



## Em pauta, a produção brasileira ..... de anti-retrovirais

Pág. 6

A baixa qualidade no atendimento em HIV/AIDS .....Pág. 4

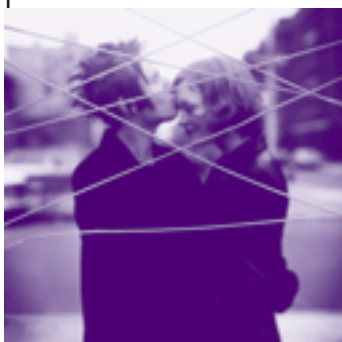
Redução de danos: direito e prevenção .....Pág. 10

**Companhia da Saúde**

Utilizando técnicas circenses em seus esquetes teatrais, o grupo Companhia da Saúde se destaca pela utilização de instrumentos de percussão, muita cor, fantasias, dança e vibração. Seus textos sobre prevenção às DST/AIDS provocam risos e reflexões na platéia, que aprende, por exemplo, a usar corretamente um preservativo ao mesmo tempo em que recebe informações sobre a sua utilidade.



Coordenada por José Marmo da Silva, a Companhia da Saúde é uma iniciativa da ABIA e seu trabalho é apresentado em escolas públicas, comunidades carentes, terminais rodoviários, praças públicas, seminários e congressos. As apresentações do grupo estimulam a participação do público e, dessa forma, as informações sobre prevenção vão sendo assimiladas. Apesar de ser um projeto voltado para adolescentes e jovens, os adultos também podem participar. Se você tem interesse em conhecer o trabalho do grupo e levá-lo até sua localidade ou apenas obter mais informações, entre em contato com a ABIA pelo telefone (21) 2223-1040 ou pelo e-mail [abia@abiaids.org.br](mailto:abia@abiaids.org.br), falar com Cristina Albuquerque ou Claudio Oliveira.

**Oficinas para casais sorodiscordantes**

Ainda estão sendo realizadas, na sede da ABIA, as oficinas para casais sorodiscordantes. O objetivo é promover a troca de experiências e informações entre pessoas que vivenciam essa situação. Esses bate-papos podem ocorrer também em outros locais. Mais informações com Ivia Maksud pelo telefone (21) 2223-1040 ou pelo e-mail [maksud@abiaids.org.br](mailto:maksud@abiaids.org.br).

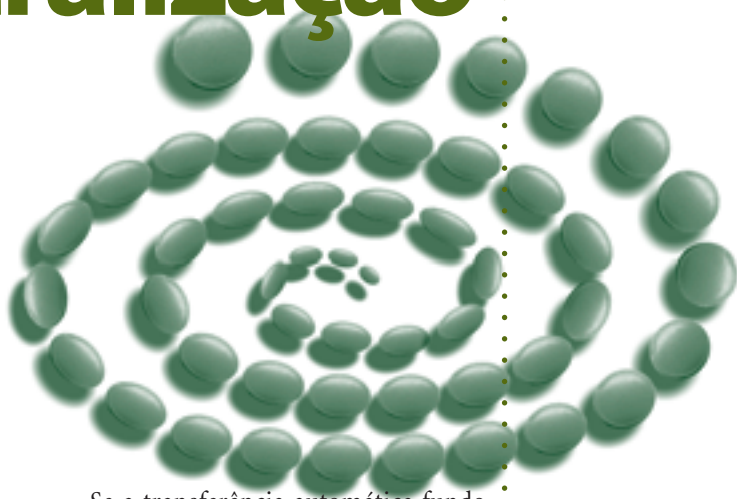
**Campanha mundial aborda as doenças negligenciadas**

Chamando a atenção para o fato de que a cada dia mais de 35 milhões de pessoas morrem de doenças infecciosas como AIDS, malária e tuberculose, assim como de doenças mais negligenciadas, como leishmaniose e doença de Chagas, e que, dos 1.393 novos medicamentos aprovados entre 1975 e 1999, apenas 1% foi desenvolvido para doenças tropicais e a tuberculose, foi lançada no dia 8 de junho a campanha mundial “Doenças negligenciadas: será que os governos contraíram a doença do sono?”. A campanha foi elaborada pela *Drugs for Neglected Diseases Initiative* e no Brasil é coordenada por Médicos sem Fronteiras. Para aderir à campanha e obter mais informações, acesse [www.dndi.org.br](http://www.dndi.org.br) ou ligue para (21) 2220-3523.



# O epicentro da descentralização

Por **Rubem Oliveira Duda**, integrante do Fórum de ONGs/AIDS de São Paulo



Se no campo político governamental a palavra “descentralizar” é a distribuição de funções ou poderes, para a sociedade civil pode ser a forma mais justa de responsabilizar todos os atores envolvidos em ações de políticas públicas. No final da década de 1980, houve uma reprodução dessa “filosofia” junto ao nascimento da constituição cidadã, o que se intensificou ainda mais com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde descentralização tornou-se o tempero para os princípios do Sistema: universalidade, equidade e integralidade.

Na luta contra a AIDS, seja pela própria urgência ou pela dinâmica da epidemia, descentralizar não era a ordem do dia. Brasília tornou-se, para as ONGs, mais próxima do que qualquer setor local. Os projetos, as discussões, as relações geravam em torno do federal, onde as estâncias estaduais e municipais eram meras coadjuvantes. Caminhar nessa contramão nos trouxe, até os dias atuais, dificuldades de integração com outros setores - diziam que íamos direto à fonte, por isso, éramos chamados de “primos ricos”.

## Pulverização

A partir do segundo semestre de 2000, a descentralização passou a fazer parte, efetivamente, do nosso cardápio, onde o prato do dia era a concorrência pública de projetos. Foram escolhidos seis estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará, que fariam seus editais e todo o processo para o repasse dos recursos. A verba no primeiro momento continuou sendo do AIDS III (acordo de empréstimo com o Banco Mundial), mas, em seguida, surgiu o Fundo a Fundo, recurso dos cofres públicos para as ações, um marco no quesito sustentabilidade.

Se a transferência automática fundo a fundo em forma de incentivo – a possibilidade do Estado arcar com o gasto das ações sem necessidade de empréstimos internacionais – foi positiva, não podemos dizer o mesmo do processo. Talvez por inexperiência ou por destino, a experiência foi traumatizante. À medida que as coisas iam acontecendo, desinformação, lentidão e “burrocracia” iam impedindo que a roda girasse e os trabalhos acontecessem como outrora. Mostrava-se um quadro sóbrio em que o epicentro desse sistema eram ordens vindas de cima para baixo, sem nenhuma preparação, como que se quisessem se livrar da relação direta afastando-o do centro.

Esse afastamento do centro sem preparar as bases não é descentralização e sim pulverização. Ficamos reféns do emperrado sistema da agência estatal que geria os recursos, o que acarretou em devolução de alguns projetos, prejuízo direto e imediato à luta.

Como nem tudo está perdido, não podemos negar que positivamente tivemos maior proximidade com estados e municípios, algo que almejávamos por ter a consciência de que a integração local nos faria mais fortes. Há que descentralizar sim, mas perder a responsabilidade, jamais.

Por **Juan Carlos Raxach**,  
assessor de  
projetos da  
ABIA

# As deficiências do atendimento aos portadores de HIV/AIDS

São indiscutíveis os esforços realizados pelo Brasil na luta contra a epidemia de AIDS. De fato, é colocado como um dos aspectos mais relevantes da política brasileira de AIDS a distribuição universal e gratuita de medicamentos anti-retrovirais (ARVs) através do Sistema Único de Saúde (SUS), implementada no Brasil desde 1997, sob a Lei 9.313, de 13/11/1996, que estabeleceu o compromisso do Estado pelo fornecimento universal e gratuito do tratamento anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A política de acesso universal aos ARVs num país em desenvolvimento e suas favoráveis, indiscutíveis e imediatas conseqüências foram destaques no mundo todo, contrariando os temores da opinião pública internacional que achava que o Brasil não seria capaz de sustentá-la. Como já divulgado, pouco tempo após a implementação dessa política o Brasil reportava uma redução de 50% da mortalidade, diminuição das internações por infecções oportunistas, assim como uma queda entre 60%-80% das demandas para o tratamento das infecções oportunistas, além de uma redução da duração e da complexidade das internações.

Porém, atualmente as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão sofrendo desatenção, descaso e maus tratos no SUS do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo. Cada vez mais pessoas entram em contato com a ABIA procurando ajuda para conseguir atendimento ou simplesmente saber qual a forma mais rápida de ter o resultado do teste anti-HIV, ou seja, de receber o diagnóstico positivo ou negativo para o HIV e ser adequadamente tratado. (ver box)

Nestes últimos anos, temos refletido sobre a qualidade da assistência de forma geral. Temos ouvido testemunhos das dificuldades

para receber uma assistência adequada. Atualmente, nos defrontamos com o seguinte paradoxo: por um lado, há acesso ao tratamento anti-retroviral, queda das taxas de mortalidade e diminuição nas internações; mas, por outro, há dificuldades para conseguir um leito, um exame de laboratório e medicamentos para doenças oportunistas. Tudo isso nos faz pensar sobre a qualidade da assistência oferecida e indagar por que as pessoas estão morrendo.

## Momento de reflexão

A falta de qualidade na assistência nos leva a avaliar de forma crítica os princípios gerais que orientam o Programa Nacional de DST/HIV/AIDS, mais especificamente as diretrizes que norteiam a resposta brasileira:

- 1) Garantia da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com HIV/AIDS;
- 2) Garantia de acesso aos insumos de prevenção e assistência para toda a população;
- 3) Direito de acesso ao diagnóstico para o HIV/AIDS;
- 4) Direito ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença.

O acesso ao diagnóstico para o HIV/AIDS está qualitativamente comprometido. Existe falha na detecção precoce e, conseqüentemente, início tardio do tratamento adequado. O resultado do teste anti-HIV está demorando mais de um mês para ser entregue e há casos em que o tempo de espera chegou a mais de três meses. Por causa disso, é comum que a pessoa desista de pegar o resultado depois da segunda tentativa. Cada vez é mais freqüente observar pessoas decidindo fazer o teste anti-



HIV porque se sentem doentes e muitas vezes já com uma infecção oportunista, necessitando de tratamento com determinada urgência, dependendo da patologia.

Hoje, quando uma pessoa decide saber se está infectada ou não pelo HIV, tem que estar disposta a enfrentar uma verdadeira “via crucis”, não só para obter o resultado do teste anti-HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mas também no caso do teste ser positivo ou reagente no sentido de conseguir ser absorvido pela rede pública de saúde, que, neste momento, dispõe de poucos profissionais, se comparado com a quantidade de pessoas que necessitam de atendimento médico. A precariedade de estrutura nos serviços é tão marcante que, depois de ter o resultado positivo, é necessário percorrer os postos de saúde para ver onde há disponibilidade de atendimento. Existem postos de saúde onde há apenas um médico para atender 800 pessoas, o que demonstra, em parte, a precariedade dos serviços. Aos poucos, alguns serviços foram fechados e o número de leitos para internações diminuiu significativamente.

O trabalho que necessita ser desenvolvido com relação à adesão ao tratamento anti-retroviral está sendo prejudicado. De fato, existem poucos programas de adesão ao tratamento nos próprios serviços de saúde e a relação médico-paciente ou paciente-equipe de saúde é praticamente inexistente. A consulta médica é rápida e as orientações por parte dos profissionais de saúde, ainda que não se possa generalizar, são poucas e, às vezes, ineficientes. Também, nos últimos meses, a falta ocasional e o fracionamento dos ARVs têm contribuído negativamente para o bom desenvolvimento do trabalho de adesão. Ainda que o fracionamento possa ser uma solução, muitas vezes se constitui em um grave problema, porque muitos não têm recursos suficientes para retornar ao local de distribuição para pegar os remédios de forma fracionada.

Além disso, o bom acompanhamento dos resultados do tratamento anti-retroviral é prejudicado pela falta ou demora na realização de exames de carga viral e CD4. Temos relatos de pessoas que nunca fizeram o teste e de outros

que demoraram mais de dois anos para repetir esses exames.

Portanto, continuam sendo grandes os desafios a serem enfrentados para que se possa oferecer qualidade na assistência dentro do SUS. Sentimos falta de um bom gerenciamento e planejamento, assim como de um adequado monitoramento e avaliação das ações para verificar com eficácia o que deve ser mudado e exigir que os esforços, realizados desde a década de 1990, aflorem para valer.



## Relatos

### de dificuldades enfrentadas no atendimento

“Procurei, no dia 13 de dezembro de 2004, o CTA do Hospital Rocha Maia, no Rio de Janeiro, para fazer o teste de soropositividade. Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2005, retornei, sem sucesso, várias vezes ao hospital para pegar o resultado do exame. No dia 21 de março, fui informado que uma parte do sangue colhido havia se perdido, havendo a necessidade de colher uma segunda amostra, o que foi feito de imediato. No entanto, até a presente data (13 de abril), não recebi o resultado. Enquanto espero, a doença pode estar avançando rapidamente, pois me sinto, a cada dia, mais debilitado”. *Julio César*

“Existe uma necessidade urgente de aumentar o número de leitos para pessoas com HIV/AIDS. No Estado do Rio de Janeiro, há uma defasagem de mais de 200 leitos para pacientes HIV positivos”. *Roberto Pereira (Cedus/Fórum de ONGS-AIDS RJ)*

“Todos os dias, no Brasil, 27 pessoas morrem em decorrência da AIDS. Certamente, uma boa parte por problemas ligados à assistência. Faltam medicamentos para tratar as doenças oportunistas e os efeitos colaterais do coquetel não têm recebido uma atenção suficiente. Eles são menosprezados pelos serviços de saúde, que sequer notificam isso adequadamente”. *Mário Scheffer (Grupo pela Vidda/SP)*

com Nicolau Lages e Núbia Boechat

# A capacidade brasileira de produzir ARVs

*Para ajudar a esclarecer as dúvidas sobre a capacidade de produção de medicamentos anti-retrovirais (ARVs) no Brasil, a ABIA entrevistou o diretor-superintendente da Nortec Química – empresa privada nacional que desenvolve matéria-prima para a produção de medicamentos –, o engenheiro químico Nicolau Pires Lages, e a diretora-executiva da Farmanguinhos, a farmacêutica e doutora em Física Orgânica, Núbia Boechat. De acordo com os entrevistados, o país tem condições de fabricar e atender a demanda pelo uso de anti-retrovirais.*

**Por Claudio Oliveira**

## **Qual o trabalho da Nortec?**

**Nicolau Lages** — O projeto de desenvolvimento da empresa nasceu na FIOCRUZ, ao abrigo de um projeto de cooperação tecnológica. A Nortec foi criada em 1986 com o objetivo de fabricar fármacos para atender a lista de medicamentos essenciais do Ministério da Saúde. Nessa época, éramos uma unidade industrial pequena. Atualmente, a Nortec fabrica 45 princípios ativos farmacêuticos e atende todo o mercado nacional de anestésicos locais. Além disso, atende quase que a totalidade do Diclofenacor (antiinflamatório) e tem capacidade para suprir o mercado de benzodiazepínicos (dizepan, flurozepan etc.). O projeto está sendo ampliado e a empresa fabricará quatro vezes mais do que atualmente. O BNDES adquiriu ações: agora é sócio da empresa e está financiando nossos projetos de pesquisa - 32 ao todo. No caso dos ARVs, a Nortec já fabrica e fornece o AZT, sulfato do Indinavir, Stavudina e tem capacidade para suprir totalmente o mercado desses anti-retrovirais.

## **Existe algum tipo de cooperação entre a empresa e órgãos públicos voltados ao setor de política e desenvolvimento?**

**Nicolau Lages** — Existe. A Nortec sempre trabalha junto a institutos de pesquisas, universidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, com a Farmanguinhos e, mais recentemente, com o Lafepe. Nos últimos dois anos, esses projetos passaram a ser financiados pelo BNDES, ao abrigo do projeto Pró-farma.

## **No caso de o governo federal decretar o licenciamento compulsório dos medicamentos Lopinavir, Tenofovir e Efavirenz, a**

## **Nortec teria condições de fabricar a matéria-prima necessária para a produção de genéricos desses medicamentos?**

**Nicolau Lages** — A Nortec está preparada para atender a solicitação do governo na fabricação dos farmoquímicos relativos aos produtos do licenciamento. Com o projeto de expansão, que conta com investimento do BNDES, teremos capacidade de atender integralmente a demanda por ARVs.

## **O que acha da política industrial brasileira para o setor farmacêutico?**

**Nicolau Lages** — Essa política é uma iniciativa importantíssima do governo Lula. Existem ações e práticas muito boas, mas falta uma visão global, uma vez que o governo busca desenvolver um segmento ao mesmo tempo em que beneficia com medidas tributárias a importação de produtos estrangeiros, como os da Índia e da China. Hoje, a indústria nacional paga tributos, PIS e COFINS, enquanto o produto importado fica isento. A isenção de impostos deveria ser igual à de países como Estados Unidos, México e Argentina. Aqui, eles fazem um leilão e comparam preço a preço.

## **Como avalia a dependência do setor farmacêutico com países como Índia e China?**

**Nicolau Lages** — O problema é que a indústria nacional depende de intermediários. A abertura desordenadamente rápida, surgida no governo Collor, não permitiu a adaptação da indústria nacional. Precisamos de intermediários e importamos principalmente da China, que tem uma indústria bem organizada. A Índia se abastece com a China.



### **Qual a função da Farmanguinhos?**

**Núbia Boechat** – Farmanguinhos é o laboratório oficial do Ministério da Saúde e tem como missão desenvolver medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS). É um laboratório sem fins lucrativos que procura atender a demanda por medicamentos de doenças negligenciadas.

### **Como se dá o processo de pesquisa, desenvolvimento e produção na Farmanguinhos?**

**Núbia Boechat** – Na síntese de fármacos, há o desenvolvimento de moléculas inovadoras, já conhecidas no mercado onde são utilizados os recursos de engenharia reversa. Estes podem ser: retro síntese ou síntese convergente. Os projetos de síntese de fármacos e desenvolvimento farmacotécnico podem ser complementares ou não, dependendo da procedência da solicitação e estratégia a ser utilizada pelo órgão solicitante. No desenvolvimento farmacotécnico também acontecem inovações tecnológicas, associações inovadoras e engenharia reversa, que é o mais usual. Com relação à solicitação, pode vir através do Ministério da Saúde ou ser até mesmo interna, de acordo com o planejamento estratégico da Farmanguinhos. Partindo dessa solicitação, o desenvolvimento farmacotécnico segue as seguintes etapas: os primeiros ensaios; definição da fórmula ideal; notificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); produção de três lotes semi-industriais, que são colocados em estudo de estabilidade, onde estressamos o produto; e condições de temperatura e umidade definidas pela legislação da ANVISA. Após a conclusão desses estudos, são feitos os ensaios de equivalência farmacêutica, biodisponibilidade e até mesmo um estudo clínico quando aplicável. Com a conclusão desses ensaios e os resultados positivos dos mesmos, solicitamos o registro junto à ANVISA. Após publicação no Diário Oficial, estamos disponíveis para agregar esse novo produto ao nosso portfólio e disponibilizá-lo para atender a demanda do Ministério da Saúde.

### **Atualmente, quais são os medicamentos para AIDS produzidos pela Farmanguinhos?**

**Núbia Boechat** – Ao todo são sete medica-

mentos, a Lamivudina, a Zidovudina (AZT), o AZT puro, a Nevirapina, a Estavudina, o Indinavir e a Didanosina. No momento, estamos em fase de teste de bioequivalência de um comprimido que trará Lamivudina + AZT + Nevirapina em um só comprimido.

### **Como é feito o estudo de bioequivalência?**

**Núbia Boechat** – Nós temos em Farmanguinhos o laboratório certificado pela ANVISA para a equivalência farmacêutica, e nossas bioequivalências são feitas no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

### **No caso de o governo federal decretar o licenciamento compulsório dos medicamentos Lopinavir, Tenofovir e Efavirenz, em quanto tempo a Farmanguinhos teria condição de produzi-los?**

**Núbia Boechat** - No mínimo em 12 meses.

### **O que acha da política industrial brasileira para o setor farmacêutico?**

**Núbia Boechat** – Não tínhamos política industrial até bem pouco tempo. Atualmente, há financiamento do BNDES, mas há um déficit de matéria-prima. O governo tem trabalhado com políticas mais agressivas, mas ainda é insuficiente. Faltam políticas integradas. A lei 8.666 nos obriga a comprar pelo menor preço, fazendo com que deixemos de comprar com farmoquímicos nacionais que geram empregos locais. Isso faz com que deixemos de gerar o conhecimento interno.

### **Recentemente, houve a inauguração no Rio de Janeiro de uma nova fábrica. Ela produzirá também ARVs? Que impacto isso trará na questão do acesso ao tratamento?**

**Núbia Boechat** – Estamos transferindo a nossa produção para Jacarepaguá. A nova fábrica é maior, mais moderna, com capacidade de produzir formulações infantis e também para atender uma possível demanda de uma licença voluntária ou compulsória. A Farmanguinhos nunca faltou com suas obrigações.



Por **Carlos Passarelli**, coordenador do Centro Internacional de Cooperação Técnica (PN-DST/AIDS e UNAIDS) e ex-assessor de projetos da ABIA, e **Ivia Maksud**, assessora de projetos da ABIA

O controle social, originalmente entendido como autoridade do Estado sobre os indivíduos, reveste-se de uma nova acepção a partir de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tido como um dos pilares da saúde pública no Brasil, o controle social constitui-se na participação popular na formulação e acompanhamento das políticas públicas na área da saúde<sup>1</sup>. Mais recentemente, o movimento social de luta contra a AIDS começa a participar dos conselhos de saúde, instâncias para o exercício do controle social, nos três níveis da gestão do SUS (federal, estadual e municipal), tal como definido pela lei orgânica da saúde.

## Políticas públicas de DST/AIDS e controle social no Rio de Janeiro

Em 2004 e 2005, a ABIA, em parceria com a Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), o Conselho Estadual de Saúde e a Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), desenvolveu ações de capacitação com lideranças comunitárias, conselheiros de saúde, gestores e coordenadores de programa de DST/AIDS das regiões Norte e Noroeste Fluminense, Metropolitana I e II, Baixada Litorânea e Serrana<sup>2</sup>. O objetivo dessas atividades é sensibilizar os agentes do controle social e gestores para a necessidade de aprimorar as respostas locais à epidemia de AIDS.

A proposta da ABIA tem como contexto a descentralização das ações de controle das DST/AIDS e a gestão regionalizada do sistema de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Ao propor uma discussão mais aprofundada sobre as demandas geradas pela epidemia de AIDS no nível local, o processo desenvolvido pela ABIA e parceiros permite um acompanhamento mais sistemático pelos conselhos de saúde da política de incentivo, desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Diagnósticos locais mostram semelhanças nos obstáculos à formulação e implementação das políticas públicas de DST/AIDS, apesar das especificidades regionais. Municípios do interior do estado geralmente possuem mais debilidades nas estruturas de administração e gestão, e seus conselhos de saúde tendem a ter uma atuação menos deliberativa, no que diz respeito à formulação de políticas públicas, quando comparados aos das regiões metropolitanas. Porém, a existência de uma rede de equipamentos de saúde maior e mais organizada não garante aos conselhos

metropolitanos a melhoria na qualidade de atendimento. Ao contrário, os problemas relativos ao gerenciamento da rede são maximizados e, conseqüentemente, também aumentam as dificuldades dos conselheiros em monitorar e acompanhar a execução das políticas públicas.

### Conselheiros de saúde: entre o técnico e o político

O papel central do conselheiro é formular e monitorar as políticas públicas e as formas como os serviços são oferecidos à população. Desviado de sua finalidade política, o trabalho dos conselheiros tende para um caráter mais técnico, sem dispor, no entanto, do conhecimento específico para essa tarefa. Assim, é importante criar mecanismos para promover o conhecimento que é específico dos conselheiros, produzido pela militância e pelo contato com as comunidades, a fim de sua inserção política seja garantida.

Os conselheiros devem verificar se os recursos previstos nos programas, projetos e planos de saúde regionais são destinados às reais necessidades do município. O orçamento deve ser sistematicamente acompanhado, desde a sua elaboração até a forma como os recursos são utilizados. Há que se dispor de mecanismos e canais para a denúncia de malversação do dinheiro público ou de sua alocação irregular. O Ministério Público e a imprensa podem ser aliados importantes.

Sem recursos, o conselho não pode funcionar adequadamente e/ou fortalecer sua capacidade operacional. Nesse sentido, a capacitação continuada



dos conselheiros, a divulgação das ações do conselho e a elaboração de manuais para novos conselheiros são atividades a ser garantidas e, portanto, financiadas<sup>3</sup>.

A falta de capacitação continuada, a prática do clientelismo, a forma de escolha dos conselheiros e a distância entre os conselheiros e aqueles que eles deveriam representar são fatores que fazem com que em alguns municípios os conselhos fiquem subordinados às agendas dos gestores. Muitos conselheiros desconhecem suas atribuições, o funcionamento do SUS e os modos de gestão no município, gerando um quadro de fragilidade política nos conselhos.

### Resultados obtidos com as oficinas

As principais propostas levantadas pelos participantes das oficinas versam sobre a apropriação, por parte dos conselheiros, de suas atribuições como agentes do controle social, o que redefine, desse modo, sua atuação política. Nesse sentido, é importante promover uma maior interação dos representantes dos usuários com suas comunidades de origem, para permitir que essas sejam mais atuantes nas ações de saúde em nível local.

Os conselhos de saúde devem buscar interagir com instâncias locais que se dedicam aos problemas sociais, tais como associações de moradores, ONGs, conselhos tutelares, órgãos de promoção e assistência social, entre outros, bem como acompanhar de perto a forma como os serviços de saúde são oferecidos à população. Por outro lado, os conselhos precisam ser fortalecidos politicamente, a fim de exercer maior pressão sobre os gestores, por meio do acompanhamento sistemático das ações em curso.

No que tange aos temas relativos à epidemia de AIDS, há uma forte necessidade de capacitações continuadas, a fim de manter o tema presente na agenda dos conselhos de saúde. Assim, a participação na formulação de campanhas, a busca de informações sobre a epidemia junto aos programas de AIDS e a criação de comissões temáticas sobre o assunto são estratégias que podem aprimorar as respostas locais à epidemia.

Quando surgiram os primeiros casos de AIDS no país, as primeiras respostas sociais surgiram no seio das comunidades atingidas. E a rede pública de saúde, mesmo com uma infra-estrutura precária e pouco conhecimento sobre a doença, acolheu as pessoas afetadas e ofereceu cuidados paliativos, que era o máximo que se podia fazer. Com o tempo, passou-se a entender melhor a doença, novas alternativas terapêuticas foram descobertas e houve maior investimento de recursos. O nível federal da gestão do SUS passou a ter uma importância decisiva na condução da resposta à epidemia no país. Agora, torna-se imperativo, novamente, descentralizar as ações, por meio do fortalecimento das estruturas locais da rede pública. Os conselhos de saúde, representantes legítimos do controle social, têm diante de si o desafio de incorporar o controle e a prevenção da AIDS no âmbito do SUS, em nível local. Para essa tarefa, não estão sozinhos: contam com a experiência do movimento social de luta contra a AIDS, que, ao longo destes últimos 20 anos, concretiza sua aspiração de que a saúde é, de fato, um direito de todos.

<sup>1</sup> Bravo, MIS e Pereira, PAP. *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2001.

<sup>2</sup> Para 2005 estão previstas ações com as regiões Médio Paraíba, Centro Sul Fluminense e Baía da Ilha Grande.

<sup>3</sup> Há uma proposta de modelo de manual que está sendo elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde e que os municípios podem adaptar.



Por **Cristina Pimenta**,  
coordenadora-  
geral da ABIA

# Redução de danos: direito à saúde e à prevenção ao HIV/AIDS



O uso de drogas por via injetável é comprovadamente um determinante de diversos agravos à saúde, entre os quais a infecção pelo HIV e pelas hepatites virais (B e C). A disseminação do HIV entre usuários de drogas, seus parceiros sexuais e filhos constitui um dos mais sérios danos decorrentes do uso de drogas injetáveis e da transmissão sexual associada ao uso de substâncias. Segundo dados do Ministério da Saúde, até junho de 2004 foi registrado um total de 362.364 casos de AIDS no país, dos quais 18% foram notificados entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). O percentual de casos nessa categoria de exposição em 1997 era de aproximadamente 33%. Entre as mulheres da mesma categoria, o índice de uma década atrás era de 17% e, para os homens, de 27,1%; hoje é de apenas 4,3% e de 13,1%, respectivamente. Isso se deve à eficácia das estratégias de redução de danos adotadas nos últimos dez anos no país, incluindo o acolhimento do UDI, a educação para a troca de seringas e agulhas descartáveis, o não compartilhamento desses equipamentos, o encaminhamento para tratamento e a distribuição de preservativos.

O modelo de tratamento da dependência química (álcool e drogas) no Brasil prioriza a rede de saúde pública, com o comprometimento dos serviços de saúde mental e de atendimento para diagnóstico e aconselhamento para o HIV/AIDS. Esse modelo combina períodos de internação breve, quando necessário, serviços que atuem na comunidade com informação, educação e distribuição de insumos de prevenção, centros dia e ambulatórios. São serviços gratuitos que adotam o anonimato e o respeito ao usuário de drogas e que seguem as ações de redução de danos, vinculadas às diretrizes da Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD), apresentadas no documento “*A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*”. Atualmente, existem 18 associações de redutores de danos atuantes no país. Com a adoção da redução de danos (RD) no Brasil, importantes avanços no campo dos direitos humanos foram conquistados, além da promoção de leis que garantem o direito do usuário de drogas ao tratamento da dependência química de forma digna e não punitiva, bem como a garantia do acesso ao tratamento da AIDS, das hepatites e de outras doenças mais prevalentes entre usuários de drogas e álcool de forma gratuita e confidencial.

## Importância da política de RD

Hoje, não resta dúvida sobre a relação causal existente entre a implementação da política de redução de danos e a estabilização no número de novos casos de AIDS entre UDIs. Em estudos realizados em 1999 e 2001 (Pesquisas Ajude Brasil I e II), demonstrou-se o aumento do uso consistente do preservativo e a diminuição do compartilhamento de agulhas e seringas (76% dos usuários de drogas injetáveis envolvidos nos projetos de RD reportaram o não compartilhamento de agulhas e seringas de forma consistente, e os demais, uma diminuição crescente no compartilhamento de equipamentos de uso e um aumento no uso de preservativos nas relações sexuais). A procura pelo diagnóstico do HIV e de hepatites, o tratamento da dependência química e o tratamento da AIDS também são relatados após o contato com os programas de redução de danos e de troca de seringas.

A redução de danos como estratégia de prevenção do HIV contempla uma combinação de ações e iniciativas, como desestimular o consumo de drogas e a transição para vias menos graves e danosas de consumo, oferecer tratamento tanto para o uso de drogas como para AIDS, oferecer e garantir o acesso a serviços de diagnóstico e assistência aos usuários de drogas e a seus familiares quando apropriado, evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo HIV e demais doenças, distribuir preservativos masculinos e femininos e outros materiais e insumos que possam apoiar as ações de prevenção da transmissão sexual do HIV e de outras DSTs no cenário do uso de drogas.

Além de facilitar a inclusão do usuário de drogas às redes de serviços de saúde e redes sociais, os programas proporcionam a oportunidade do resgate da cidadania. O usuário de drogas no Brasil, como em vários outros países, é um segmento da população altamente discriminado e excluído da sociedade e da rede de serviços, e experimenta diversas restrições impostas pela sociedade no seu dia-a-dia.

### Avanços e retrocessos

É importante registrar, também, que a implementação da política de redução de danos para a prevenção do HIV/AIDS conquistou avanços importantes na esfera dos direitos humanos no Brasil, como resultado do encontro entre usuários de drogas com formuladores de políticas públicas de saúde e da área social, juízes e promotores, legisladores e a comunidade acadêmica. Além da promoção de leis que garantem o direito do usuário à saúde de forma digna e não punitiva, ou seja, com o estabelecimento de leis que garantam o tratamento da dependência química, foi possível conquistar a garantia de diagnóstico e tratamento de outras infecções e doenças mais prevalentes entre usuários de drogas no âmbito do SUS.

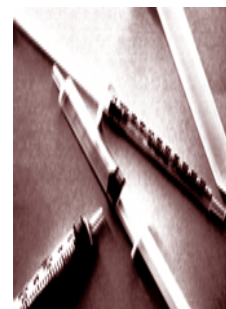
Por outro lado, na esfera internacional de políticas de saúde, mesmo tendo os UDIs no centro das discussões com relação ao aumento de casos de AIDS no mundo, representantes de agências de controle de drogas de países como os Estados Unidos e o Japão, colocam-se hoje, publicamente, de forma crítica e punitiva, contra os programas de redução de danos ao uso de drogas, à troca de agulhas e seringas e ao fornecimento de substitutos de narcóticos controlados (metadona), como medida de prevenção à transmissão do HIV/AIDS e de outras doenças transmitidas pelo sangue, com base em discursos predominantemente ideológicos, discriminatórios e estigmatizantes. Como pudemos presenciar na 48ª Sessão da Comissão de Narcóticos e Drogas da ONU, em Viena, em março deste

ano, existe atualmente uma pressão claramente conservadora dos Estados Unidos com relação aos programas das agências das Nações Unidas que apoiam programas de prevenção e de tratamento para usuários de drogas, com vistas ao corte de recursos destinados aos projetos de RD que se mostraram eficazes nos últimos 20 anos no Brasil, Canadá, Austrália, Espanha, Inglaterra e no próprio Estados Unidos, além de outros países da Ásia.

O mais impressionante é que em 2001, na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU para AIDS, a disponibilização de insumos de RD não só foi apresentada como medida eficaz e cientificamente comprovada com inúmeros estudos publicados pela Organização Mundial da Saúde e UNAIDS- Programa Integrado das Nações Unidas para AIDS, mas, também, durante a sessão foi adotada como Declaração de Compromisso que: os programas de redução de danos e a expansão de recursos essenciais, como seringas descartáveis, entre outras medidas, deveriam ser asseguradas até 2005 em todos os países integrantes, como medida de prevenção ao HIV/AIDS entre UDIs. Sabemos que estratégias de prevenção que focalizam puramente na abstinência, sejam com relação ao uso de drogas ou a práticas sexuais diversas, apenas afastam, estigmatizam e criminalizam as pessoas, e fazem com que elas busquem alternativas de sobrevivência *underground* – em submundos -, longe dos serviços de saúde e das redes de apoio social, onde aí sim, não podem se proteger de agravos e doenças e da transmissão das mesmas a outras pessoas.

### Resgate de valores

Estamos em um momento em que precisamos resgatar e reafirmar nossos princípios básicos e fundamentais da política de saúde brasileira (SUS), onde prevalece o movimento pela atenção integral e integrada da saúde pública, com base nos direitos humanos, onde a prevenção, a assistência e o tratamento são tratados como parte de um só *continuum*. Onde o preconceito e a discriminação por raça ou etnia, gênero ou prática sexual, religião, idade, escolaridade ou nível social, ou por qualquer outra forma de exclusão social são combatidos, para que o acesso aos serviços de saúde e insumos de tratamento e prevenção possam se tornar um direito de todos. Precisamos, portanto, reafirmar os direitos dos usuários de drogas à saúde, aos serviços de saúde e à prevenção a doenças, com base nas evidências científicas e resultados já obtidos, durante as últimas décadas em nosso país e no mundo, e continuar a luta pelo controle da epidemia de HIV/AIDS.



## O terror e a dádiva

O livro de Pedro Paulo Gomes Pereira retrata sua experiência em um abrigo para crianças e adultos portadores do vírus da AIDS. Na obra, o autor analisa a vida de pessoas subjugadas pelo medo constante, por práticas de castigos, pelo exercício de controle e mando sobre o corpo dos internos, problemas encobertos por práticas que simulam troca e reciprocidade. Num exercício etnográfico, Pereira mostra como se conforma o terror e como ele toma conta dos sentidos dos internos. Indaga sobre a formação da identidade dos pacientes, resalta aspectos da vida psíquica dos envolvidos e analisa as relações estabelecidas dentro dos hospitais. Os interessados em adquirir o livro devem entrar em contato com a editora Vieira pelo número (62) 218 6292 ou pelo e-mail [gev@brturbo.com](mailto:gev@brturbo.com).



## Manual de documentação e comunicação

Fruto de uma parceria entre a *International HIV/AIDS Alliance* e a ABIA, foi lançado o manual de documentação e comunicação no trabalho com HIV/AIDS. A publicação procura, entre outros objetivos, oferecer informações e métodos que possibilitem a documentação e maior divulgação de trabalhos realizados. O manual foi testado por ONGs parceiras que participaram da oficina sobre comunicação e documentação realizada em 2004 no Rio de Janeiro. A publicação é distribuída gratuitamente e os interessados em recebê-la podem solicitá-la pelo e-mail [abia@abiids.org.br](mailto:abia@abiids.org.br) ou pelo telefone (21) 22231040. Falar com Aline Lopes.



## Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades

Lançado pela Unesco, o livro *Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades* é resultado de uma pesquisa realizada em todo o país e que traz experiências de gestores de saúde e integrantes de organizações não-governamentais no combate à epidemia de HIV/AIDS. O estudo analisa o papel do Estado, da sociedade civil organizada e de agências internacionais na luta contra a AIDS e traz, também, depoimentos sobre os desafios que o país enfrenta para barrar a disseminação do HIV e para aprimorar o tratamento das pessoas soropositivas. Os interessados em adquirir o livro devem entrar em contato com a Unesco pelo telefone (61) 2267381.



### Expediente

**Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA**  
**Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal**  
**Entidade de Fins Filantrópicos**

**Rua da Candelária, 79/10º andar**  
**20091-020 Rio de Janeiro/RJ**  
**Tel.: (21) 2223-1040**  
**Fax: (21) 2253-8495**  
**E-mail: [abia@abiids.org.br](mailto:abia@abiids.org.br)**  
**[www.abiids.org.br](http://www.abiids.org.br)**

### Diretoria

Diretor-presidente: Richard Parker  
 Diretora vice-presidente: Regina Maria Barbosa  
 Secretária-geral: Miriam Ventura  
 Tesoureiro: José Loureiro

Conselho de Curadores: Carlos Afonso, Elisabeth Moreira, Francisco Inácio Bastos, Jorge Beloqui, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Leon Zonenschain, Maria Nakano, Ruben Mattos e Vera Paiva  
 Coordenação-geral: Cristina Pimenta e Veriano Terto Jr.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Boletim ABIA nº 53 • Agosto de 2005

Jornalista responsável: Jacinto Corrêa Mtb 19273  
 Coordenação editorial: Andréa Blois e Claudio Oliveira

Revisão: Claudio Oliveira

Conselho Editorial: Carlos André Passarelli, Cláudio Oliveira, Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Richard Parker e Veriano Terto Jr.

Programação visual e editoração eletrônica: Conexão Gravata Ltda.

Este boletim foi financiado com recursos da EED/ Evangelischer Entwicklungsdienst e V.

Tiragem: 12.000 exemplares

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que citados a fonte e o respectivo autor. As opiniões apresentadas no boletim são de exclusiva responsabilidade dos autores.