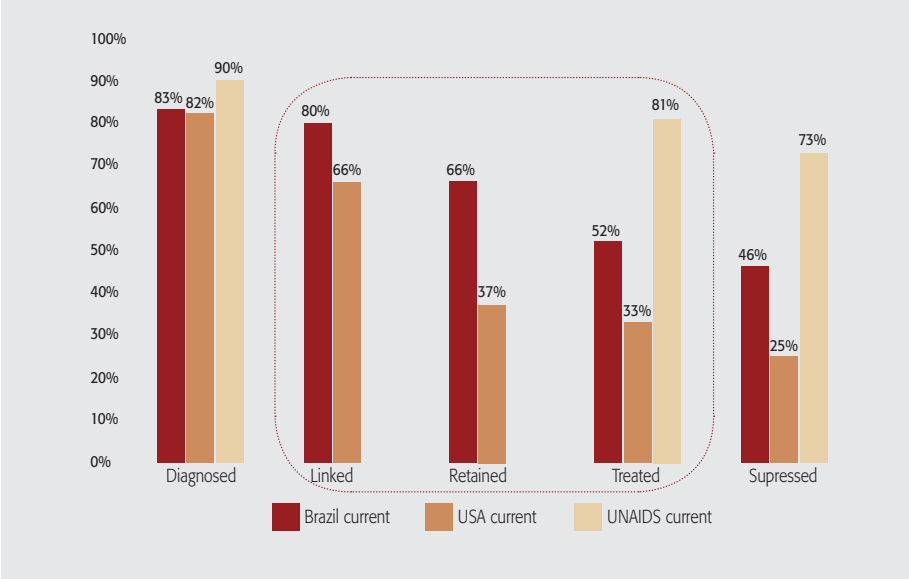
Arquivo ABIA

Segundo estimativas do Ministério da Saúde (2015), 781 mil pessoas vivem no Brasil com infecção pelo HIV, das quais 649 mil estão diagnosticadas e, neste universo, 623 mil estão vinculadas a algum serviço de saúde, tendo realizado pelo menos um exame de carga viral ou CD4. Entre essas, 109 mil (17%) sequer iniciaram o seguimento ou o abandonaram. Entre as 514 mil que permanecem em acompanhamento nos serviços, 109 mil (21%) ainda não estão sob terapia ARV e, entre os 405 mil em tratamento ARV, 356 mil (88%) atingiram carga viral menor de 100 cópias.

Retenção e tratamento

As maiores "perdas" no contínuo do cuidado após o diagnóstico ocorrem nas "etapas" de retenção e de tratamento, ambas responsabilidade principal dos serviços de assistência.

Major Breakpoints of Brazilian HIV cascade compared to USA and the UNAIDS target 90-90-90



Embora existam localidades e estados no Brasil cujo acesso a serviços de saúde ainda é bastante difícil, o acesso ao tratamento e o cuidado em HIV e AIDS não é o problema principal no país. A garantia de acesso universal aos antirretrovirais e a extensa rede assistencial – cerca de 750 serviços de saúde atendem a pacientes com HIV no país – não vêm sendo acompanhadas dos resultados (*outcomes*) e dos impactos (*impact*) esperados.

A avaliação nacional desta rede (*Avaliação Qualiaids*)[3] mostrou que as equipes de saúde que atendem a pessoas com HIV estão instaladas em ambulatórios de especialidades médicas ou de hospitais (51%), em ambulatórios específicos para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e HIV e AIDS (34%) e em unidades de atenção primária (15%). Cerca de 23% dos serviços acompanham menos de 50 pacientes, enquanto 26% têm mais de 500 pacientes.

Tal diversidade dos serviços se reflete na qualidade organizacional. A avaliação foi baseada em diversos indicadores de estrutura e processo do cuidado, incluindo, por exemplo, a condução de atividades de monitoramento e apoio a pacientes faltosos ou em abandono de tratamento. Os serviços foram classificados em grupos de qualidade decrescente. Nos extremos, o grupo de melhor qualidade reuniu 33% dos serviços, enquanto 11% foram classificados no grupo de pior qualidade.

Na prática dos serviços, as atividades voltadas para a retenção dos pacientes dependem fortemente do desempenho da gerência local. O gerenciamento técnico local, porém, destacou-se como a dimensão de pior performance. São escassas as atividades de supervisão, avaliação e monitoramento do

[3] Nemes, M.I.B. et al. (2012). Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo (mimeo). Disponível em: www.sistemas.aids.gov.br/qualiaids/.

trabalho técnico, que deixa de utilizar os sistemas informatizados nacionais que reúnem dados sobre dispensação de medicamentos ARVs e resultados de carga viral e CD4.

Espera-se que o desempenho do contínuo do cuidado diretamente dependente da boa qualidade dos serviços de assistência – o tratamento e a retenção – melhore com o protocolo clínico de início do tratamento logo após o diagnóstico de HIV. Adotado no Brasil em final de 2013, contribuiu para um aumento de 27% de novos tratamentos entre 2013 (56.557) e 2014 (71.936), o que ressalta ainda mais a necessidade de ações dos serviços focadas na adesão ao seguimento e ao tratamento medicamentoso.

Soma-se a necessidade de adequar a rede assistencial para acolher necessidades relacionadas ao uso prolongado de ARV aos agravos comuns à população em geral, como envelhecimento, uso abusivo de álcool e tabagismo, assim como doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, que exigem cuidado e tratamento mais complexos e implicam maior utilização dos serviços de saúde.

Mas há relevantes obstáculos no caminho. Em meio à crise política e econômica agravada no Brasil em 2016, o SUS, do qual dependem a manutenção da assistência e o tratamento em AIDS, enfrenta a diminuição de recursos e investimentos públicos, a baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, qualificação inadequada de pessoal de saúde e escassez sobretudo de médicos especialistas, que têm se afastado das estruturas públicas do sistema de saúde, muitas delas superlotadas e com precárias condições de vínculos, de trabalho e de remuneração.

Google Free

Nos serviços que assistem pessoas com HIV e AIDS, há uma situação paradoxal: é boa e homogênea a disponibilidade de antirretrovirais e exames específicos, cuja provisão é responsabilidade do governo federal; porém é insuficiente e heterogênea a disponibilidade de outros recursos essenciais, como a presença de médicos, cuja provisão depende da infraestrutura local do Sistema Único de Saúde. A insuficiência do gerenciamento técnico local dos serviços soma-se à deficiente integração entre os diversos níveis de atenção envolvidos no cuidado em HIV, desde a atenção primária até a ambulatorial especializada e a hospitalar.

Qual alternativa?

Como alternativa para a expansão da assistência em AIDS, o Ministério da Saúde, recentemente, passou a recomendar maior alocação do cuidado e do tratamento de pessoas com HIV nos serviços de atenção primária, cuja rede é bastante extensa e heterogênea no país, incluindo unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família.

Cerca de 15% da assistência às pessoas em tratamento antirretroviral no Brasil já ocorre em unidades de atenção primária. Com número médio inferior de pacientes, essas unidades mostraram qualidade bastante variável, como também ocorre em outros tipos de serviços.

A atenção primária no Brasil cumpre, em parte, a função de atenção ambulatorial de primeiro nível, de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, sendo adequada para resolver inúmeros problemas de saúde que afetam as comunidades, com destaque para a atenção pré-natal, o que foi fundamental para a drástica redução da transmissão vertical do HIV no país.

No entanto, em boa parte do território nacional a atenção primária não cumpre o seu outro papel, que seria o de ser ordenadora dos demais níveis de atenção do sistema de saúde. Nem sempre é assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Avaliações do desempenho geral da atenção primária no Brasil mostram falta de médicos e de equipes multiprofissionais, terceirizações e formas precárias de contratação de pessoal que geram alta rotatividade de profissionais, carência de infraestrutura e modelo de atenção centrado em atendimento de demandas agudas. No plano da atenção a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS, a atenção primária apresentou insuficiências importantes no controle da transmissão vertical da sífilis e na expansão da oferta do diagnóstico do HIV para grupos mais vulneráveis.

Responsabilizar serviços de atenção primária pelo cuidado e o tratamento em HIV até pode constituir alternativa em contextos locais específicos, mas não pode ser, ao menos por enquanto, uma diretriz para o sistema de saúde como um todo.

A atenção primária no Brasil tem se mostrado adequada para a assistência em agravos de prevalência alta e homogênea, a exemplo da hipertensão arterial não complicada. Diferentemente, no caso da AIDS, além de sua prevalência relativamente menor e de distribuição populacional e geográfica muito heterogênea, há barreiras sociais provocadas pelo estigma e pela discriminação, assim como dificuldades técnicas quanto ao manejo clínico do tratamento, caracterizado por decisões muitas vezes complexas e individuais, com base em diretrizes terapêuticas constantemente atualizadas, no estado de saúde e no histórico dos pacientes, o que requer médicos que conjuguem capacitação, atualização e experiência profissional adquirida com o seguimento de um número mínimo de pacientes.

O estudo Qualiaids verificou que não havia nenhum médico infectologista em 27% dos serviços que atendem HIV e AIDS no Brasil. Em outro estudo realizado no estado de São Paulo, 1/3 dos médicos que assistiam pessoas

Arquivo ABIA

com HIV não possuía especialização em infectologia e nem experiência prática. Foi considerado experiente o médico que acompanhava pelo menos 20 pacientes.[4]

Embora o Brasil conte com 3.229 infectologistas, eles estão mais concentrados nas regiões Sudeste e Sul e nas capitais. Além de HIV, ocupam-se de outras infecções, de clínica médica, epidemiologia, imunologia, infecção hospitalar e doenças emergentes e reemergentes, como dengue, zika vírus, chikungunya e H1N1.[5]

Problema comum em toda a rede pública de saúde, é grande a rotatividade de médicos, sobretudo especialistas, e há dificuldade de contratação e reposição de novos profissionais. Em 2013, foi aprovada a Lei Mais Médicos, que prevê a presença de médicos estrangeiros, sobretudo cubanos. Mas não há repercussão direta dessa política no tratamento do HIV e da AIDS, pois o programa aloca esses médicos em caráter temporário e emergencial, apenas na atenção primária em áreas desassistidas, em pequenos municípios ou periferias de cidades.[6]

Grande parte dos serviços de saúde públicos no Brasil passou a ser administrada por entidades privadas (Organizações Sociais) contratadas por governos estaduais e municipais. Algumas dificuldades, como a falta de profissionais e a baixa articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde, têm sido atribuídas a essa modalidade de gestão privada dos serviços, que também apresenta pouca transparência na prestação de contas, além de falhas de controle e fiscalização no uso dos recursos.[7]

Todas essas características somadas indicam a necessidade de garantia do acesso, de manutenção e fortalecimento dos serviços especializados de maior porte e complexidade, integrados, por certo, à atenção primária e aos demais serviços que hoje atendem pessoas com HIV.

Não haverá melhoria significativa e sustentada do contínuo do cuidado em HIV sem recursos adicionais que possibilitem o incremento da qualidade e da integração em rede de todos os níveis de serviços de saúde para que possam, inclusive, absorver adequadamente o expressivo aumento do número de pacientes, impulsionado pela condição crônica da AIDS e pelos novos protocolos de tratamento como prevenção que preconizam a ampliação do acesso ao diagnóstico e o início imediato da terapia antirretroviral.

Para o Brasil evitar ainda mais retrocessos no combate à AIDS, e diante das dificuldades conjunturais e estruturais de superar os contextos de vulnerabilidade individual e social que impactam a epidemia, é fundamental a recuperação de uma vigorosa resposta assistencial.

[4] Scheffer, M.; Escuder, M.M.; Grangeiro, A. & Castilho, E.A. (2010). Formação e experiência profissional dos médicos prescritores de antirretrovirais no Estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [on-line]. Vol. 56, n.6, pp. 691-696

[5] Cassenote, A.J., Scheffer, M.C. & Segurado, A.A. (2016). Brazilian infectious diseases specialists: who and where are they? Braz J Infect Dis. Mar-Apr; 20(2):141-8. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26775800.

[6] Brasil. Lei Mais Médicos. Lei nº 12.871 de 22/10/2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.ht

[7] Contreiras, H. & Matta, CM. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, 31(2): 285-297.

A luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil

VERIANO TERTO JR., FELIPE CARVALHO, PEDRO VILLARDI, MARCELA VIEIRA[1]

Arquivo ABIA

O objetivo deste breve texto é apontar conquistas e desafios no acesso aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV (ARVs) ao longo dos últimos 26 anos no Brasil. Este tema tem sido objeto de pesquisas, artigos e livros nacionais e internacionais, já que o Brasil foi, a partir de 1996, o primeiro país em desenvolvimento a adotar com sucesso o acesso universal aos ARVs para todos aqueles que necessitam. Tal pioneirismo e ousadia foram frutos de uma luta articulada entre sociedade civil organizada, governos e cientistas, o que constituiu uma referência internacional de um programa de AIDS exemplar, capaz de reduzir significativamente as taxas de mortalidade, garantir acesso universal ao tratamento e colocar os medicamentos como um direito humano.

[1] Os autores atuam na Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e são membros do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/Rebrip).

Não é nossa intenção explorar exaustivamente a questão, já que, como comentado no parágrafo anterior, há outras publicações mais profundas sobre o tema. No entanto, a grave conjuntura política e econômica atual do país, aliada a um contexto internacional igualmente difícil para a saúde pública e os direitos humanos, traz uma série de ameaças ao programa de acesso a medicamentos no Brasil e seus resultados. E para compreender essas ameaças convidamos o leitor a revisitar a história dos últimos anos para pensar sobre o presente e o futuro do tratamento para AIDS no país.

Este texto está organizado em três fases históricas: os anos 90, com suas grandes conquistas e vitórias sobre uma série de percalços; a primeira década dos anos 2000, período de conquistas, mas também de dificuldades crescentes; e a década atual, com retrocessos e desafios cada vez maiores.

Os anos 90: ousadia, diálogo e Direitos Humanos

Arquivo ABIA

No final dos anos 80, a chegada dos ARVs no Brasil coincide com a estruturação da resposta brasileira ao HIV, caracterizada pela consolidação do movimento social de AIDS formado anos antes e a organização do programa nacional de AIDS. Algumas ONGs fundadas nesse período já traziam a questão do acesso a medicamentos como uma das suas preocupações principais, inclusive criando publicações e debates para mobilizar comunidades e democratizar as informações médicas e científicas para um público mais amplo e entre as pessoas vivendo com HIV e AIDS.[2]

Nos primeiros anos da década de 1990, ONGs começam a realizar ações, inclusive em âmbito judicial, visando principalmente pressionar as empresas de seguro em saúde a pagarem o tratamento dos seus clientes soropositivos e doentes de AIDS. Essas ações resultaram em vitórias, como a inclusão da AIDS nas doenças a serem contempladas pelos planos e seguros privados de saúde.

A pressão também ocorreu na esfera governamental, para que o tratamento para o HIV e a AIDS fosse disponibilizado pelo recém-criado sistema público de saúde. Tendo como fundamento a Constituição Federal de 1988, que pela primeira vez no Brasil colocou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, os governos, em nível federal, estadual e municipal, também foram acionados juridicamente para prover tratamentos com os ARV e para as infecções oportunistas relacionadas à AIDS[3]. Em muitos casos, essas ações advindas da sociedade civil, e com a cumplicidade de alguns gestores municipais e estaduais, resultaram na compra e na distribuição gratuita dentro do sistema de saúde público de medicamentos ARVs.

Alguns governos locais, como o da cidade de Santos (SP) e posteriormente o próprio estado de São Paulo, foram pioneiros na compra de ARVs por iniciativa própria, independentemente de ações judiciais, garantindo o acesso aos pacientes daqueles locais. Esse tipo de resultado terminou por

[2] Merece destaque o *Cadernos Pela Vidda*, do Grupo Pela Vidda/SP. Essa publicação, que existe até os dias atuais e que talvez tenha sido a primeira publicação no Brasil sobre tratamento, traz informações simples e mobilizadoras sobre os esquemas de tratamentos, os efeitos adversos e outros elementos que devem estar acessíveis para ativistas e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

[3] Scheffer, M.; Salazar, A. & Grou, K. (2005). *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde.

reforçar a mobilização da sociedade civil com o acesso ao tratamento e contribuiu para o fortalecimento do programa de AIDS em esfera nacional.

Outras ações, tanto jurídicas como de mobilização, invocavam os princípios constituidores do Sistema Único de Saúde (SUS): justiça social, universalidade, controle social e integralidade. O acionamento dos direitos garantidos na Constituição, assim como dos princípios fundamentais de organização do sistema de saúde pública nacional, mostrou a importância da articulação entre saúde pública e direitos humanos para enfrentar o HIV e a AIDS, e apontou a necessidade de mobilização de diferentes atores sociais (juristas, ativistas, profissionais de saúde, gestores, cientistas etc.) para alcançar bons resultados[4].

Na metade da década, mais especificamente em 1996, aconteceu um marco na história dos ARVs no Brasil. Em novembro é aprovada a Lei Federal 9.313/96, que estabelece o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais em todo o país. Esta lei também é resultado da luta de ativistas, da mobilização e da atuação de alguns gestores e legisladores e profissionais de saúde. A vigência dessa lei significou de fato o início do programa universal de distribuição dos ARVs, o qual rapidamente se mostraria bem sucedido, tornando o Brasil um país em desenvolvimento pioneiro neste campo e uma das referências globais de um programa de sucesso de resposta à AIDS.

No entanto, naquele mesmo ano, o Brasil, que já era signatário do Acordo TRIPS[5] da Organização Mundial do Comércio (OMC), modificou sua lei de patentes em conformidade com as regras impostas por esse acordo comercial global. Em sua lei nacional, o Brasil incorporou tanto artigos que o obrigavam ao patenteamento de medicamentos como medidas que previam limites na concessão de patentes e possibilidades de sua utilização para atender ao interesse público e social.[6] A partir desse ano, os ARVs que ainda não estavam sendo comercializados no Brasil passariam a ficar sob monopólio da indústria farmacêutica internacional, começando então uma árdua batalha pela utilização e a defesa das medidas disponíveis para a defesa do direito à saúde.

Antes de 1996, uma vez que a legislação de propriedade intelectual então vigente proibia que medicamentos tivessem patentes, os antirretrovirais registrados no Brasil não estavam protegidos por este mecanismo, o que permitiu ao país produzi-los como genéricos. Era o caso de medicamentos como zidovudina (AZT), didanosina (DDI), nevirapina (NVP), lamivudina (3TC), ritonavir (RTV), entre outros. A possibilidade de produção nacional de genéricos foi fundamental para a estruturação do programa universal de acesso a antirretrovirais, já que o país podia oferecer combinações de ARVs conforme preconizam as recomendações internacionais de tratamento a um custo muito mais baixo do que se estivesse obrigado a comprar apenas o medicamento de marca. Nos anos seguintes, o sucesso do programa

[4] Scheffer, Mario. (2012). Coquetel. *A incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da AIDS no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Sobravime.

[5] Sigla em inglês para "Acordo sobre aspectos dos direitos de propriedade intelectual relacionados ao comércio", um dos documentos assinados durante a criação da Organização Mundial do Comércio em 1994 e que nivelou a regras de propriedade intelectual todos os países signatários, obrigando-os a concederem patentes na área farmacêutica.

[6] Patente é um título concedido por um Estado a uma empresa, pessoa ou universidade que permite ao seu titular explorar seu invento por 20 anos em forma de monopólio. Existem diversas medidas que podem ser utilizadas para diminuir os efeitos negativos do monopólio do ponto do vista do interesse público e social (Reis et al., 2011). Acesso a medicamentos e Propriedde Intelectual no Brasil: A experiência da sociedade civil. In: Reis, Renata, Terto Jr. Veriano & Pimenta, Cristina (Orgs.). (2011). Direitos de Propriedade Intelectual e Acesso aos Antirretrovirais: Resistência da Sociedade Civil no Sul Global. Rio de Janeiro, ABIA. Pp 12-58.

pôde ser medido pela queda em aproximadamente 40% da taxa de mortalidade e mais de 70% da de morbidade em apenas quatro anos[7].

Até o final da década de 90, a resposta brasileira, com a mobilização da sociedade civil e de um programa nacional de enfrentamento à AIDS engajado e com medicamentos disponíveis, continuou a trazer bons resultados. No entanto, no cenário internacional o alto preço dos novos medicamentos, calçado no monopólio garantido pelas patentes das grandes empresas farmacêuticas internacionais, já prenunciava as ameaças contra a sustentabilidade do programa de acesso a medicamentos. Para enfrentar a pressão dos preços crescentes, o país poderia usar algumas medidas previstas na lei nacional sobre patentes conforme o Acordo TRIPS, tais como a licença compulsória, que permite a produção e/ou a importação de um medicamento genérico, forçando a concorrência e a queda dos preços. Essa medida foi utilizada no Brasil na década de 1990 e no início da década seguinte apenas como uma ameaça, o que levou a consideráveis reduções de preços dos medicamentos diante da possibilidade concreta de produção do genérico por laboratórios públicos nacionais caso a licença fosse concedida[8]. Posteriormente, essa estratégia de ameaça se esgotou, como será visto mais adiante.

Vagner de Almeida

A utilização das medidas de proteção da saúde e do interesse público enfrenta, desde o início e até hoje, grande pressão contrária principalmente pelas empresas farmacêuticas multinacionais e governos onde estão baseadas, como Estados Unidos e países da União Europeia. No final da década de 1990 e início dos anos 2000, denúncias feitas principalmente pelos EUA, no âmbito da OMC, contra países como o Brasil e a África do Sul, que produziam ou comercializavam genéricos, exigiram rápidas e efetivas respostas tanto da sociedade civil organizada como dos setores governamentais engajados com uma saúde pública universal[9], dando origem ao que hoje chamamos de "movimento global pelo acesso a medicamentos".

Apesar desses obstáculos, o Brasil continuou a levar adiante o seu programa de acesso a medicamentos e chegou ao começo da década seguinte como uma referência internacional de enfrentamento ao HIV e à AIDS, referência esta marcada por ousadia, diálogo intersetorial e respeito aos direitos humanos como bases para uma resposta efetiva e integrada.

Anos 2000: entre o meio dia e o ocaso

Na esteira de toda a mobilização e dos debates que tiveram lugar na década de 1990, os anos 2000 prenunciavam que a discussão em relação à questão de acesso a medicamentos e às patentes farmacêuticas teria terreno para avançar. Não apenas isso, mas que o tema dos direitos humanos e a garantia do direito à saúde e dos medicamentos como parte

[7] Idem, 2011.

[8] Grangeiro, Alexandre et al. (2006). Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, supl. p. 60-69, abril.

[9] Ibidem Reis, R. et al. (2011).

desse direito humano estariam frente a frente com temas de comércio em diversas arenas.

Após mostras de que os altos preços de medicamentos sob patentes colocaram em risco e, de fato, mataram milhões de pessoas, os termos do debate, mesmo em um contexto de hegemonia neoliberal, mudaram substantivamente. O primeiro ano da década já mostraria que tais tendências teriam especial relevância na agenda política, no Brasil e internacionalmente.

Na arena internacional, o ano de 2001 presenciou a negociação da principal declaração no tema acesso a medicamentos e patentes farmacêuticas. Na Conferência Ministerial da OMC de 2001, aprovou-se a histórica Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública. Sem meias palavras, a Declaração de Doha afirma que o Acordo TRIPS não impede e nem deve prevenir países-membros de tomarem medidas no sentido de proteger a saúde pública. Dentre essas medidas, a Declaração cita textualmente a licença compulsória, que determina que governos podem, nas bases que considerarem adequadas, permitir que outros laboratórios produzam um determinado medicamentos patenteado sem a permissão do titular da patente.

Ademais, para além de tratar de um ou outro tema específico, do ponto de vista político, a Declaração de Doha deixava claro que regras comerciais tinham de se adaptar aos padrões de direitos humanos e, uma vez que acesso a medicamentos é parte fundamental da garantia do direito à saúde, direitos de propriedade intelectual não são absolutos.

No Brasil, as manifestações desse debate foram várias. Após aprovação, sob forte pressão, de uma lei que atendia majoritariamente aos interesses das multinacionais farmacêuticas e dos governos do Norte Global, especialmente EUA[10], o Brasil aproveitava-se dos desdobramentos do tema internacionalmente, associados aos avanços conseguidos pelo movimento AIDS ao longo dos anos 1990, como vimos anteriormente.

Entre outras, podemos citar uma modificação na lei brasileira de patentes feita em 2001, que incluiu algumas medidas favoráveis do ponto de vista de defesa da saúde e do interesse público. Entre elas a exceção bolar – que possibilita o registro de medicamentos genéricos ainda na vigência da patente – e a anuência prévia da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que institui um exame mais rigoroso para pedidos de patente na área farmacêutica. A anuência prévia é a participação da Anvisa, ou seja, de um órgão ligado à saúde, no exame das patentes farmacêuticas, em conjunto com o escritório de patentes (INPI – Instituto Nacional de Propriedade Industrial), ligado à indústria e ao comércio. A anuência prévia e a Declaração de Doha são expressões de um mesmo processo de questionamento e reposicionamento do direito à saúde em face de

[10] Reis, Renata Camille Carlos. (2015). Redes invisíveis: grupos de pressão na Câmara dos Deputados – o processo de aprovação da Lei de Propriedade Industrial brasileira. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

regras comerciais que criam barreiras ao acesso a medicamentos. E, por isto mesmo, a anuência prévia é uma das medidas que mais têm sido atacadas no Brasil.[11]

Do ponto de vista da mobilização e da politização do tema do acesso a medicamentos, por parte da sociedade civil e do movimento de AIDS brasileiro, o tema continuou forte na agenda. Durante o Encontro Nacional de ONGs/AIDS (Enong) de 2001, em Recife, houve uma manifestação em frente ao consulado estadunidense, exigindo que os EUA abandonassem a queixa na OMC contra artigos da lei brasileira que protegiam a soberania do país. Em 2003, grupos da sociedade civil formaram o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/Rebrip), um coletivo de organizações da sociedade civil, movimentos sociais, sindicatos e ativistas formado especificamente para atuar neste tema.[12]

Assim, uma série de fatores políticos – mobilização da sociedade civil e movimento AIDS – e tecnológicos e produtivos – fabricação de antirretrovirais genéricos nacionalmente – estabeleceu uma conjuntura que permitiria ao Estado brasileiro lidar com os desafios que se colocariam ao longo da década de 2000.

Como vimos anteriormente, a produção local de medicamentos genéricos foi o que possibilitou ao governo brasileiro oferecer tratamento antirretroviral universal e gratuito a todos que dele necessitassem. No entanto, durante os anos 2000, novos medicamentos foram lançados, colocando à disposição das pessoas vivendo com HIV e AIDS tratamentos menos tóxicos e mais efetivos. Esses medicamentos, ao contrário dos anteriores, chegariam ao Brasil já sob a nova lei de propriedade intelectual promulgada em 1996, ou seja, apropriados por patentes e mantidos sob monopólio.

A partir do início da década de 2000, colocou-se o desafio para o governo brasileiro: incorporar medicamentos mais novos e mais caros ou manter o tratamento com as opções terapêuticas produzidas nacionalmente a baixo custo? O movimento social tem uma resposta muito clara para esta pergunta: a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV não pode estar submetida a questões de preço ou de qualquer outra natureza que possam ser consideradas empecilhos à distribuição desses medicamentos.

Assim, em lugar de se esconder atrás da falsa dicotomia entre incorporação de medicamentos de alto custo e princípios do SUS, nominalmente universalidade e integralidade, o governo brasileiro, pressionado pela sociedade civil, adotou outro caminho. Inserido em um contexto social que compreendia a questão das patentes como uma barreira para a realização do direito à saúde, o governo brasileiro parte para um enfrentamento sério dessa barreira, apostando em canais de participação horizontal

[11] Apesar de aplaudida por grupos de pacientes, organizações da sociedade civil e diversos especialistas na área, e vista como um avanço por diferentes organismos internacionais, no Brasil, a anuência prévia da Anvisa vem sendo questionada tanto por meio do Poder Legislativo quanto do Poder Judiciário, principalmente por empresas farmacêuticas multinacionais. Dentre esses ataques se destaca um caso envolvendo a Interfarma (Associação que representa os laboratórios farmacêuticos estrangeiros no Brasil), que ingressou com uma ação coletiva visando impedir que a Anvisa analise o cumprimento dos requisitos de patenteabilidade no exercício da anuência prévia. Caso seja vitoriosa, essa ação pode significar o fim da anuência prévia. Atualmente, o GTPI está fazendo uma campanha para que a Interfarma abandone o caso no Judiciário e respeite a soberania do Brasil de adotar medidas de proteção do direito à saúde. Mais informações sobre a campanha, ver: http://deolhonaspatentes.org/item/interfarma-abandone-o-caso/

[12] Para mais informações sobre o GTPI/Rebrip, ver: www.deolhonaspatentes.org.

da sociedade civil e lançando mão de diferentes estratégias em âmbito nacional e internacional, liderando o debate sobre patentes e saúde pública em diferentes fóruns.

Nacionalmente, a estratégia de negociar redução de preços dos novos medicamentos com os detentores das patentes continuou a ser a mais utilizada. Essa estratégia estava fortemente baseada na comprovada capacidade de produção de ARVs genéricos pelos laboratórios públicos nacionais, o que possibilitava um levantamento de estimativas de custos de produção e subsídio a negociações de preços. No entanto, em meados da década de 2000, os preços pararam de baixar e o acesso universal passou, de fato, a estar ameaçado pelas patentes no Brasil[13].

Entre 1999 e 2005, o Brasil incorporou oito medicamentos ao tratamento do HIV e da AIDS. Até então somente seis medicamentos eram utilizados. Dentre os oito novos, destacam-se abacavir, efavirenz, Kaletra (lopinavir+ritonavir), tenofovir e atazanavir, todos sob monopólio e com altos preços. Por causa dos preços, em 2005, o governo brasileiro chegou a declarar oficialmente o risco à sustentabilidade e à viabilidade do programa de acesso universal a medicamentos para tratar a AIDS[14].

Governo e sociedade civil, então, passam a concentrar esforços para manter viva uma política de Estado, fundamental para a garantia do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV e com a AIDS no Brasil. Destacamos dois episódios: um relacionado ao medicamento Kaletra e outro ao efavirenz, que mostram como a participação efetiva da sociedade civil é condição essencial para uma política de AIDS bem-sucedida.

Em 2005, o Brasil pagava mais de US$ 3.200 por paciente/ano pelo medicamento Kaletra, o que consumia cerca de 30% ou US$ 91 milhões do orçamento para compra de antirretrovirais. Por isso, o governo brasileiro entrou em duras negociações com a farmacêutica estadunidense Abbott, que vendia o mesmo medicamento por US$ 400 por paciente/ano em outros países. Ainda em 2005, Farmanguinhos, laboratório público ligado ao Ministério da Saúde, afirmou que poderia produzir uma versão genérica nacional por menos da metade do preço praticado pela Abbott.

Após a intransigência da empresa americana em não baixar os preços, o governo brasileiro declarou que o Kaletra era de interesse público e concedeu à Abbott um prazo para oferecer um preço menor, o que evitaria a emissão da licença compulsória. Ao mesmo tempo em que as negociações aconteciam, o Enong daquele ano, realizado em Curitiba, aprovou uma moção de apoio ao licenciamento compulsório do Kaletra. E o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução 352/05, que determinava a emissão imediata de licenças compulsórias não só para o Kaletra, mas também para outros ARVs, como o efavirenz e o tenofovir, que também oneram em muito o orçamento do SUS[15].

Arquivo ABIA

[13] Idem, 2016.

[14] Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. (2005). *A sustentabilidade do acesso universal a antirretrovirais no Brasil*. Brasília.

[15] Scopel, C. T. (2014). Medicamento para aids em situação de monopólio e estratégias de enfrentamento da barreira patentária: o caso do lopinavir/ritonavir. Monografia de Especialização em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz). Rio de Janeiro.

No entanto, na contramão do que exigia o movimento social, o governo brasileiro firmou com a empresa um acordo absolutamente abusivo que, apesar de trazer uma redução de preços, previa congelamento de preços por mais de seis anos, até o vencimento da patente, e cláusula proibindo a emissão de licença compulsória. Uma vez que o acordo veio a público, a sociedade civil brasileira fez enorme pressão exigindo o seu cancelamento. A ABIA/GTPI ingressou com uma Ação Civil Pública, inédita no Brasil, denunciando o acordo e demandando o licenciamento compulsório do Kaletra na Justiça. O acordo foi cancelado sem, no entanto, ocorrer a concessão da licença compulsória. No ano seguinte, houve uma grande redução de preço do Kaletra, que passou a ser vendido pela Abbott por cerca de US$ 1.500 por paciente/ano. Essa redução também veio na esteira da emissão da licença compulsória do Kaletra pela Tailândia[16].

Arquivo ABIA

Importante ressaltar um aspecto que chama a atenção nesse caso: a forma como o Poder Judiciário brasileiro lida com processos envolvendo questões relacionadas à propriedade intelectual. No caso em questão, as decisões consideraram que a utilização de salvaguardas de interesse para a saúde pública violaria as normas internacionais de proteção à propriedade intelectual, levando à aplicação de represálias ao Brasil, citando expressamente a pressão unilateral (e ilegítima) exercida pelos EUA pela já famosa seção 301. Há uma nítida reprodução do discurso internacional adotado pelas empresas farmacêuticas e por governos de países desenvolvidos, sem o desenvolvimento de qualquer análise crítica sobre o tema que considere o interesse público e a normativa de direitos humanos que também nele estão envolvidos[17].

Outro caso que merece destaque nesse período é o do medicamento efavirenz, que consumia parcela significativa do orçamento do programa brasileiro de acesso universal. Em 2007, o efavirenz era vendido ao governo brasileiro por US$ 580 dólares por paciente/ano e era utilizado por cerca de 75.000 pessoas. Desde o final de 2006, o governo brasileiro buscava negociar com a empresa Merck uma redução de preços, considerando para isto o preço com que a própria empresa vendia o medicamento para outros países de renda média e o custo estimado de produção pelo laboratório público Farmanguinhos.

Há algum tempo o movimento AIDS já pressionava o governo brasileiro para emitir uma licença compulsória para o medicamento efavirenz. No Enong de 2005 houve uma grande marcha, de quase 500 organizações, exigindo a licença compulsória, o que para os padrões nacionais mostrava o alto grau de mobilização da sociedade civil organizada no sentido da sustentabilidade do programa de acesso aos ARVs.

Durante os primeiros meses de 2007, as negociações de preços, sempre sob a ameaça de licença compulsória, continuaram e, após muitas

[16] Vieira, M. & Reis, R. (2010). Litigância estratégica em Direitos Humanos – A atuação da sociedade civil no acesso a medicamentos no Brasil. In: *Justiça e Direitos Humanos: Experiências de Assessoria Jurídica Popular.* Curitiba: Terra de Direitos.

[17] Idem, 2010.

ofertas insatisfatórias por parte da Merck, o governo brasileiro finalmente emitiu a esperada licença compulsória, começando a importar da Índia a versão genérica do efavirenz e, posteriormente, produzindo o genérico em âmbito nacional. Em cinco anos a licença compulsória do efavirenz gerou economias de recursos públicos de aproximadamente US$ 103,5 milhões[18].

No entanto, este foi o último ato de um governo ousado que, nos últimos anos da década de 2000 e durante toda década de 2010, apostaria em outras abordagens que não mais se baseiam no enfretamento da questão da patente nem no confronto com os interesses da grande indústria farmacêutica transnacional e do setor privado. De igual sorte, nos anos seguintes, as estratégias governamentais abandonaram a ousadia e o diálogo – marcas fundamentais do sucesso do programa brasileiro – e se voltaram para o mercado e para o tecnicismo na questão dos medicamentos. Ao mesmo tempo iniciava-se o afastamento das fileiras mais aguerridas do movimento social de AIDS, fileiras estas que constituíram uma força política crucial para até então garantir a sustentabilidade do acesso.

O final dos anos 2000 e a década de 2010: flertes com o mercado – a opacidade, o conservadorismo e o tecnicismo dão-se as mãos

Em fevereiro de 2009 foi realizada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a maior instituição de pesquisa em saúde do país, a entrega oficial dos primeiros lotes da formulação genérica brasileira do efavirenz. Naquela época, o medicamento era usado por 46% dos pacientes em tratamento e a entrega do genérico, menos de dois anos após a assinatura do licenciamento compulsório, era um episódio histórico para as políticas de saúde pública[19].

Na mesa do evento estavam presentes, dentre outros, o presidente da Fiocruz, o ministro da Saúde e a ABIA/GTPI, representando a sociedade civil. No painel localizado atrás dos palestrantes havia uma grande imagem do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho,[20] símbolo da luta contra a AIDS no Brasil. A linha de produção de antirretrovirais de Farmanguinhos (laboratório oficial da Fiocruz), que à época produzia oito dos 17 ARVs usados no Brasil, recebia naquela cerimônia o nome "Betinho".

A homenagem a Betinho trazia grande simbolismo àquele momento. Defensor incansável da cidadania e dos direitos humanos, ele costumava dizer que não existe democracia sem fortalecimento da sociedade civil. Essa visão política, no entanto, foi lamentavelmente saindo de cena de 2009 em diante. A cerimônia talvez tenha sido o

[18] Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. (2012). Compulsory licence and access to medicines: economic savings of efavirenz in Brazil. Washington D.C., USA, XIX International Aids Conference.

[19] Ibidem Reis, R. et al. (2011).

[20] Hebert de Souza, o Betinho (1935-1997), é uma pessoa fundamental na história do enfrentamento da AIDS no Brasil. Além de ter sido fundador e presidente da ABIA, fundou outras organizações ainda muito atuantes, como o IBASE e a Ação da Cidadania contra a Fome. É até hoje um ícone das grandes lutas populares pela justiça social no Brasil. Para mais informação sobre a importtância do Betinho para o movimento AIDS, veja Galvão, Jane. (2009). "Betinho: Celebration of a Life in Brazil", in Perlman, Daniel e Rou, Ananya Roy (Eds). The Practice of International Health: A Case-Based Orientation. Oxford: Oxford Universtiy Press.

último grande momento no qual governo e sociedade civil se reuniram em torno de uma estratégia e de um debate aberto e horizontal sobre produção de medicamentos ARVs. Após essa ocasião começou a emergir uma estratégia de produção local calcada na transferência vertical de tecnologia, as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDPs), e daí passou a prevalecer o diálogo exclusivo entre governo e setores empresariais, como representantes da sociedade civil.[21] Isto representa um grande retrocesso, se colocarmos em perspectiva com o momento histórico apresentado nos parágrafos acima, em que governo e sociedade civil discutiam, de igual para igual, a produção local de medicamentos no Brasil.

Além da descontinuidade do compromisso do diálogo com a sociedade civil, a adoção do discurso de "fortalecimento do complexo industrial da saúde" também trouxe uma opção política pela falta de transparência. Em 2012, entrou em vigor no Brasil a assim chamada Lei de Acesso à Informação (LAI). Esta lei regulamentou o direito constitucional dos cidadãos brasileiros ao acesso às informações públicas, tendo como objetivo aumentar a transparência da administração pública. Na expectativa de que a lei pudesse servir para contornar a falta de diálogo, a ABIA/GTPI encaminhou, entre 2012 e 2015, 40 pedidos de informação para o Ministério da Saúde e diversos laboratórios públicos em busca de dados sobre preços e prazos dos inúmeros acordos para a produção de ARVs que estavam sendo anunciados com grande alarde. Desses pedidos, apenas sete tiveram uma resposta completa e satisfatória. Em metade deles a informação foi negada, classificada como sigilosa. Em muitos casos não houve resposta alguma, em franco desrespeito à lei[22].

Ao descuido com a transparência se somou o descuido com os preços, o que criou grande contraste com a época em que preços eram duramente negociados com as farmacêuticas transnacionais. De acordo com o então diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Dirceu Greco, "[n]este momento o governo não olha o preço final do produto e sim a qualificação da indústria farmacêutica com a transferência da tecnologia".[23]

Desta forma, percebemos uma mudança importante na maneira como o governo via a questão das patentes e como se relacionava com as empresas farmacêuticas. Podemos citar algumas consequências dessas escolhas: a) a perda do papel estratégico dos laboratórios públicos, que ao invés de regular o mercado, passaram agora a aplicar altas margens de lucro, sem nenhuma transparência dos custos de produção;[24] b) a perda do poder de negociação do Ministério da Saúde, que vinha justamente da transparência sobre custos de produção e da articulação com a sociedade civil; e c) a perda da perspectiva de direitos humanos,

[21] Por exemplo, em 2008 foi criado o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), instância deliberativa voltada para discutir prioridades, normas e encaminhamentos a respeito da produção de medicamentos, no marco das PDPs. No âmbito do Gecis foi constituído o Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil/ Conselho de Competitividade do Complexo da Saúde, composto quase exclusivamente por representantes do setor empresarial. Ver: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/581-sctie-raiz/deciis/l2-deciis/12076-grupo-executivo-do-complexo-industrial-da-saude-gecis.

[22] GTPI/ABIA – Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual/ Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. (2013). Sigilofrenia na Saúde: Resultados do uso da Lei de acesso à informação pelo GTPI.

[23] Fala realizada durante o seminário "Acesso a Medicamentos no Brasil: Registro Sanitário, Patentes e Projetos de Lei", realizado por GTPI/ABIA/ CONECTAS em 29 de abril de 2011, na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo. Ver: http://www.forumaidssp.org.br/home/noticias/ noticia_detalhe/181.

[24] Ver, por exemplo, estudo realizado por Eloan Pinheiro sobre o custo de produção da versão genérica do ARV Tenofovir no Brasil, apresentado no seminário "Acesso aos ARVs: ampliando conquistas e evitando retrocessos", realizado pelo GTPI/ABIA em outubro de 2015. Publicação no prelo.

na medida em que as decisões são tomadas com base no que é mais vantajoso para as empresas envolvidas nas PDPs e para a política industrial e não no que é melhor para os pacientes e para as políticas de saúde.[25]

Um exemplo da concretização dessas escolhas políticas é o caso do medicamento ARV atazanavir. Em 2011, uma PDP para a produção e a transferência de tecnologia foi firmada entre a empresa transnacional BMS e o laboratório público Farmanguinhos. O GTPI/ABIA identificou diversos problemas no contrato, obtido após muito esforço e de diversos pedidos de acesso à informação terem sido negados. Por exemplo, o acordo expressamente proíbe Farmanguinhos de fabricar a combinação atazanavir/ritonavir, atualmente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para a BMS, isto significa transferir para o Brasil uma tecnologia em vias de se tornar obsoleta. Para os pacientes, significa ficar sem acesso a uma melhor opção de tratamento.

A PDP do atazanavir também é um exemplo da fragilidade criada em torno da sustentabilidade da compra de medicamentos. A BMS detém monopólio patentário no Brasil até 2017, ano em que o país deveria ser capaz de produzir 100% da demanda em Farmanguinhos, caso o contrato seguisse os prazos inicialmente previstos. No entanto, como o registro da versão genérica que deveria ocorrer em 2012 só aconteceu em 2014, a obrigação de compra da BMS vai se estender até 2019, dilatando um monopólio mesmo não havendo mais patente em vigor. Até o momento, passados mais de cinco anos da assinatura da PDP, apenas a embalagem do medicamento está sendo produzida no Brasil.

Uma das poucas inovações em relação à negociação de preços ocorreu em 2015 durante a gestão do ministro da Saúde Arthur Chioro, quando o Brasil liderou a criação de uma plataforma de negociação conjunta de preços no âmbito do Mercosul. Na primeira rodada de negociações foi incluído o medicamento darunavir, pelo qual o Brasil paga cerca de 2,5 vezes mais que as versões genéricas mais baratas disponíveis em âmbito internacional. No final de 2015, o Mercosul anunciou significativas reduções de preço para compras a serem realizadas em 2016, que seriam feitas de laboratório de genéricos indiano.[26] Porém, o Brasil segue pagando o preço que era praticado antes da negociação conjunta. Conforme já argumentado em diversos ofícios enviados pela ABIA/GTPI ao Ministério da Saúde, não existe nenhuma barreira patentária que impeça o Brasil de produzir e/ou comprar versões genéricas do darunavir. No entanto, a empresa multinacional Janssen continua exercendo pressão para a compra exclusiva do medicamento produzido por ela, argumentando que existem pedidos de patentes pendentes de análise no Brasil, em uma clara estratégia para causar insegurança pelo depósito de diversos pedidos de patente para um mesmo medicamento, ainda que os mesmos sejam de baixa qualidade e não cumpram os requisitos legais para a concessão da patente[27].

Arquivo ABIA

[25] Ver estudo realizado pelo GTPI/ABIA sobre a PDP do Atazanavir apresentado no seminário "Acesso aos ARVs: ampliando conquistas e evitando retrocessos", realizado pelo GTPI/ABIA em outubro de 2015. Publicação no prelo.

[26] Uruguai, Ministério de Salud Pública. (2015). Medicamentos más baratos para tratar la Hepatitis C en países del MERCOSUR. 13/11/2015. Disponível em: http://www.mspbs.gov.py/v3/ medicamentos-mas-baratos-para-tratar-la-hepatitis-c-en-paises-del-mercosur/

[27] GTPI/ABIA – Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Carta da sociedade civil sobre os altos preços do medicamento antirretroviral darunavir e complemento, 2015, 2016.

Ainda sobre o tema de preços e patentes, o último diretor do Departamento Nacional de AIDS, Fábio Mesquita, declarou que não havia ambiente político para atuar de forma mais firme e que o governo fazia o que era possível.[28]

No debate sobre incorporação de inovações no tratamento a resposta é semelhante. Ao reagir a cobranças da sociedade civil sobre inadequações do tratamento inicial hoje oferecido, o Ministério da Saúde alega que este é o tratamento que é possível oferecer diante do preço dos novos medicamentos. Um exemplo concreto disto é o caso do ARV dolutegravir, cuja incorporação foi inicialmente rejeitada e, após consulta pública com ampla participação da sociedade civil e profissionais da saúde, foi recomendada apenas para a terceira linha de tratamento, enquanto outros países já o adotam em primeira linha, e apenas caso haja redução do preço.[29] Essa postura é diametralmente oposta àquela assumida no início dos anos 2000, quando se incorporaram medicamentos e se perseguiram a universalidade e a integralidade mediante a utilização de várias ferramentas e estratégias para a redução do preço.[30]

Atualmente se pode dizer que, apesar das dificuldades internas crescentes, o programa de acesso aos ARVs ainda funciona de forma contínua e atende ao número crescente de novas infecções diagnosticadas, no entanto, o cenário é cada vez mais preocupante. Desde o final de 2013, o país, seguindo a tendência internacional, passou a adotar a estratégia "Testar e Tratar", na qual todos aqueles diagnosticados com HIV, independentemente do nível de CD4 ou de carga viral no sangue, devem iniciar tratamento imediatamente.[31] A combinação de ARVs ofertada para o início do tratamento tem sido o "3 em 1", com lamivudina, efavirenz e tenofovir. Enquanto em vários países, como os EUA, Inglaterra, Espanha, entre outros, do assim chamado Norte, essa combinação já é considerada ultrapassada, principalmente pelos efeitos colaterais a médio e longo prazo, no Brasil ela ainda é a opção preferencial imposta às milhares de pessoas que hoje em dia iniciam seus tratamentos.

Arquivo ABIA

[28] Agência de Notícias da AIDS. Ativistas acusam governo de não discutir atualização de tratamento contra a AIDS. Governo responde que atual protocolo tem dado certo. 08/04/2016. Disponível em: http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/24738#.V1t5COYrJXh.

[29] Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n. 63, de 28 de outubro de 2015.

[30] Trazemos como exemplo falas de diretores do Programa Nacional de AIDS em anos anteriores: 2003 – Paulo Teixeira: "É uma marca do programa brasileiro mobilizar todos os mecanismos para tornar o acesso aos medicamentos viável, seja na produção, no controle de qualidade ou na quebra de patentes.": http://www.giv.org.br/Not%C3%ADcias/noticia.php?codigo=31; 2005 – Pedro Chequer: "O Programa Nacional é claramente favorável à utilização da Licença Compulsória e claramente tem manifestado esta posição.": http://www.aids.gov.br/noticia/ legislacao-de-patentes-impediu-o-brasil-de-avancar-diz-pedro-chequer; 2008 – Mariangela Simão: "A política da indústria é baseada na prevalência da doença e na renda média, mas o que defendemos é o preço justo, que leve em conta outros fatores, como o fato de um país garantir acesso universal". http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-quer-preco-justo-para-droga-contra-aids,221091.

[31] Para uma visão crítica da adoção da política "testar e tratar" no Brasil, ver: "Para que a nova política de AIDS seja sustentável: velhos e novos desafios", GTPI, 2013.

As resistências e as reticências do Ministério da Saúde e de alguns aliados, entre eles profissionais de saúde e gestores mais conservadores, em enfrentar a questão da incorporação de novos medicamentos, principalmente para a primeira opção, têm sido uma ameaça à retenção, a médio e longo prazos, das pessoas vivendo com HIV no tratamento e nos serviços de saúde. Por outro lado, o conservadorismo do Brasil também nesse campo pode aprofundar a desigualdade crescente entre os países capazes de acessar as novas e mais benéficas combinações de antirretrovirais e aqueles que estarão condenados às combinações mais antigas e ao padecimento dos agravos clínicos, sociais e econômicos trazidos pelos efeitos colaterais das medicações. Após tantos anos de luta, é inaceitável para toda a comunidade internacional envolvida com o HIV que o retrocesso e a desigualdade no acesso aos ARVs entre os países continuem ameaçando a vida e o tratamento com qualidade das pessoas com HIV.

Conclusão ou a luta deve continuar?

O legado construído no Brasil ensina que a luta contra a AIDS só pode ser vencida quando perseguimos o impossível. Quando o Brasil se colocou esse desafio, era considerado impossível um país em desenvolvimento oferecer tratamento de forma universal, gratuita e equiparado às diretrizes internacionais, incluindo aquelas dos países mais desenvolvidos. Também era considerado impossível enfrentar as pressões das empresas multinacionais contra a emissão de uma licença compulsória. E, acima de tudo, era considerado impossível colocar Direitos Humanos no centro do enfrentamento da epidemia de AIDS, o que resultou em cidadania e democratização do conhecimento. No entanto, essas conquistas só foram possíveis por causa da correlação de uma série de fatores, entre eles: o papel que a sociedade civil brasileira desempenhou durante todos esses anos, a intersetorialidade e a relação horizontal entre governo e sociedade civil.

Enfrentar tais pressões com ousadia, diálogo aberto e foco nos direitos humanos foi o que fez do Brasil uma referência global na luta contra a AIDS. No entanto, como vimos, a ousadia dos anos 1990 e início dos anos 2000 deu lugar ao conservadorismo, e o diálogo e a participação, uma marca registrada da resposta brasileira, foram substituídos pela opacidade e o diálogo unicamente com o setor privado. Finalmente, a prevalência dos direitos humanos na formulação e na execução de políticas públicas perdeu espaço para pacotes de serviços baseados num discurso meramente tecnicista e biomedicalizante. Nessa inversão perigosa, ganham as empresas que sempre abusaram do sistema de patentes, colocando em risco constante o acesso universal a medicamentos. E perdem os pacientes, que continuam organizados e lutando para garantir que a resposta brasileira mantenha os direitos das pessoas que vivem com HIV no Brasil e no mundo.

ABIA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS
OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE POLÍTICAS DE AIDS