

Brasil: A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde.

Maria Helena Costa Couto

A atual resposta governamental ao HIV/Aids no Brasil, não seria possível sem os fatos sincrônicos e convergentes, quais sejam, a conjuntura política à época do surgimento dos primeiros casos de Aids, a mobilização social em favor da estruturação da resposta a este problema e a garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.


Em 1980, o país encontrava-se em um período de transição e abertura democrática de suas instituições políticas, após 20 anos de privação de direitos civis e políticos decorrentes da ditadura militar. Os primeiros casos de Aids surgem na classe social dotada de potencial vocalizador das suas demandas e associados às minorias sociais marginalizadas e estigmatizadas – os homossexuais masculinos – isto contribuiu para a construção de um movimento social com fortes alicerces na defesa de direitos e justiça social.

Nesse mesmo momento, segmentos organizados da sociedade lutavam em favor da construção de um sistema de proteção social universal, mais justo e inclusivo. Portanto, as primeiras mobilizações sociais para combater a epidemia de Aids emergiram no seio de uma sociedade que aspirava liberdade em todos os seus espaços e expressões. Cresceram os movimentos sociais organizados e dentre eles os de homens gays e de mulheres lésbicas se conformavam.

As reivindicações coletivas foram consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e legitimadas no plano jurídico-político com a promulgação da Carta Constitucional Brasileira de 1988.

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, e da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção em saúde no Brasil caracterizava-se pela segmentação e focalização. O modelo de financiamento era tripartite (empregadores, empregados e Estado) sendo as prestações de serviços proporcionais às contribuições ao sistema. Os demais cidadãos ou trabalhadores que não contribuíam obtinham atenção à saúde em postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil de programas específicos (materno-infantil, tuberculose, hanseníase e saúde mental), em serviços de saúde filantrópicos ou em consultórios e clínicas privadas, desde que pudessem pagar.

A Constituição Federal de 1988 inaugura um novo período político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado Democrático e definir uma política de proteção social abrangente e inclusiva por meio da seguridade social, esta definida enquanto “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos



relativos à saúde e previdência e assistência Social” (Art. 194, Brasil,1998). A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado (Art. 196, Brasil,1998). A Carta institucionaliza a Política Nacional de Saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) definido enquanto conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelas três esferas de governo, estando incluídas as instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos para a saúde.

O SUS é composto também por serviços e estabelecimentos privados que participam do sistema de forma complementar. Esta participação se realiza através de contratos e convênios – pagos com recursos públicos destinados à saúde, não havendo contribuição adicional dos usuários – e visa assegurar a cobertura assistencial à população de uma determinada área quando a disponibilidade de oferta de serviços próprios do sistema for insuficiente.


A partir da Constituição de 1988, a fonte de financiamento do SUS passa a ser o Orçamento da Seguridade Social (OSS), um dos três principais do orçamento nacional, o qual financia além da saúde a Previdência e a Assistência Social.

A existência do SUS e seus princípios são os alicerces que orientam as diretrizes da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, fazendo dele o grande diferencial em relação a outros países.

I. Contexto político, social, econômico e de saúde

No Brasil o sistema de governo é presidencialista e constitucionalmente organizado em três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário. O país se divide política, administrativa e geograficamente em cinco regiões, 26 estados, 5.562¹ municípios e Distrito Federal com cerca de 191.481 milhões de habitantes².

O governo é federativo, com independência política e administrativa de cada uma das três instâncias governamentais, pois a Constituição de 1988 incorporou os municípios, juntamente com os estados, como partes integrantes da federação configurando um sistema federativo de triplo federalismo. Os três níveis de governo contêm seus próprios poderes legislativos e os níveis federal e estaduais possuem seus próprios poderes judiciários. Os estados são representados no Senado Federal, mas não no Executivo, embora haja tradição de assegurar a representação dos interesses de vários estados no poder Executivo federal por meio da indicação para cargos, os quais combinam, em geral, filiação partidária. No sistema federativo brasileiro o poder político e a autoridade político-administrativa, são distribuídas territorialmente entre as instâncias governamentais (União, estados, Distrito Federal e municípios) entre elas é resguardada relativa autonomia e vinculação hierárquica. Os entes federados exercem competências exclusivas e concorrentes. Entre as concorrentes estão as referentes ao campo da saúde.



Nesse campo, algumas atribuições são definidas em Lei³ e outras são compartilhadas, por meio de processos de negociação e pactuação entre os Secretários de Saúde das três esferas governamentais.


Em 2002 com quase 53 milhões de votos Luiz Inácio Lula da Silva chega ao poder via eleições diretas com ampla aliança política que teve por base um programa de governo para resgatar as dívidas sociais. Em 2006, o Presidente Lula foi reeleito para governar o país até 31 de dezembro de 2010. Uma das marcas desse governo é a implantação de nova lógica nas políticas, tradicionalmente segmentadas, por ações intersetoriais e programas transversais. Apesar de essas políticas dependerem de maior coordenação intragovernamental e apoio do Estado, estas ações têm sido em geral bem sucedidas, particularmente, no campo da saúde e da educação. O investimento nas políticas sociais pode ser observado em vários programas, destacando-se o “Programa Bolsa Família” que objetiva a inclusão social das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza por meio da transferência condicionada de renda e da promoção do acesso aos direitos sociais básicos de saúde e educação. Apresentando resultados positivos foi expandido em 2009 e atende 11.535.150⁴ famílias. Mesmo as críticas sobre o caráter focalizado, as condicionalidades e a ausência de controle social desse Programa não eliminam os resultados positivos alcançados, particularmente na redução da desigualdade entre os mais pobres e mais vulneráveis.

Outro avanço observado nos últimos anos foi a ampliação das instâncias democráticas de controle político e social constituindo-se em importantes instrumentos de regulação. A institucionalização desta lógica na formulação e na gestão das políticas permite enfrentar a complexidade dos processos relacionados à saúde e à doença, às desigualdades e às iniquidades.

No cenário econômico antes da crise econômica mundial deflagrada em outubro de 2008, com a economia brasileira aquecida o governo aumentava sua base de apoio político, com ampla coalizão partidária e aprovação popular. Em 2008, o nível de emprego cresceu 2,8% e o número de contribuintes para Instituto de Previdência Social aumentou 5,9% impulsionado pela elevação do emprego com carteira de trabalho assinada⁵.

A estratégia para enfrentar a crise econômica, no Brasil, foi estimular o consumo interno por meio da redução de impostos de produtos industrializados (IPI) sobre novos veículos automotores, eletrodomésticos e insumos para a construção civil, medidas que resultaram em melhoria do cenário econômico no segundo semestre de 2009. Destaca-se dentre os indicadores de setembro de 2009, o crescimento de 1,9% do Produto Interno Bruto (PIB); a redução da demanda de crédito das micro e pequenas empresas; a diminuição da inadimplência nos empréstimos feitos pelas pessoas físicas e a retomada do emprego.

Dentre os fatores negativos os incentivos fiscais ao consumo trouxeram a consequente retração da arrecadação fiscal, o que para os entes federados significou redução do



repassa de recursos federais da União, especialmente para os Fundos de Participação Municipais fazendo com que o governo repassasse crédito adicional para os mesmos.

II. Contexto setorial amplo


O sistema de saúde brasileiro é misto, segmentado sob a ótica da origem dos recursos, atualmente composto por dois subsistemas: um, público, e outro privado.

O Sistema público é dividido em dois segmentos, o primeiro, composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público e gratuito totalmente financiado mediante a arrecadação de impostos, da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. O segundo, configura-se pelo grupo de funcionários civis e militares das Forças Armadas e da polícia, que mantêm seus próprios programas, e ainda, pelos funcionários públicos federais, estatais e de grandes municípios cobertos por planos privados.

O segundo subsistema, o privado, é de caráter de afiliação voluntária e complementar, regulamentado e controlado pelo governo federal. Subcontrata serviços com unidades do SUS e é utilizado pelos estratos médio-superiores e de alta renda que possuem capacidade de contribuição adicional. Igualmente subdividido em dois segmentos este subsistema conta com um de contratação voluntária de planos ou seguros de saúde individuais ou familiares financiado pelos contratantes ou ainda mediante contratos empresariais coletivos, financiados por empregadores e empregados. O segundo segmento do subsistema privado consiste no pagamento direto aos prestadores mediante utilização.

Para se ter dimensão do porte do sistema público e universal, o SUS, em dados estimados possui 63.000 unidades ambulatoriais, 6.000 unidades hospitalares com mais de 440.000 leitos os quais respondem por 12 milhões de internações a.a, totaliza cerca de 1 bilhão de atendimentos na Atenção Primária à saúde, realiza 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos, seu programa de imunização tem reconhecimento internacional por sua eficácia, eficiência e efetividade.⁶ Em 2006, a despesa total ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios⁷ nas três esferas de governo, em milhões correntes correspondeu a R\$ 84.033 e a despesa por habitante foi de R\$ 449,93. O percentual do PIB gasto em saúde foi de 3,6%.

Conforme previsto na Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde é o coordenador nacional do SUS. Compete ao Ministério da Saúde (MS) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) mediante articulação com órgãos federais: formular diretrizes e metas nacionais para promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; participar da formulação e implementação das políticas nacionais de saneamento básico e de saúde ambiental; participar no financiamento, coordenação e fiscalização do sistema; estabelecer padrões técnicos de




assistência à saúde; coordenar no âmbito nacional os sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica e o sistema de informações em saúde; a formular e conduzir a política nacional de produção de insumos e equipamentos em saúde; executar ações de vigilância da política nacional de sangue e hemoderivados; registrar e controlar a qualidade de alimentos, medicamentos, produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; realizar atividades de prevenção e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; regular, fiscalizar e controlar as atividades de prestação de serviços de saúde pelo setor privado e desenvolver pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

A dimensão continental do país, as diferenças regionais e distribuição desigual de serviços e de profissionais de saúde sinalizam a relevância da descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios. O desafio de ofertar assistência em saúde num país complexo e com profundas desigualdades regionais pode ser observado na coexistência de velhos e novos problemas de saúde, onde doenças típicas da pobreza como a tuberculose, por exemplo, convive com agravos de causas externas, prevalência de doenças crônico-degenerativas, progressivo envelhecimento populacional e doenças transmissíveis.

A conjuntura dos anos 80 marcada pela crise econômica e pelo processo de redemocratização no país permitiu avanços e mudanças significativas no sistema. Na década seguinte, a implementação do SUS enfrenta os desafios da conjuntura político-econômica internacional e nacional desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas. A concepção de ampliação do papel do Estado na garantia e extensão da proteção social foi confrontada por uma agenda de restrições nos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado, recomendações do ajuste macroeconômico, parte do receituário da política liberal e monetarista.

A despeito da tendência em favor da retração do público, nos anos 90, um conjunto de normas foi elaborado no âmbito jurídico institucional, voltado para viabilizar o direito à saúde, destacando-se a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB). Os princípios e diretrizes do SUS expressos na Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde são: a universalidade do acesso em todos os níveis assistenciais; a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.

A descentralização prevê a direção única em cada esfera de governo com ênfase na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A direção única nos governos supranacionais amplia a democratização do processo decisório (autonomia) e requer maior responsabilidade, particularmente dos municípios, no planejamento das




ações e serviços, para atender às necessidades locais. A hierarquização define os serviços por níveis de atenção e a regionalização a distribuição geográfica dos serviços.

A atenção ambulatorial no SUS é classificada em três níveis, a saber, a “atenção básica”, que contempla medidas de prevenção, promoção da saúde e assistência em especialidades médicas; a “atenção especializada” ou “média complexidade”, envolvendo profissionais especialistas; e a “atenção de alta complexidade”, fundamentada no uso de equipamentos ou tecnologias complexas.

De acordo com a legislação brasileira cabe aos municípios, mediante cooperação técnica e financeira da União e dos estados, a provisão de ações e serviços de saúde para atendimento das necessidades de saúde de suas respectivas populações. Na esfera estadual, o SUS é gerido pelas secretarias estaduais de saúde, as quais exercem as funções de coordenação, gestão de recursos e execução de ações e serviços em caráter suplementar.

A Lei 8.142 institucionalizou a participação da comunidade nos Conselhos e Conferências de Saúde em níveis nacional, estaduais e municipais onde também atuam gestores e entidades representativas. A institucionalização dos Conselhos marca a democratização dessa política setorial por expandir os atores que participam de seu processo decisório. Nestes colegiados a sociedade participa no processo de definição de diretrizes e prioridades da política; na fiscalização do cumprimento dos princípios do sistema; na organização e no funcionamento dos serviços; nas transferências intergovernamentais de recursos financeiros da União e na obrigatoriedade de contrapartida das demais esferas de governo. O processo bem sucedido de descentralização e a democratização do sistema têm determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas. Os Conselhos municipais hoje somam cerca de 72.000 conselheiros titulares, dos quais 66% representam os usuários do SUS⁸.

A descentralização da gestão do sistema e a definição da relação entre as três esferas de governo foi aprofundada e regulamentada por meio de portarias ministeriais chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOB). A NOB-SUS 01/1991 estabeleceu a transferência de recursos da União para estados e municípios mediante convênios. Os entes conveniados eram considerados prestadores de serviço. A NOB-SUS 01/1993 inovou ao instituir as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) como espaços formais de pactuação política, ou seja, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas. A CIT atua na direção nacional do SUS é integrada por gestores das três esferas de governo e composta por 15 membros paritariamente indicados pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass)⁹ e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)¹⁰. Na esfera dos gestores estaduais as CIB objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais da descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente,




por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems)¹¹.

Foi por meio da NOB-SUS 01/1996¹² que o MS procurou substituir o modelo de repasse de recursos financeiros introduzindo a lógica de financiamento *per capita*, fortalecer a capacidade gestora local incentivando a estratégia de Atenção Primária em Saúde¹³. O objetivo de fortalecimento da APS configurou em estratégia para reorganizar o modelo de atenção, ofertar atenção integral, garantir o acesso universal e definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico. O novo modelo de transferência de recursos estabelecido foi chamado Piso da Atenção Básica (PAB), com as variantes 'fixo', definido pelo número de habitantes, e 'variável', incentivos financeiros condicionados à implantação dos programas estratégicos de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF).

Os resultados positivos da NOB 01/96 se refletem no número de municípios habilitados em alguma forma de gestão. Em dezembro de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros se encontravam habilitados a receber diretamente recursos do Governo Federal chamadas de transferências fundo a fundo¹⁴. Segundo Levcovitz et al (2001) A NOB 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial, pois no período de 1997 à 2000, o MS publicou diversas portarias que alteraram o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos.

Considerando o grande número de municípios de pequeno porte e a incapacidade de os mesmos gerirem em seu território o sistema e ofertar cuidados integrais em saúde, vários esforços foram envidados para aperfeiçoar o processo de descentralização e garantir a regionalização como mecanismo de acesso integral e hierarquizado nos três níveis de atenção. Em função desta correção foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS SUS 01/01¹⁵, de 2001 a qual não chegou a ser implantada devido a entraves na operacionalização em algumas unidades da federação. Visando aperfeiçoar o processo de descentralização e ampliação das responsabilidades dos municípios na APS estabeleceu a NOAS – SUS 01/2002¹⁶ que assegurou a manutenção das diretrizes organizativas e acrescentou um conjunto de anexos e instruções normativas para resolução dos impasses da norma anterior.

Em 2004, a Carta de Natal fruto do XX Congresso dos Secretários Municipais de Saúde indicou a necessidade de construção de um novo pacto de gestão do SUS, considerando e respeitando as especificidades regionais em seus aspectos sociais, econômicos e culturais, bem como, os deslocamentos populacionais (entre áreas rurais e urbanas). A Carta também se preocupou com a superação do repasse fragmentado por projetos e programas de modo a estimular a solidariedade entre as três instâncias governamentais. Foi constituído um grupo de trabalho composto pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários



Municipais de Saúde (Conasems), que formulou as Diretrizes Operacionais do “Pacto pela Saúde e consolidação do SUS” em suas três dimensões: “Pela Vida”, “em Defesa do SUS” e “de Gestão”, cujas diretrizes foram aprovadas em 2006, pela CIT e CNS.¹⁷


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.

O Pacto em Defesa do SUS visa tornar claro 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.

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidárias entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: descentralização, regionalização, financiamento, Planejamento, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde, Educação na Saúde.

O Pacto pela Saúde apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais se destacam: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais em cinco blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS; e a unificação dos vários pactos hoje existentes. Em setembro de 2009, de acordo com o relatório da CIT 3.008 municípios aderiram ao Pacto pela Saúde representando 54,1% do total.

Em 2008, O Programa “Mais Saúde: direito de todos” lança à sociedade brasileira uma estratégia nacional de desenvolvimento sinalizada pela formulação e pela apresentação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) implantado pelo Governo Federal consolidando a visão de que a saúde é fundamental para o desenvolvimento econômico e social do país.



As medidas e metas prioritárias do Mais Saúde são estruturadas por eixos que articulam as dimensões econômica e social e convergem para a construção de um sistema de saúde que se associa a um padrão de desenvolvimento nacional voltado para a qualidade de vida de seus cidadãos em suas múltiplas dimensões. “Em síntese, a estratégia adotada neste programa articula o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico” (Brasil, Mais Saúde, 2008).

As medidas apresentadas no Mais Saúde são estruturadas por sete eixos de intervenção, Promoção da Saúde, Atenção à Saúde, Complexo Industrial da Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social e Cooperação Internacional. As diretrizes estratégicas deste programa perpassam estes Eixos: 1) avançar na implementação dos princípios constitucionais para a consolidação do SUS associando o desenvolvimento econômico e o social, envolvendo tanto o investimento em capital físico quanto nos trabalhadores e profissionais de saúde; 2) consolidar as ações de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade no centro da estratégia, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo; 3) priorizar, em todos os Eixos de Intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde; 4) aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo as diretrizes aprovadas pelo Pacto da Saúde; 5) fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, permitindo associar o aprofundamento dos objetivos do Sistema SUS com a transformação necessária da estrutura produtiva do país, tornando-a compatível com novos padrões de consumo e tecnológicos adequados às necessidades da saúde; 6) melhorar a qualidade e a eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde e 7) equacionar a situação de subfinanciamento do SUS, envolvendo a regulamentação da Emenda Constitucional 29¹⁸ (EC29) e a participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde, de acordo com os preceitos constitucionais que asseguram à população brasileira a atenção universal, integral e equânime.

A implementação do programa propõe um modelo de gestão voltado para resultados, com vistas a garantir, até 2011, a efetividade das ações. Foram pactuados termos de compromissos com 13 áreas e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. As iniciativas do Mais Saúde devem ser desenvolvidas no período de 2008 à 2011, contempla 73 medidas e 171 ações num total de R\$ 89,4 bilhões, em parte garantidas no Plano Plurianual (PPA) R\$ 65,1 bilhões e outra destinada à expansão das ações, R\$ 24,3 bilhões.


III. Situação no que diz respeito ao nível de segmentação e/ou fragmentação do sistema de saúde

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo que se propõe a atender todas as necessidades de saúde de forma integral a todos os cidadãos brasileiros, mesmo àqueles que se encontram afiliados ao sistema de saúde suplementar, cerca de 20% da população total, utilizam os serviços e ações do sistema público em algum momento.

Segundo o Ministério da Saúde cerca de 75% dos brasileiros são assegurados exclusivamente pelo SUS, no entanto, os clientes dos seguros e planos privados também utilizam os serviços do SUS, principalmente procedimentos de alta complexidade e de alto custo (transplantes, cirurgias cardíacas e tratamento de neoplasia) e outros serviços de cunho preventivo e de imunização. A oferta desigual de serviços e estabelecimentos da rede privada e a duplicidade do uso dos sistemas público e privado por parte dos segurados geram assimetria no acesso entre os que podem pagar ou contratar um serviço privado e a maioria da população que não pode fazê-lo. Além desta questão ressalta-se o incentivo fiscal aos prestadores e operadoras de planos de saúde filantrópicos que induz a compra de serviços e de planos privados. Os subsídios entre o Estado e o setor privado, no âmbito da saúde se dão via gasto tributário, ou seja, os recursos tributários que o Estado deixa de arrecadar, mediante as desonerações fiscais, tais como: a renúncia fiscal e as isenções tributárias das instituições filantrópicas e cooperativas. A renúncia fiscal refere-se à possibilidade de deduzir o gasto com compra de serviços e de planos privados na base sobre a qual é calculado o imposto de renda devido por pessoas físicas e jurídicas. Já as isenções tributárias ocorrem porque as instituições filantrópicas são isentas dos tributos federais, estaduais e municipais.

A reforma do sistema de saúde no país encontra-se em processo contínuo de implantação, nos últimos 20 anos constatam-se mudanças, avanços e desafios no cumprimento de suas principais diretrizes. As diversidades econômicas, políticas, culturais e regionais e sua dimensão continental favorecem experiências diversificadas da assistência a saúde prestada evidenciando limites na consolidação dos princípios do SUS.

A estruturação da porta de entrada do sistema configurou-se na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF oferece atenção à saúde a uma população definida, em território determinado, mediante adscrição de clientela a uma equipe multiprofissional, composta por pelo menos médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As primeiras equipes foram fixadas nos pequenos municípios e prestavam atendimento aos mais pobres e suas ações eram focalizadas. O PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem possibilitado o desenvolvimento de experimentos locais voltados para a integralidade, melhoria da qualidade e efetividade da atenção. A integração da ESF à rede assistencial, em algumas regiões tem favorecido o fortalecimento dos serviços de APS como serviços de procura




regular e porta de entrada preferencial e se aproximam mais a um sistema público que atende às necessidades da população. Em 2007, o investimento de recursos financeiros no Programas Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) foi de R\$ 4.064,00 milhões. A ampliação destas iniciativas continua, 90 milhões de brasileiros realizaram o primeiro contato com o SUS pela ESF. Em agosto de 2009, segundo o Ministério da Saúde o país conta com 29.900 equipes, presentes em 5.241 municípios que atendem cerca de 95,1 milhões de pessoas. A cobertura populacional é de: ACS (60,1%) ESF (50,1%) e ESB (46,6%).¹⁹

Com vistas a apoiar a inserção da ESF e compartilhar responsabilidades na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações em saúde da APS, bem como, sua resolutividade, territorialização e regionalização, em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)²⁰ constituído por equipes multidisciplinares²¹. Mesmo nas experiências exitosas permanecem dificuldades na continuidade do cuidado e na integralidade da atenção, particularmente no acesso à atenção especializada. Em alguns municípios observam-se baixos padrões de cobertura e acesso, particularmente nos municípios de maior porte e com serviços de maior complexidade há tendência da oferta de ações e serviços básicos focalizada nos segmentos mais pobres, funcionando de forma paralela aos serviços tradicionais. A ausência de uma rede de atenção básica estruturada como porta de entrada do sistema continua um desafio a ser superado.

Outro problema recorrente no SUS, vivenciado em todos os níveis de atenção encontra-se na dificuldade de estruturar a rede de serviços de modo que ela ofereça os procedimentos necessários à população sem ociosidade. Como o processo de regionalização e hierarquização demanda a articulação entre diferentes gestores, e por vezes, entre diferentes níveis governamentais dependendo da complexidade ou o nível de tecnologia requerida, apesar dos esforços envidados perduram dificuldades políticas e operacionais o que tem inviabilizado a garantia do cuidado integral e continuado.

Parte desses problemas pode encontrar solvência no exercício do controle social configurado nos Conselhos de Saúde, instâncias de controle político e social que nos últimos anos foram ampliadas constituindo-se em importantes instrumentos de regulação e participação. Entretanto, o funcionamento dos Conselhos é hereogeneo nos diversos estados e municípios. Nas cidades com menos de 50.000 habitantes, (que representam cerca de 75% do total dos municípios), os Conselhos enfrentam problemas de autonomia, organização e acesso. Nas cidades com mais de 250.000 habitantes os conselhos apresentam melhores desempenhos. A institucionalização dos conselhos *per si* é insuficiente para garantir sua efetividade democrática. O fortalecimento e autonomia do controle social dependem de incentivo dos gestores locais, inclusive na capacitação dos conselheiros de modo a ampliar a compreensão do papel político, das funções e ofertar conhecimento que permita aos atores deliberar sobre assuntos apresentados pelos gestores.



Outros desafios estão presentes no momento atual da reforma sanitária: obstáculos a implantação de um modelo integral de atenção à saúde; a reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo; a incapacidade do avanço na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades; a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle do Estado, dentre outros.


Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico-tecnológico em ritmo acelerado e a crescente responsabilização do Estado no financiamento de programas sociais geraram um aumento dramático nos gastos governamentais em programas de educação e de saúde públicos. Investimentos para expansão dessas políticas somaram-se àqueles destinados a incorporação de novas tecnologias – em especial relacionadas aos cuidados à saúde – quer em nível do indivíduo, quer no âmbito coletivo. A insuficiência de recursos financeiros é um dos maiores obstáculos para a consolidação do SUS tal como previsto na Constituição de 1988, particularmente no que se refere à universalização do acesso.

A pesquisa periódica de Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE e financiada pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo reunir e apresentar informações sobre o número de estabelecimentos, equipamentos médico-hospitalares e de profissionais de saúde no país. Os resultados auxiliam na identificação das demandas regionais de investimentos públicos e na implementação de programas para suprir carências específicas do setor.

De acordo com a AMS (2005) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008) observa-se redução do número de leitos nos sistemas público e privado sendo esta redução menos acentuada no primeiro. Em 2005, 34% dos leitos para internação em estabelecimentos de saúde pertenciam a instituições públicas, no entanto, cerca de 88% dos leitos existentes no país estão credenciados para utilização pelo SUS.

A maior oferta de leitos existente em 1990 nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste persiste em 2005, porém com menor diferencial em relação às regiões Nordeste e Norte. Embora exista melhoria na distribuição espacial do número de leitos no país entre os períodos analisado pela AMS (1999 e 2005) constata-se que persistem diferenças regionais quanto ao porte e capacidade tecnológica dos hospitais. Nas regiões Norte e Nordeste predominam estabelecimentos de menos de 50 leitos, menos equipados e com menor diversidade de especialidades médicas. As regiões Sudeste e Sul concentram instituições de saúde de maior porte e complexidade, e maior oferta de Centros de Terapia Intensiva.

A partir dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE, o RIPSA (2008) constatou aumento do número médio de consultas médicas por habitante no SUS em todas as regiões. No sistema público, 63% dos procedimentos ambulatoriais produzidos são relacionados à Atenção Básica. Os valores



mais elevados correspondem à região Sudeste e os menores à região Norte, embora esta última apresente o maior percentual de crescimento (53,8%) no período compreendido entre 1995 e 2005, esta região apresenta as maiores dificuldades de acesso devido à oferta insuficiente de estabelecimentos, profissionais e à dispersão da população. Em âmbito nacional, em 2003, o número de consultas médicas *per capita* foi de 2,4 consultas/ano, e a desigualdade de acesso se expressa também na área rural onde esta taxa cai para 1,8 consultas/ano.


A organização da rede pública de serviços de saúde no Brasil se caracteriza pela forte presença dos estabelecimentos privados na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e terapia e, simultaneamente, pela marcante presença dos estabelecimentos públicos na oferta de ações e serviços de saúde pública e na atenção ambulatorial. Em todas as regiões, acima de 80% dos estabelecimentos prestam atendimento ambulatorial, sendo que destes cerca de 66% são cadastrados como serviço de atenção básica, na alta complexidade, a grande maioria dos estabelecimentos é pública.

Estes dados são corroborados no estudo “Saúde Brasil: 2006” realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que constatou a distribuição marcadamente desigual dos estabelecimentos de saúde entre as regiões e os estados. Entre 2004 e 2006, percebe-se que no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) houve aumento de 49% de estabelecimentos cadastrados no país, principalmente, na Região Sudeste e nos municípios mais populosos.

IV. As políticas e os programas específicos de integração: a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids e o SUS

A sensibilização da opinião pública para a promoção, prevenção e assistência à infecção pelo HIV/Aids fez com que o número de pessoas envolvidas em favor da estruturação de uma resposta nacional aumentasse na mesma rapidez com que a epidemia se alastrou. Numerosas Organizações Não-Governamentais (ONG) foram se formando em todo o país, com o apoio do Ministério da Saúde e de agências internacionais, especialmente aquelas com tradição no campo de ações de interface entre políticas de população, desenvolvimento e saúde.

A mobilização inicial do Estado²² e da sociedade deu-se por razões e preocupações diferentes: o primeiro ocupou-se do delineamento das ações preventivas, o segundo os segmentos sociais — por meio das ONG e de outras instâncias representativas da sociedade — partiram na luta em prol do tratamento, em favor dos profissionais disponíveis para atender, sem discriminação, as pessoas infectadas e por um maior número de leitos nos hospitais, para tratar das infecções oportunistas. A demora do Estado em responder a nova epidemia como uma questão de saúde pública retardou a




implantação de uma resposta eficaz, porém não impediu que integrasse assistência e prevenção, num momento em que nenhum outro país adotava esse tipo de política.

Na década de 80, a maioria dos casos notificados se concentrava na região sudeste, particularmente, nas metrópoles de São Paulo e do Rio de Janeiro, identificados em homens homossexuais/bissexuais com nível socioeconômico médio e alto e em portadores de hemofilia ou em receptores de sangue. Concomitantemente, a epidemia de HIV/Aids desencadeou na sociedade, dentre outras reações o “pânico moral”, pois o comportamento e a orientação sexual, que historicamente sempre suscitaram olhares curiosos da humanidade, uma vez mais encontravam razões para serem postos em evidência. Os portadores da síndrome foram divididos entre “culpados” e “vítimas”, sendo os primeiros homossexuais, pessoas que usam drogas injetáveis e prostitutas, que “procuraram” se infectar em decorrência de um comportamento tido como desviante anormal e, portanto, patológico. As mulheres, crianças, idosos, heterossexuais, que necessitaram de hemotransfusão por serem portadores de hemofilia ou vítimas de acidentes ou foram infectadas por seus parceiros passaram a ser consideradas vítimas da epidemia.

A Aids foi percebida, num primeiro momento como doença, de caráter transmissível, circunscrita a um grupo social com uma orientação sexual determinada cujo diagnóstico só se fazia possível a partir do surgimento dos sintomas clínicos específicos. Por estas razões, entre outras, mulheres e heterossexuais masculinos não se sentiram em risco, bem como, não foram alvo das primeiras iniciativas de prevenção.

A partir de 1990, no Brasil, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Em 2006, a prevalência da infecção pelo HIV era de 0,61% na população de 15 a 49 anos sendo, 0,42% do sexo feminino e 0,82% do sexo masculino. Em 2008, a estimativa de pessoas infectadas no país é de 630 mil, dentre as quais 195 mil fazem uso da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (TARV). Apesar de constatada a expansão da epidemia para municípios de pequeno porte, a maioria dos casos se concentra nas regiões metropolitanas do sudeste do país.

Em decorrência do amparo jurídico do SUS, mediante demanda e pressão social e apesar das resistências (internas e externas), em 1988²³, é regulamentado o uso do AZT (Zidovudina) em instituições credenciadas pelo MS, em 1991 se inicia o fornecimento de medicamentos para infecções oportunistas. Em 1992²⁴ é incluído o pagamento das internações por AIDS na tabela do Sistema de Informações Hospitalares. Em 1994, foi criada a modalidade extra-hospitalar, o grupo/procedimento Tratamento da Aids em Hospital-Dia no SIH-SUS e na sequência o MS estabeleceu as diretrizes e normas para implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com Aids²⁵. Em 1995 é iniciada a distribuição gratuita dos medicamentos Zidovudina (AZT), Didanosina (DDI), Ganciclovir, Fluconazol e pentamidina²⁶. A partir de 1996²⁷, após ampla mobilização social o




tratamento com pelo menos três medicamentos, denominado TARV passa a ser de acesso universal aos cidadãos brasileiros portadores de HIV/Aids.

A ampla utilização da TARV resultou em melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e Aids. Por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico assumido pela doença na atualidade. Parte das pessoas que estão em uso de TARV há mais tempo, convivem com efeitos da toxicidade dos medicamentos, como, por exemplo, a lipodistrofia, coinfeções (como a Hepatite B ou C) e/ou com variantes virais resistentes ao tratamento. Para enfrentar os problemas do uso prolongado da TARV, a partir de 2006, o Ministério da Saúde por meio do Departamento reuniu o Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral de Adultos e Adolescentes, constituído por gestores, representantes da academia, serviços especializados, governo e sociedade civil, com o objetivo de discutir modificações no processo de atualização das Recomendações em Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes para o ano de 2008. O resultado desta iniciativa foi a elaboração de um protocolo capaz de indicar rotinas que qualifiquem e atualizem o enfrentamento da epidemia aos desafios contemporâneos e emergentes, preparando o sistema de saúde para a segunda década de acesso universal ao tratamento antirretroviral. A ampliação do escopo do documento foi possível pela divisão do Comitê Assessor em quatro subcomitês voltados para: terapia inicial; manejo da resistência; toxicidade e comorbidades.

As principais diretrizes do controle da epidemia no país são por um lado reflexo dos princípios legais do SUS, e de outro lado, reflexo da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por esta epidemia: integração entre prevenção e assistência; respeito aos direitos humanos e diálogo com a sociedade; trabalho conjunto entre Governo e ONG; acesso universal ao tratamento; produção doméstica de medicamentos; combate ao estigma e ao preconceito; política de redução de danos para pessoas que usam drogas; ações integradas para a prevenção da transmissão vertical; descentralização das ações e cooperação internacional, técnica e financeira.

No país existem mais de 1200 serviços voltados para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids (pvha). Das quatro modalidades assistenciais, em 2007 havia 636 serviços ambulatoriais especializados em HIV/Aids, 95 hospitais-dia, 434 hospitais convencionais e 53 assistências domiciliares terapêuticas. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos somam 664, distribuídas nos 27 estados da federação, 383 Centros de Testagem e Aconselhamento.

A Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica (SISLAB) é composta por todos os laboratórios, públicos e conveniados ao SUS, dentro dela foi instituída a sub-rede de laboratórios do Departamento Nacional de DST, HIV/Aids, com finalidade de definir e normatizar os testes sorológicos, implantando um programa que objetivou o controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. O Departamento




coordena as atividades da sub-rede de laboratórios, cabendo aos Laboratórios de Referências Estaduais e Municipais a responsabilidade e coordenação dos laboratórios locais. A Rede possui 82 laboratórios capacitados para realizar a quantificação da Carga Viral (CV), 92 para realizar CV e Linfócitos T-CD4 e T-CD8 e 20 aptos a realizar a genotipagem.

A política brasileira de prevenção combina três fatores, o primeiro é a garantia de acesso universal a todos que vivem com HIV. O segundo é a expansão do acesso aos diagnósticos e aos insumos de prevenção às DST/HIV pautada pelos conceitos de risco, vulnerabilidade e promoção à saúde, e considerando o respeito à individualidade, à diversidade e repudiando preceitos morais e religiosos. O terceiro é a contínua e estreita relação com a sociedade civil observando-se a preservação da autonomia e da independência desta. As ações de prevenção, no Brasil, pautam-se pela ética, pelo respeito à diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural. Os objetivos são formular políticas para reduzir a incidência do HIV/Aids e outras DST e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos; promover a qualidade de vida das pvha; reduzir o estigma e os demais impactos sociais negativos do HIV/Aids e outras DST.

A partir das reflexões de um grupo de trabalho constituído por técnicos do MS, representantes do movimento social, academia e gerentes de programas de DST/Aids, em 2005, foi introduzida uma nova estratégia denominada “Prevenção Positiva”, estruturada a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade à dimensão do viver com HIV/Aids. Propõe agregar as ações de assistência, prevenção, direitos humanos e participação social de modo a promover atenção integral e qualidade de vida. É uma política transversal, integrada e intersetorial, na qual o protagonismo das pvha é estratégico e essencial que tem como referência os componentes de *advocacy*, mobilização comunitária, direitos humanos e integralidade na atenção dos serviços do SUS.

No campo da assistência às pvha é disponibilizado um conjunto de serviços que englobam a Prevenção Positiva, estímulo à testagem para o HIV (pré-natal, comunicantes) e aconselhamento. Estas visam facilitar o acesso ao diagnóstico e a adesão aos esquemas terapêuticos e promoção à integração de estratégias terapêuticas e psicossociais ao longo do tratamento para melhorar a qualidade de vida desse segmento.

Desde a década de 90, o MS intensifica as políticas em DST/HIV/Aids, visando melhorar a qualidade da assistência. Destacam-se as seguintes ações: serviços de diagnósticos, capacitação de profissionais de saúde e organização de sistemas de referência, oferecer o diagnóstico para as DST/HIV/Aids nos diversos níveis de atenção do SUS, promover o acesso da população a exames laboratoriais necessários ao seu monitoramento, durante o tratamento dessas doenças e disponibilizar profissionais capacitados para a abordagem efetiva aos pacientes infectados.



Para a elaboração de políticas de diagnóstico tem sido imprescindível para a melhoria do atendimento, destacam-se a promoção do aconselhamento pré e pós-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para pessoas que desejam fazer a testagem anti-HIV; a promoção do acesso da população a exames laboratoriais capazes de diagnosticar o HIV; disponibilização de testes para o monitoramento do paciente – contagem de linfócitos T CD4/CD8²⁸, quantificação da Carga Viral do HIV e genotipagem²⁹ – quando em tratamento com antirretrovirais; treinamento e capacitação de profissionais de saúde³⁰, garantia da qualidade do diagnóstico laboratorial para o HIV; desenvolvimento de pesquisas na área do HIV/Aids. O acesso dos pacientes a exames laboratoriais para o diagnóstico e tratamento gratuitos das DST, como é o caso da sífilis, hepatites, gonorréia, infecção por clamídia, HIV/Aids, entre outras, também faz parte dessa política. Assim como o monitoramento e a garantia da avaliação da qualidade do diagnóstico laboratorial da sífilis e hepatites B e C, para identificação de problemas e padronização de metodologias usadas na rede laboratorial nacional.


Ações intersetoriais em DST, HIV e Aids

Em todos os países do mundo a epidemia de HIV/Aids se configurou enquanto desafio de grandes proporções para diversos setores da sociedade, por ameaçar a estabilidade econômica, social e política. No Brasil, não foi diferente, com o passar do tempo se percebeu que a resposta à epidemia ultrapassava as fronteiras da saúde e, por isso, não poderia se configurar enquanto mais um problema de saúde pública ou uma questão de mera adoção de medidas técnicas de cunho epidemiológico, médico ou sanitário. Análises epidemiológicas apontam para o aumento tanto proporcional quanto no número absoluto de casos de Aids nos grupos populacionais com baixa escolaridade, poder e inserção social, poucos anos de estudo e residentes nas periferias urbanas. Neste sentido, foram estabelecidos compromissos e ações intersetoriais entre diferentes setores do governo e da sociedade com o objetivo diminuir as diversas formas de vulnerabilidade, desigualdade e exclusão.

HIV/Aids e Educação

Em 1992, uma portaria interministerial³¹ dos Ministros da Educação e da Saúde – estabeleceu a proibição de teste sorológico para o HIV para admissão nas instituições de ensino seja de alunos, funcionários ou professores, vetou a existência de classes especiais para pvha, bem como, a divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de Aids de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar. Além disso, recomendou a implantação, a manutenção e/ou ampliação de projeto educativo enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV/Aids entre todos os membros da comunidade escolar das redes oficial e privada de ensino.

Em 1995, foi criado o “Projeto Escolas” no âmbito do governo federal para a implementação dessas ações. Em 2003, este projeto passou a se chamar “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE), fruto da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura



(UNESCO), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O objetivo do SPE é a promoção da saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à gravidez não-planejada e o uso de drogas.

Seguindo a premissa de descentralização, o SPE tem incentivado estados e municípios a assumir e preservar a qualidade dos serviços e ações destinadas à prevenção das DST/Aids. Para fortalecimento do SPE foi realizada em Brasília a II Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas, em 2007. A Carta final do IV Encontro Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids realizado em 2009, inclui na agenda política do movimento participar e contribuir com Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde na ampliação, estruturação e execução do SPE, e incluir ações que tratem das dimensões deste público-alvo.

HIV/Aids e trabalho

Visando o combate à discriminação da pvha em 1992 os Ministros da Saúde, Trabalho e da Administração via Portaria Interministerial³² proibiram a testagem para detecção do vírus HIV, nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos. Três anos depois esta conquista foi estendida aos trabalhadores em geral³³. Apesar de a exigência de exame de HIV ou a revelação da soropositividade do trabalhador seja crime, a discriminação é o principal desrespeito observado pelo portador do HIV/Aids no mercado de trabalho³⁴. Um dos esforços para combater a discriminação no trabalho foi a instituição entre os anos de 1995 e 1998, no âmbito do Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE), o Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação³⁵ (GTEDEO). Em meados de 1995, foi criado um programa de cooperação técnica entre a OIT e o MTE que resultou no “Programa Brasil, Gênero e Raça”³⁶. Este programa vem realizando nos estados da Federação por meio das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) a implementação dos Núcleos de Promoção de Igualdade e de Combate à discriminação em seus diversos aspectos: gênero, raça, pessoas portadoras de deficiência e vivendo com HIV/ Aids, vítimas de assédio moral, entre outros.

A mobilização do setor privado para conter a Aids no ambiente das empresas resultou na criação pelo MS, em 1998³⁷, do Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids. Presidido pelo Ministro da Saúde este Conselho reúne 18 organizações de diferentes setores e visa mobilizar o empresariado na formulação, implantação e manutenção de políticas voltadas à prevenção do HIV/Aids. Em 2005, o Conselho criou o “Prêmio Nacional CEN AIDS no Mundo do Trabalho” que visa reconhecer, incentivar e divulgar as ações preventivas realizadas por empresas de diferentes portes e ramos de atividades.

HIV/Aids e direitos sociais

Para auxiliar na garantia dos direitos sociais das pvha o Ministério da Saúde financia projetos de assessoria jurídica nas ONG, as áreas prioritárias de atendimento são as de direito trabalhista, previdenciário, familiar, penal, constitucional e direitos humanos, esta última com foco na discriminação e violência de gênero e orientação sexual.

Dentre as conquistas sociais garantidas em todo o território nacional às pvha se destacam: a extensão dos direitos³⁸ da Previdência Social³⁹; o levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público⁴⁰ (PASEP) aos titulares não aposentados infectados pelo HIV ou a seus dependentes. Em 2002, considerando os avanços técnico-científicos, o uso da TARV e a necessidade de uniformizar os critérios para a concessão dos benefícios previdenciários, a Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com assessoria de técnicos do INSS, do Ministério da Saúde e representantes da sociedade civil, instituiu a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/Aids⁴¹.

No campo do Direito Tributário as pvha foram incluídas no grupo de portadores de diversas patologias⁴² e isentas do pagamento do imposto de renda de pessoa física sobre os proventos recebidos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço.

O auxílio-transporte é hoje um dos direitos mais acessados pelas pvha, mas por não ser regulamentado nacionalmente, é restrito aos cidadãos residentes nos locais onde o mesmo é concedido, garantir o acesso universal a este direito consiste em uma das atuais lutas do movimento social.

HIV/Aids e sistema judiciário

As principais ações e decisões intersetoriais foram a instituição de Comissão Interministerial dos Ministros da Saúde e da Justiça com a atribuição de definir estratégias de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional⁴³. Esta comissão é composta por um grupo técnico com representantes diferentes órgãos, entidades e instituições incluindo o Ministério da Saúde por meio do Departamento de DST e Aids.

Outra importante decisão interministerial⁴⁴ reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com o objetivo de definir as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

HIV/Aids e direitos humanos e combate à homofobia

Em 2003, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), apresenta o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis” em consonância com as diretrizes estabelecidas no “Programa Brasil sem Homofobia”. Elaborado com representantes dos movimentos sociais, profissionais de saúde e gestores é constituído por duas agendas diferenciadas: a Agenda Afirmativa para Gays e outros HSH e a Agenda Afirmativa para Travestis que propõem uma resposta intersetorial e transversal para o enfrentamento da Aids e das DST. Para sua viabilização são previstas ações relacionadas à ampliação do acesso aos insumos de prevenção; o desenvolvimento de novas tecnologias; estratégias de combate ao estigma e discriminação; o fortalecimento das parcerias interinstitucionais; e a produção de conhecimento.

Em 2008, o MS autorizou a realização do Processo Transexualizador e da cirurgia de mudança de sexo (transgenitalização) no SUS, atendendo a uma reivindicação da sociedade civil organizada⁴⁵.


HIV/Aids e Mulheres

O aumento do número de casos de HIV na população feminina mobilizou o Governo e a sociedade a enfrentar este problema para isto foi elaborado, em 2007, o “Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST”. Este foi o primeiro programa da América Latina e Caribe especificamente voltado para a questão e envolveu a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento Nacional de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher. Apoiado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNPFA), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), o Plano tem por objetivo nortear a implantação e a implementação de ações de promoção de saúde sexual e de saúde reprodutiva, nos três níveis governamentais.

V. Descrição das estratégias empregadas para a integração

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Os CTA são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo MS e com produtos registrados e controlados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em sua maioria, os CTA brasileiros possuem gestão municipal e estão inseridos na rede de atenção do SUS: Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), Unidades Básicas de Saúde, Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, Vigilância Epidemiológica, serviços de atenção secundária, como



centros diagnósticos, hospitais e policlínicas, Unidades de Saúde da Família, além de laboratórios particulares, também podem oferecer diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites.


O atendimento na maioria desses centros é sigiloso e oferece a quem realiza os testes a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre resultado final do exame, independente de este ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência. Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletiva, uma ação de prevenção que tem por objetivos oferecer apoio emocional, ofertar informações sobre DST e HIV/Aids e auxiliar na avaliação dos riscos e informar sobre estratégias de prevenção. Além do aconselhamento, outras ações de prevenção são realizadas pelos CTA, dentro da unidade de saúde e fora dela. Estes centros disponibilizam insumos de prevenção: preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e kits de redução de danos⁴⁶ para pessoas que fazem uso de drogas.

Ao todo foram identificados 383 CTA implantados em todo o Brasil, maior parte na região Sudeste, que reúne 139 unidades implantadas. Nas demais regiões o número de serviços não apresenta variação importante, sendo a região Norte com o menor número de CTA 53 unidades. Todos os estados possuem serviços implantados, sendo São Paulo com maior número (79) contrastando com Roraima e Rio Grande do Norte, com um serviço cada.

Visando a redução de custos, promover o desenvolvimento sustentável e ampliar o acesso da população aos insumos de prevenção, em 2008, foi inaugurada a primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil a Natex, localizada em Xapuri (Acre). A fábrica é a primeira do mundo a usar látex natural de seringueira nativa e tem capacidade para produzir 100 milhões de unidades de preservativos por ano. A meta é expandir a produção anual para 270 milhões de unidades. Ao todo, foram investidos R\$ 31,3 milhões na construção da fábrica, na compra de equipamentos e no treinamento de mão-de-obra.

Serviços de assistência ambulatorial e especializada (SAE) em DST, HIV/Aids

Os serviços ambulatoriais em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids. Possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e Não-governamentais conveniados ao SUS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.



Com o objetivo de garantir a eficácia do tratamento com a Terapia Antirretroviral de Alta Potência (TARV) – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – a adesão ao tratamento assumiu importância significativa para uma sobrevida longa, com qualidade e para evitar o desenvolvimento de resistência viral. O Ministério da Saúde por meio do Departamento de DST, HIV/Aids passou a estimular a criação nos serviços de saúde e nas ONG atividades diversificadas e espaços onde pvha podem esclarecer dúvidas, receber orientações e estar em permanente acompanhamento para sempre manter o esquema terapêutico da melhor forma possível. Para colaborar no processo de adesão ao tratamento, dentre as atividades desenvolvidas nos serviços e em outras instituições que acompanham pvha, observa-se grupos de adesão ou suporte social, rodas de conversa, atividades nas salas de espera, consultas conjuntas com mais de um profissional,


Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais

As Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) são estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários em uso de TARV, bem como, seu acompanhamento e monitoramento, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos ou produtos.

Entre as atividades desenvolvidas pelas UDM estão: atendimento individual e coletivo, o qual pode ser realizado durante uma consulta farmacêutica, na qual o profissional dará as informações necessárias sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários para o seguimento do tratamento e demais informações sobre posologia, dosagem, efeitos adversos, conservação dos medicamentos, interações medicamentosas e com alimentos e drogas. Essas informações também podem ser repassadas de forma resumida no momento da dispensação de antirretrovirais, se a mesma for realizada por um profissional farmacêutico. Também podem ser desenvolvidas ações de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, no qual é estudada de forma integral, a condição, a história clínica e terapêutica do paciente, incluindo outros medicamentos que esteja tomando e presença de doenças de base, como diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, dentre outras. Além das pvha outras pessoas que sofreram Exposição Ocupacional e Sexual podem receber os medicamentos antirretrovirais.

Assistência à gestante no SUS e combate à transmissão vertical

A disseminação da infecção pelo HIV na população heterossexual aumentou o número de casos em mulheres (44%) entre 1996 e 2005, o que trouxe como consequência o aumento da infecção via transmissão vertical, e elevação do número de casos de Aids em crianças. A transmissão vertical do HIV (de mãe para filho) pode ocorrer durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito, e pela amamentação. Entretanto, as rotinas de diagnóstico e de assistência, hoje disponíveis, prevêm medidas eficazes no para o diagnóstico precoce, o controle da infecção materna, e intervenções profiláticas da infecção para a criança. No Brasil, essas medidas foram introduzidas com o objetivo de




reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurar o acesso, melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Com relação às gestantes, embora tenham sido implantadas diversas ações para enfrentar a transmissão vertical da sífilis congênita e do HIV, a incidência de sífilis congênita no país sugere deficiências na atenção pré-natal, em todas as regiões brasileiras. Os programas de combate à transmissão não foram bem sucedidos, estudos analisados apontam para maior vulnerabilidade de mulheres solteiras, com baixa escolaridade e baixa renda. Outro ponto que merece destaque é a idade precoce na primeira relação sexual e da primeira gravidez. A cobertura do pré-natal é demonstrada pelo estudo RIPSА-Indicadores básicos para a saúde no Brasil, de 2008, onde o número de gestações com nenhuma consulta de pré-natal tem decrescido em todas as regiões. A maior queda ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, que continuam sendo, no entanto, aquelas com maior proporção de nascimentos sem consulta de pré-natal. Nestas regiões, o maior crescimento ocorreu na fração de uma a seis consultas, atingindo, em 2004, quase dois terços dos casos. Nas demais regiões, mais de 60% das gestantes tiveram mais de seis consultas em 2004. A série histórica levantada pela RIPSА de 1998 a 2004 sinaliza melhoria da situação, com o crescimento da proporção de gestantes com maior número de consultas de pré-natal.

Com o objetivo de monitorar a disseminação da infecção pelo HIV em gestantes e reduzir a transmissão vertical, o Ministério da Saúde instituiu a vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva⁴⁷ e no mesmo ano, o Programa de Humanização do Pré-Natal⁴⁸ e Nascimento (PHPN). Ainda para a redução dessa modalidade de infecção e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Nascer-Maternidades⁴⁹ desenvolvido segundo as diretrizes do PHPN e articulado com Secretarias de Saúde nas três instâncias governamentais e demais maternidades integrantes do SUS. No nível nacional, o Nascer-Maternidades é coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde envolvendo o Departamento de DST e Aids, as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A coordenação do Projeto no nível regional cabe às SES e SMS devendo cada uma designar seu respectivo coordenador.

As maternidades integrantes do SUS deverão realizar as seguintes atividades: testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido); testes para sífilis (microhemaglutinação); administração de inibidor de lactação (quando indicado); profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV. O MS contra-indica o leite materno quando este contém microorganismos ou substâncias que põem em risco a saúde e a vida da criança, e para assegurar os direitos à vida, à saúde e à alimentação, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente⁵⁰ foi implantado o Guia Prático de “Preparo de Alimentos para Crianças



Menores de 12 Meses que Não Podem Ser Amamentadas”, possibilitando às mães informações básicas de como alimentar suas crianças.

Sistemas de Informações em Saúde

Possuir informações sobre as condições de vida da população é historicamente relevante no campo da política, planejamento e gestão em saúde. As bases de dados em saúde devem auxiliar e subsidiar os processos de tomada de decisão neste campo fornecendo as informações necessárias à construção de indicadores e marcadores de avaliação no âmbito de um ou de vários programas.


O Ministério da Saúde criou o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) considerando a relevância da informatização das atividades do SUS para a descentralização das ações e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais utiliza as informações geradas pelo DATASUS para o controle da epidemia, financiamento e planejamento de suas ações. Além destes o Departamento gerencia quatro sistemas que compõem o Sistema de Informações em Saúde do Ministério da Saúde – o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), o Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção (PREVINI) e o Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é o mais antigo sistema de informação do país, criado em 1975, dispõe de dados consolidados desde 1979. Este sistema unificou os 40 modelos de declarações de óbito (DO) existentes em um único modelo composto por oito grupos de dados de natureza e finalidades distintas. Adotado em quase todo o território nacional, nos três níveis de governo, sua base de dados é consolidada pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) que disponibiliza os dados para o DATASUS. A base de dados encontra-se na Internet e é divulgada em CD-ROM periodicamente.

O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi concebido a partir das recomendações do Grupo de Assessoria em Estatísticas Vitais (GEVIMS) do Ministério da Saúde que considerou prioritária a implantação de um sistema de informações sobre os nascidos vivos que registrasse os dados relativos a esse evento. Implantado em 1990 o SINASC à semelhança do SIM, é alimentado por um documento básico e padronizado, gerado nas unidades de saúde e nos cartórios de registro civil nos casos de parto domiciliar.

O Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado no país de forma lenta e gradual a partir de 1993, com a finalidade de realizar a vigilância epidemiológica no país. Sua alimentação se faz por meio das Fichas Individuais de



Notificação e de Investigação, enviadas para as unidades de saúde de todo o território nacional já numeradas pelas secretarias estaduais e municipais.


A epidemia de HIV/Aids suscitou um desdobramento deste sistema para captar informações das pessoas portadoras de quadro definidor de Aids, denominado SINAN/AIDS é subdividido em dois, um para pacientes com até 12 anos e outro para aqueles com 13 anos de idade ou mais. O SINAN/AIDS é alimentado por dois formulários específicos que não suprimem o preenchimento das fichas de notificação compulsória, as variáveis das fichas de notificação e investigação são similares àquelas contidas no SIM: sexo, raça/ cor, escolaridade e ocupação.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) foi criado e aperfeiçoado em 1981, destina-se ao controle e ao pagamento dos serviços prestados pelos hospitais públicos e conveniados ao SUS, sendo alimentado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A finalidade da AIH no Sistema SIH-SUS é a de transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS e repassar ao Ministério da Saúde uma base de dados mensal de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade além dos valores de Central Nacional da Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão.

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) é um conjunto de programas de processamento de dados destinados a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento ambulatorial do SUS e é alimentado pelo Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido mensalmente pelas unidades ambulatoriais, o qual contém dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional.

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. Suas funções principais são: cadastramento dos pacientes em tratamento, controle da dispensação mensal de medicamentos – antirretrovirais e medicamentos para tratamento das infecções oportunistas e DST – e fornecer informações para avaliar a qualidade da assistência.

O Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO) visa suprir o Projeto de Implantação de uma Rede Nacional para Genotipagem do HIV-1 (RENAGENO) em Pacientes com Falha Terapêutica aos antirretrovirais, foi desenvolvido um sistema para o armazenamento de informações geradas a partir dos exames realizados. As informações geradas por esse sistema é uma ferramenta de acompanhamento dos referidos exames para Médicos de Referência em Genotipagem e laboratórios credenciados.



O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral (SISCEL) foi criado em 1997, e é integrado ao SICLOM e Renageno para possibilitar o gerenciamento das atividades desenvolvidas nas redes e laboratórios de saúde pública, capacitados a realizar os testes de quantificação da carga viral do HIV e de contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+). Sua finalidade gerencial possibilita análises estatísticas e oferta ferramentas de apoio ao Departamento Nacional, Coordenações Estaduais e Municipais.

Outros sistemas de informação do Departamento de DST/Aids que auxiliam na avaliação, controle e planejamento das ações são:


O Sistema informatizado de autoavaliação dos serviços (Qualiaids) tem por objetivo auxiliar as Coordenações de DST e Aids, gerentes e equipes responsáveis pela assistência ambulatorial na avaliação e monitoramento da qualidade do atendimento ambulatorial no SUS. O questionário autoaplicável eletrônico Qualiaids foi implantado em sistema *online*, em 2007, seus itens avaliam a organização da assistência local acompanhado por um conjunto de recomendações de boas práticas. Ao final das respostas, o programa emite um relatório que classifica os indicadores da qualidade da assistência em três níveis: ruim, médio e bom.

O Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção (PREVINI) tem por objetivo de fornecer informações para acompanhar o repasse e a distribuição dos insumos estratégicos de prevenção envolvendo os três níveis de governo. O Ministério da Saúde repassa às Unidades Federadas os insumos em forma de grades de distribuição estabelecida a partir de três critérios básicos: plano de necessidades pactuado; capacidade de estocagem; e fluxo e monitoramento das ações.

O Sistema de Informação Para os Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) é um sistema de informações com o objetivo de facilitar o planejamento, a gestão, a avaliação e a organização do processo de trabalho dos CTA e compor o sistema de vigilância epidemiológica do HIV, envolvendo os três níveis de governo.

VI. Financiamento e investimento de iniciativas globais de saúde e do programa vertical

O financiamento do sistema de saúde brasileiro é misto, no qual coexistem fontes de recursos públicas e privadas.⁵¹ O SUS é pautado pelo princípio igualitário e todas as ações e serviços de saúde são financiados com recursos próprios da União, Estados e Municípios decorrentes de impostos e contribuições sociais. De acordo com o *World Health Statistics* (OMS, 2008) o gasto total do Brasil está próximo a 8% do PIB o que não é considerado baixo, porém o problema é que a participação pública no financiamento é baixa para um país que possui um sistema de acesso universal e oferta atendimento integral. O gasto



público em saúde representa 44,1% do total e corresponde a 3,48% do PIB. Apesar de ser inferior a 50% do gasto total com saúde, o financiamento público se estende por todos os segmentos que compõem o SUS.


O setor de seguros e planos de saúde pauta-se por princípio de cunho liberal, o gasto privado em saúde corresponde a 55,9% do total e representa 4,42% do PIB. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares⁵² a participação na despesa de consumo monetária e não-monetária média mensal familiar, com saúde no Brasil corresponde ao quarto item de gasto (6,49% do orçamento familiar). As participações dos itens no consumo das famílias são diferenciadas dependendo do *decil* de renda. Nos primeiros décimos de renda, o mais pobres, a maior parcela do gasto é com medicamentos e nos décimos com renda mais elevada os maiores gastos familiares são com planos de saúde, medicamentos e tratamento odontológico.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o acesso universal à saúde enquanto direito de cidadania, porém ao longo da implantação do SUS, na década de 90, vários mecanismos impediram assegurar as fontes estáveis e suficientes de financiamento da saúde. A partir da Emenda Constitucional- EC29 de 2000, a participação do governo federal no financiamento do SUS ficou mais estável em valores absolutos, embora decrescente em valores relativos (Piola, 2006). A participação relativa da União reduziu de 60% para 48% entre 2000 e 2006, embora tenha mantido o valor aplicado como percentual do PIB, em decorrência dos impactos da EC 29 sobre os orçamentos estaduais e municipais, que cresceu tanto em termos absolutos como relativos.

Financiamento da resposta ao HIV/Aids no Brasil

Após a Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento, em 1994, e a de Pequim sobre as mulheres, em 1995, a epidemia de HIV/AIDS passou a ser considerada questão relevante para o desenvolvimento das nações, devido ao seu impacto econômico. Índices elevados de incidência e/ou prevalência, resultam em maior empobrecimento geral, menor poder de consumo, maior absenteísmo no trabalho, aumento dos gastos com o financiamento e a provisão dos serviços previdenciários, securitários, e de saúde. Neste momento o HIV/AIDS foi incluído na agenda das agências internacionais e considerado um dos problemas centrais para a política internacional de desenvolvimento.

No Brasil o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais expandiu suas atividades, no início dos anos 1990, a partir do primeiro acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial, entre 1994 e 1998, denominado "AIDS I", no valor de US\$ 250 milhões, sendo US\$ 160 milhões provenientes do Banco e US\$ 90 milhões de contrapartida nacional. Os objetivos principais desse empréstimo foram a redução da taxa de incidência e transmissão do HIV/Aids e das DSTs e o fortalecimento institucional. As ações estratégicas do Projeto AIDS I seriam norteadas por quatro componentes: prevenção focada em acesso à informação, testagem, diagnóstico e aconselhamento no setor público; serviços de tratamento e




assistência visando à integração das atividades de prevenção e da assistência com ênfase no aconselhamento, e serviços de baixo custo; desenvolvimento e fortalecimento institucional para capacitação e treinamento de profissionais de saúde, controle de qualidade e monitoramento de testes laboratoriais e melhoria dos laboratórios de referência estaduais e vigilância epidemiológica, pesquisa e avaliação, de estudos de custo-efetividade das intervenções feitas e do impacto sócio-econômico do HIV/Aids.

Esse acordo, renovado em 1998, e vigente no período de 1999 a 2003 como Projeto AIDS II, contou com um aporte total de recursos de US\$ 300 milhões de dólares, sendo US\$ 165 milhões do Banco Mundial e US\$ 135 milhões correspondentes à contrapartida nacional. O montante de recursos financeiros nacionais foi 50% maior em comparação com o projeto AIDS I, viabilizada pela contrapartida exigida dos governos locais – US\$ 78 milhões foram provenientes do MS, US\$ 32 milhões das Secretarias de Estado de Saúde e US\$ 25 milhões das Secretarias Municipais de Saúde. Os projetos AIDS I e o AIDS II foram importantes fontes de financiamento para as ações de prevenção. A distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais pela rede pública de saúde, no Brasil, não foi incluída no financiamento dos Projetos AIDS I e AIDS II por não constar do componente assistência e por não ser considerada uma ação custo-efetiva pelo Banco.

Em 2002, dando continuidade e expandindo as atividades dos projetos de DST/AIDS I e II, um novo contrato com duração de três anos foi estabelecido com o Banco Mundial, o AIDS III cujo valor foi de US\$ 100 milhões, com contrapartida equivalente do Ministério da Saúde. Em consonância com a política nacional de saúde, as metas enfatizaram a descentralização do financiamento e da administração de atividades do programa para Estados e municípios; o fortalecimento da administração do programa através do estabelecimento de uma capacidade eficiente de monitoramento e avaliação; introdução de inovações tecnológicas e atualização da tecnologia existente para o tratamento e prevenção e redução da discriminação e do estigma associados ao HIV/Aids.

Ainda que os aportes financeiros dos projetos do Banco Mundial tenham sido significativos, a principal fonte de financiamento da estratégia nacional de enfrentamento do HIV/AIDS são recursos regulares dos três níveis de governo, utilizando os mecanismos e fluxos próprios do SUS (detalhados no Capítulo 2). Em 2002 o Ministério da Saúde fortaleceu o financiamento das ações para combate da epidemia de HIV/Aids mediante a instituição do incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST⁵³. O repasse dos recursos adicionais é realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando os diferentes graus de autonomia e habilitação dos entes federativos no SUS⁵⁴. O modelo de "incentivo" funciona como mecanismo indutor de política, por meio da implantação de um instrumento de planejamento e programação anual - o Plano de Ações e Metas (PAM) - a ser apresentado pelos gestores e aprovado pelos conselhos de saúde.




Além desse mecanismo de pactuação foi introduzido um sistema de monitoramento⁵⁵, que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST. O sistema de monitoramento foi discutido com representantes do Conass, Conasems e grupo técnico da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Após acordo sobre as sugestões de alteração, este sistema foi homologado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O PAM, além de se constituir em mecanismo para recebimento do incentivo possibilitou a integração dos planos e metas locais à política nacional de controle da epidemia de Aids. O monitoramento dos PAMs é de responsabilidade das três instâncias governamentais e conta com um sistema alimentado eletronicamente, sendo as informações abertas à consulta pública. No monitoramento são avaliadas cinco categorias: metas do PAM, indicadores de DST, execução dos recursos financeiros, parcerias com ONG e cumprimento das ações pactuadas nas comissões intergestoras – disponibilização dos insumos estratégicos, especificamente, os medicamentos para tratamento de DST, infecções oportunistas e preservativos. No caso dos preservativos há uma pactuação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sobre as necessidades locais e o estabelecimento de uma cota para a atenção básica.

Atualmente, estão qualificados para recebimento desse Incentivo as Secretarias de Saúde dos 26 estados, DF e de 456 municípios. Esses municípios respondem a uma abrangência de 62% da população nacional e 89% dos casos de Aids registrados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Fundo Nacional de Saúde nessa modalidade é de R\$ 125,7 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões destinados às ações das SES e SMS, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 2,4 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV.

As seleções públicas para projetos das organizações da sociedade civil passaram a ser de responsabilidade exclusiva das Secretarias Estaduais de Saúde, que devem repassar 10% dos recursos transferidos para projetos das organizações da sociedade civil, obedecendo a critérios referentes às características epidemiológicas, geográficas e demográficas das diferentes localidades e levando-se em conta a factibilidade e o custo-efetividade dessas ações.

O Pacto pela Saúde propõe a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para custeio de ações coletivas, com financiamento tripartite que estimula critérios de equidade e transferências fundo a fundo, mas não pode ser desconsiderado que hoje o financiamento do SUS está pautado na tabela de procedimentos, e gera o maior sistema de informações em saúde do país. O Pacto propôs o financiamento por blocos, mantendo o bloco financeiro da atenção básica dividido em dois valores de repasse de recursos financeiros: um fixo *per capita*, e o outro variável, conforme as ações estratégicas em saúde desenvolvidas por cada município⁵⁶.




O Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos estados, Distrito Federal e municípios, são compostos pelos recursos e custeio dos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), conforme pactuação entre os gestores. Estão incluídos os procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC): transplantes, ações estratégicas emergenciais com prazo pré-definido e novos procedimentos com cobertura financeira de aproximadamente seis meses, até a devida agregação ao MAC. O tratamento da Aids é financiado dentro do limite financeiro de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (teto). Os outros recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial⁵⁷ e Hospitalar dos estados, municípios e Distrito Federal conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes, a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e a Vigilância Sanitária em Saúde. O financiamento para as ações de vigilância sanitária oferece o custeio das ações coletivas garantindo o controle de riscos sanitários, as ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços. Na Vigilância Epidemiológica recursos com repasses específicos para às finalidades de fortalecimento da gestão da vigilância em saúde em municípios e estados; campanhas de vacinação e incentivo do programa DST/Aids.

O financiamento da Assistência Farmacêutica organiza-se em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional. O componente básico consiste na assistência farmacêutica inserida na APS, sendo de responsabilidade das três instâncias gestoras do SUS. O Componente Estratégico de responsabilidade do Ministério da Saúde contempla o controle de endemias como Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Programa de DST/Aids (antirretrovirais); Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos e Insulina.

Sobre o gasto com os antirretrovirais, de acordo com informações da Diretora do Departamento, em agosto de 2008, o custo médio do tratamento com TARV, de 190 mil pacientes⁵⁸, estaria em cerca de US\$ 667 por paciente a.a para os pacientes em uso dos medicamentos de 1ª linha; para as pvha em uso da 2ª linha o custo estimado seria de US\$ 2.114 por paciente a.a.

O componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste no financiamento para aquisição e distribuição dos medicamentos para tratamento de doenças crônicas ou cujo tratamento pode perdurar por toda vida (constantes na Tabela Descritiva do SIA/SUS) sendo a responsabilidade das três instâncias de gestão do SUS conforme pactuação. A dispensação é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.



O financiamento para a Gestão destina-se a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS seus componentes são; regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação na saúde e incentivo à implementação de políticas específicas, sendo os recursos serão transferidos fundo a fundo.

No Pacto pela Saúde foram estabelecidos, em 2008, dois indicadores de monitoramento, prazos e diretrizes para pactuação: a taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade⁵⁹ e testagem para Sífilis (VDRL) em gestantes seja no momento do parto ou curetagem pós-aborto⁶⁰. O indicador “taxa de incidência em menores de cinco anos” foi pactuado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, na “Programação das ações de Vigilância em Saúde” (PAVS-2008) da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esse indicador será utilizado para monitorar os progressos do “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”.


Os projetos de assessoria jurídica de ONG que auxiliam na garantia dos direitos das pvha são financiados pelo Ministério da Saúde. Desde 2006 foram lançados três editais no valor de R\$ 3,9 milhões para seleção de projetos de assessoria jurídica em direitos humanos, doenças sexualmente transmissíveis, HIV e Aids voltados para pvha e populações vulneráveis.

A garantia de acesso em todos os níveis de atenção à saúde, aos insumos e a inclusão nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, de dados e indicadores de saúde dos adolescentes em conflito com a lei⁶¹, em regime de internação e internação provisória estão incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) Os recursos do Ministério da Saúde são repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e, ou Municipais de Saúde, de acordo com a pactuação estabelecida no âmbito de cada unidade federada.

VII. Principais resultados/benefícios obtidos por meio das iniciativas de integração

Os resultados positivos alcançados pelo Brasil são decorrentes de suas várias especificidades, dentre as quais aspectos logísticos e estratégicos que, em um país com a dimensão do Brasil, não podem ser minimizados. Vale destacar o fato de o país dispor do SUS, com uma rede de serviços e profissionais treinados em diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV/Aids, elementos fundamentais para a implantação e implementação desta política.

No campo da assistência e tratamento destacam-se o estabelecimento de serviços de diagnóstico e monitoramento laboratorial, avaliação da carga viral, contagem diferencial



de subpopulações de linfócitos, caracterização e isolamento viral, e, recentemente, monitoramento da resistência aos antirretrovirais, ações e técnicas essenciais para a utilização e adesão à TARV.


A descentralização das ações em DST, HIV/Aids teve seu ponto forte na implantação da “Política de Incentivo”, mecanismo indutor de política mediante repasse automático “Fundo a Fundo”, para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde garantindo a sustentabilidade do combate à epidemia dentro dos princípios do SUS.

Este processo ainda em curso tem oportunizado crescimento do número de serviços assistenciais e facilitação do acesso aos mesmos; aumento na aquisição e disponibilização de insumos estratégicos de prevenção; incremento de algumas ações em DST/HIV nas equipes de Saúde da Família; ampliação da contrapartida dos recursos pelos governos municipais para compra de medicamentos para infecções oportunistas e DST, pactuadas na CIB; e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST, capacitação dentre outros.

A qualificação de estados e municípios na Política de Incentivo auxiliou a avançar na interrelação do Departamento de DST/Aids do Ministério da Saúde com as instâncias de pactuação (Comissões Intergestores), tendo como base o planejamento e o estabelecimento de metas aprovadas pelos Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde. No entanto, as ações variam conforme determinações políticas, sociais e culturais locais dos gestores, e da capacidade de representação dos grupos sociais mais afetados nestas instâncias participativas. O fato de os recursos serem transferidos para os entes subnacionais deslocou a disputa do financiamento para estas arenas políticas regionais, pois, o instrumento de alocação o Plano de Ações e Metas (PAM) é pactuado e aprovado nas Comissões Intergestoras. Por outro lado, isto aumentou o poder de decisão dos governos estaduais e municipais acerca de quais projetos devem ser financiados e onde os recursos serão alocados. As organizações sociais e ONG, que antes pleiteavam recursos na esfera federal passaram a disputar seus projetos no âmbito de Estados e municípios.

No campo da produção de informação para o controle da epidemia percebe-se avanços no implantação de novos sistemas e no uso integrado, desde 2004, do Sistema Nacional de Informações em Saúde do SUS com os de informações em saúde gerenciados pelo Departamento por meio de técnica de relacionamento probabilístico⁶².

Além de os bancos de dados desses sistemas produzirem subsídios para entender o comportamento da epidemia, funcionam como mecanismos para avaliar e planejar as ações de prevenção, assistência e tratamento. No campo da gestão colaboram na avaliação, planejamento, monitoramento e controle das políticas.



A Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos (PCAP) realizada pelo MS, em 2008, constatou que 96% dos brasileiros citaram o preservativo como o método mais seguro para a prevenção da infecção pelo HIV⁶³. Os preservativos começaram a ser distribuídos pelo MS, em 1994, por meio do SUS desde então foram distribuídos cerca de 1,5 bilhão de preservativos. A disponibilização deste insumo de prevenção é realizada predominantemente nas unidades básicas de saúde, nos Centros de Testagem e aconselhamento, campanhas específicas (1º de dezembro e carnaval), nas ONG, ações comunitárias de prevenção e instituições de ensino.


Em 2004, 58% das pessoas afirmaram haver acessado preservativos no SUS, em 2008, de acordo com a PCAP, cerca de 94% retiraram este insumo em uma unidade de saúde.

A primeira “Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos” (PCAP) foi realizada em 2004. Os resultados comparados entre 2004 e 2008, permitem constatar que o conhecimento sobre o uso do preservativo se manteve alto, porém, há tendência de queda no uso do preservativo nos últimos quatro anos; houve aumento na quantidade das relações casuais – em 2008, 21% dos homens que viviam com companheiros (as) tiveram relações casuais, desses, 63% não adotaram o preservativo em todas as relações com esses parceiros casuais (57% entre homens e 75% entre mulheres).

O crescimento de casos de Aids entre mulheres teve como consequência o aumento da transmissão vertical pelo HIV e da sífilis congênita. Para enfrentar esta questão o MS instituiu o Projeto Nascer-Maternidades desenvolvido observando-se as diretrizes do PHPN de forma articulada pelo MS, pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde e pelas maternidades integrantes do SUS. Estas medidas associadas à vigilância epidemiológica da gestante HIV+; uso de ARV a partir da 14ª semana de gestação e durante o trabalho de parto; realização de cesariana em gestante HIV+ com carga viral alta ou desconhecida; intensificação (2004) e repasse de recursos financeiros federais (incentivo) ao teste rápido (2007); uso de inibidor de lactação para a mãe; substituição do aleitamento materno por leite humano pasteurizado ou artificial e fornecimento da fórmula infantil até os seis meses de idade, fizeram com que a taxa de transmissão vertical do HIV⁶⁴ venha diminuindo gradativamente, porém com variação regional.

A inserção dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) nas unidades de saúde reflete as diretrizes do MS de ampliar a oferta do teste anti-HIV na rede pública de saúde fato que, se reflete na origem da clientela atendida nestes centros, 92,8% são demanda espontânea. Em tese isto facilita a articulação dos CTA com os demais níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Existem no Brasil 2,33 CTA para cada um milhão de habitantes. Os municípios com este serviço respondem por 48,9% da população brasileira de 13 anos ou mais e 69,2% dos



casos de Aids, representando a boa cobertura desses serviços. Porém as taxas de cobertura da rede de CTA são heterogêneas entre as regiões, sendo as regiões Nordeste e Sul apresentam os piores índices, tanto no que se refere à população quanto aos casos de Aids, no extremo está a região Centro-Oeste, que apresenta a melhor cobertura populacional (58,6%).


A implantação dos CTA ocorreu, predominantemente, em municípios que apresentam taxas de incidência média e alta (86,1%) e 70,8% dos CTA estão localizados em cidades com incidência superior à média observada para o País em 2005, de 18,2 casos de Aids por 100 mil habitantes. Conseqüentemente, a taxa de incidência de Aids nas cidades com CTA é 1,4 vezes maior do que nas localidades sem a presença do serviço.

No entanto, uma parcela representativa dos municípios prioritários para o controle da Aids e aqueles classificados com alta prevalência não possuem CTA. Isto pode ser determinado pela fragilidade da rede de saúde local. Em pesquisa realizada pelo MS em 2008, nota-se, por exemplo, que nestas localidades os indicadores de cobertura do Programa de Saúde da Família são piores.

Desde 2004 até 2008 o Ministério da Saúde financiou mais de 200 projetos de estudo relacionados à Aids e outras DST, investindo R\$ 48 milhões.

Os projetos de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico são apoiados no âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, por meio da Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. A modalidade utilizada é denominada “Chamada para Seleção de Pesquisa” e se caracteriza pela transparência e eficiência, estimula a competição. O processo de seleção é público e os critérios de seleção se baseiam no conhecimento científico, observa os princípios constitucionais da isonomia, legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, e probidade administrativa. As pesquisas abrangem estudos comportamentais, antropológicos, sociais, econômicos, clínicos, clinico-epidemiológicos, tecnológicos, avaliativos, além de revisão bibliográfica e regulatória (propriedade intelectual, ética e vigilância sanitária), bioinformática, gestão de bancos de dados, criopreservação, modelagem matemática, capacitação e formação em pesquisa e desenvolvimento tecnológico e apoio à estruturação de redes nacionais para desenvolvimento tecnológico de vacinas e microbicidas, a elaboração de plano estratégico para desenvolvimento de fármacos e medicamentos e de testes diagnósticos e de acompanhamento clínico.

Com a Terapia Antirretroviral (TARV), estima-se que mais de 1,3 milhão de internações foram evitadas e medidas foram adotadas para garantir a sustentabilidade da política de acesso universal à TARV: o licenciamento compulsório do Efavirenz reduziu em US\$ 30 milhões o custo de aquisição desse medicamento utilizado por 38% das pvha; a negociação de abatimento de 30% no custo do medicamento Kaletra; a produção pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos)/Fiocruz de oito dos 17



medicamentos que compõem o coquetel contra o HIV. Em 2008, Farmanguinhos deu início ao processo de registro do antirretroviral Efavirenz na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). É a etapa final para que o medicamento seja fabricado no Brasil. O Efavirenz será produzido por um consórcio entre a Fiocruz e três laboratórios privados.


Também foi protocolado na ANVISA o pedido de registro do medicamento Lamivudina + Zidovudina (30 + 60 mg comprimidos), um antirretroviral utilizado por mais de sete mil crianças (entre 0 e 13 anos) portadoras de HIV ou Aids. Essa combinação facilitará o tratamento, pois atualmente elas recebem os comprimidos para adultos o que pode ocasionar variação de dosagem, má absorção pelo organismo e consequente prejuízo na adesão. Além disso, Farmanguinhos concluiu com êxito a formulação da pílula “três em um”, uma combinação de Lamivudina, Zidovudina e Nevirapina e realiza os testes de bioequivalência para verificação da ação da dose fixa combinada desse medicamento. Além da versão para adultos, Farmanguinhos iniciou os estudos para o desenvolvimento de uma versão infantil da pílula “três em um”.

Estabelecido em 2005, a Cooperação Técnica em HIV e Aids (CICT/AIDS) é conhecida enquanto esforço de cooperação sul-sul. É sediada pelo Departamento Nacional de DST/Aids e agrega inúmeros atores que oferecem apoio técnico a países em desenvolvimento, como as agências do Sistema das Nações Unidas e de cooperação bilateral, que vêm no Centro uma ferramenta para potencializar a cooperação técnica horizontal. Por isso os projetos elaborados pelo CICT em conjunto com os países e/ou organizações parceiras estão em concordância com os princípios dos “Três Uns”: Um plano nacional integrado; Uma autoridade nacional em Aids coordenadora e multisetorial e Um sistema nacional de monitoramento e avaliação.

A cooperação técnica internacional do CICT conta com uma rede de instituições governamentais e não-governamentais, do Brasil e de outros países em desenvolvimento, composta por 74 instituições, sendo oito estrangeiras com reconhecida experiência na luta contra a Aids, regional e globalmente⁶⁵.

O CICT promove cinco principais atividades de cooperação: projetos de cooperação técnica; assistência técnica; estágios; visitas de estudo e Projetos especiais. Inclui projetos com a Pastoral Brasileira da Aids, com o Comitê de Prevenção e Controle do HIV/Aids das Forças Armadas e Polícia Nacional da América Latina e Caribe (COPRECO), e com o Programa de Cooperação Bilateral Brasil-França em HIV/Aids. Desde o início de suas atividades, o CICT já desenvolveu projetos de cooperação em 17 países, além de oito projetos regionais e 11 missões de visitas ao Brasil, 21 eventos e cinco estágios de intercâmbio de ações.

Os objetivos desta rede são promover o acesso universal à prevenção e ao tratamento, enfrentar o avanço da epidemia em mulheres, combater o estigma e a discriminação às pvha e fortalecer a sociedade civil na formação de redes de ONG e de pvha, realizar



eventos técnico-científicos, cursos, estágios, missões de observação, diversificar e ampliar o intercâmbio entre os países.

Outras redes possuem estreita relação com a CICT: a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a Rede Internacional de Cooperação Tecnológica (RCIT) e o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH)


Dentre os benefícios obtidos por meio da cooperação internacional destaca-se o financiamento pelo Brasil da construção de uma fábrica de antirretrovirais em Moçambique, na África, com tecnologia da Fiocruz; a instalação de escritório regional da Fiocruz em Moçambique, de modo a incrementar os acordos de cooperação com os países que integram a CPLP. Este acordo dará suporte ao trabalho de desenvolvimento na fábrica de antirretrovirais de Moçambique, além de ser um importante pólo de formação de pessoal na área de saúde. Também foi celebrado acordo de cooperação com o Uruguai para a garantia do acesso da população de fronteira aos serviços de saúde de média e alta complexidade nos dois países. O MS estima que cerca de 500 mil pessoas sejam beneficiadas diretamente.

VIII. Principais lições aprendidas

Os principais avanços do SUS desde sua implantação podem ser observados na melhoria dos indicadores de saúde e no incremento nas ações de prevenção e o controle de doenças: DST/HIV; Prevenção e controle de Doenças e Agravos Não-transmissíveis; Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer; programas vacinais; Assistência integral e gratuita, (incluindo pacientes com HIV, sintomáticos ou não, renais crônicos e câncer); Hemocentros; centros de pesquisa; prevenção e controle de doenças e agravos; assistência farmacêutica; vigilância sanitária; comunicação e educação em saúde; incremento e implantação de do Sistema de Informações em Saúde.

O SUS certamente contribuiu para a elevação da expectativa de vida, na redução da mortalidade infantil sinais, sintomas e estados mórbidos mal definidos. Nestes vinte anos do SUS é inegável a ampliação do acesso da população e das ações e serviços de saúde oferecidos, a implantação do Programa de Saúde Bucal, por exemplo; a mudança das práticas de atenção, como exemplo, a realização da Reforma Psiquiátrica; a expansão do Programas de ACS e ESF resultado da ampliação da APS; consistem em experiências exitosas no modelo de gestão em alguns estados e municípios e resultam em melhoria dos indicadores de saúde.

O processo de descentralização, ao mesmo tempo em que facilitou a implementação de ações em âmbito local, encontrou dificuldades de natureza operacional, decorrente das fragilidades gerencial e administrativa local, principalmente nos municípios menores e a debilidade organizacional e jurídico-administrativas de algumas ONG e OSC.




Outra questão a ser considerada em um país onde os municípios são caracterizados por alto nível de desigualdade e de capacidade de geração de receitas próprias, particularmente nos municípios pequenos – quase 4000 possuem cerca de 50 mil habitantes – é que os incentivos federais (principalmente) e os estaduais cumprem papel fundamental na busca da equidade do gasto em saúde.

No campo da produção de informações para o controle da epidemia apesar dos avanços enumerados das bases de dados nacionais persistem duas lacunas de correntes de um único problema: o sistema capta informações apenas das pessoas portadoras de Aids e não pode informar quantas são as pessoas soropositivas para o HIV e quais destas são mais vulneráveis. Outro problema ainda não superado no país é a subnotificação e o preenchimento incorreto das fichas de notificação.

Até setembro de 2009, segundo o DN-DST Aids/MS, 195 mil pessoas encontram-se em uso de TARV. A despeito do custo da disponibilização universal e gratuita da TARV o Ministério da Saúde trabalha com a lógica de que a incorporação de medicamentos deve atender ao interesse dos pacientes e não da indústria farmacêutica.

Esta ação técnica e política possibilitou o aumento no tempo de sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids (pvha). Segundo Marins et al. (2001) Chequer (1992) realizou o primeiro estudo da sobrevivência dos pacientes com Aids maiores de 12 anos, entre 1982 e 1989. Nesse período a sobrevivência era de cinco meses após o diagnóstico da primeira infecção oportunistas. Marins et al. (2001) confirmam que o tempo de sobrevivência aumentou a partir da introdução da TARV, independente dos indicadores sociodemográficos e categorias de exposição dos pacientes. Estudo realizado por Pio Marins (2004) afirma que o acesso à TARV determinou uma queda na taxa de mortalidade por Aids em 49% e uma diminuição nas admissões hospitalares em 7,5 vezes, entre os anos de 1997 a 2001, em decorrência da diminuição de doenças oportunistas. Hoje o Brasil disponibiliza 20 diferentes medicamentos anti-aids dentre os quais nove são produzidos em território nacional.

Dourado et al (2006) estudaram a evolução epidemiológica temporal da Aids utilizando as bases de dados do MS de 1990 a 2003. Esses autores concluíram que as mudanças observadas no perfil de morbimortalidade da epidemia de Aids no país poderiam ser explicadas pelo amplo acesso à terapia antirretroviral. Porém, o acesso à TARV, cujo impacto sobre a mortalidade é inquestionável, não é suficiente para explicar a desaceleração do crescimento da epidemia. Para entender esse processo devem ser considerados: o conjunto representado por medidas e campanhas de prevenção; implantação de novos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e do teste rápido para diagnóstico sorológico do HIV; disseminação do conhecimento da população sobre o HIV/Aids; grau de escolaridade e outros fatores socioeconômicos.




Observa-se que a política de HIV/AIDS no Brasil se caracteriza pela tentativa de integrar a prevenção e a assistência, porém, a divisão ou diferenciação tradicional entre estas duas áreas ainda permanece. Ofertar políticas combinadas de prevenção, assistência e tratamento para o enfrentamento da epidemia é mais vantajoso do que assumir os efeitos da perda de capital humano e social. (OMS, 2004). Isto cria tendências de fragmentação, a exemplo de outros programas verticais que dentro do próprio MS não se comunicam e que, por sua vez, refletem na fragmentação do atendimento no Programa e no SUS. Exemplos disto podem ser observados nas ações de prevenção na Atenção Primária em Saúde – no PSF/ESF e nas Unidades Básicas de Saúde e na ausência de relacionamento destes com os SAE.

A Prevenção Positiva é tomada enquanto prioridade estratégica para viabilizar a realização de ações integradas de prevenção, assistência e promoção dos direitos humanos, visando atender as necessidades das pvha e reduzir suas vulnerabilidades. No entanto, as necessidades globais do paciente não são vistas, na maioria das vezes o profissional desconhece os serviços assistenciais disponíveis, fazendo com que as pvha tenham dificuldades em obter informação, acessar serviços e programas de suporte social, alimentação, educação ou trabalho. Além de desfavorecer o acesso, isto enfraquece o poder de autonomia dos sujeitos e a integração das políticas públicas, particularmente no campo da seguridade social.

Enquanto estratégia que preconiza o envolvimento efetivo das pvha na construção de respostas integradas de prevenção e assistência, o conceito sobre o que vem a ser prevenção positiva não está consolidado e é polissêmico, dificultando sua inserção nos programas de prevenção existentes.

Percebe-se que dentre as possibilidades de enfrentamento da desigualdade e da exclusão associada ao HIV/Aids estão as normalizações jurídicas e políticas visando à garantia dos direitos sociais e ao delimitamento de programas específicos de atenuação de vulnerabilidades. Na verdade, muitos programas e legislações foram e continuam sendo criados justamente para este fim, como por exemplo, programas de prevenção para populações específicas, políticas de combate ao preconceito e discriminação; parcerias intersetoriais e interministeriais.

Embora a concepção ampliada de saúde oriente e defina tanto demanda como resposta desta política setorial, ela não é suficiente para resolver questões de saúde e doença quando associadas às vulnerabilidades de toda sorte – carência, pobreza, discriminação, desemprego, ausência de vínculo afetivo e social, preconceito ou exclusão, entre outros. Com relação à qualidade da assistência prestada nos serviços, pesquisa realizada em 2008 pelo MS/DN-DST/Aids denominada Qualiaids abrangeu cerca de 80% dos serviços do país e constatou ausência de suporte aos profissionais em 65,9% dos serviços e a pouca participação e articulação com a sociedade civil em suas ações. Dentre as dificuldades gerenciais constatadas neste estudo destaca-se: encaminhamento para especialidades




(58%), contratação de recursos humanos (50%), obtenção de vagas para internação (44,6%), aquisição de materiais de consumo ou permanentes (36%) e de medicações contra infecções oportunistas (32,1%). Sobre esta última dificuldade gerencial observa-se que embora as pvha tenham o acesso garantido em todo o país da terapia de alta potência (TARV) e exista o repasse de recursos financeiros mediante a política de incentivo, a maioria encontra dificuldade de acesso de medicações de baixo custo, como por exemplo, a sulfadiazina, medicamentos para tratamento de DST ou infecções oportunistas.

Sobre o acesso ao serviço de saúde se pode inferir que, dada a conformação e evolução da política nacional de HIV/Aids, depois do acesso à primeira consulta a continuidade do cuidado é mais fácil para quem se infecta pelo HIV, ou desenvolve Aids, do que para uma pessoa com outra doença crônica. Porém, estudos apontam que as pvha ao necessitarem de serviços que não fazem parte do programa específico e são ofertados pelo SUS não há garantia de assistência. Um exemplo concreto seria a cirurgia de lipodistrofia que embora seja um direito garantido, ainda não é de fácil acesso, pois os hospitais ainda estão se credenciando, adaptando e os profissionais sendo treinados para realizar este procedimento. Outro entrave frequentemente assinalado é a dificuldade de acesso e cuidado às pvha quando estas necessitam de atendimento nos serviços de urgência, particularmente, quando há necessidade de cuidado hospitalar.

As críticas formuladas à política brasileira de fornecimento dos antirretrovirais podem ser resumidas a três argumentos, analisados a seguir. Em primeiro lugar, haveria uma desvantagem na relação custo/ benefício ao se considerar o tratamento com ARV /TARV versus o investimento em ações preventivas. Em segundo lugar, haveria uma inquietação sobre “quem” arcaria com o custo do tratamento. Em terceiro lugar duvidava-se da capacidade das pvha aderirem ao tratamento. Sobre este último argumento o estudo multicêntrico denominado “Qualiaids”⁶⁶, (2004) encontrou prevalência de adesão em 69% dos casos estudados. A falha na adesão nunca é desejável, mas é pequena se considerada a extensão territorial, alta diversidade socioeconômica, cultural e demográfica do país. Esse mesmo estudo afirma que os achados sobre a adesão à TARV se assemelham aos resultados encontrados nos países desenvolvidos. Cabe destacar a complexidade dos esquemas terapêuticos, considerando que se trata de pessoas com poucos anos de estudo e a dificuldade e o desconforto físico e psicológico de ingerir medicamentos todos os dias e em horários corretos; conjugar a alimentação, o sono as atividades diárias com esta medicação; a necessidade de realizar exames com frequência; os efeitos colaterais e todas as possíveis falhas no acompanhamento realizado pelo profissional e pelo serviço de saúde.

O emprego de novas tecnologias no acompanhamento e tratamento da infecção pelo HIV aumentou a expectativa e melhorou a qualidade de vida das pessoas, renovando os desafios da promoção da integralidade, tais como: reinserção social, incluindo o mercado



de trabalho e o sistema educacional; promoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e atividade física.

A estratégia brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids, hoje amadurecida, é reconhecida como a melhor resposta pública à epidemia no mundo e recebe apoio de diversos países, entidades e organismos internacionais. Pesquisas afirmam que a política brasileira apresenta, desde sua implantação, relação custo e benefício vantajosa e diminuiu a desigualdade entre os pobres e os ricos com Aids, denunciada por Herbert de Souza em 1993⁶⁷. A partir de 1996, outros fatores foram decisivos para viabilizar essa política. O Estado incentivou a produção nacional dos medicamentos (ainda que com princípio ativo importado) e instituiu os medicamentos genéricos.

Assim, não por acaso, o Brasil se tornou doador de tecnologia e tampouco é casual que a maior parte dos países do mundo procure estratégias para se aproximar do que é aqui oferecido e do que se conquistou, por meio da parceria estabelecida entre a sociedade e o Estado. Independente dos interesses diversos, crenças infundadas e barreiras econômicas impostas pelas indústrias farmacêuticas transnacionais, pelo alto custo do tratamento, existe no país intensa mobilização social, compromisso com a universalidade e com os direitos constitucionais dos cidadãos.

O sentimento de urgência dado pela precariedade da vida com HIV/Aids imprimiu um desafio permanente e de longo prazo para a sociedade e para o governo. Ambos trabalham juntos para melhorar as respostas em múltiplos níveis, repensar e avaliar não só o programa, mas também suas ações e desdobramentos. Grupos, comissões, seminários, câmaras técnicas, simpósios, congressos, pesquisas se unem e somam esforços para reduzir os obstáculos estruturais, programáticos, culturais, éticos, políticos e religiosos da prevenção, da assistência e do tratamento em HIV/Aids.

Bibliografia:

Abrucio, FL Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, 2007.

Almeida, PF; Giovanella, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008.

Andrade, LOM; Barreto, ICH e cols. SUS Passo a Passo: história, regulação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007.

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Prevenção positiva: estado da arte. Orgs. Raxach, JC et al. Rio de Janeiro: ABIA, 2009. (Coleção ABIA. Políticas públicas; 8).

Bahia, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 753-762.

Baptista, TWF, Machado, CV, Lima, LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 829-839.

Brasil, Ministério da Saúde. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília. Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde; 1993

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. AMS 2002.

Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS. A Cooperação Sul-Sul no Contexto da Epidemia de Aids: três anos do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Sistema de informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids SI-CTA: manual de utilização / Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV e Aids. Prevenção e trabalho: manual de implantação e implementação de programas e projetos de prevenção ao HIV e AIDS no local de trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV e Aids. – 1. ed., 1.ª reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil : análises, desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano V - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Qualiaids: avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids - Relatório 2007/ 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. Relatório de avaliação Plano Plurianual 2008-2011: avaliação da dimensão estratégica: exercício 2009 - ano base 2008 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. – Brasília: Ministério do Planejamento, 2009.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Assessoria Especial de Combate à Discriminação. Programa Brasil, Gênero e Raça. Ministério do Trabalho e Emprego/Assessoria Especial de Combate à Discriminação. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2006.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Promoção de Igualdade de Oportunidades e de Combate à Discriminação no Trabalho. Ministério do Trabalho e Emprego/Assessoria Especial de Combate à Discriminação. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2006

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

Bravo, MIS; Rocha, F; Maksud, I; Kamel, L. Políticas Públicas de DST/AIDS e Controle Social no Estado do Rio de Janeiro: Capacitando Lideranças e Promovendo a Sustentabilidade das respostas frente à AIDS (Coleção ABIA. Políticas Públicas n. 5). Rio de Janeiro: ABIA, 2006

Bridging the Gap: the Use of Research Evidence in Policy Development. HTA Initiative. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2005

Camargo JR, K. R. ; Chequer, P . Aids Vinte Anos: esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Ministério da Saúde, 2005 (Artigo online). Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/pages/lumisbd1b398ditemidcf21498585db4d9f8f812b75b92305daptbrie.htm>>. Acesso em Set. 2009.

Campos, LCM. ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. Rev. adm. empres. [online]. 2008, vol.48, n.3, pp. 81-93.

Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A aids no Brasil. In: Rouquayrol E, Almeida N (eds) Epidemiologia & Saúde. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, p.271-284, 1999.

Castilho EA, Chequer P. A epidemia da aids no Brasil. In: A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências. Coordenação Nacional de DST e Aids, Brasília, Ministério da Saúde, p.9-12, 1997.

Chequer P, Hearst N, Hudes ES et al Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. AIDS 1992; 6:483-487.

Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, Brasil, XIII, 2000.

Costa, AM, Lionço, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. Saúde soc. [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 47-55.

Dourado, I., Veras, M. A. de S. M., Barreira, D. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Revista de Saúde Pública, abr. 2006, vol.40 supl, p.9-17.

Escorel, S História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 A 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. in: Giovanella, L. et al (orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Faveret, ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva. 2003, vol.8, n.2, pp. 371-378.

Fleury, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752.

Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald, CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública 16: 77-87, 2000.

Fonseca, EM et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.9, pp. 2134-2144.

França-Júnior, I; Doring, M; Stella, IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? Rev. Saúde Pública [online]. 2006, vol.40, suppl., pp. 23-30.

Galvão, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? Cadernos de Saúde Pública, Fev 2002, vol.18, nº1, p.213-219.

Galvão, J. AIDS no Brasil: a Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo, ed. 34, 2000. 255 p.

Gerschman, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.6, pp. 1670-1681.

Giovanella, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794.

Giovanella, L; Mendonça, MHM. Atenção Primária à Saúde. in: Giovanella, L. et al (orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Holst, J. (org.). Proteção social universal e resposta integral ao HIV/Aids: atuais desafios e perspectivas dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe. Deutsche:Technische Zusammenarbeit, 2005.63 p.

Levcovitz, E. et al Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001.

Luz, MT. 1991. Notas sobre a Política de Saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. Physis. Rio de Janeiro. IMS/UERJ Relume-Dumará, nº1, p.77-96.

Magalhães, R., Bodstein, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 861-868.

Malta, M. Bastos, FI. Aids: prevenção e assistência In: Giovanella, L et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.1057-1087.

Margaret, M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review, Research Report. Canadian Policy Research Networks Inc. 2008

Marins, J.R.P. et al. Relatório de Pesquisa Sobre a sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional In: Boletim Epidemiológico Aids out. 2001/Mar.2002. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B3C849B6E-AF5E-48DE-9DC1-2AC2DBED6873%7D/bol_marco_2002.pdf>. Acesso em Set. de 2009.

Marques, RM; Mendes, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. São Paulo Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 3, Sep. 2004 .

Marques, RM; Mendes, A. O social no governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. Rev. Econ. Polit., Mar. 2006, São Paulo, v. 26, n. 1(101) p.58-74

Matida AH, Camacho LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):37-47, jan-fev, 2004.

Mendes, EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

Moreira, MR; Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806.

Nemes, M. I. B. et al . Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 sup. 2: s310-s321,2004.

Nemes, M. I. B.; Carvalho, H.B.; SOUZA, M. F. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. AIDS. 18 Supplement 3:S15-S20, June .2004b.

Noronha, JC. ; Lima, LD.; Machado, CV. O Sistema Único de Saúde in: Giovanela, L et. al (orgs) Sistemas e Políticas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

Organização Internacional do Trabalho. Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego: guia para o leitor / Organização Internacional do Trabalho. – Brasília : OIT, 2005.

Organização Mundial de Saúde (OMS) Informe sobre la salud en el mundo 2004 – cambiemos el rumbo de la historia - OMS – Ginebra – Suíza, 2004.

Organização Pan-Americana da Saúde. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento / Viana, SM [et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.: il.Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. — Brasília. 2003. xx p.: il.

Organização Pan-Americana da Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança Washington, D.C.: OPAS, 2008

Organización Panamericana de la Salud (OPS).Organización Mundial de la Salud (OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/HP) Oficina de la Subdirección SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS. OMS, Washington DC, 2008

Organização Pan-Americana da Saúde. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Bisoto, G, Silva, PLB, Dain, S (orgs.). - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 400 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 13).

Paiva VSF. et al. Capacitando para avaliar projetos Rev. Saúde Pública 2002, 36(4 Supl):4-11

Pan American Health Organization (PAHO) / World Health Organization (WHO) (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol.I). Washington, D.C.: Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization (WHO).

Parker R. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política. ABIA, Rio de Janeiro, Editora 34, São Paulo, 2000.

Parker, R. Galvão, J.; Bessa, M. S. (orgs.) Saúde Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil . Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 395p. 1999.

Peter D. O'Neill y Uma Ram Nath. Hacerlo Realidad: cómo pueden los decisores utilizar la investigación sobre políticas y sistemas para fortalecer los sistemas de salud Global Forum for Health Research (Foro mundial para la investigación en salud), 2005

Pinheiro, MC; Westphal, MF; Akerman, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad. Saúde Pública [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 449-458.

Pio-Marins R et al . Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional. in: Boletim Epidemiológico - AIDS - Ano XV nº 01 Disponível em http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B3C849B6E-AF5E-48DE-9DC1-2AC2DBED6873%7D/bol_marco_2002.pdf> Acesso em Set.2009.

Pio-Marins R. Estudo de sobrevida dos pacientes com Aids segundo escolaridade e co-infecção por Hepatite C e Tuberculose. Coorte Brasileira de 1995-96. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, áreas de concentração em Saúde Coletiva, 2004.

Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

PÓ, MV, Abrucio, FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Rev. Adm. Pública, Ago 2006, vol.40, nº.4, p.679-698.

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 2, n. 1, Apr. 2002.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Ribeiro, JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 771-782.

Rodrigues, CS ; Guimarães, MDC ; Comini. CC . Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. Rev. de Saúde Pública / Journal of Public Health, v. 42, p. 851-858, 2008.

Rodrigues, CS ; Guimarães, MDC ; Congenita, GNESS. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista PanAmericana de Saúde Pública, v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004.

Santos, IS; Ugá, MAD; Porto, SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva, vol. 13, no. 5, 2008.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública 2008, vol.42, n.4, pp. 768-772.

Silva, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. Epidemiol. Serv. Saúde, [S.l.], v. 14, p. 97-104, 2005.

Souza, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polit.* 2005, n.24, pp. 105-121

Souza, H. Direitos humanos e AIDS. Reprodução da Palestra proferida por Herbert de Souza, em 22 de outubro de 1987, na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo In: ABIA -Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS Informe ABIA de 09 de agosto de 2002. Disponível em <<http://www.abiaids.org.br>>. Acesso em 22 mai. 2007.

Souza, MF, Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335.

Souza, RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo in: Pierantoni, C.R. ; Vianna, CMM. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003

Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT, Castilho EA. Aids: o mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: *A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências*. Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, Brasília, p. 27-44, 1997.

Teixeira, P., Vitória, M.; Barcarolo, J. The Brazilian Experience in Proving Universal Access to Antiretroviral Therapy. In: ANRS - Agence Nationale de Recherches sur le Sida. *Collection Sciences Sociales et Sida Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges ANRS*, Paris, 2003.

Temporão, JG. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1322-1323

Terto JR, V. et al. Assistência e prevenção a epidemia de AIDS no SUS. Rio de Janeiro, ABIA, 2004. 82 p.

Viana ALd'Á, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

Viana ALd'Á; Elias, PEM.. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1765-1777.

Viana, ALd'Á, Machado, CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*. 2008, vol.18, n.4, pp. 645-684.

Viana, ALd'Á; Fausto, MCR. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência in: VIANA, ALD, ELIAS P, IBANEZ, N. *Proteção Social. Dilemas e Desafios*. São Paulo: HUCITEC; 2005

Vitória, MAA. A experiência do Brasil no fornecimento e no acesso universal às drogas anti-retrovirais in: Parker R, et al (Org.). *Anais. In: Seminário "Pesquisa em DST/Aids: Determinantes Sócio-Demográficos e Cenários Futuros"*, 2001, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. 58 p. (Projeto "Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à AIDS").

World Bank (1997) "Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic" Disponível em <<http://www.worldbank.org/aidscon/confront/confrontfull/chapter3.html>>. Acesso em Set. 2009.

World Health Organization (WHO) Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives (GHIs). WHO 2008

World Health Organization (WHO) The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever – WHO - 2 Geneva Switzerland, 2008
World Health Organization (WHO) World Health Statistics WHO 2008

Internet sites:

Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids – CICT. Disponível em <<http://www.cict-aids.org/>> Acesso em Set. de 2009.

Conselho Empresarial Nacional. Disponível em <<http://www.cen aids.com.br/>>. Acesso em Set. 2009.

Conselho Nacional de Saúde – CNS. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em Set. 2009.

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS. Disponível em <<http://www.conass.org.br/>>. Acesso em Set. de 2009.

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.
Departamento da Atenção Básica Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php>. Acesso em Set. 2009.

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores Demográficos e Sócio-Econômicos. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em Ago. 2009.

Departamento Nacional de DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em Set. 2009.

Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=347> Acesso em Set. de 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em Ago. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Industrial Mensal de Emprego e Salário (PIMES) JULHO 2009. <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em Ago. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/2008) Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em Set. 2009

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/>>. Acesso em Ago. 2009.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO Disponível em <<http://www.estadao.com.br>>. Acesso em 27 mai. 2007.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania - Informações Bolsa Família. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizviewbr.asp>>. Acesso em Set. de 2009.

MONITORAIDS. Disponível em <http://157.86.8.37/frames.htm> > Acesso em Set. 2009.

Política de Incentivo. Disponível em <http://www.aids.gov.br/incentivo/> Acesso em Set. 2009.

Notas

¹ De fato, são 5 564 municípios. As outras duas unidades referem-se ao distrito de Fernando de Noronha, subordinado ao Estado de Pernambuco; e Brasília, o Distrito Federal.

² Fonte: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

³ Lei Ordinária nº 8080 de 20 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 20/9/90 e Lei Ordinária nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 publicada no Diário Oficial da União de 31/12/1990

⁴ Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

⁵ Fonte: síntese de indicadores sociais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE)

⁶ Fonte Anexo 1 do Pacto pela Saúde da Portaria Gabinete do Ministro do Estado da Saúde Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

⁷ Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria Executiva - Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).

⁸ De acordo com Moreira e Scorel (2009) das 27.669 entidades que representam os usuários do SUS são associações de moradores (25%), grupos religiosos (21%) e entidades de trabalhadores na qual predominam os sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias (20%). As demais entidades representativas contemplam as de aspectos referentes a gênero, etnia e faixa etária (7%); os portadores de deficiência e patologias (5%); instituições filantrópicas (4%); a educação, esporte e cultura (4%); o patronato (4%); o poder público (3%) e usuários de serviços não especificados (2%). Há, ainda, representantes de entidades diversificadas e pouco citadas (5%).

⁹ O CONASS é um órgão cuja diretoria é eleita em assembleias anuais, congrega os secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

¹⁰ O CONASEMS é uma entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde.

¹¹ O COSEMS é órgão de representação regional do conjunto dos secretários municipais de saúde.

¹² Portaria Nº 2.203, de 05/11/1996 do Ministério da Saúde.

¹³ No Brasil o termo utilizado é Atenção Básica.

¹⁴ O repasse Fundo a Fundo é a transferência (regular e automática) de valores para os Estados e municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS. As transferências Fundo a Fundo são condicionadas às condições de gestão do beneficiário, estabelecidas na NOB 01/96 e NOAS 01/2001. Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para a Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de Média e Alta Complexidade.

¹⁵ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 95 de 26 de janeiro de 2001 - Normas Gerais do SUS - Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS publicada no Diário Oficial da União de 29 de Janeiro de 2001.

¹⁶ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 28 de fevereiro de 2002.

¹⁷ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 22 de fevereiro de 2008.

¹⁸ A Emenda Constitucional (EC 29/2000) aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000 define um patamar mínimo das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde. Os percentuais previstos para estados e municípios deverão ser, respectivamente, de 12% e 15% e a participação da União será corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (Faveret, 2003).

¹⁹ Fonte: Ministério da saúde. Departamento da Atenção Básica.

²⁰ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada no Diário Oficial da União de 04 de Março de 2008.

²¹ O NASF existe em duas modalidades, o NASF 1 composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) e vinculado de oito a 20 PSF. O NASF 2 composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo à três Equipes Saúde da Família, sendo vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

²² A criação do Programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, no âmbito do território nacional ocorre de 02 de Maio de 1985, por meio da Portaria Nº 236 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 2 de maio de 1985, publicada no Diário Oficial da União de 06 de Maio de 1985.

²³ Portaria Nº 483 do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, de 19 de agosto de 1988, publicada no Diário Oficial da União de 23 de Agosto de 1988.

²⁴ Portaria Nº 291 do Ministério da Saúde de 17 de Junho de 1992, publicada no Diário Oficial da União de 23 de Junho de 1992.

²⁵ Portaria Nº 130 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de 3 de agosto de 1994, publicada no Diário Oficial da União de 05 de Agosto de 1994.

²⁶ Portaria Nº 21 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de 21 de Março de 1995. Republicada por ter saído com incorreção, do original, no Diário Oficial da União de 23 de Março de 1995.

²⁷ Lei Ordinária Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, publicada Diário Oficial da União de 14 de Novembro de 1996.

²⁸ É o principal biomarcador para a definição do início do tratamento realizado via teste hematológico laboratorial do nível de degeneração do sistema imunitário do paciente.

²⁹ Teste molecular Complementar aos testes de CD4 no limite de 350 cel/ml sang da progressão da multiplicação do vírus HIV.

³⁰ O treinamento especializado e a capacitação de profissionais de saúde realizam-se de forma presencial e por meio de sistema de educação à distância.

³¹ Portaria Interministerial Nº 796 de 29 de Maio de 1992 dos Ministérios da Educação e da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 03 de Junho de 1992.

³² Portaria Interministerial Nº 869, de 11 de Agosto de 1992 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Administração, publicada no Diário Oficial da União de 12 de Agosto de 1992.

³³ Lei Nº 9.029, de 13 de Abril de 1995, publicada no Diário Oficial da União de 17 de Abril de 1995.

³⁴ Quando um trabalhador é dispensado por ser portador do HIV/AIDS, os profissionais de saúde podem encaminhá-lo ao sindicato da categoria ou ao Ministério Público do Trabalho, para que uma ação de reintegração seja ajuizada, cumulando com danos morais contra a empresa, por violar um direito social que atinge não apenas aquele trabalhador, mas toda a coletividade.

³⁵ Decreto não numerado de 20 de março de 1996 publicado no Diário Oficial da União de 21 de Março de 1996.

³⁶ O governo brasileiro procurava responder denúncia formulada pela representação dos trabalhadores junto à Comissão de Especialistas na Aplicação de Normas da OIT acerca de descumprimentos da Convenção nº 111, tendo como pano de fundo estudo de caso e dados sobre as desigualdades no mercado de trabalho.

³⁷ Portaria Nº 3.717/Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de 08 de Outubro de 1998, Publicada no Diário Oficial da União em 09 de Outubro de 1998.

³⁸ Os benefícios e direitos previdenciários são: licença para tratamento de saúde; aposentadoria, reforma militar, pensão por morte aos seus dependentes, auxílios reclusão, acidente, doença, salário-família ou aposentadoria, para o segurado que, após a filiação à Previdência Social, vier a manifestar Aids e atender aos respectivos critérios. No entanto, para acessar estes direitos é preciso contribuição prévia ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou vinculação ao mercado de formal. No caso do acesso ao auxílio-doença, uma portaria interministerial do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social e da Saúde relacionou a AIDS, dentre outras doenças que excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), garantindo,

portanto, acesso a esse benefício desde a primeira contribuição à Previdência. No país mesmo aqueles que exercem atividades informais ou autônomas, podem contribuir.

³⁹ Lei Ordinária Nº 7.670, de 08 de Setembro de 1988, publicada no Diário Oficial da União em 09 de Setembro de 1988 e a Lei Ordinária Nº 8.213, de 24 de Julho de 1991, publicada no Diário Oficial da União de 25 de julho de 1991.

⁴⁰ Resolução Nº 2, de 17 de 12 de 1992 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP publicada no Diário Oficial da União de 21 de Dezembro de 1992.

⁴¹ Resolução Nº 089 da Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - INSS/DC, de 05 de Abril de 2002.

⁴² A Lei Ordinária Nº 7.713 de 22 de Dezembro de 1988, publicada no Diário Oficial da União de 14 de Novembro de 1996 e a Lei Ordinária Nº 11.052 de 29 de Dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União de 30 de Dezembro de 2004, tornaram isentos de pagamento do Imposto de Renda os portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma.

⁴³ Portaria Interministerial Nº 2.035, de 8 de Novembro 2001 dos Ministros de Estado Interinos da Saúde e da Justiça, publicada no Diário Oficial da União de 09 de Novembro de 2001.

⁴⁴ Portaria Interministerial Nº 1.426, de 14 de Julho de 2004 do Ministro de Estado da Saúde, o Secretário Especial dos Direitos Humanos e a Secretária Especial de Políticas Para as Mulheres, Republicada no Diário Oficial da União de 15 de julho de 2004.

⁴⁵ Portaria do Ministério da Saúde nº 1.707, de 18 Agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 19 de Agosto de 2008.

⁴⁶ A Lei Ordinária 11.343 de 23 de agosto de 2006 normatizou a política de Redução de Danos nas redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde. A referida Lei trata das políticas públicas sobre drogas e institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto do Poder Executivo Nº 5.912 de 27 de setembro de 2006, publicado no Diário Oficial da União de 28 de Setembro de 2006.

⁴⁷ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 993, de 4 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 05 de Setembro de 2000.

⁴⁸ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde N.º 569, de 1º de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 08 de Junho de 2000.

⁴⁹ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 2104, de 19 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 21 de Novembro de 2002.

⁵⁰ Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, publicada no Diário Oficial da União de 19 de Julho de 1990.

⁵¹ Como o Brasil não tem um sistema de contas nacionais em saúde, não existem dados seguros sobre o gasto total (público e privado) com saúde dentro de critérios internacionalmente comparáveis. As fontes de informação atuais são as Pesquisas demográficas e socioeconômicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Pesquisa de Orçamento Familiar também do IBGE, o Imposto de Renda das Pessoas Físicas e Jurídicas disponível na Secretaria da Receita Federal (SRF) e o Faturamento do segmento de planos e seguros de saúde feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), IBGE e MS estão construindo a Conta Satélite da Saúde, na mesma metodologia que são apuradas as Contas Econômicas Nacionais (PIB). Esta iniciativa envolve diversos órgãos e instituições e conta com apoio da OPAS e do CDC.

⁵² Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de Orçamento Familiar, 2002-2003.

⁵³ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 20 de Dezembro de 2002.

⁵⁴ Portaria do Ministério da Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde Nº 2.314 de 20 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 27 de Dezembro de 2002.

⁵⁵ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde Nº 1.679 de 13 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União de 16 de Agosto de 2004.

⁵⁶ Política de incentivo aos programas de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e enfrentamento às DST/Aids.

⁵⁷ No ambulatório os procedimentos pagos são Anticorpos anti-HIV1 + HIV2 (Elisa), Imunofluorescência para HIV (IFI); Anticorpos anti-HIV (*western blot*); HIV- Detecção p/ tecnol. Ácido Nucléico (T.Qual); HIV-Quantificação Acido Nucléico – Carga Viral (Contagem de CD4/CD8).

⁵⁸ Para este cálculo foram excluídos os custos com a compra de DRV, T20 e raltegravir. Fonte: apresentação da Dra. Mariângela Simão no Seminário França – Brasil no Rio de Janeiro em maio de 2009.

⁵⁹ Cujo cálculo deve ser efetuado mediante N° 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. As bases de dados são o Sinan do DATASUS e os dados populacionais do IBGE.

⁶⁰ O cálculo desse indicador deve considerar o N° de gestantes testadas para sífilis (VDRL) no momento do parto ou curetagem pós-aborto em determinado ano de diagnóstico e local de residência, dividido pelo total de gestantes atendidas em maternidades da rede SUS e o resultado multiplicado por 1.000. A fonte de informação é o SIH/SUS.

⁶¹ Portaria Interministerial N° 1.426, de 14/07/2004 do Ministro de Estado da Saúde, o Secretário Especial dos Direitos Humanos e a Secretária Especial de Políticas Para as Mulheres, Republicada por ter saído com incorreção no original, publicada no Diário Oficial da União de 15 de julho de 2004.

⁶² O sistema de vigilância epidemiológica utiliza quatro bancos de dados nacionais, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

⁶³ Fonte: “Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos” foi realizada em todas as regiões do país em novembro de 2008, com 8 mil entrevistados. A amostragem foi estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação urbano/rural. A análise dos dados foi feita pela equipe técnica do Departamento de DST e Aids do Ministério da Saúde, com o apoio do Centro de Informação Científica e Tecnológica (LIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz.

⁶⁴ Fonte: dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), integrante do Sistema Nacional de Informações em Saúde do SUS.

⁶⁵ Dentre as agências parceiras do CICT estão: The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Department For International Development (DFID), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), The Centers for Disease Control & Prevention (CDC), United Nations Population Fund (UNFPA), The United Nations Children's Fund (UNICEF), Pan American Health Organization (PAHO) World Health Organization (WHO), The World Bank.

⁶⁶ Nesse estudo foi investigada a proporção de indivíduos em terapia ARV que tomaram mais de 95% das pílulas prescritas nos últimos 3 dias antes da entrevista. Os pesquisadores utilizaram um questionário estruturado em 1.972 pacientes ambulatoriais em uso de TARV, em 60 unidades de saúde de porte diferenciado em cinco grandes capitais brasileiras.

⁶⁷ Texto Publicado originalmente no jornal O Estado de S. Paulo, em 05/01/93. A relevância política e social do Sociólogo Herbert de Souza e seus textos mais marcantes sobre a epidemia de HIV/Aids encontra-se disponível em http://www.aids.gov.br/betinho/direitos_humanos.htm .