

ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA PORTADORES DE HIV/AIDS

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me incentivaram aos estudos, a minha esposa que além de incentivar, colaborou direta e indiretamente na realização deste trabalho, aos meus filhos que compreenderam o meu compromisso com os meus afazeres e aos amigos que colaboraram nas minhas dificuldades para elaboração.

RESUMO

Com a constituição de 1988, houve a descentralização da gestão dos serviços de saúde, tornando os municípios responsáveis por ações conjuntas com os estados e a união, para a execução dos orçamentos e garantir o Sistema Único de Saúde, lembrando que os cidadãos interagiram direta e indiretamente para garantir a melhoria das gestões de saúde de suas regiões. Com a participação da sociedade e propostas nacionais renováveis, tentou-se corrigir o desequilíbrio social e propiciar a redução das desigualdades, fortalecendo os sistemas de saúde para portadores de HIV/AIDS. Um exemplo disso é a implantação do Pacto pela Saúde, que define responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades da saúde da população e na busca por equidade social. Estas propostas são submetidas a consultas públicas, junto a profissionais de saúde e a sociedade civil interessada, a qual proporciona segundo o Ministério da Saúde, um aumento no número de testagem e conseqüentemente uma discreta tendência de queda dos índices de positividade, o que torna a epidemia de HIV/AIDS no país, estável do ponto de vista de crescimento. Os dados retirados do Boletim Epidemiológico AIDS/DST, mostram os índices acumulados de notificações registradas no período de 1980 a 2010, indicando os números de incidência por: região, sexo, faixa etária, entre outros, os quais submetidos a gráficos facilitam a visualização de certas ações governamentais e os fatores que contribuem para a vulnerabilidade, transmissores e tendências. A história das ações políticas passou por intervenções de ONGs, até chegar a programas e ações que servem de exemplo para o mundo. Gestores de processos governamentais e sociedade civil participaram das negociações com o Banco Mundial, para gerar acordos e empréstimos que amenizem os possíveis impactos da epidemia da AIDS no Brasil, que cada vez mais ganha reconhecimento público sobre a complexidade da doença que requer tratamento especializado.

1. INTRODUÇÃO

Há mais de trinta anos, na Conferência no Cazaquistão, em 1978, a Declaração de Alma-Ata tratou dos cuidados primários de saúde, onde reza no item X da declaração: Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até a década 2000. Com o surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e consequentemente da doença Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), costumou-se culpar o capitalismo, o neoliberalismo, a globalização ou a mundialização para explicar a falta de saúde da maioria da população do mundo.

As relações políticas interagem num tema importante e complexo, que com a Constituição de 1988 iniciou-se uma descentralização da gestão dos serviços de saúde, onde a sociedade, os dirigentes estaduais e municipais começaram a perceber a importância de que cada um tenha garantido o acesso aos serviços de saúde e que este deveria ser organizado pelos municípios dado as particularidades de cada um. (FORTES, 2008).

Hoje todas as atividades de saúde, preventivas ou curativas, individuais ou coletivas são de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas do governo, que deverá se organizar segundo as diretrizes e seus princípios. Segundo o Ministério da Saúde, as políticas públicas na área de promoção e prevenção a portadores de HIV e AIDS, no Brasil, tomam como paradigma uma abordagem com ênfase ao desenvolvimento sustentável, melhor qualidade de vida e ao direito a cidadania (CAMARGO JR., 1997).

Cada município por sua vez, deveria ter postos de saúde, centros de saúde, hospitais, prontos socorros, laboratórios, serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e o que mais a população necessitar para serem atendidos pelas prefeituras que estão mais próximas dos cidadãos.

O Prefeito livremente se candidata e, depois de eleito, aceita o cargo, escolhe para ser seu auxiliar um secretário de saúde (que também espontaneamente aceita essa função) e se compromete a cumprir o mandato segundo o que determina a legislação (PAULA&GUIBU, 2007).

Os cidadãos organizados em suas entidades têm condições de negociar melhor suas necessidades de saúde. Ao estado, cabe cuidar dos serviços de saúde

que são referência para os diversos municípios, ou seja, os serviços de saúde mais especializados.

A mobilização em torno de fórmulas para transformar o âmbito das políticas e práticas de saúde, se intensificou com a criação de programas de controle e prevenção de HIV/AIDS implantado pelas Secretarias de Estado da Saúde, nos grandes centros urbanos. Porém, na maioria dos municípios, os programas foram implantados parcialmente, em outros, ainda permanecem nacionalmente desconhecidos.

A emenda constitucional de 29 de setembro de 2000 assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, portanto obriga a união, estados e municípios a colocar e executar orçamento com garantia de recursos para o SUS. (PAULA/GUIBU, 2007)

Segundo Paula&Guibu (2007), sabe-se das dificuldades dos gestores municipais em atender todas as demandas. A forma de utilizar os recursos financeiros é da escolha do governo, pode variar um pouco em cada local, é opção política, mas fazer atenção básica é obrigatório as governantes. A população tem que ser atendida em suas necessidades primárias.

Por fim, medidas em saúde pública relativa ao controle e prevenção da população devem considerar as más condições de vida, as dificuldades para se conseguir acessos fluidos aos sistemas de saúde e as carências educativas de grande parte da população, favorecendo o crescimento incessante da epidemia, especialmente em áreas onde a prevalência do HIV/AIDS é elevada, (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2008).

O conhecimento sobre a epidemiologia nos portadores com vírus HIV e/ou doentes pela AIDS é relativamente pequeno. Em geral, existe uma grande diferença nas freqüências dos agentes etiológicos, devido a fatores que incluem *status* imunológico, localização geográfica, clima e condições socioeconômicas.

Ressalta-se, que é grande a prevalência de infecção por agentes emergentes nos estágios mais avançados da AIDS. Portanto, o estabelecimento de tratamento específico depende diretamente do conhecimento desses agentes bem como dos fatores de risco associados à sua distribuição. Ademais, a colonização por patógenos em potencial nesses indivíduos é elevada o que determina o estado de portadores assintomáticos (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2008).

1.1 OBJETIVO

A pesquisa mapeia medidas em Saúde Pública relativas ao controle e prevenção do HIV/AIDS, considerando as aplicações de melhorias continuadas, visão sistêmica, as dificuldades para se conseguir acessos fluidos aos sistemas de saúde e as carências de grande parte da população, favorecendo o crescimento incessante da epidemia, especialmente em áreas onde a prevalência do HIV/AIDS é elevada. Demonstrar e discutir a positividade do HIV, bem como citações com relação à faixa etária e sexo no Brasil, na região sudeste, no estado e município de São Paulo, através do Boletim Epidemiológico de AIDS divulgado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chaves: Estratégias Governamentais, Pacto da Saúde, Índices de Positividade.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 APONTAMENTOS SOBRE O PROGRAMA NACIONAL E GESTÃO DE PESSOAS COM ÊNFASE NO PACTO DE GESTÃO.

2.1.1- Promoção a Saúde e Políticas Públicas

No programa nacional, e nos processos de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (MS, 2006).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de prevenção ao HIV/AIDS, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais (MS, 2006).

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizada e fragmentária, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos, ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária (MS, 2006).

Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades, elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (MS, 2006).

Promover a saúde é intervir socialmente nas garantias dos direitos dos cidadãos, nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, na execução das agendas governamentais a

fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração, implementação e ratificando os preceitos constitucionais de participação social (MS, 2006).

A Gestão de Pessoas traz a luz, resultados de melhorias da qualidade de saúde da população que ao examinarmos a situação da saúde no Brasil encontramos uma série de problemas, consequência das condições de vida que refletem as desigualdades de varias ordens, fruto de uma distribuição desigual das riquezas e de oportunidades, onde poucos têm muitos direitos e muitos têm quase nenhum.

Existem hoje propostas nacionais renováveis ou incrementadas ano a ano para programar estratégias governamentais que visam corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades e fortalecer o sistema de saúde, que segundo a publicação SSSR (2008), recomenda:

- Revisar normas, procedimentos e processos de trabalho a fim de adequá-los às diferentes necessidades e realidades de mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS, sobretudo no que diz respeito à atenção intrafamiliar ou doméstica.
- Fomentar o desenvolvimento de pesquisas sobre o impacto da terapia antirretroviral na qualidade de vida e saúde das pessoas vivendo com HIV e AIDS, incluindo questões relacionadas à saúde mental, lipodistrofia, disfunção hormonal, menopausa, perda de libido, deficiências e doenças crônico-degenerativas em decorrência da AIDS.
- Garantir o desenvolvimento de estratégias para ampliar a participação e o engajamento dos homens, parceiros afetivo-sexuais das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS, sobretudo em ações de aconselhamento em sexualidade, prevenção positiva, prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis.
- Utilizar, na produção e na divulgação de estatísticas oficiais em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e AIDS, o Quesito Cor e intersecção com outras variáveis, como sexo, idade, ocupação, escolaridade, local de moradia, orientação sexual, vias de infecção, com vistas a identificar necessidades e demandas; definir prioridades; alocar recursos e promover mudanças nos

processos de trabalho, seguindo as diretrizes do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, Plano Nacional de Política para as Mulheres, Política Nacional de saúde Integral da População Negra, e contribuindo para aprimoramento dos Planos Integrados de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras Doenças sexualmente transmissíveis (DST), nos estados, municípios e no Distrito Federal.

- Estabelecer indicadores para o monitoramento e definir mecanismos e estratégias para a avaliação de resultados e impacto de planos, programas e ações integradas, intra e intersetoriais entre os diferentes grupos.

2.1.2- Pacto pela Saúde

Entre outras a implantação do Pacto pela Saúde, que trata de um planejamento estratégico nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão, que possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, 2006).

O Pacto pela Saúde e consolidação do SUS, que se dividiu em três para tentar amenizar os problemas de uma forma mais dimensionada, cujas diretrizes foram aprovadas em 2006, pela (Conselho Nacional de Saúde) CNS, são:

2.1.2.1- O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão na rede do SUS garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. As metas prioritárias do Pacto pela Vida

são: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica (FELIPE, 2006).

Porem com a publicação da Portaria 325/GM de 21 de fevereiro de 2008 que Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação, deu início o processo de inclusão de indicadores para as DST/AIDS e outros agravos não contemplados pela primeira Portaria 91/GM de 10/01/2007. No indicador para AIDS foi implantada a Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade. Onde será calculado o número de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos em um determinado ano e local de residência, dividido pela população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e o resultado multiplicado por 100.000 (SINAN e IBGE, 2006).

Com estes indicadores poderá ser avaliada a magnitude e a tendência da transmissão vertical do HIV. Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de AIDS como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença e subsidiar processos de planejamento gestão. Avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da transmissão vertical do HIV/AIDS (SINAN e IBGE, 2006).

Para que estes indicadores funcionem será necessário romper certos limitadores que podem prejudicar o desenvolvimento desse processo que são:

A confirmação de casos exige, em geral, a realização de testes laboratoriais específicos (sorologia para detectar anticorpos e antígenos, e isolamento do HIV).

A capacidade para detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de AIDS, está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada área geográfica.

A análise de séries temporais deve levar em conta a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e dos critérios de confirmação de casos de AIDS (SISPACTO; 2008).

2.1.2.2- O Pacto em Defesa do SUS e componentes encontra-se uma estratégia para a reorganização e a possibilidade de melhorias significativas de Saúde Pública Brasileira. Para tanto, baseia-se nos “Princípios Constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de Saúde da População”, conforme disposto na Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, a qual promulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as suas respectivas Diretrizes Operacionais, visando tornar claros os compromissos entre os gestores do SUS, consolidando o processo da Reforma Sanitária Brasileira e articular ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Expressa movimento de repolitização da saúde, com uma estratégia de ampliação da participação social e buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados. (CONASS, 2006)

2.1.2.3- O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação, explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, busca critérios de alocação equitativa dos recursos. Reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores. Integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. (Portaria Nº 399/2006). Valoriza as relações solidárias entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: descentralização, regionalização, financiamento, Planejamento.

Aprovada as diretrizes do pacto de gestão inicia-se um processo de descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores tripartite. Desta forma, a proposta é de que Intergestores

Tripartite, os estados em parceria com municípios, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país. (CONASS, 2006)

2.2 PLANEJAMENTOS ESTRATÉGICOS GOVERNAMENTAIS QUE VISAM CORRIGIR, AMPLIAR E AGILIZAR O DIAGNÓSTICO DO HIV.

Com o planejamento estratégico, os governos podem tomar decisões visando a transformar a situação em direção aos objetivos almejados. O processo de planejamento estratégico proposto constitui-se em ferramenta flexível destinada a responder ao duplo requisito de seu uso tanto no nível central quanto nos níveis estadual e local. As várias opções que isso proporciona devem auxiliar os gestores a construir um marco de ações estratégicas mais focalizadas ao combate da epidemia. Nos níveis estaduais e locais, deve permitir aos profissionais de saúde planejar intervenções estratégicas que possam contribuir para uma resposta nacional adequada e efetiva MS (2010).

Segundo o Ministério da Saúde, no momento, a gestão do SUS passa por uma mudança substantiva. O processo de descentralização avança com a promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. A regionalização, a hierarquização do Sistema de Saúde e a municipalização ganham contornos mais bem definidos, com a introdução de novas modalidades de gestão e dos conceitos de módulos assistenciais e de municípios-pólo, além da ampliação das possibilidades de negociação visando esta questão criação de uma rede de referência e contra-referência regionalizada, para os mais diversos serviços. Mais importante busca mudar a lógica da remuneração por serviços prestados para a lógica de financiamento a partir da demanda.

Por outro lado, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITES) vão reestruturando o modelo de atenção à saúde no País. Esse

avanço faz mais presente à necessidade de maior ordenação e integração das ações de DST/AIDS, principalmente no contexto das ações básicas de saúde. Mais que nunca é necessário ampliar o acesso da população à informação, os serviços e as ações de prevenção e de assistência, programar processos de melhoria contínua da qualidade desses serviços, além de fortalecer a capacidade de gestão dos programas estaduais e municipais (TEIXEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde cita ainda que isso seja particularmente importante no âmbito das DST. De fato, o processo de planejamento estratégico deve priorizar ações que possam incrementar a capacidade de resposta dos programas pelo menos àquelas DST incluídas como prioritárias para fins de intervenção (TEIXEIRA, 2010).

Segundo o Teixeira (2010), o pensamento estratégico implica disposição para a inovação, a criatividade e a ousadia de explorar novas idéias, caminhos e métodos. É necessário que as organizações desenvolvam a capacidade de sonhar e de assumir riscos em busca do sucesso. Para sonhar e inovar é preciso correr o risco de enganar-se, de errar; não de forma irresponsável, mas depois de um esforço consciente, profissional e rigoroso. Para aumentar a possibilidade de êxito, o processo de planejamento estratégico deve:

- Determinar prioridades para que não se perca tempo e recursos tentando prever todas as eventualidades em detrimento da identificação dos determinantes mais importantes da epidemia.
- Ser específico para a situação, deixando de lado quaisquer idéias pré-formuladas "do que precisa ser feito".
- Ir à raiz do problema, analisando os principais fatores pessoais, sociais e ambientais que estão por trás do comportamento e que podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos à infecção pelo HIV e pelas demais DST.
- Antecipar o impacto da epidemia, uma vez que determinados grupos populacionais são mais afetados pela epidemia de HIV/AIDS e pelas outras DST.
- Lidar com os obstáculos, pois muitas vezes o fato de ignorar ou negligenciar certos empecilhos impede a ação de atingir seus objetivos ou até de ser implementada.
- Aproveitar as oportunidades, uma vez que para a eficácia e sustentabilidade de uma ação é muito importante a qualidade, a motivação, o empenho dos recursos humanos, assim como um ambiente favorável à sua implementação.

- Ter liderança com participação ativa da comunidade e boa coordenação entre os principais interessados, assegurando o comprometimento dos escalões superiores da organização.
- Aprender com as experiências, adaptando-as para a situação própria, ganhando tempo e aumentando as chances de êxito.
- Planejar com realismo, pois um plano sofisticado que não possa ser posto em prática é inútil.
- Garantir recursos para programar todas as ações essenciais. Prever estruturas gerenciais práticas, atribuindo responsabilidades, de forma a garantir a concretização das atividades e estabelecendo parcerias para monitorá-las.
- Oferecer flexibilidade, uma vez que o HIV e a AIDS evoluem num contexto que pode modificar-se dramaticamente num intervalo muito curto.
- Replanejar e apoiar o surgimento de novas iniciativas bem-sucedidas são um pré-requisito para a eficácia.

Com estes intuitos, o Ministério da Saúde modificou as normas para a realização dos testes do anti-HIV em 2009 com a portaria 151 de 14 de outubro de 2009. O objetivo foi incluir metodologias mais modernas e aumentar o leque de opções para os serviços de saúde dos exames ofertados.

Essa medida ampliou o acesso diagnóstico para o vírus da AIDS. As novas metodologias foram submetidas à consulta pública junto a profissionais de saúde e sociedade civil interessada (MS CONSULTA PÚBLICA, 2009).

As mudanças efetuadas pelo Programa Nacionais DST/AIDS, visaram aperfeiçoar a execução das metodologias para o diagnóstico da infecção do HIV no laboratório. Antes uma amostra positiva de HIV passava por três etapas até a conclusão do resultado, hoje passa apenas por duas etapas sem perdas na confiabilidade do diagnóstico, deste modo, os laboratórios têm sua capacidade aumentada na liberação de resultados de exames (MS CONSULTA PÚBLICA, 2009).

A nova portaria possibilita a utilização de biologia molecular para detecção do HIV, tecnologia esta que é importante porque identifica o vírus e não os anticorpos produzidos pelo organismo e é utilizada para auxiliar o diagnóstico da infecção pelo HIV em casos de resultados indeterminados. Possibilita também ampliar a utilização do teste rápido para outros tipos de serviço, como os laboratórios de pequeno porte

e unidades básicas de saúde (UBS), onde, à medida que os serviços identificarem a necessidade da adoção desta metodologia deverá solicitar a capacitação de seus profissionais junto às Secretarias Estaduais de Saúde (INOCÊNCIO, 2010).

Caso teste rápido seja positivo na etapa I, uma nova amostra deverá ser coletada imediatamente, para a realização da etapa II desta portaria (disponível no **ANEXO A**), que permite a utilização das seguintes metodologias:

- IFI – Imunofluorescência indireta;
- IB – Immunoblot;
- IBR – Immunoblot rápido;
- WB - Western Blot.

No ano de 2010, pesquisa apresentada pelo Ministério da Saúde mostrava que cerca de 630 mil brasileiros vivem com HIV em todo o país, desses, 255 mil não sabem que foram infectados e ainda não tinham sido testados. Ampliar a oferta da testagem para o vírus foi um dos focos de trabalho do Ministério da Saúde para este ano (CORRÊA, 2011).

Neste período, foram feitos cerca de mil exames por mês em alguns municípios com população consideravelmente baixa, em relação ao município de São Paulo. Como por exemplo: o município de Canoas, RS, que conta com uma população com cerca de 315 mil habitantes, segundo o Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Embora ainda seja baixo o número de canoenses que fizeram o teste anti-HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a procura teve um acréscimo de 45% na média mensal de 2010, em comparação com 2009. No ano passado, foi realizado cerca de mil exames por mês, índice que se mantém nos primeiros meses de 2011, segundo a coordenadora do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, (CORRÊA, 2011).

Isso se deve, principalmente, às ações de prevenção que vêm sendo intensificadas pelos programas, como palestras em escolas, empresas e comunidades e às campanhas de conscientização nos meios de comunicação. Nos dias que precedem ao carnaval, as pessoas são estimuladas à realização do teste, através das campanhas que são lançadas pelo Ministério da Saúde.

Segundo Corrêa (2011), hoje o exame é feito em laboratórios vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS), por solicitação do médico, ou no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Referência e Tratamento DST/AIDS (CRT DST/AIDS), Serviço de Assistência Especializado (SAE) e Ambulatório de Especialidades (AE), que atende as solicitações feitas de forma espontânea de quem quer realizar o teste rápido. Mas de nada adianta fazer o exame e deixá-lo à espera. Isso ocorre com centenas de resultados nesses serviços. A solução é encaminhá-los a UBS, pois quem realiza o teste por requisição médica pode buscar o resultado no seu próprio bairro, sem precisar se deslocar ao Centro de Testagem. Geralmente, quem tem quase certeza de que é portador do vírus acaba retardando a confirmação, segundo a psicóloga do Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS, (NAKAMUA, 2011).

A grande maioria dos pacientes que procuram esses centros de testagem é do sexo feminino, mas um levantamento realizado pelo programa mostra que os homens são a maioria dos infectados, com uma margem de diferença pequena (ZERO - HORA 2010).

2.3 ÍNDICES DE POSITIVIDADE NO BRASIL, REGIÃO SUDESTE E CIDADE DE SÃO PAULO.

Voltando a citar os números do Ministério da Saúde, em dezembro de 2010, cerca de 630 mil brasileiros vivem com HIV em todo país, desses, 255 mil não sabem que foram infectados. O número de testes de HIV distribuídos pelo SUS dobrou, passando para 8,9 milhões, com índice de testagem para HIV de 38,4%, conseqüentemente, foram registrados em média 35 mil casos novos de AIDS, que de acordo com o Ministério da Saúde o número não é preocupante, uma vez que é reflexo do aumento de testagens em todo país.

Os registros de novos casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2010 indicam que a maior parte dos infectados está no sudeste (58%), UNIVERSO ONLINE, 2010).

Os dados do Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2010 mostram que, de 1980 a junho de 2010, foram registrados 592.914 casos de AIDS no Brasil. Durante esses anos, 229.222 mortes ocorreram em decorrência da doença. A epidemia no país é considerada estável. A média de casos anual entre 2000 e 2009 é de 35.747.

Do acumulado, a região Sudeste é a que tem o maior percentual de notificações, 58,04% ou seja, 344.150 casos. Ainda no Sudeste, há discreta queda da taxa de incidência, de 25,9 casos a cada 100 mil habitantes em 2000 para 20,4 casos em 2009. (MS/SVS/PN-DST/AIDS 2010). **Gráfico 1**

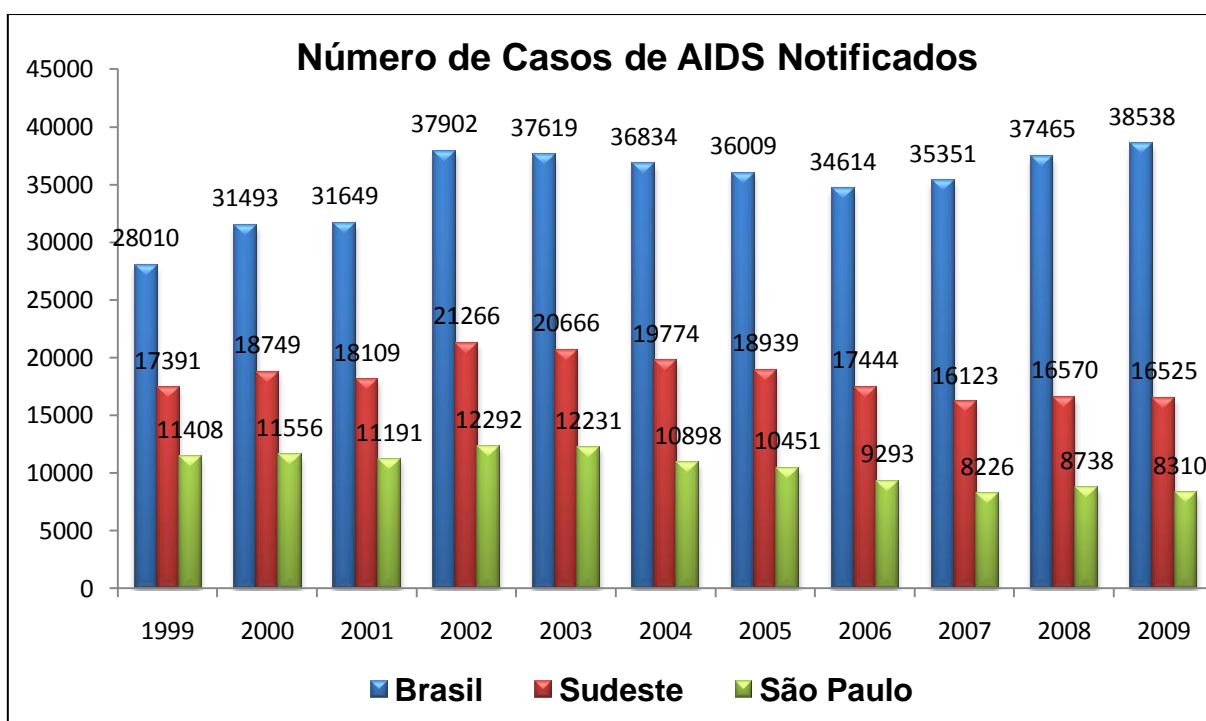


Gráfico 1 – Casos de AIDS notificados no período de 1999 a 2009.

A epidemia no Sudeste é a mais antiga do Brasil e foi onde surgiram às primeiras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, esclarece Mariângela Simão, Diretora do Programa Nacional de DST e AIDS (2010). Ela lembra também que a região conta com serviços de saúde mais estruturados, se comparados aos do Norte e Nordeste. Populações residentes onde a epidemia cresce hoje, em geral,

sofrem com desigualdades socioeconômicas e dificuldades geográficas que interferem no acesso à informação e ao sistema de saúde, (SIMÃO 2010).

Vale citar aqui os dados com relação a sexo e faixa etária. Da população geral diagnosticada com AIDS desde o início da epidemia até junho de 2010, foram identificados 385.818 (65,07%) casos de AIDS em homens e 207.080 (34,93%) em mulheres, desconsiderando 16 casos ignorados quanto ao sexo. **Gráfico 2.**

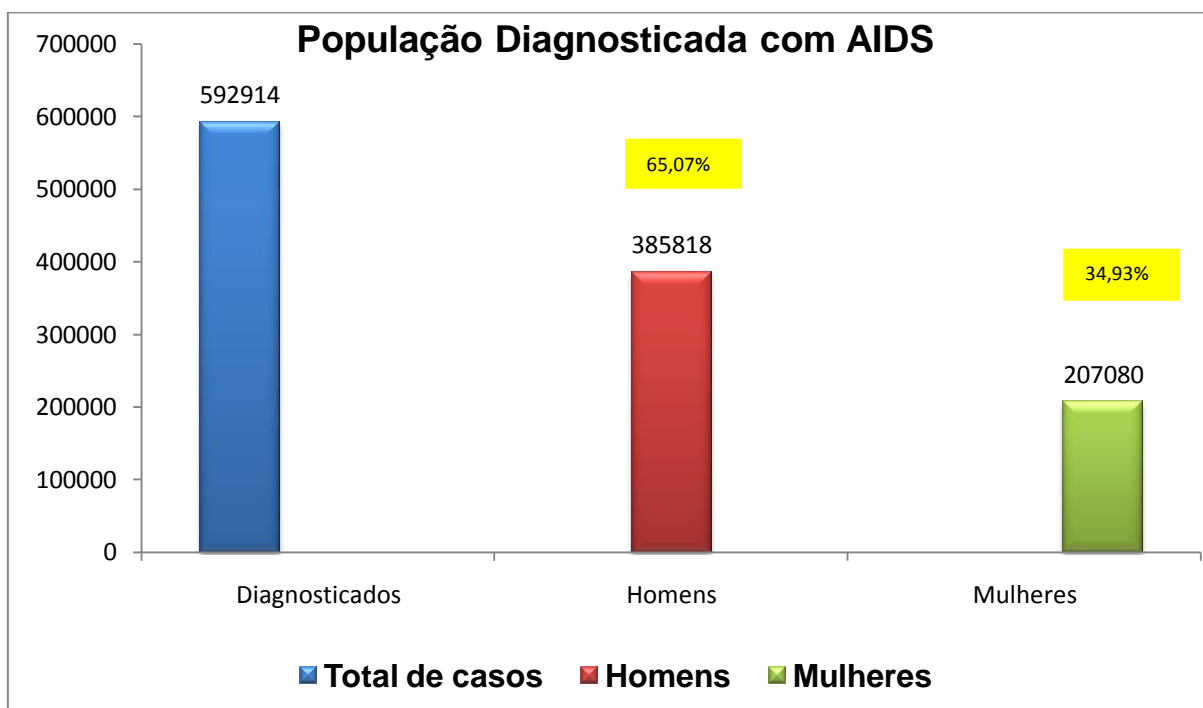


Gráfico 2 – População geral diagnosticada com AIDS no Brasil até junho de 2010 com relação ao sexo.

A razão de sexo no Brasil diminuiu ao longo da série histórica – em 1986 eram 15 casos no sexo masculino para 1 no sexo feminino. Desde 2000, há 15 casos entre eles para 10 entre elas. Essa aproximação na razão de sexo reflete a feminização da epidemia.

Alguns fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres à AIDS são: desigualdade nas relações de poder; maior dificuldade de negociação das mulheres quanto ao uso de preservativo; violência doméstica e sexual; discriminação

e preconceito relacionados à raça, etnia e orientação sexual; além da falta de percepção das mulheres sobre o risco de se infectar pelo HIV. Existe ainda um dado alarmante com relação às meninas de 13 a 19 anos que segundo o último Boletim Epidemiológico da AIDS e de DST, divulgado em novembro de 2010, foi registrado mais casos entre as garotas dessa idade em relação aos meninos desde 1998. Atualmente, a cada 8 meninos infectados existem 10 casos de meninas nesta faixa etária (MS, 2010).

A forma de transmissão predominante é por via heterossexual tanto no sexo feminino (91,2% dos casos) como no masculino (31,2% dos casos). Entre os homens, a segunda principal forma de transmissão é homossexual (20,6% dos casos), seguida de usuários de drogas injetáveis (17,6%). Nas mulheres, a segunda forma de transmissão é entre usuários de drogas injetáveis com 7,7% dos casos.

No sexo masculino, as maiores taxas de incidência estão na faixa etária de 30 a 49 anos. No sexo feminino, as maiores estão entre 30 e 39 anos. Há tendência de crescimento da taxa de incidência em homens a partir dos 50 e em mulheres a partir dos 40. (MS/SVS/PN-DST/AIDS 2010).

Segundo Nakazaki (2010), o coeficiente de incidência de AIDS em São Paulo vem diminuindo desde 1999 (**Gráfico 3**) e mantendo a razão de dois homens para uma mulher desde 1997. O maior número de casos notificados continua a ser entre 20 e 39 anos em ambos os sexos, mas há uma tendência de elevação nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, (**Gráficos 4 e 5**) reforçando a necessidade da implementação de ações de prevenção específicas para adultos nestas faixas etárias. Os casos de AIDS vêm diminuindo entre os indivíduos com menor escolaridade mostrando a ampliação do acesso às informações das formas de transmissão. Foi observada tendência de elevação no número de casos de AIDS entre as mulheres heterossexuais e os homens homossexuais e heterossexuais, paralelamente à redução de casos em usuários de drogas injetáveis.

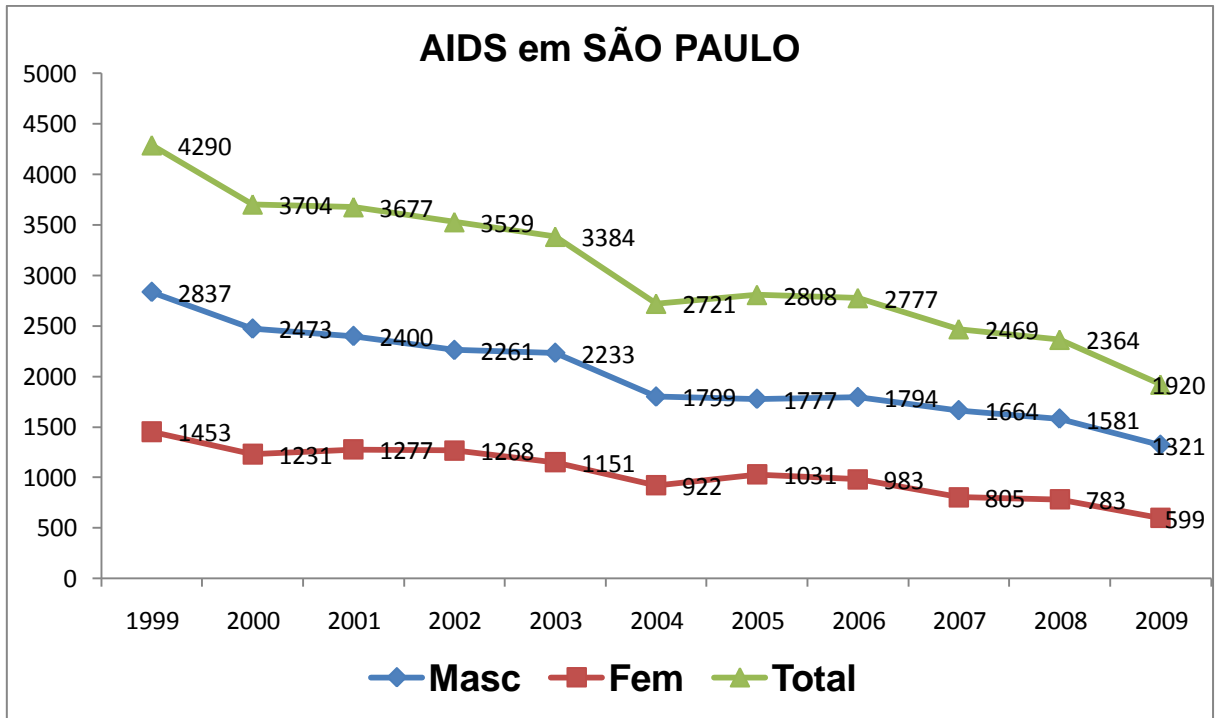


Gráfico 3 – Coeficiente de Incidência de AIDS em São Paulo de 1999 a 2009 em razão do sexo.

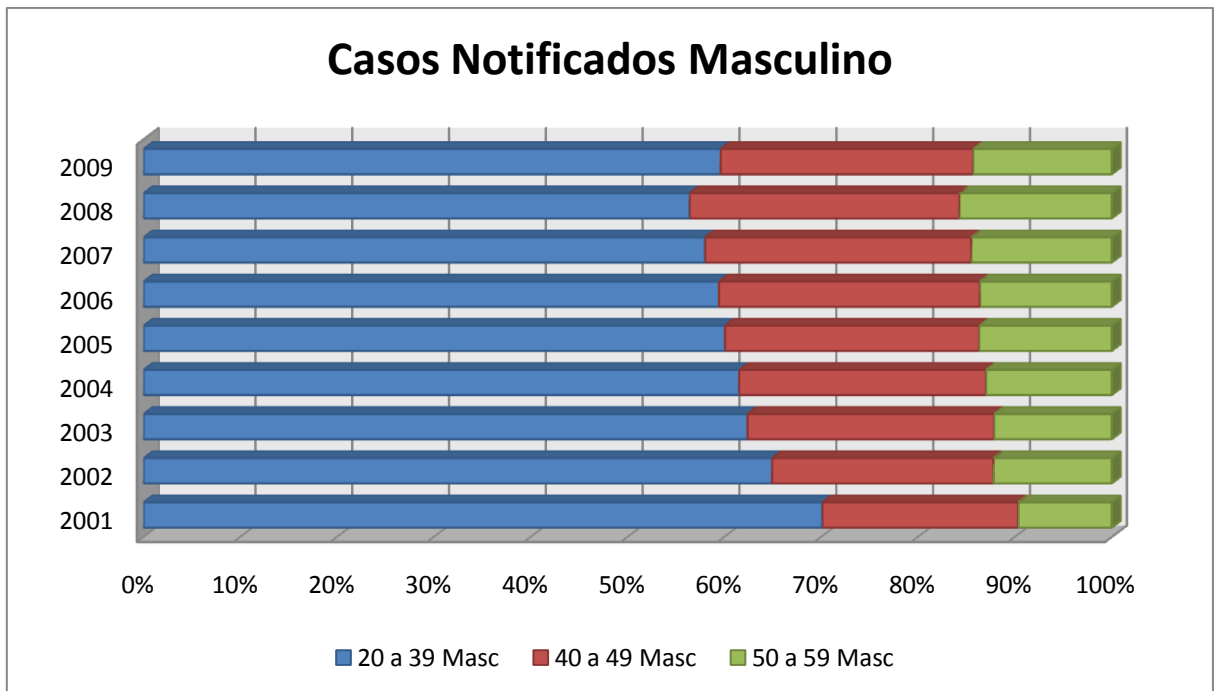


Gráfico 4 – Tendência de casos notificados nas faixas etárias de 20 e 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos do sexo masculino, (taxa de Incidência).

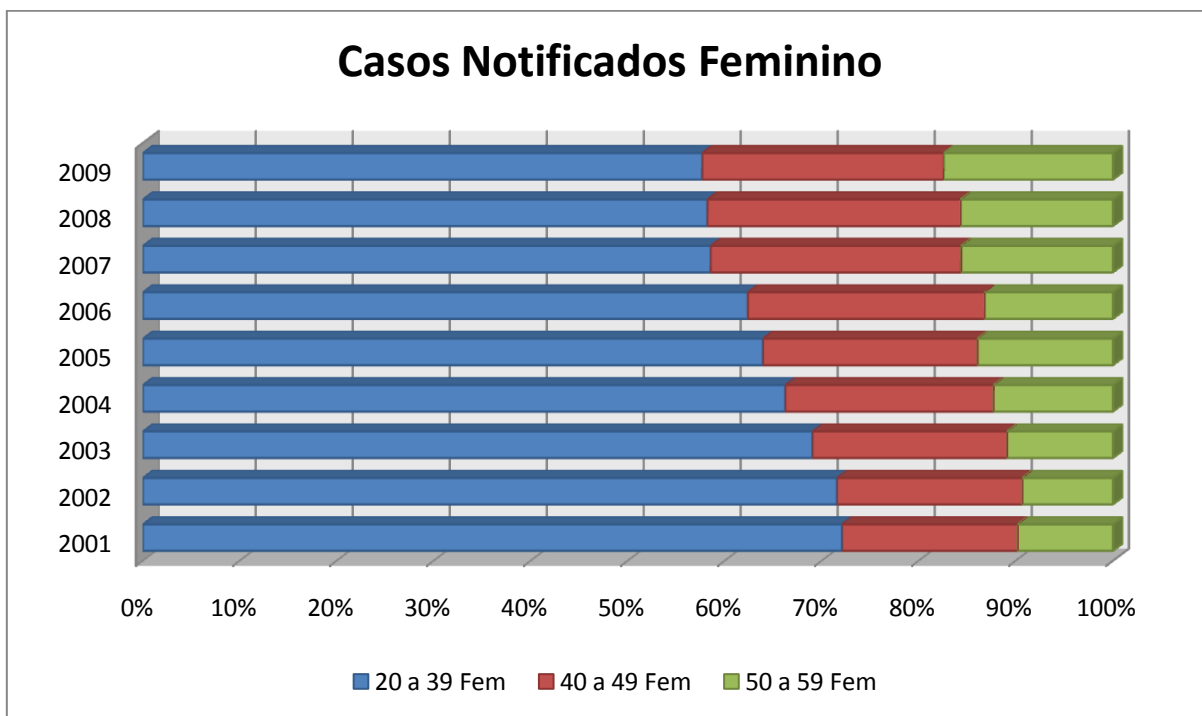


Gráfico 5 – Tendência de casos notificados nas faixas etárias de 20 e 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos do sexo feminino, (taxa de Incidência).

O Sistema de Vigilância em Serviços (VIGISERV) foi desenvolvido pelo Programa Municipal de DST/AIDS (PM DST/AIDS) e implantado desde 2002 nas 15 unidades de assistência da Rede Municipal Especializada em DST/AIDS (RME). Tem como finalidade monitorar os pacientes matriculados e em seguimento em cada serviço. A análise desses dados é uma importante ferramenta para o setor de informação e orientador aos serviços para ações de prevenção e assistência (NAKAZAKI 2010).

Cita ainda, Nakazaki (2010), o teste rápido para diagnóstico (TRD) do HIV foi implantado na RME em 2007 sendo, desde então, também monitorado. A ampliação

do acesso da população a exames sorológicos é uma ação contínua do PM DST/AIDS, uma vez que o diagnóstico precoce é fundamental para a redução da morbi-mortalidade do HIV e outras DST.

2.4 HISTÓRICO POLÍTICO DE AÇÕES DE CONTROLE DA AIDS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A mobilização em torno da AIDS se iniciou no estado de São Paulo, onde os primeiros casos foram reportados. Ainda que governo e sociedade no nível dos estados trabalhassem juntos para preparar e programar políticas em HIV/AIDS, esse relacionamento assumiu formatos diferentes, ora sinalizando maior necessidade de colaboração, ora enfatizando sua posição periférica e combativa diante do governo. No discurso de organizações como o Grupo de Apoio a Prevenção à AIDS (GAPA) de São Paulo, aparecia a necessidade de desenvolver uma relação com o Programa Estadual, por vezes trabalhando com união de esforços, inclusive no tratamento direto dos pacientes. Já outras organizações, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), rejeitavam conscientemente qualquer papel direto na proteção e tratamento de pessoas com HIV/AIDS, entendendo que era obrigação do Estado sua provisão, tendo centrado sua ação na crítica à política do governo, particularmente no nível federal (PARKER, 2003).

Apesar das políticas públicas de HIV/AIDS ter emergido enquanto uma subpolítica dentro do SUS, inicialmente estabelecida no nível local, ela acabou adquirindo uma forma centralizada na esfera federal por meio do Programa Nacional de DST/AIDS (PN), criado em 1985. Paradoxalmente, o PN aprofundou radicalmente outros elementos base do SUS: a universalização (especialmente por meio do acesso livre a medicamentos e a insumos de prevenção), a equidade (pelo foco nas ações junto a grupos vulneráveis e estigmatizados) e a integralidade (por agregar prevenção, assistência e tratamento). Nesse período, a prioridade esteve na vigilância epidemiológica, assistência médica e divulgação de mensagens de alerta e de não discriminação, dentro de um contexto de recursos financeiros escassos (MS, 1998). Em que pesem as críticas à falta de uma política sistemática e

consistente deste período (TEIXEIRA, 1997; CÂMARA; LIMA, 2000), a política se desenvolveu gradualmente, consolidando seu caráter nacional, com medidas na área de vigilância, apoio a estados e de controle do sangue (PARKER, 2003).

Segundo Parker (2003), o PN passou por um período de descontinuidade entre 1990 e 1992, numa crise política durante o governo Collor: cinco diferentes pessoas ocuparam o Ministério da Saúde, enfraquecendo as relações do governo federal com as ONGs-aids, programas estaduais e municipais, e a comunidade científica e médica.

Mas, já em 1992, o espírito de colaboração e negociação foi restaurado e foram abertas as negociações com o Banco Mundial, o que gerou os acordos de empréstimo para a Política de HIV/AIDS. Esses acordos com o Banco Mundial reestruturaram a política e o relacionamento entre todos os atores no campo da AIDS. O primeiro acordo foi negociado pessoalmente pelo ministro à época, que não via recursos nacionais suficientes para o enfrentamento da epidemia. Naquele instante, Lair Guerra estava à frente do PN e liderou esse processo. Após a avaliação do possível impacto econômico da epidemia no Brasil, o Banco Mundial aceitou o acordo, que foi um dos primeiros dessa natureza para ele. Outro ponto importante a ser ressaltado na negociação do primeiro empréstimo foi a participação da sociedade civil no processo, o que marcará toda a resposta brasileira em face do forte referencial de direitos humanos e de combate à discriminação trazida pela doença. Tal participação pareceu refletir uma busca de apoio do gestor governamental junto a outros atores sociais, entendidos naquele contexto como essenciais para a viabilização dessa iniciativa e o posterior desenvolvimento das ações. Foi justamente essa ampla coalizão que permitiu a concessão do primeiro empréstimo e o estabelecimento de um novo patamar de desenvolvimento da política em HIV/AIDS no Brasil (PARKER, 2003).

Foram assinados três acordos com o Banco Mundial. No primeiro deles, apesar de alguns claros pontos de conflito, em especial com relação à população beneficiária e ao tipo de tratamento, que incluíam acesso a medicamentos e investimentos estatais na sua fabricação (CÂMARA; LIMA, 2000 e MS, 2002), a parceria com o MS se mostrava claramente interessante a ambos. Ao longo dos anos 1980 e durante os 1990, o Banco Mundial passou a assumir um papel cada

vez mais ativo na promoção de investimentos na área de saúde e no combate à pobreza.

Com os acordos de empréstimo, o PN definitivamente se institucionalizou e ampliou sua ação para estados e municípios. A AIDS foi definitivamente reconhecida como uma prioridade para a Saúde Pública no Brasil (MS, 1998). Os recursos do Banco Mundial também permitiram a formação de parcerias para suporte técnico e financeiro junto às ONGs, programas estaduais e municipais, além de universidades, médicos especialistas e gestores ganharam espaço no PN, os quais, respectivamente, cuidavam do gerenciamento da política e dos sistemas de planejamento. Melhor ainda, a AIDS ganhava cada vez mais reconhecimento público como uma doença complexa que requeria tratamento especializado (PARKER, 2003).

Segundo Parker (2003) nos acordos seguintes, a tônica passou a ser a descentralização do PN e o fortalecimento institucional da política de AIDS. Não era necessariamente uma pauta nova, pois a discussão da descentralização vinha da implantação do SUS. A própria política de AIDS nasceu já descentralizada, tendo em vista que os programas estaduais de SP e RJ foram criados antes do PN. A institucionalização do PN, no entanto, começou centralizada para posteriormente passar à descentralização.

Resumindo os principais eventos na constituição do campo de políticas públicas de HIV/AIDS no Brasil ao longo dos anos temos:

1982

- No início dos anos 80, nos Estados Unidos, uma nova doença que viria a ser batizada de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é amplamente noticiada pela mídia.
- A revista *Isto É* publica matéria sobre o 1º caso de AIDS em São Paulo.
- Total de casos notificados de AIDS no Estado: 8

1983

- Militantes do Movimento pelos Direitos Homossexuais cobram providências da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à nova epidemia.

- “O Grupo Outra Coisa” (ação homossexualista) lança o 1º comunicado sobre AIDS à comunidade gay de São Paulo.
- A mídia anuncia a morte do costureiro Markito em decorrência da AIDS.
- A AIDS é vista como uma questão de saúde pública pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- A Secretaria de Estado da Saúde cria o Programa de Controle e Prevenção de AIDS de São Paulo, no dia 05/09/1983.
- É criado o Disque - AIDS, primeiro serviço telefônico na América Latina, para tirar dúvidas da população sobre AIDS.
- A AIDS passa a ser uma doença de notificação compulsória no Estado de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 26

1984

- É registrado o 1º caso de AIDS em hemofílico no Estado de São Paulo.
- O Programa Estadual de AIDS realiza reuniões públicas e abertas para discutir a nova doença com a comunidade.
- Participantes desses encontros resolvem criar a 1º Organização Não Governamental de AIDS.
- A Travesti Brenda Lee declara à imprensa que abrigará travestis com AIDS em sua casa, Palácio das Princesas, que viria a ser a 1ª casa de apoio a pessoas vivendo com HIV/ AIDS.
- É recomendado o uso de preservativo para a prevenção da AIDS, pela primeira vez, em material educativo do Programa Estadual (PE) de AIDS.
- Surgem os primeiros casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e mulheres.
- Total de casos de AIDS no Estado: 83

1985

- A Imprensa começa a noticiar a transmissão heterossexual.
- É criado o Grupo de Apoio a Prevenção à AIDS (GAPA), 1º ONG/AIDS do Brasil.

- É criado o 1º Programa para Controle da AIDS no Ministério da Saúde.
- 11 estados aderem a programas de AIDS.
- Comercialização do teste Elisa anti-HIV.
- O Instituto Adolfo Lutz torna-se o laboratório de referência para os exames anti-HIV no Estado.
- Total de casos de AIDS no Estado: 347

1986

- É criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) no Rio de Janeiro.
- Criação da Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS) no Ministério da Saúde.
- Legislativa de São Paulo sanciona a lei nº 5.190, no dia 20 junho, que determina a testagem obrigatória para HIV em bancos de sangue no Estado.
- O Ministério da Saúde torna compulsória a notificação dos casos de AIDS no País.
- É criado o Hospital Emílio Ribas II, voltado para atender pacientes com AIDS.
- É criado o Programa Nacional de DST/AIDS.
- É notificado do 1º caso de transmissão vertical no Estado de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 634

1987

- O Hospital Emílio Ribas passa a coordenar o Programa de Controle e Prevenção de AIDS de São Paulo.
- A Lei Estadual do Sangue é regulamentada. Proíbe a comercialização de sangue.
- Total de casos de AIDS no Estado: 1.575

1988

- É criado o Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRTA) com objetivo de coordenar o Programa Estadual de AIDS e ser um pólo de treinamento e disseminação de informações sobre a epidemia.

- É criada a central de vagas hospitalares para portadores do HIV na Grande São Paulo.
- A testagem obrigatória para HIV nos bancos de sangue públicos brasileiros é efetivada com a lei Federal 7.649/88.
- Estado inicia de forma regular a distribuição de medicamentos para doenças oportunistas.
- É intensificado o processo de descentralização dos serviços de AIDS no Estado de São Paulo.
- É aprovada a nova Constituição que cria o Sistema Único de Saúde (SUS).
- É criada a casa Filhos de Oxum, 1ª casa de apoio a cuidar de crianças portadoras do HIV e órfãos da AIDS.
- Boom de casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Estado.
- O Estado estabelece um contrato com a Casa de apoio Brenda Lee.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) institui o 1º de Dezembro como o dia mundial de luta contra AIDS.
- Comissão Científica de DST/ AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desenvolve 4 livretos de condutas médicas em DST/AIDS: *AIDS: Como Combater - Vinte e uma informações; AIDS em Hospitais e Serviços de Emergência, AIDS e Laboratório e AIDS nos Serviços de Necropsia e Velório.*
- É inaugurada a Biblioteca do CRT AIDS, que no início era chamada de “xeroteca”, pois o acervo era basicamente de cópias de artigos científicos.
- É lançada a primeira campanha de massa de prevenção à AIDS do PE DST/AIDS.
- Total de casos de AIDS no Estado: 2.636

1989

- Início da distribuição gratuita do AZT, em escala limitada, no Estado.
- É implantado o 1º Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico, COASHenfil, da cidade de São Paulo, coordenado pela Secretaria de Saúde do Município.
- Santos anuncia a 1ª ação de redução de danos no país, incluindo a troca de seringas, mais tarde, proibida pela Justiça.

- É criado o Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (GEPRO-DST) do Estado de São Paulo.
- Articulação entre as secretarias Estaduais de: Saúde, Justiça, Educação, Segurança Pública e Instituto de Medicina Social e Criminalística, sob a coordenação do Hospital Emílio Ribas.
- Início do Programa Municipal de AIDS de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 3.563

1990

- Encontro Nacional de ONG/AIDS em Santos, com objetivo de criar uma rede de solidariedade.
- Morre o cantor Cazuza em decorrência da AIDS.
- Ministério da Saúde inicia a distribuição gratuita de medicamentos para doenças oportunistas, e o Estado de São Paulo recebe os medicamentos Ganciclovir e Pentamidina.
- Início do projeto Previna, ação de prevenção voltada às profissionais do sexo e presidiários.
- É criado o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), 1ª ONG paulista formada exclusivamente por portadores do HIV.
- Total de casos de AIDS no Estado: 5.343

1991

- O Programa Estadual de AIDS deixa de ser coordenado pelo CRT AIDS, e passa ao nível central da Secretaria de Estado da Saúde.
- O Ministério da Saúde inicia a distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais (ARV) e o Estado de São Paulo recebe o medicamento Zidovudina (AZT).
- Início do fornecimento do **Delavidina**; **Didanosina** (DDI) pelo Ministério da Saúde.
- Total de casos de AIDS no Estado: 7.126

1992

- É elaborado o plano operativo anual do Estado, no âmbito do acordo de empréstimo entre o Banco Mundial e Ministério da Saúde.
- Início da estruturação de Programas Municipais de DST/ AIDS e de unidades assistenciais de AIDS no interior do Estado.
- Total de casos de AIDS no Estado: 8.642

1993

- Brasil assina o 1º acordo de empréstimo com o Banco Mundial no valor de US\$ 250 milhões para financiar programas de vigilância, prevenção e assistência, batizado de AIDS I, executado entre março de 1994 e junho de 1998.
- Total de casos de AIDS no Estado: 9.359

1994

- 1ª Grade de distribuição contínua de preservativos do Estado de São Paulo.
- Assinatura do 1º Convênio entre Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde para repasse de recursos do Banco Mundial.
- Início do Projeto Bela Vista, um estudo sócio comportamental para avaliar a incidência do HIV entre homossexuais, uma parceria entre Programa Nacional de DST/AIDS, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e OMS.
- Total de casos de AIDS no Estado: 9.709

1995

- O CRT DST/AIDS reassume a coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS.
- Início dos Estudos clínicos de inibidores de protease em pacientes do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, CRT DST/ AIDS e Casa da AIDS.
- Reuniões periódicas entre o PE DST/AIDS e ONG/AIDS que virão a facilitar a criação do Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo.
- Incorporação das doenças sexualmente transmissíveis (DST) ao Programa de AIDS, passando a ser denominado de Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo.
- A AIDS torna-se a primeira causa de mortalidade de mulheres com idade entre 25 e 34 anos, no Estado de São Paulo.

- É lançado o vídeo Mancha de Batom.
- É criado o Projeto Mulheres DST/AIDS, uma parceria do Programa Estadual de DST/AIDS e a área da Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde.
- Estado de São Paulo cria rede laboratorial para realização de exames CD4.
- Total de casos de AIDS no Estado: 10.407.

1996

- Nair Brito promove a 1ª ação contra o Estado de São Paulo para ter acesso aos inibidores de protease.
- A cidade de Santos inicia a distribuição de inibidor de protease (Saquinavir).
- O Estado de São Paulo inicia a distribuição dos inibidores de protease (Indinavir, Saquinavir e Ritonavir), para compor a terapia tríplice de ARV.
- Início do projeto Prevenção Também se Ensina, uma parceria entre as Secretarias de Saúde e Educação.
- É lançada a terapia tríplice na Conferência Mundial de AIDS de Vancouver, mais conhecida como coquetel antiaids.
- O Congresso Nacional aprova a Lei 9.313, de autoria do Senador José Sarney (Lei Sarney), em 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a obrigação do Estado em distribuir de forma universal e gratuita os medicamentos para o tratamento dos portadores de HIV/AIDS.
- O Projeto Bocada, ação de Redução de Danos, do CRT DST/AIDS inicia os trabalhos de campo.
- É criado o Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo, o primeiro do Brasil.
- Total de casos de AIDS no Estado: 11.017

1997

- Início da distribuição gratuita da terapia tripla anti-retroviral adquirida pelo Ministério da Saúde.
- Estado integra a rede nacional de laboratório para realização de exames de carga viral e contagem de CD4 e CD8 do Programa Nacional de DST/AIDS.
- Redução expressiva da mortalidade de pacientes com AIDS no Estado de São Paulo.

- Total de casos de AIDS no Estado: 11.463

1998

- No dia 13 de março, o Governador Mário Covas, PSDB, assina o decreto Lei nº 42.927 que regulamenta a lei nº 9758 de 17 de setembro de 1997, de autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira, PT. No seu artigo 1º do Decreto Lei, a Secretaria da Saúde fica autorizada a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis com o objetivo de prevenir, controlar e reduzir a transmissão do vírus da AIDS.
- Recomendação do teste anti-HIV para os pacientes com tuberculose.
- O governador Mário Covas sanciona a lei nº 9656/98, em 3 de junho, que obriga os planos privados de saúde a cobrir tratamento de portadores de HIV/AIDS.
- Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/AIDS (CEN) é criado pelo Ministério da Saúde.
- É criado o Fórum de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH).
- Campanha de prevenção Estadual voltada a casais heterossexuais “Quebre o Silêncio” é veiculada na grande mídia.
- Total de casos de AIDS no Estado: 12.167

1999

- Lei Nº 10.449, de 20 de dezembro de 1999, torna obrigatório o oferecimento de testes para a detecção do vírus HIV e da sífilis em todo pré-natal realizados pelos serviços de saúde públicos ou privados, no Estado de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 10.814.

2000

- Início da distribuição de preservativos femininos pelo PE de DST/AIDS.
- O PE de DST/AIDS inicia a distribuição de gel lubrificante como insumo de prevenção.
- Realizado primeiro processo descentralizado de seleção de projetos de ONG para financiamento pelo Programa Nacional de DST/AIDS.

- Total de casos de AIDS no Estado: 10.232

2001

- Criação da Unidade de Pesquisa de Vacinas Anti-HIV do CRT DST/AIDS, uma parceria da rede norte-americana *HIV Vaccines Trial Network*, HVTN, e a Secretaria de Estado da Saúde.
- Projeto Semear Saúde, uma parceria do PE DST/AIDS e a CUT Rural, capacitou lideranças em prevenção às DST/AIDS nas regiões do Vale do Ribeira, Campinas e Ribeirão Preto.
- Total de casos de AIDS no Estado: 9.727

2002

- Política de incentivo fundo a fundo do Ministério da Saúde estimula municípios a criar Programas Municipais de DST/AIDS no Estado de São Paulo.
- Lei 11.199/02, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, proíbe a discriminação aos portadores do HIV/AIDS no Estado de São Paulo.
- Elaboração da Campanha de prevenção voltada a casais heterossexuais de baixa renda protagonizada pelo cantor Netinho.
- São distribuídos 34 milhões de preservativo masculinos.
- Total de casos de AIDS no Estado: 9.394

2003

- Criação da Agência de Notícias da AIDS, primeiro veículo de comunicação especializado na pauta AIDS.
- Total de casos de AIDS no Estado: 8.764

2004

- Coordenação Estadual amplia de 139 para 145, o número de municípios prioritários para a Política de Incentivo às DST/AIDS.
- Vacinação do primeiro voluntário da Unidade de Pesquisa de Vacinas Anti-HIV do CRT DST/AIDS.
- Total de casos de AIDS no Estado: 7.424

2005

- Lançamento da cartilha Vulnerabilidade – Projetos Estratégicos com Populações Vulneráveis, da Gerência de Prevenção.
- Criação do Conselho Empresarial de Prevenção ao HIV/AIDS do Estado de São Paulo (CEAIDS).
- Criação da Rede Estadual para preenchimento facial com polimetilmetacrilato.
- Hospital Heliópolis inicia cirurgias reparadoras em pacientes com lipodistrofia.
- Total de casos de AIDS no Estado: 6.877

2006

- Criação da Câmara Técnica de DST/AIDS do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 5.791

2007

- Até junho de 2007 mais de 160 mil pessoas morreram em decorrência da AIDS no Estado de São Paulo.
- Total de casos de AIDS no Estado: 4.894

2008

- Plano Estadual de Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV.
- Lançamento da Campanha de Incentivo à Testagem Precoce anti-HIV (Fique Sabendo).
- É criada a Frente Parlamentar DST/AIDS da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.
- Plano Estadual de enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.
- Plano Estadual de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis.

- O Programa Estadual de DST/AIDS estabelece parceria com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social para o estabelecimento de políticas públicas para população de baixa renda.
- Sistemática de avaliação caso-a-caso para fornecimento de ARV ainda não incluído no Consenso Terapêutico Nacional.
- Total de casos de AIDS no Estado: 4.948

2009

- Programa Nacional de DST e AIDS tornam-se departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais é integrado a ele.
- Total de casos de AIDS no Estado: 4.469

2010

- Governos do Brasil e da África do Sul firmam parceria inédita para distribuir 30 mil camisinhas e folders sobre prevenção da AIDS e outras DST durante a Copa do Mundo de Futebol.
- Realização do VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS e do I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, em Brasília (DF).
- Realização da IV Mostra Nacional da Saúde e Prevenção nas Escolas e da I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (SPE), em Brasília (DF).
- Total de casos de AIDS no Estado: 1.273 (dados Preliminares).

3. MÉTODO

Para a contextualização dos dados trabalhados nesta pesquisa, o estudo iniciou com levantamento bibliográfico sobre a Constituição de 1988 e a descentralização da gestão de serviços sobre esse tema. Foram encontrados materiais, documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional DST/AIDS, Programa Estadual DST/AIDS, Programa Municipal DST/AIDS e extenso material sobre o assunto.

A temática enfocou os aspectos da Gestão Intersectoriais das políticas de HIV/AIDS, eficácia das Gestões, formas de atuação dos representantes da Sociedade Civil Organizada, Políticas Públicas voltadas para HIV/AIDS, Estratégias de Interação dos Gestores Estaduais do SUS com os governos e Organizações Internacionais.

A coleta de dados referentes a análise de positividade de HIV/AIDS foi feita por intermédio dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Secretaria da Saúde do Município de São Paulo.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Com as primeiras informações sobre o registro de casos ocorridos em 1981, iniciou-se a construção das políticas públicas, que geraram reações de estigmatização sobre a AIDS. Em defesa dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, observou-se forte organização de segmentos da população, na definição e implementação de políticas públicas voltadas para o combate à AIDS.

O Ministério da Saúde, em maio de 1985, estabeleceu as primeiras diretrizes para o Programa de Combate da AIDS, coordenado pela Divisão de Dermatologia Sanitária, primeira denominação do Programa Nacional de Controle da AIDS, para Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Um dos eixos fundamentais adotados nas políticas públicas em HIV/AIDS foi a assistência com uso de terapia antirretroviral (TARV).

As políticas de saúde para AIDS no Brasil englobam estratégias para articulação dos eixos que direcionaram para a busca da integralidade das ações como característica do programa brasileiro de AIDS. Atualmente, institui-se a indissociabilidade entre prevenção e tratamento, contrapondo-se às diretrizes políticas que apontam a prevenção como resposta pública fundamental à epidemia. Com isso, foram criados marcos importantes nas políticas públicas brasileiras no enfrentamento da AIDS. Tem-se, entre outras ações: notificação obrigatória de casos, instituída em 1986; distribuição gratuita de AZT, em 1991; recursos obtidos através do primeiro acordo com o Banco Mundial, em 1993; publicação da Lei nº 9313, em 1996, garantindo a distribuição gratuita da TARV; distribuição gratuita dos antiretrovirais (ARV), iniciada em 1997; produção de sete ARV, anunciada em 2001; disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; experiência polêmica com formulações específicas, como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas injetáveis, apresentando a troca de seringa como ação de maior impacto; oferta gratuita de preservativos masculinos; suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Com tantas ações, dentre outras não citadas, busca-se encontrar aquelas que apresentam correlação com a saúde sexual e reprodutiva, tendo como achado as que procuram o fortalecimento da manutenção do olhar sobre os direitos sexuais e reprodutivos, independente da vivência ou não de HIV.

Algumas ações representam importante estratégia sobre a saúde reprodutiva, mas, sobretudo sobre a saúde infantil, consubstanciando-se na articulação de intervenções de prevenção e assistência, somada à vigilância dos casos.

Destaco entre as abordagens de prevenção ao HIV/AIDS o fortalecimento para a mudança, o enfoque de gênero, o modelo comunitário e a educação de pares. Faz-se necessário enfatizar que a prevenção envolve questões sócio-culturais e psicoafetivas, levando em conta como ocorrem às relações entre homens e mulheres, como são socializados e de que forma é marcado o exercício de sua sexualidade.

Com relação à positividade há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). A faixa etária em que a AIDS é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 20 a 59 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres.

A AIDS representou, portanto, uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, revelando uma trajetória de construção histórica, que aponta para a compreensão da mesma sob o paradigma da doença crônica e suas interfaces, colocando o preconceito como um erro do passado.

5. PROPOSTAS

- Formar Gestores Especialistas de formação em desenvolvimento humano, visando uma resposta programática multissetorial e sustentável para AIDS.
- Compartilhar conhecimentos educacionais e de pesquisa entre as instituições, de modo a desenvolver e fortalecer especializações metodológicas de ensino e capacitação de investigação de políticas de saúde.
- Incentivar e apoiar, as inovações das estratégias governamentais, como prática do cotidiano da população.
- Desenvolver parcerias entre empresas privadas e instituições públicas, para a construção de projetos que visem contemplar o bem estar da população, com relação à prevenção e cuidados.
- Melhorar as avaliações e monitoramentos dos recursos, para garantir que o dinheiro público destinado a HIV/AIDS seja gasto de forma adequada e eficaz.
- Melhorar a previsão econômica para pesquisa de dados primários e avaliação dos impactos sociais para portadores de HIV/AIDS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações públicas e a sociedade civil se tornaram responsáveis pela prestação de serviços de saúde, para a sociedade onde atuam de forma ininterrupta e coerente e para buscar cumprimento das políticas públicas, que atendam de maneira efetiva e com qualidade às demandas da população. Porém existem situações que dificultam a administração pública (que detêm certo monopólio sobre serviços), tornando-a ineficiente.

O que se colocaria como desafio para a administração pública seria a transformação das estruturas burocráticas hierarquizadas, que rompem com os modelos tradicionais e complexos dos recursos públicos e introduzir uma nova cultura de gestão, onde gestores com especialidades de formação possam agir de formas descentralizadas com eficiência e eficácia, sem vínculos políticos que venham a favorecer alguns e desfavorecer outros, sem estruturas rígidas que levem a negativas desnecessárias, sem as rotinas do poder, sem excessiva valorização hierárquica, sem descontinuidade administrativa, entre outras que possam criar obstáculos nos esforços em se promover mudanças. Ações que são bonitas aos olhos da imprensa, nem sempre são boas para a população.

Propagandas, programas e propostas que visam enaltecer certos políticos, servem para distorcer o que na realidade se passa, devem ser banidos para que não interfiram em ações que possam vir a dar resultados positivos.

Desta forma, saliento que existem boas estratégias políticas acontecendo, embora a passos lentos, para prevenir e cuidar dos portadores de HIV/AIDS, que com a forma de gestão aqui citada poderiam ser melhoradas, viabilizando um plano de ação eficiente e imediato.

REFERÊNCIAS:

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** IN: **ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, 2001.

CAMARGO, JR. K. **Ciência da AIDS e a AIDS das Ciências: discurso médico e construção da AIDS.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994.

PAULA, I. A.; GUIBU, I. A. **DST/AIDS e Rede Básica: uma integração Necessária.** (organizadoras) – São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

PARKER, R. **Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996.** *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 1, 2003.

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ADULTAS, ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS. **Subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativista.** Organização EngenderHealt e Unfa. Nova York: EngendeHearth e Brasília DF, 2008.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. F. **Problemas atuais de bioética.** 8.ed.rev.e ampl. – São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2008.

BANDEIRAS POSITHIVAS: **Revista do Programa Estadual de DST/AIDS – SP:** Ano I, Edição 1 Novembro/2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto pela vida em defesa do SUS Tiragem**: 2.^a edição 2006.

SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE: **Princípios doutrinários e organizativos**. In Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

PACTO PELA SAÚDE, **Política Nacional de Atenção Básica e a missão da 17ª Regional de Saúde** - Londrina Mirian Flor da Rosa Santo. 17ª Regional de Saúde – Londrina. (2006)

MINISTERIO DA SAÚDE. **Para entender o pacto pela saúde** /CONASS. 2006 Volume I.

CONASS. **Uma resenha sobre o processo de implantação do SUS**. Informe nº 20. Brasília, abril 1998. (este texto é uma síntese de diversos documentos e informes elaborados pela ST/CONASS em 1997 e primeiro trimestre de 1998).

NAKASAKI, Rosa M. D. 2010. **Informações do Boletim Epidemiológico**, disponível em: www.dstajds.prefeitura.sp.gov.br e www.prefeitura.sp.gov.br/covisa

NAKAMURA A. P. 2011 **Cresce 45% procura por teste anti-HIV no SUS**, disponível em: www.equipevoluntaria.org.br/portal/index.php/cresce-45-procura-por-teste-anti-hiv-no-sus/

MERKER, M. 2010. **Censo do IBGE mostra que a população de Canoas é menor que a prevista**, disponível em:
www.diariodecanoas.com.br/site/noticias/noticias_interna, canal-8, ed-60,ct-194,cd-287771.htm

PINTO. A. L. 2011, **Palavra do Presidente**. Federação Brasileira de Hospitais.

Disponível em:

http://www.fbh.com.br/index.php?a=principal_temp.php&ID_MATERIA=18991

SISPACTO; **DST/AIDS NO PACTO PELA VIDA, 2008**. Disponível em:

<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>

MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, **Boletim epidemiológico 2010**, versão preliminar. Disponível em:

<http://unisinos.br/blog/cidadania/files/2010/12/AIDS1.pdf>

MENDONÇA P.M.E.; ALVES M.A.; CAMPOS L.C.; 2010, **O Contexto das Políticas de Saúde no Brasil e o Surgimento de um Novo Campo Social**, disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-56482010000100007&script=sci_arttext

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Ministro: **FELIPE J.S.**; 2006, 2009, **Política Nacional de Promoção da Saúde**, disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>

TEIXEIRA, P.R.; MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Metodologia de planejamento estratégico para o HIV/AIDS e outras DST no Brasil 2010**, disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/09metodo.pdf>

ANEXO A - PORTARIA Nº 151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde**

PORTARIA Nº 151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009

A SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 45, do Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009,

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais;

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e possibilita a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua maior proteção e para o controle da infecção e da disseminação do vírus; e

Considerando que o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas seqüenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Art. 2º Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria.

Art. 3º Definir que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do teste a ser utilizado.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 4º Estabelecer que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com o disposto na Resolução RDC nº. 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde-DDSTAIDS/SVS/MS, definirá as normas técnicas necessárias aos programas de validação de reagentes para uso no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogar a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 145, Seção 1, pág. 77, de 29 de julho de 2005.

HELOIZA MACHADO DE SOUZA

ANEXO I

Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

1 - Da Etapa I: Triagem - TESTE 1 (T1)

Para a Etapa I de triagem deverá ser utilizado um teste capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV-2. Poderão ainda ser utilizados, nessa etapa, testes que combinem a detecção simultânea desses anticorpos e de antígeno.

É permitida a utilização das seguintes metodologias, no teste da Etapa I:

- a) Ensaio imunoenzimático - ELISA;
- b) Ensaio imunoenzimático de micropartículas - MEIA;
- c) Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações - EQL;
- d) Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima - ELFA;
- e) Ensaio imunológico quimioluminescente magnético CMIA;
- f) Testes rápidos: imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunoconcentração;

g) Novas metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.1 - Resultado da Etapa I - Triagem - TESTE 1 (T1)

1.1.1 - O resultado da amostra será definido a partir da interpretação de um ou mais testes cujos resultados deverão ser expressos em laudo laboratorial, conforme estabelecido no fluxograma do Anexo III a esta Portaria.

1.1.2 - A amostra com resultado reagente, no teste da Etapa I, deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.3 - A amostra com resultado não reagente, no teste da Etapa I, será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.3.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4 - A amostra com resultado indeterminado, no teste da Etapa I, não terá resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado e uma segunda amostra deverá ser coletada, o mais breve possível, e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.4.1 - Caso a paciente seja gestante, deverá ser solicitada segunda amostra para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses e nova amostra para realização de teste molecular, conforme orientações do item 4 do ANEXO I desta portaria.

1.1.4.2 - Caso o resultado com a segunda amostra persista indeterminado, o laudo deverá ser liberado como "Amostra Indeterminada para HIV".

1.1.4.3 - É obrigatória a liberação desse resultado.

1.1.4.4 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita clínica de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, após 30 dias, para esclarecimento do diagnóstico sorológico".

1.1.4.5 - Caso o resultado com a segunda amostra seja não reagente, o laudo deve ser liberado como "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.4.5.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4.6 - Caso o resultado com a segunda amostra seja reagente, esta deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

2 - Da Utilização dos Testes Rápidos na Etapa I

2.1 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2.2 - O teste rápido deve detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2.

2.3 - Caso o resultado do teste rápido seja positivo na Etapa I, uma nova amostra deverá ser coletada, imediatamente, para a realização da Etapa II desta Portaria.

2.4 - Caso o resultado do teste rápido seja inválido, deve-se repetir o teste imediatamente com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

2.5 - Persistindo o resultado inválido no teste rápido, deve-se utilizar outra metodologia dentre as definidas no item 1, do Anexo I desta Portaria.

3 - Da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

É permitida a utilização das seguintes metodologias no teste da Etapa II:

- a) Imunofluorescência indireta - IFI;
- b) Immunoblot - IB;
- c) Immunoblot rápido - IBR;
- d) Western Blot - WB;
- e) Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3.1 - Resultados da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

3.1.1 - Para a interpretação dos resultados e liberação do laudo, deverão ser analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das Etapas I e II. Estes poderão ser encontrados com as seguintes combinações, nos testes sequenciais das duas etapas:

A) Resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II: a amostra é positiva para HIV;

3.1.1.1 - Esse resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para HIV".

3.1.1.2 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Para comprovação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses".

3.1.1.3 - Esta segunda amostra deverá ser colhida o mais rapidamente possível, e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, preferencialmente no mesmo local em que se realizaram os testes com a primeira amostra.

3.1.1.4 - É responsabilidade do profissional de saúde que atender o indivíduo solicitar e identificar o pedido do exame como segunda amostra, e do laboratório ou do serviço de saúde registrá-la como tal para a finalização do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.5 - Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para o HIV".

3.1.1.6 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria número e data".

B) Resultados indeterminados ou discordantes entre as Etapas I e II:

Reagente, na Etapa I, e não reagente ou indeterminado, na Etapa II, deverão ser liberados como "Amostra Indeterminada para HIV".

3.1.1.7. - É obrigatória a liberação desse resultado e o laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, 30 dias após a data da coleta desta amostra"

3.1.1.8 - A nova amostra deverá ser colhida e submetida ao fluxograma do Anexo III a esta Portaria, preferencialmente no mesmo local em que se realizou o teste com a primeira amostra, e o resultado deve ser interpretado de acordo com o

Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.9 - Caso o resultado com a nova amostra permaneça indeterminado, deve-se considerar a possibilidade da realização de testes moleculares (RNA e/ou DNA), para auxiliar na definição do diagnóstico.

3.1.1.10 - A ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior em gestantes ou portadores de algumas enfermidades. Nessas situações, a avaliação conjunta da história clínica, do risco de exposição do indivíduo à infecção pelo HIV e o resultado laboratorial devem orientar as decisões.

3.1.1.11 Havendo persistência de resultado indeterminado nos testes e suspeita clínica ou epidemiológica de infecção, pode-se coletar uma nova amostra para investigação da infecção pelo HIV-2 ou, ainda, para realização de outros testes indicados para o diagnóstico.

4 - Da Utilização dos testes moleculares para amostras indeterminadas em gestantes

4.1 - Os testes moleculares serão utilizados para auxiliar a definição do diagnóstico da infecção do HIV-1 em gestantes que apresentarem resultado indeterminado na primeira amostra.

4.2 - O laboratório deverá encaminhar ao médico uma solicitação de segunda amostra, que será submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, e a solicitação de uma nova amostra para a realização de teste molecular, devendo seguir o modelo de solicitação conforme anexo V a esta Portaria.

4.3 - O médico deverá encaminhar a solicitação de teste molecular, vinda do laboratório, juntamente com o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA-I ao Laboratório da Rede Nacional de Carga Viral, seguindo as recomendações de coleta de amostras para testes moleculares.

4.4 - É obrigatório o envio dos dois formulários (solicitação de nova amostra e BPA-I), devidamente preenchidos, para a realização do teste molecular.

5 - Da Interpretação dos Testes Western Blot

5.1 - A interpretação do teste de Western Blot deverá seguir os critérios:

- a) Amostra negativa: ausência de reatividade (bandas), com qualquer proteína viral utilizada no ensaio;

- b) Amostra positiva: reatividade (bandas), em pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160;
- c) Amostra indeterminada: qualquer padrão de reatividade (bandas) diferente do item anterior.

5.2 - A interpretação dos testes Imunoblot e Imunoblot rápido deverão seguir o disposto nas instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

6 - Do Laudo

6.1 - Deverá ser legível, sem rasuras na sua transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado.

6.2 - Deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

6.3 - Deverá constar do laudo a interpretação final do resultado da amostra que será: Amostra Reagente para HIV, ou Amostra Não Reagente para HIV ou Amostra Indeterminada para HIV.

6.4 - Deverão constar do laudo, igualmente, os resultados de todos os testes realizados, inclusive quando em número superior ao determinado pelo Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

6.5 - Deverão ser expressos: o resultado numérico da amostra, o ponto de corte (CUT - off) e a unidade de medição do método utilizado, quando os resultados forem positivos ou indeterminados, excetuando-se os resultados obtidos por testes cuja leitura é visual.

6.6 - Deverá ser reportado o resultado de todas as bandas reativas encontradas nos testes Western Blot, Imunoblot e Imunoblot Rápido.

ANEXO II

Diagnóstico da infecção pelo HIV por Testes Rápidos

1 - Do Diagnóstico Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

As instituições de saúde públicas e privadas que utilizem testes rápidos devem promover e manter os processos de qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

1.1 - O diagnóstico rápido poderá ser realizado nas seguintes situações especiais:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA;
- c) Segmentos populacionais flutuantes;
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.2 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2 - Da Realização do Teste Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV deve ser realizado com testes rápidos (TR) capazes de detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2, de acordo com o fluxograma do Anexo IV.

2.1 - Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra e o indivíduo orientado a aguardar o resultado no local.

3- Do resultado dos testes rápidos

3.1 - A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

3.1.1 - O laudo deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

3.2 - A amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utilizado como TR2.

3.2.1 - A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV".

3.3 - A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

3.4 - Caso o resultado do TR1 ou do TR2 seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

3.5 - Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

4 - Do Laudo

4.1 - Deverão constar, no laudo do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto diagnóstico utilizado.

4.2 - Deverá constar, no mesmo laudo, a interpretação final do resultado da amostra, que será: Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV.

4.3 - O laudo deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

5 - Considerações e Recomendações

1 - Não existem testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do laboratório clínico.

2 - Janela imunológica é o tempo entre a exposição do indivíduo ao vírus e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente do tempo decorrido entre a infecção do indivíduo e sua resposta imunológica.

3 - Os testes de triagem que combinam em sua metodologia antígeno e anticorpo permitem a detecção precoce da infecção pelo HIV, quando comparados aos testes confirmatórios que detectam apenas anticorpos. Portanto, resultados falso-negativos na Etapa II podem ocorrer quando da utilização dos testes que detectam apenas anticorpos na Etapa II.

4 - O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à história clínica e/ou epidemiológica do indivíduo.

5 - Testes moleculares RNA e/ou DNA, embora não sejam preconizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV, podem ser úteis para auxiliar a definição de casos indeterminados, principalmente em gestantes.

6 - Quando houver a necessidade de investigação de soroconversão, recomenda-se proceder à coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados descritos nesta Portaria.

7 - A detecção de anticorpos anti-HIV, em crianças com idade inferior a 18 meses, não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

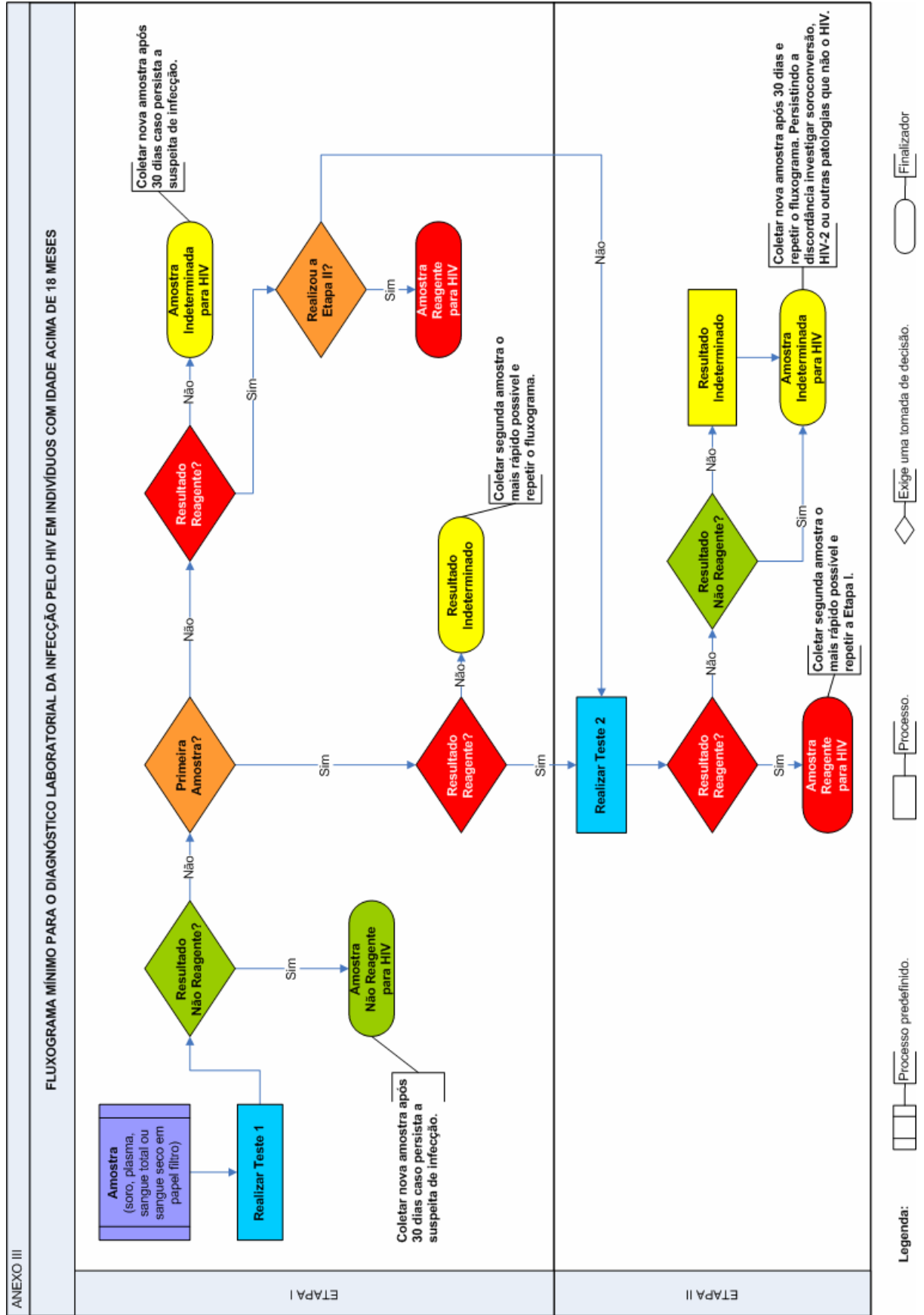
8 - É obrigatória a solicitação de um documento oficial de identificação do indivíduo que será submetido à coleta. Esse documento deve ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

Parágrafo único. Essa exigência não se aplica aos serviços que realizam o diagnóstico anônimo da infecção pelo HIV. Nesse caso, deve-se comunicar ao indivíduo, no momento do aconselhamento pré-teste, que não será entregue cópia do laudo por escrito.

9 - É de responsabilidade dos serviços de saúde que ofertam o diagnóstico do HIV realizar o aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados e os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade.

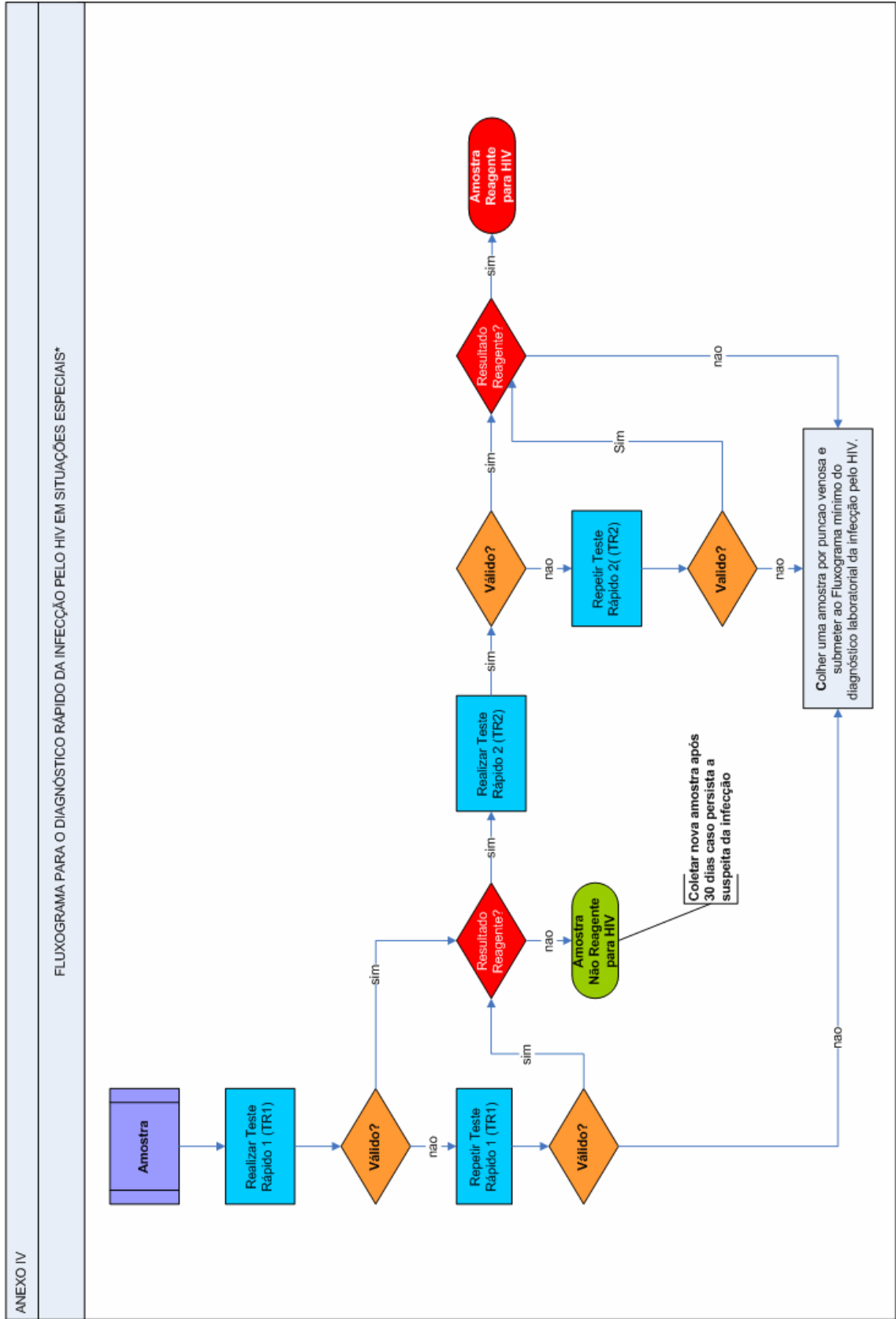
ANEXO III

Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses



ANEXO IV

Fluxograma para Diagnóstico Rápido da Infecção pelo HIV em Situações Especiais



ANEXO V

Modelo de Solicitação de Teste Molecular para Gestante com Amostra Indeterminada

Timbre da Unidade Solicitante

SOLICITAÇÃO DE TESTE MOLECULAR PARA GESTANTE

Nome da gestante: _____

Data de Nascimento: _____

Laboratório Solicitante: _____

Material biológico: SANGUE TOTAL

Data da Coleta da Primeira amostra para sorologia do HIV -

Data do Resultado da Primeira amostra para sorologia do HIV -

Data da Coleta da Segunda amostra para sorologia do HIV -

Médico Solicitante: _____

Assinatura: _____

CARIMBO: _____

Nota: Esta solicitação de teste molecular para detecção do RNA e/ou DNA do HIV-1 - Pró Viral, visa auxiliar a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV-1 para resultado indeterminado. Sendo assim, deverá ser analisada com especial atenção e a interpretação feita juntamente com os dados clínicos e outros achados laboratoriais.

Data da Solicitação

____/____/____