

COLEÇÃO ABIA

Políticas Públicas

6

Acesso a tratamento de AIDS na Bolívia e no Paraguai

Cooperação internacional e mobilização social

Organizadores
CRISTINA PIMENTA, VERIANO TERTO JR.,
LUCIANA KAMEL, IVIA MAKSUD
E JUAN CARLOS RAXACH



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

COLEÇÃO ABIA

Políticas Públicas

6

Acesso a tratamento de AIDS na Bolívia e no Paraguai Cooperação internacional e mobilização social

Organizadores
CRISTINA PIMENTA, VERIANO TERTO JR.,
LUCIANA KAMEL, IVIA MAKSUD
E JUAN CARLOS RAXACH



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

Copyright© by ABIA, 2006

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro

CEP: 20091-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2223-1040 | Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@abiains.org.br | www.abiains.org.br

DIRETORIA

Diretor-Presidente: RICHARD PARKER

Diretora Vice-Presidente: REGINA MARIA BARBOSA

Secretária Geral: MIRIAM VENTURA

Tesoureiro: JOSÉ LOUREIRO

Coordenação Geral: CRISTINA PIMENTA E VERIANO TERTO JR.

ORGANIZADORES: Cristina Pimenta, Veriano Terto Jr., Luciana Kamel, Ivia Maksud e Juan Carlos Raxach

RELATOR DO SEMINÁRIO: Ricardo Mölnar

REVISÃO DO TEXTO: Ana Arruda Callado

REVISÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Aline Lopes

COORDENAÇÃO EDITORIAL: Wilma Ferraz

PROJETO GRÁFICO: Wilma Ferraz e Juan Carlos Raxach

CAPA: A 4 Mãos

DIAGRAMAÇÃO: Estúdio Metara [estudiometara.com.br]

APOIO:



IMPRESSÃO: Gráfica Stamppla

TIRAGEM: 1.000 exemplares

CIP-Brasil. Catalogação na Fonte. Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

A158

Acesso a tratamento de AIDS na Bolívia e Paraguai : cooperação internacional e mobilização social / [organizadores, Cristina Pimenta... et al.]. - Rio de Janeiro : ABIA, 2006
55p. : il. - (Coleção ABIA. Políticas públicas ; n.6)

Apêndice

Inclui bibliografia

ISBN 85-88684-26-8

1. AIDS (Doença) - Pacientes - Bolívia - Cuidado e tratamento. 2. AIDS (Doença) - Pacientes - Paraguai - Cuidado e tratamento. 3. AIDS (Doença) - Pacientes - Serviços para - Bolívia. 4. AIDS (Doença) - Pacientes - Serviços para - Paraguai. 5. Acesso aos serviços de saúde. 6. Políticas de saúde - Bolívia - Cooperação internacional. 7. Políticas de saúde - Paraguai - Cooperação internacional. 8. Políticas de saúde - Bolívia - Participação do cidadão. 9. Políticas de saúde - Paraguai - Participação do cidadão. I. Pimenta, Cristina. II. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. III. Série.

06-1445.

CDD 362.196978

CDU 364.2:616.98

É permitida a reprodução total ou parcial do artigo desta publicação, desde que citadas a fonte e os autores.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
ESTUDO DE CASO: BOLÍVIA	9
Introdução	9
1. O Sistema de Saúde Boliviano	10
2. A Resposta Nacional à Epidemia de AIDS na Bolívia	13
2.1. Dados Epidemiológicos	13
2.2. O Programa Nacional de AIDS na Bolívia	14
2.3. A Organização da Sociedade Civil	17
3. O Programa de Cooperação Internacional (PCI) Brasil – Bolívia	19
4. Acesso a Medicamentos e Lei de Propriedade Intelectual	22
5. O Fundo Global	23
6. Considerações Finais	24
7. Referências Bibliográficas	26
ESTUDO DE CASO: PARAGUAI	27
Introdução	27
1. Populações Indígena e Campesina	28
2. Sistema de Saúde	29
3. Panorama Epidemiológico do HIV/AIDS	31
4. O Programa de AIDS: principais diretrizes para assistência e prevenção	32
4.1. Gestantes e HIV/AIDS	34
4.2. Observações sobre ações de prevenção	35
4.3. Avaliação de serviços e planejamento de capacitações	35
5. Sociedade Civil e as ONGs do Paraguai	35
6. Acesso e Distribuição de Medicamentos no Paraguai	39
7. O Programa de Cooperação Internacional (PCI) Brasil - Paraguai	40
7.1. Assistência e acesso a medicamentos no contexto do PCI: o que pensam os paraguaios	41
7.2. Recomendações para terapia anti-retroviral no Paraguai	46
7.3. A Proposta ao Fundo Global	46
8. Considerações Finais	47
9. Referências Bibliográficas	48
RECOMENDAÇÕES GERAIS	49
ANEXO 1	51
ANEXO 2	53
ANEXO 3	55

APRESENTAÇÃO

A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada em 1986, vem atuando na luta contra a epidemia de HIV/AIDS no Brasil através de ações de prevenção, conscientização e mobilização social na defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV e AIDS, como também na produção e disseminação de informações e conhecimento e no monitoramento das políticas públicas relacionadas à epidemia nesses 20 anos. Principalmente a partir de 2002, a ABIA vem reforçando sua atuação no âmbito latino-americano para contribuir com a participação e intercâmbio entre países da região, com foco na importância do desenvolvimento de estratégias de cooperação sul-sul a fim de que se aprimorem as políticas nacionais e internacionais de resposta à epidemia.

O número 6 vem dar continuidade à Série Políticas Públicas, apresentando dois textos sobre *Cooperação, mobilização social e acesso a medicamentos de AIDS na América Latina: Estudos de Caso Bolívia e Paraguai*, como resultado do projeto de Cooperação, Mobilização Social e Descentralização das Políticas Públicas em HIV/AIDS na América Latina, desenvolvido com apoio da Fundação Ford, e das ações de cooperação externa com a sociedade civil nesta região da América Latina, em parceria com o Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde.

Os estudos de caso tiveram como objetivo o levantamento de informações sobre o acesso e atenção integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS e sobre as respostas sociais de controle à epidemia em um país na área Andina da América Latina, a Bolívia, e outro do Mercosul, o Paraguai, com os quais o governo brasileiro possui acordo de cooperação para a doação de medicamentos e apoio técnico para o tratamento da AIDS. Um dos aspectos relevantes do trabalho foi conhecer o impacto das doações brasileiras em outros países em desenvolvimento e o que isto representa no campo da produção de genéricos e de programas de cooperação externa, buscando aprofundar a compreensão sobre a inter-relação entre produção nacional, proteção de patentes e formas de acesso a tratamento. Nesse sentido, a proposta de estudo abordou também um diagnóstico da resposta local, incluindo o componente do movimento social e como se dá a participação da sociedade civil nesses países, e os desafios a serem enfrentados, a fim de garantir a sustentabilidade política e financeira das respostas nacionais e internacionais de enfrentamento à epidemia de AIDS.

Algumas das perguntas que pautaram os estudos foram: O Brasil cobre 100% da necessidade boliviana e paraguaia em anti-retrovirais? O que as organizações da sociedade civil desses países podem fazer em conjunto para continuar garantindo o acesso aos atuais e aos novos medicamentos para o tratamento da AIDS, a partir de uma perspectiva de integração regional efetiva que não se restrinja a acordos comerciais de acesso a mercados? Outra questão que nos chamou a atenção diz respeito ao modo como os temas relacionados à proteção da Propriedade Intelectual (PI) e seu impacto na produção e no acesso aos medicamentos para o HIV/AIDS vêm sendo tratados no âmbito de acordos comerciais que envolvem os países da região, tais como a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), e entre a União Européia (UE) e o Mercosul, e que podem ter conseqüências para todo o mundo em desenvolvimento, na medida em que reforçam os mecanismos de proteção da propriedade intelectual, em detrimento do acesso aos medicamentos e da produção local de fármacos.

Assim sendo, com o objetivo de fortalecer as instâncias do movimento social local, promover um processo de conscientização das Organizações Não-Governamentais (ONGs) a trabalhar questões de acesso a tratamentos, propriedade intelectual e de produção e aquisição de genéricos, e sensibilizar os governos locais, foram também realizados seminários e oficinas na Bolívia e no Brasil, objetivando mobilizar a opinião pública para garantir que os interesses da saúde pública e do bem estar dos cidadãos não sejam preteridos pelos interesses econômicos de setores particulares, promovendo estratégias múltiplas, tais como a disseminação de informações, o debate, a denúncia, a pesquisa, enfim, para marcar a participação social nestas questões.

Os textos apresentados foram elaborados a partir de informações coletadas através de entrevistas conduzidas na Bolívia (nos departamentos de Cochabamba, La Paz e Santa Cruz) e no Paraguai (em Assunção), com representantes da sociedade civil e do governo, no mês de setembro de 2005, bem como com base em dados obtidos através de relatórios e documentos fornecidos por instituições governamentais, da sociedade civil e agências internacionais que atuam nesses países.

Em fevereiro de 2006, a ABIA realizou também o Seminário *Cooperação, mobilização social e descentralização das políticas públicas em HIV/AIDS na América Latina*, onde estiveram presentes representantes da sociedade civil brasileira e paraguaia, técnicos do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde do Brasil, do Fórum Mercosul de ONG/AIDS e de agências internacionais. Foram dois dias de rico debate sobre o tema do acesso universal a tratamento e prevenção do HIV e AIDS, sobre os processos de desenvolvimento de projetos e o estabelecimento de acordos de cooperação internacional entre o Brasil e os países que recebem doações de

medicamentos para AIDS. Em março a ABIA recebeu uma delegação de ativistas bolivianos com quem foi possível discutir uma primeira versão do texto do estudo de caso sobre Bolívia. O resumo das discussões e considerações feitas durante o seminário também constam dos textos aqui apresentados.

Acreditamos que a divulgação dos resultados desse interessante processo, no Brasil e demais países, possa contribuir de forma diferenciada para a sustentabilidade e ampliação dos programas envolvidos, tanto do programa brasileiro como dos países parceiros em questão, assim como reforçar a mobilização das capacidades políticas e técnicas relacionadas ao acesso a tratamento e a prevenção na região.

A elaboração desse estudo contou com a colaboração do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde (CICT do PN-DST/AIDS do MS), da Assessoria de Cooperação Externa (COOPEX), dos coordenadores do Programa de Cooperação Internacional (PCI) da Bolívia e do Paraguai, da cooperação técnica alemã para desenvolvimento *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH* (GTZ) na Bolívia, no Paraguai e no Brasil, do GT ONUSIDA/Paraguai, dos coordenadores dos Programas Nacionais de AIDS na Bolívia e no Paraguai, dos ativistas e representantes das organizações da sociedade civil boliviana e paraguaia entrevistados. Agradecemos também a participação do consultor Marcos Benedetti na realização de entrevistas na fase inicial do estudo.

Cristina Pimenta^(a), Veriano Terto Jr.^(b),
Ivia Maksud^(c) e Luciana Kamel^(d)

^(a) Coordenadora geral da ABIA.

^(b) Coordenador geral da ABIA.

^(c) Assessora de projetos da ABIA

^(d) Assessora de projetos da ABIA



ESTUDO DE CASO: BOLÍVIA

INTRODUÇÃO

A Bolívia é um país situado na parte central da América do Sul, com uma área de 1.098.581 km², com características geográficas e culturais diversas. Apresenta uma população de 8,15 milhões de habitantes que convive com condições de extrema pobreza. Grande parte da população não tem acesso a serviços básicos como água potável, eletricidade e atenção à saúde primária (Carrizo, 2006). No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2004, a Bolívia aparece com 0,681, um crescimento em relação ao ano de 2003, quando obteve um índice de 0,672. Em conjunto com Peru, Equador, Venezuela e Colômbia, forma uma região política e geográfica denominada Comunidade Andina das Nações. Politicamente, constituiu-se em uma república unitária de regime presidencialista. A maior parte do território boliviano (62%) corresponde à área da Amazônia e Chaco e 32% à área andina alta.

Do ponto de vista geográfico, a Bolívia divide-se em três grandes regiões. O Altiplano,

apesar de não ser uma área propícia à agricultura, é conhecido pela produção de uma grande variedade de tubérculos e cereais. É nesta região que estão localizadas as cidades de La Paz, Potosi e Oruro. Os Vales, região ocupada por 30% da população total, é caracterizada por um clima seco e seus departamentos mais povoados são: Cochabamba, Chuquisaca e Tarija. A terceira região, denominada Llanos (planície), abrange a maior parte do território boliviano. É caracterizada por alto poder aquisitivo em comparação com as demais regiões, o que provoca a migração de pessoas provenientes de outras regiões. Esta região subdivide-se em duas zonas distintas: ao norte a planície de Mojos ou Del Beni e, ao sul, a planície seca do Chaco, que se estende desde Santa Cruz até as fronteiras com Brasil, Paraguai e Argentina (Silva, 2005).

Administrativamente, a Bolívia está subdividida em nove departamentos: La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, Santa Cruz, Beni e Pando. O país possui uma economia voltada para a exploração mineral – como estanho, petróleo e gás natural; a extra-



ção de madeira e borracha; a agricultura, com o cultivo da soja; e para a pecuária, com a criação de bovinos e camélidos – alpaca e vicunha, destinados à produção de lã. O complexo industrial é ainda modesto, tendo destaque as indústrias alimentícias, têxteis e a metalurgia.

A Bolívia é um país multiétnico e pluricultural, onde 60% da população são indígenas e 25% mestiços (miscigenação racial e cultural entre espanhóis e índios). Os Aymaras e Quéchuas são os principais grupos étnicos da parte andina e os Guaranis da parte amazônica. Historicamente, a classe dominante é a população branca descendentes de europeus que correspondem a 15% da população (Carrizo, 2006).

A população indígena é excluída socialmente, sofrendo discriminação pelos brancos e mestiços, e, às vezes até mesmo dentro da própria comunidade indígena, sobretudo quando membros da comunidade alcançam avanços na escala social ou na formação profissional. A pobreza é um fator que potencializa ainda mais a discriminação contra a população indígena. As mulheres indígenas estão entre as mais discriminadas, frequentemente identificadas como mulheres pobres e potencialmente portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, até mesmo pelos profissionais de saúde (Ibid, 2006).

A principal língua falada é o espanhol, porém o quéchua é falado por mais de 2,5 milhões de pessoas e o aymara por dois milhões.

Essa pluralidade étnica encontrada na Bolívia suscita um olhar mais acurado para a complexidade das relações que são estabelecidas entre os distintos grupos. A questão étnica na Bolívia, caracterizada pela miscigenação e pela diversidade, vem provocando um clima tenso entre diferentes grupos populacionais. Os conflitos travados entre os indígenas e a população branca de origem europeia são presentes com frequência ainda hoje. Percebe-se uma fronteira que separa a minoria branca, mais rica, e a maioria indígena, mais empobrecida.

No início dos anos noventa, as autoridades de saúde boliviana impulsionaram um conjunto de reformas políticas e sociais que resultou na reforma constitucional do Estado. O processo de descentralização político-administrativa compreendeu investimento na educação primária, desenvolvimento das políticas de equidade de gênero, de prevenção e erradicação da violência doméstica e de outras políticas direcionadas aos grupos étnicos e à infância. Na área específica da saúde, tiveram destaques as políticas de implementação do Seguro Nacional da Maternidade e Infância e do Seguro de Saúde para maiores de 60 anos. A legislação de saúde boliviana contempla várias normas relacionadas às infecções de importância epidemiológica, como as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

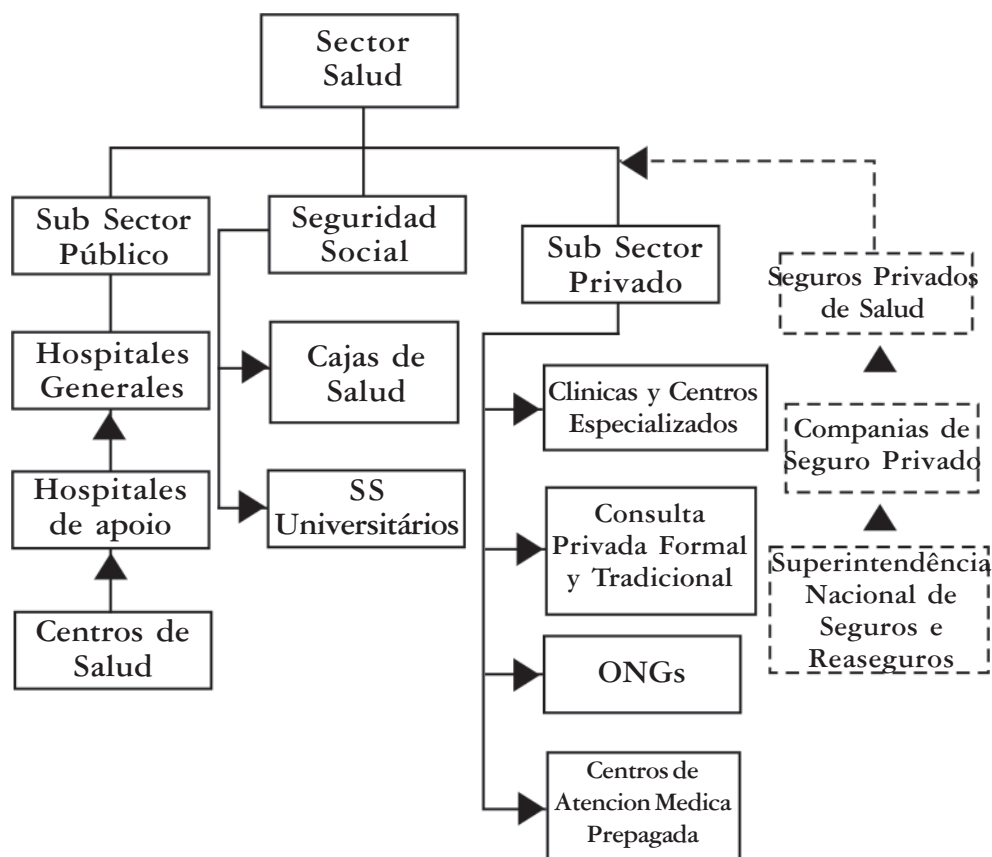
1. O SISTEMA DE SAÚDE BOLIVIANO

O Sistema de Saúde Boliviano está composto pelo serviço público, de seguro social (Caixas de Saúde), privado e a medicina tradicional. Segundo o relatório da Organização Pan-americana de Saúde (2004), a fragmentação do sistema, sobretudo o público e o seguro social, constituem um de seus maiores e mais complexos problemas. A fragmentação e a segmentação do sistema reproduzem as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. As infor-

mações referentes à cobertura da saúde na Bolívia são ainda muito deficientes; em 1997 estimou-se de forma não muito acurada que 66,3% da população estavam cobertas, distribuídas da seguinte forma: 30% pelo público, 25,8% pelo seguro social e 10,5% pelo privado (10% por ONGs e 0,5% por seguros privados). A partir dessas cifras, observamos que 33,7 % da popu-

lação não têm acesso a nenhum tipo de serviço de saúde, a não ser os serviços de atendimento realizados pela medicina tradicional. Em 1984, através da Lei de Participação Popular, a infraestrutura pública de saúde foi transferida para os governos municipais, deixando a gestão dos recursos humanos sob administração central do Ministério da Saúde.

Sistema de Saúde - Bolívia



Fonte: Informe Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia, 1998.

O Ministério da Saúde constitui-se como o ator principal na implementação de programas especiais com caráter de promoção e prevenção da saúde, de cunho nacional e gratuito. Na prática, porém, a atenção à saúde pública não chega a ser totalmente gratuita, já que para obterem um atendimento completo os pacientes pagam pelos remédios, pelas consultas e/ou

pela hospitalização, a preços mais baixos. Contudo, os entrevistados relatam também que esses serviços são de baixa qualidade, sendo utilizados apenas por pessoas de baixíssimo poder aquisitivo e pela população que vive nas ruas.

O sistema de saúde público, que é parcialmente subsidiado pelo Ministério da Saúde, atinge de maneira gratuita apenas as mulheres

gestantes e seus filhos até os cinco anos de idade, através do Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI), mantido através do orçamento nacional e de cooperação estrangeira.¹ Todos os outros pacientes são atendidos na rede pública de saúde, mas precisam também pagar uma parte dos custos, sendo que a outra parte é subsidiada pelos fundos governamentais.

Além do sistema público de saúde, há o sistema de saúde mantido pela Caixa Nacional de Saúde, sistema principal e mais popular, que é sustentado pelas contribuições mensais dos trabalhadores formais (como os trabalhadores das indústrias, professores, funcionários de pequenas empresas e outros empregados públicos) e que assegura o atendimento exclusivo para estes trabalhadores e seus dependentes, que perfazem em torno de 20% da população. Existem outros seguros de saúde, como os COSSMIL (seguro militar), SSU (seguro social universitário para empregados contratados), a Caixa Bancária, a Caixa Petroleira (para trabalhadores petroleiros e aviários). Nestes casos, existem diferenças na qualidade da atenção, e o empregador contribui com 10% do seguro. No entanto, relata-se que em função de uma saturação dos serviços e uma baixa qualidade da atenção, as pessoas com capacidade de pagar por um melhor atendimento acabam buscando o sistema privado.

Há um número de clínicas privadas que oferecem serviços de melhor qualidade que o Sistema Público, porém, não são acessíveis aos segmentos mais empobrecidos que compõem a grande maioria da população. Aqueles que podem pagar uma consulta preferem utilizar, por sua qualidade e eficiência, os serviços particulares,

dos quais algumas organizações não governamentais (ONGs), instituições sem fins lucrativos e igrejas fazem parte. As ONGs que prestam serviços de atenção à saúde atuam como administradoras e também como prestadoras de serviços. Estas instituições contam com centros e hospitais próprios e trabalham predominantemente em áreas de periferia urbana das grandes cidades.

A medicina tradicional também é considerada uma alternativa importante no país, em especial, nas áreas rurais e peri-urbanas. O recurso à medicina e curas tradicionais é utilizado em caso de doença ou sofrimento como primeira opção, por fazerem parte da identidade cultural, pela proximidade geográfica e também pelo baixo custo. Há também uma sociedade formada por médicos tradicionais, a SOBOMETRA, que inclui profissionais com ou sem formação universitária. Cerca de 40% da população rural é atendida pela medicina tradicional e por médicos do serviço rural obrigatório (composto basicamente por médicos recém-formados).

Os serviços de saúde estão divididos em uma rede que compreende quatro níveis de gestão e três níveis de atenção. Os níveis de gestão respondem à dimensão: nacional, departamental, municipal e local. Os níveis de atenção estão estruturados segundo a capacidade de resolutividade dos serviços. O primeiro nível de atenção corresponde à atenção ambulatorial, o segundo nível responde pelos hospitais que têm até quatro especialidades básicas (pediatria, ginecologia, medicina interna e cirurgia geral) e o terceiro relaciona-se aos hospitais de especialidades e micro-especialidades.

A medicina tradicional ou informal, como é denominada, acaba tornando-se uma realidade que convive lado a lado com a medicina ocidental no país ainda que a lei de 1998 sobre Seguro Básico de Saúde e o Plano Estratégico tenham estabelecido como objetivo o acesso universal a benefícios básicos de saúde de qualidade.

¹ O SUMI tem como objetivo promover assistência gratuita a gestantes e seus filhos até os 5 anos de idade. Atende também pessoas da terceira idade (a partir de 60 anos). Entretanto, o funcionamento exclui os procedimentos relativos à atenção ao HIV/AIDS.

2. A RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DE AIDS NA BOLÍVIA

2.1. Dados Epidemiológicos

O primeiro caso de AIDS notificado no país ocorreu em 1984, na cidade de Santa Cruz, e o segundo em Cochabamba, em 1985, conforme registros do Ministério da Saúde. As primeiras notificações foram de casos encontrados entre a população masculina. Até novembro de 2005, o número de casos registrados oficialmente era de 1.800 pessoas infectadas, estimando-se que 522 pessoas estão vivendo com HIV e 378 com AIDS, e que aproximadamente 900 casos já foram a óbito desde o início da epidemia.

Conforme dados do Programa Nacional de ITS/Sida, até 2003, a Bolívia tinha uma epidemia considerada incipiente.² Segundo os dados da UNAIDS, atualmente a Bolívia apresenta uma taxa de infecção do HIV de 0,1% entre a população adulta, o que representa um índice bastante baixo quando comparado com os 0,6% indicados como média para a região da América Latina.

Conforme foi possível registrar, ativistas e representantes das organizações da sociedade civil do país questionam estes números, indicando vários problemas de sub-notificação e também de possível viés na metodologia de co-

leta destes dados, em geral obtidos através de estudos sentinelas apenas entre mulheres grávidas. Alguns ativistas dizem que a Bolívia pode viver uma epidemia concentrada em alguns grupos populacionais, como homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo, por exemplo.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (2003) apontaram uma tendência atual de epidemia concentrada, e algumas regiões do país apresentam indicadores de uma tendência ao crescimento da epidemia entre homens, com prevalência constatada de 14,5% entre a população HSH na cidade de La Paz e 21% na cidade de Santa Cruz. Segundo os dados de 2004 do Programa Nacional de ITS/Sida do país, foi observada uma prevalência de 1,02% em gestantes no Hospital Galindo de Pando, no norte do país (Carizo, 2005). Com relação ao grau de escolaridade dos casos registrados, 54% das infecções correspondem a pessoas com ensino médio.

Segundo o documento da UNAIDS sobre a “Situação da epidemia de AIDS na América Latina” (2005), o crescimento da epidemia nesse país parece impulsionado, em grande parte, pelo comércio sexual e pelas relações sexuais entre homens (HSH). Estudos recentes entre trabalhadoras do sexo demonstram um incremento na adoção de práticas sexuais mais seguras, o que pode indicar que essa população está hoje mais consciente sobre os riscos de infecção pelo HIV/AIDS (UNAIDS, 2005). A faixa etária da população mais atingida é a de 25 a 34 anos, correspondendo a 64% do total de casos.

Segundo os dados fornecidos pelo Programa Nacional de ITS/Sida Boliviano, a proporção dos casos entre homens e mulheres infectados no período de 1984 a 1990 era de 7:1. A partir de 1991 essa proporção se estreita e a razão entre os sexos passou a ser 2,5 homens para uma mulher infectada. Em relação ao estado civil, a grande maioria das notificações correspon-

² Segundo a definição da UNAIDS e OMS, a epidemia pode ser caracterizada em três estados:

a) Incipiente: prevalência de 5% nos grupos populacionais com comportamento de alto risco (por exemplo, prostitutas, homossexuais com múltiplos parceiros, pessoas que injetam drogas), mas a prevalência de HIV entre a população em geral, medida através de mulheres que recebem atendimento pré-natal em áreas urbanas, é praticamente zero.

b) Concentrada: prevalência de HIV superior a 5% em um ou mais grupos de alto risco. Contudo, a prevalência entre a população em geral (avaliada entre mulheres grávidas) é inferior a 5%.

c) Generalizada: a prevalência de HIV entre mulheres grávidas é superior a 5%.

de a pessoas solteiras (51%) e, em seguida, a pessoas casadas (37%); 12% estão distribuídos entre aqueles que se declaram divorciados, viúvos ou aqueles que possuem relação intitulada como livre.

A principal via de transmissão é a sexual (97%), seguida pela transmissão perinatal (de mãe para o bebê) com 1%, e 2% de casos ignorados. Do total de casos de transmissão sexual, 78% são reportados entre os heterossexuais, 11% entre a população homossexual e 6% entre a população bissexual. No ano de 2004, as faixas etárias mais afetadas pela epidemia encontravam-se entre 25 a 34 anos (41%) e entre 15 a 24 anos (23%).

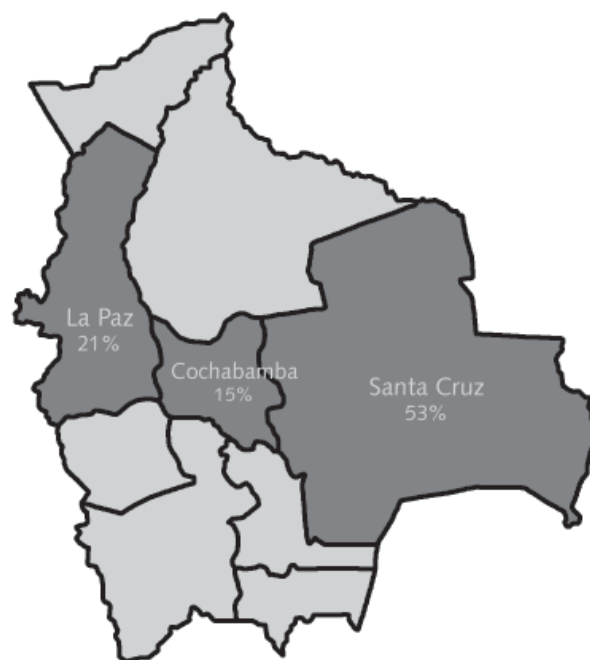
Os departamentos mais afetados pela epidemia encontram-se no eixo troncal – Santa Cruz, La Paz e Cochabamba. O departamento de Santa Cruz, caracterizado por sua grande atividade comercial e fluxo migracional interno e externo, apresenta 53% do total dos casos notificados na Bolívia. Em La Paz estão concentrados 21% dos casos e em seguida vem Cochabamba, com 15%. Os números de casos somados desses departamentos correspondem a 89% dos registros por AIDS no país. Em todas os departamentos, a epidemia está concentrada nas áreas cosmopolitas, havendo casos dispersos nas áreas rurais.

A taxa de mortalidade registrada no período de 1991 a 1995 foi de 46%. Em 2004, essa taxa decresce até 9,9%. Essa redução, observada pelo Programa Nacional Boliviano, pode ser consequência de falhas na notificação de seguimento dos casos de AIDS e de notificação inadequada das causas de morte.

2.2. O Programa Nacional de AIDS na Bolívia

O Programa Nacional de AIDS na Bolívia está sediado em La Paz e seu plano estratégico, elaborado para o período de 2006 a 2010 para a prevenção e controle das IST/HIV/AIDS, re-

Distribuição de casos de AIDS



Fonte: Programa Nacional de ITS/VIH/Sida – Ministerio Salud y Deportes. Bolívia, 1984-2004.

cebe recursos financeiros diretamente do Tesouro Nacional da Nação destinados ao pagamento de infra-estrutura e recursos humanos; da cooperação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) que são administrados pelo Projeto de Saúde Integral (PROSIN); do DFID (Department for International Development – Reino Unido) através da OPAS; do Projeto de Cooperação Internacional (PCI) Brasil – Bolívia; e, a partir de 2005, também começa a receber recursos do Fundo Global (Bolívia, 2005).

Antes da criação do Programa Nacional de DST/AIDS, o controle do Estado sobre a epidemia ocorria a partir de uma estrutura administrativa do Ministério da Saúde, através de um componente de IST (infecções sexualmente transmissíveis) junto ao Programa de Saúde Materno-Infantil. Em 1986, foi criado o Programa Nacional como um programa do Minis-

tério da Saúde, e em 1990 foi elaborado um planejamento estratégico e formalizadas as suas ações em âmbito nacional.

Desde o ano de 1992, o Ministério da Saúde e Desportos da Bolívia, com o apoio financeiro da USAID e dos Centros para o Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, implementou uma estratégia de prevenção dirigida às populações vulneráveis, com a abertura dos Centros Departamentais de Vigilância e Referencia (CDVIR) de IST/HIV/Sida.

Em sua primeira etapa, esse projeto teve início na cidade de La Paz e posteriormente foi ampliado para mais nove capitais departamentais em todo o território nacional da Bolívia, com os seguintes objetivos: a) melhorar a atenção de acompanhamento de infecções sexualmente transmissível (IST); b) melhorar a capacidade de diagnóstico para IST; e c) promover o uso do preservativo. Neste mesmo ano, foi assinado um convênio com o Ministério da Saúde e Previsão Social – posteriormente chamado de Ministério da Saúde e Desportos – para o desenvolvimento do Projeto Contra AIDS (PCS) com as seguintes diretrizes³: a) fortalecimento dos serviços de controle de IST; b) oferta de aconselhamento; c) capacitação de pessoal; d) informação, educação e comunicação (IEC); e) doação de medicamentos e reativos; f) vigilância epidemiológica; g) controle sistematizado das IST em grupos vulneráveis; h) promoção do uso de preservativo.

Esses centros foram ampliados e se estabeleceram através do PROSIN, que teve um papel fundamental no desenvolvimento do Programa Nacional de IST-HIV/AIDS do Ministério da Saúde e Desportos, assim como na implementação dos Centros Departamentais de

vigilância epidemiológica de IST-VIH/Sida nos nove departamentos.

Através desse mecanismo, são remunerados alguns técnicos que trabalham no Programa Nacional, além de também receberem insumos, medicamentos e materiais necessários à realização de suas atividades.

O Ministério da Saúde, de maneira geral, tende a ser bastante dependente de fundos da cooperação externa para a implementação de suas políticas e ações públicas. Do orçamento da União são destinados cerca de 4% para a área da saúde como um todo, sendo que esses recursos são utilizados para o pagamento de recursos humanos e infra-estrutura, e não podem ser utilizados para insumos e ações diretas de prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS.

A partir do ano 2000 começam a funcionar sete centros de vigilância sentinela para as populações selecionadas, a partir de critérios epidemiológicos e demográficos. Esses centros foram estabelecidos em La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Beni e Pando. Nesse mesmo ano, 101 pessoas vivendo com HIV/AIDS foram notificadas no país. No ano de 2001, esse número duplicou atingindo a 210 casos notificados. Em 2002 foram notificados 195 casos, em 2003 chegou a 225, e a 244 em 2004.

A realização de exames para o HIV no início existia com bastante irregularidade, pois havia dificuldade para a realização do teste Elisa e do confirmatório pelo Western Blot. Hoje, existem serviços de testagem voluntária para HIV na maioria das grandes cidades, mas são pagos (o teste custa entre dois e cinco dólares, ou dezessete pesos bolivianos).

Atualmente, em cada um dos nove departamentos existe um Programa de AIDS. Em cada programa departamental (local) existe um coordenador e um centro de assistência à população específica como: pessoas com HIV/AIDS, trabalhadoras do sexo e homens que fazem sexo

³ Centro de Notícias OPS/OMS/Bolívia, 2005.

com outros homens. Nesse centro são oferecidos atenção médica, atendimento de ginecologia, aconselhamentos pré e pós-teste anti-HIV e apoio psicológico. Possui também um laboratório no qual é realizado tanto o exame anti-HIV quanto os exames para as demais infecções de transmissão sexual. Entretanto, por esses centros atenderem populações socialmente marginalizadas, como profissionais do sexo, a população em geral não os utiliza por receio de estigmatização.

Em termos de atividades de prevenção, são produzidas campanhas informativas (como nas comemorações de 1º de dezembro), além de programas de rádios em línguas locais (quéchua e aymara) que estimulam a prevenção do HIV, o que demonstra uma preocupação dos dirigentes em ampliar o acesso à informação aos segmentos da população menos assistidos. Alguns materiais informativos, especialmente dirigidos a jovens e adolescentes, também são elaborados para distribuição nas escolas. Segundo a sociedade civil, esses materiais nem sempre chegam e são distribuídos apenas nos serviços de saúde. Por outro lado, os relatos indicam que o Programa Nacional pouco tem feito em termos de prevenção dirigida a homens que fazem sexo com homens (HSH), mesmo que em estudo recente (ainda não publicado) exista indicação de uma alta taxa de prevalência do HIV nesta população (variando de 14% a 20% segundo a região).

Alguns dos principais obstáculos existentes no país que dificultam o acesso ao diagnóstico para o HIV e a adesão ao tratamento para a AIDS estão diretamente relacionados, tanto às dificuldades de disponibilidade de serviços e insumos (já que o teste para diagnóstico não é gratuito e o acesso aos medicamentos ainda não é universal), como também à presença ainda de altíssimos níveis de estigma e discriminação das pessoas vivendo com HIV/

AIDS. Durante a realização das entrevistas na Bolívia houve relatos de que na cidade de Tarija, por exemplo, o nome e a imagem das pessoas que têm resultado de sorologia positiva para o HIV seria divulgado nos jornais locais (mesmo sob protestos de ativistas), propagando o estigma e a exclusão social que cerca a doença e, dessa forma, fazendo com que cada vez menos as pessoas procurem os serviços de teste para sorologia do HIV.

Resumindo, os principais atores que organizam e sustentam a resposta boliviana à epidemia de AIDS são:

- a) o nível governamental, representado principalmente pelo Ministério da Saúde e Desportos, especialmente através do seu Programa Nacional de ITS/Sida, a Direção Nacional de Medicamentos, o Setor de Laboratórios – IN-LASA, e o setor de armazenamento e distribuição de insumos;
- b) o nível internacional, com as iniciativas globais de financiamento e cooperação técnica como a Organização PanAmericana de Saúde, o UNICEF, agências bilaterais de cooperação, como é o caso especialmente do DFID (Department for International Development) do Reino Unido, da GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) da Alemanha, da USAID (United States Agency for International Development) dos EUA, da ABC (Agência Brasileira de Cooperação) do Brasil, e, em menor escala, da Cooperação Suíça e do Fundo Global para Tuberculose, AIDS e Malária, desde 2005;
- c) as organizações da sociedade civil, incluindo as associações de pessoas vivendo com HIV/AIDS, e as redes nacionais (Redbol e Unibol) que constituem um movimento recente, mas muito bem organizado e atuante em todas as frentes (prevenção, assistência e promoção de direitos humanos), especialmente no que diz respeito às questões de acesso a medicamentos.

Fluxo de financiamento

GESTÃO	Financiamento Internacional	%	Financiamento Nacional	%	TOTAL
2003	1.281.221,00	71,03	522.576,58	28,97	1.803.797,58
2004	1.525.171,00	73,94	537.634,94	26,06	2.062.805,94
2005	2.149.533,47	83,37	428.923,79	16,63	2.578.457,26
TOTAL	4.955.925,47	76,89	1.489.135,32	23,11	6.445.060,78

Fonte: OMS/OPS-USAID/BOLIVIA-UNICEF-FONDO GLOBAL- Ministerio de Salud e Ministerio de Hacienda, 2006.

2.3. A Organização da Sociedade Civil

Um ponto importante, no que diz respeito às políticas de controle da epidemia na Bolívia, foi o registro da ausência de ONGs/AIDS exercendo o papel fundamental de controle social no início da epidemia. Aparentemente, mesmo com a histórica mobilização da sociedade civil boliviana na reivindicação de direitos trabalhistas e políticos, notou-se a ausência de um movimento social organizado e coeso de luta contra a discriminação sexual e social e dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS nos anos 90.

A chegada dos medicamentos incluindo ARV, antibióticos e antifúngicos para o tratamento da AIDS na Bolívia só aconteceu em dezembro de 2003, significando um marco histórico da luta contra a epidemia no país, logo após a mobilização de pessoas vivendo com HIV e AIDS num fórum em setembro de 2002 na cidade de Cochabamba para reivindicar a necessidade de medicamentos. As pessoas estavam morrendo, pois não tinham acesso ao tratamento das infecções oportunistas (IO) ou ARV para o tratamento da AIDS. Nesse fórum, então, foi decidido que se fizesse uma denúncia contra o governo boliviano através da Comissão Interamericana de Direitos Humanos em Washington. A denúncia contou com 52 assinaturas de pessoas vivendo com HIV/AIDS. A Comissão se posicionou a favor das pessoas soropositivas e cobrou do governo a compra de medicamentos.

Ainda assim, o governo não tomou nenhuma providência sistemática para o acesso a tratamento da AIDS e os pacientes seguiram morrendo. Segundo dados coletados em entrevistas, morriam em média de quatro a cinco pessoas por mês. E, à medida que os óbitos ocorriam, as pessoas soropositivas denunciavam e cobravam tratamento. Diante da pressão orquestrada pelo movimento social que repercutiu também em âmbito internacional, o Ministério da Saúde e o Programa Nacional de AIDS se viram, então, obrigados a criar uma estratégia que diminuísse o número desses óbitos.

A partir de 2003, começaram também os primeiros trabalhos comunitários com a participação das pessoas vivendo com HIV no país. Nos departamentos onde não existem ONGs, a única instância para controle da epidemia acaba sendo a governamental, que é bastante deficiente, segundo os relatos. A maior parte das ações de controle da epidemia estão concentradas no eixo La Paz, Cochabamba e Santa Cruz.

A sociedade civil organizada boliviana possui hoje um papel importante no controle da epidemia, pois, através de suas organizações, impulsionou o processo de mobilização e coordenação em torno da problemática da AIDS, contrastando com os ainda poucos esforços promovidos pelo Estado. Atualmente, existem diferentes grupos de várias cidades do país que estão integrados à Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RedBol). A RedBol

surgiu em 2002, de uma reunião em Cochabamba dos principais líderes de pessoas que vivem com HIV/AIDS na Bolívia. Atualmente, essa rede possui grupos afiliados por todo o país. Atua principalmente na área de *advocacy* e monitoramento das políticas públicas e acordos de cooperação, ocupando importantes espaços de representação política dos interesses das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Na ocasião da realização do presente trabalho, faziam parte da RedBol seis organizações e cinco pontos focais com representações em nove departamentos: a Fundación Red Cruceña de apoyo integral a personas que viven con el VIH y el Sida (Santa Cruz), RedVihda, Asociación Más Vida (La Paz), Asociación Wasynancywa (La Paz), Grupo Esperanza Positiva (Cochabamba), Grupo Vivo en Positivo (Cochabamba), Grupo VIHoruro (Oruro) e pontos focais em Sucre, Potosí, Tarija, Beni e Pando (Aguilera, J., 2005). Além da RedBol, existe outra rede nacional de representações diferentes, a UninBol, que fortalece os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS e pessoas vivendo com HIV/AIDS afiliadas a organizações de AIDS, e que são: Asociación Más Vida (Paz e Potosi), Juntos por la VIHda de Cochabamba, e Más Vida (Oruro).

Tanto as ONGs que trabalham com pessoas vivendo com HIV/AIDS como outras organizações da sociedade civil conseguiram participar da execução dos projetos financiados pelo Fundo Global, apesar de resistências do Mecanismo de Coordenação do País (MCP), instância responsável pela redação da proposta ao Fundo Global para o HIV/AIDS, Tuberculose e Malária. Foram aprovados 11 projetos para ONGs que trabalham com HIV/AIDS representando 8% do total do financiamento para HIV/AIDS do recurso do Fundo Global.

Do ponto de vista da sociedade civil, existem na Bolívia, legalmente estabelecidas, apenas duas instituições não governamentais que

trabalham com HIV/AIDS (ONG/AIDS): o Instituto de Desenvolvimento Humano (IDH) e a RedVida, localizadas respectivamente em Cochabamba e Santa Cruz, e que reúnem dois comitês identificados como “Comitês de luta contra HIV/AIDS”. No entanto, existem outras associações e cerca de cinco grupos formados por pessoas vivendo com HIV, todos afiliados à RedBol. Organizações e grupos membros da RedBol preocupam-se com a elaboração de programas sobre “sexo seguro para pessoas vivendo com HIV/AIDS” e “direitos humanos dos soropositivos” e contribuem com aspectos importantes para o Plano Nacional de Prevenção e Assistência. No entanto, a principal estratégia dos ativistas sempre esteve voltada para o acesso universal.

Em novembro de 2004, durante a Oficina “Articulação entre a Sociedade Civil, Governo e Agências de Cooperação” na Bolívia (da qual membros da equipe da ABIA participaram), foi criado o “Foro por la Vida” com o objetivo de organizar e dar seguimento ao processo de articulação entre as organizações da sociedade civil boliviana. O Foro por la Vida tinha como proposta a realização, em 2005, do Primeiro Encontro Nacional de OSC/ONGs da Bolívia. Quatro organizações ficaram responsáveis pela organização desse encontro nacional: PROSALUD (Santa Cruz), IDH (Cochabamba), PROCO-SI (La Paz) e a RedBol (representado por RedVida de Santa Cruz). O encontro não pode ser realizado por falta de recursos financeiros. Mesmo assim, continua sendo objetivo da sociedade civil fortalecer e dar continuidade ao Foro por la Vida como mecanismo de articulação entre as ONGs, e de fortalecimento da sociedade civil.

As entrevistas apontam ainda para a falta de esforços de integração multi-setorial e de apoio, tanto por parte das instâncias governamentais como das agências internacionais, e do mecanismo de coordenação nacional do Fundo Global na Bolívia. As instituições doadoras e

os programas bilaterais de cooperação existentes no país precisam se engajar num esforço de harmonização de suas políticas para apoiar a sociedade civil de forma efetiva, através do financiamento e do apoio técnico para o desenvolvimento de ações dirigidas a populações alvo específicas, mas também para ações que fortaleçam a articulação política, o intercâmbio entre ONGs, e o desenvolvimento da capacidade institucional de organizações e grupos da sociedade civil que fazem parte da resposta à epidemia. As redes existentes reivindicam seu fortalecimento para continuar contribuindo no processo de informação e educação da população para o tratamento e no apoio às pessoas que vivem com HIV, tanto nas áreas de tratamento, como também na prevenção primária e secundária.

Paradoxalmente, a contribuição da sociedade civil é reconhecida como valiosa pelas instâncias governamentais e agências de cooperação que atuam no país, mas, é subutilizada e subestimada, ainda que venha se constituindo nos últimos anos como parceiro essencial, não só como possíveis prestadores de serviço e disseminadores de informação, mas também no apoio à atenção integral ao paciente, e principalmente no combate ao alto nível de estigma e discriminação encontrados no país, relacionados principalmente à homofobia e à soropositividade para o HIV.

3. O PROGRAMA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL (PCI) BRASIL-BOLÍVIA

A implementação do Programa de Cooperação Internacional (PCI) entre os governos do Brasil e da Bolívia teve início em 2003, com o objetivo de fortalecer a resposta nacional do programa da Bolívia no controle da epidemia de VIH/Sida. Propunha-se com esse programa de cooperação técnica fortalecer um plano de atenção integral às pessoas vivendo com HIV/

AIDS, aprimorar a rede de serviços de diagnóstico e tratamento, desenvolver um sistema de vigilância epidemiológica para o monitoramento e avaliação da epidemia pelo Programa Nacional Boliviano, e apoiar a formação de alianças estratégicas entre o governo e as organizações da sociedade civil.

O PCI Brasil-Bolívia previa o fornecimento inicial de tratamentos de AIDS para 100 pacientes, o que foi ampliado, posteriormente, para 400 pacientes. Até o final de 2004 foram realizadas três remessas de medicamentos para atender 300 pessoas vivendo com HIV/AIDS. Assim, desde fevereiro de 2005, o Programa Brasileiro cumpre a meta de atender 400 tratamentos com medicamentos de primeira linha. Segundo os dados do Programa Nacional de ITS/VIH/Sida da Bolívia, existem 256 pessoas em tratamento.

Anterior à elaboração do PCI, as pessoas com HIV e AIDS na Bolívia não tinham acesso ao tratamento, e tampouco existiam laboratórios públicos disponíveis para a realização de exames de CD4 e carga viral para a população em geral. Os programas e serviços existentes atendiam apenas trabalhadoras sexuais, e cobravam um valor destinado a uma conta da PROSIN/USAID.

Segundo o relatório do Conselho Latino Americano e Caribenho das Organizações com Serviços em AIDS (LACCASO) de 2003 sobre a Situação do HIV/AIDS e Direitos Humanos na Comunidade Andina, as pessoas vivendo com HIV não tinham nenhum tipo de apoio do Estado para o tratamento das infecções oportunistas e nem recebiam os medicamentos anti-retrovirais (ARV) na região, para um tratamento adequado. Em se tratando de medicamentos ARV, o relatório aponta que ainda não existe vontade política para promover o acesso universal e sustentável aos medicamentos na região.

Vários esforços foram feitos para conseguir os medicamentos. Num primeiro momento, com

a oportunidade do PCI, foi apresentada uma proposta da Bolívia ao Brasil que não foi aceita, pois havia uma prioridade no Brasil para os países que constatavam maior incidência de casos de AIDS, como os países de língua portuguesa do continente africano. Após inúmeras reuniões com o Programa Nacional de AIDS Brasileiro foi desenvolvido um programa conjunto entre os países no âmbito do PCI e, então, a Bolívia começou a receber doações dos medicamentos brasileiros. As primeiras doações brasileiras de ARV chegaram em dezembro de 2003, o que coincidiu com o tempo em que o governo começou a distribuição dos medicamentos das medidas cautelares que haviam sido ganhas com apoio da Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

Os medicamentos doados pelo Programa Nacional de AIDS do Brasil são enviados para o centro de abastecimento nacional, o CEAS e posteriormente para os centros de abastecimento regionais. A solicitação do medicamento é feita de acordo com a necessidade de cada departamento. No projeto inicial, o convênio só contemplava La Paz e Santa Cruz, meio a meio. Atualmente, a distribuição dos medicamentos ocorre nos nove departamentos.

Um resultado importante da cooperação entre os dois países foi o apoio técnico propiciado com a capacitação de 70 profissionais de saúde nas áreas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes das cidades de La Paz, Santa Cruz e Cochabamba. A cooperação também resultou na possibilidade de oferecer exames de CD4 que eram anteriormente realizados apenas por clínicas particulares, bem como a revisão do consenso terapêutico que orienta o início do tratamento. Em 2004, com a aquisição do citômetro de fluxo⁴ para

(INLASA) Instituto Nacional de Laboratórios em Saúde, foi iniciada a realização dos exames para CD4 e de carga viral; também pôde haver a compra de reativos através de acordo estabelecido com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e de recursos doados pela Agência de Cooperação Internacional Inglesa (DFID). Dessa maneira, após quatro meses de implementação do PCI, já era possível fazer exames de laboratórios gratuitos e com periodicidade regular de seis meses.

Atualmente na Bolívia existem três laboratórios de referência localizados em La Paz (INLASA), Santa Cruz (CENETROP) e Cochabamba (LABIMED). Todos realizam exames de CD4, mas apenas o INLASA faz exames para carga viral. Os critérios adotados para a indicação de tratamento são os da OPAS,⁵ de Caracas e do CDC. Existe, também, um comitê de consenso terapêutico para orientar a conduta médica terapêutica com relação ao HIV e AIDS, o qual elaborou as pautas de acesso aos medicamentos para a população boliviana, com base nas recomendações para terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes brasileiros infectados pelo HIV.

A grande maioria dos medicamentos para a AIDS distribuídos na Bolívia é proveniente da cooperação brasileira através do PCI. Entretanto, alguns medicamentos utilizados não fazem parte da doação brasileira, como por exemplo, o Efavirenz e outros medicamentos de segunda linha de que as pessoas atendidas através da medida cautelar necessitavam e, portanto, são adquiridas. Essas compras, ainda que pequenas e de esquemas terapêuticos, na sua grande maioria, também de medicamentos de primeira linha, são feitas da indústria indiana de genéri-

⁴ Aparelho que avalia a imunidade do paciente, possibilitando a monitoração constante do estágio de evolução da doença e, conseqüentemente, seu estado de saúde.

⁵ Para os países em desenvolvimento, basta um Elisa positivo e a presença de uma infecção oportunista para o início do tratamento com anti-retrovirais, caso a pessoa já não esteja sendo tratada com os medicamentos para infecções oportunistas.

Estimativas para Cobertura Universal de Medicamentos Anti-Retrovirais para países que possuem cooperação com o Governo Brasileiro

América Latina	Estimativa do nº de pessoas vivendo com HIV/AIDS* - 2003	Estimativa do nº de pessoas vivendo com HIV/AIDS que precisam de tratamento ARV**	PVHA identificadas pelos PNLs para início imediato de TARV	Pessoas em TARV	
				PNLS	PCI
Bolívia	4.900	980	400	0	100 (400)
Colômbia	190.000	38.000	4.000		100
El Salvador	29.000	5.800	-		
Paraguai	15.000	3.000	700	300	100 (400)
República Dominicana	88.000	17.600	5.000	40	100

Fonte: Report on the Global AIDS Epidemic - UNAIDS, 2004 (4º Global Report) <www.aids.gov.br>. Acessado em abril, 2006.

* Este cálculo foi feito com base em 20% da estimativa das pessoas que vivem com HIV/AIDS nos respectivos países. A OMS utiliza como padrão o percentual variante entre 20 e 30%.

** Este cálculo foi feito com base em 5 a 7% da estimativa das pessoas que vivem com HIV/AIDS nos respectivos países.

Número de pessoas em tratamento e estimativa do número que necessita de tratamento por região

Região	Nº de pessoas em tratamento ARV	Nº de pessoas que necessitam de tratamento ARV	Cobertura
Américas	220.00	410.000	54%

Fonte: Report 3 by 5 - WHO, junho 2004/www.aids.gov.br /acessado em abril, 2006.

cos – CIPLA. Atualmente, com o PCI e o Fundo Global, todo tratamento é gratuito, sendo que o PCI deve cobrir os medicamentos de primeira linha produzidos no Brasil, e o Fundo Global a compra dos medicamentos de segunda linha,⁶ importados da indústria farmacêutica internacional. Não obstante, a fonte de recursos do Fundo Global tem demonstrado ser de difícil gerenciamento.

Segundo depoimentos dos entrevistados, o governo demonstra falta de vontade política de investir recursos próprios na compra de medicamentos, o que, até esse momento, só foi

possível de forma pontual. Como a Bolívia não produz medicamentos anti-retrovirais ou para o tratamento de infecções oportunistas, caso não exista interesse do governo nacional a médio e longo prazo de desenvolver essa área, a situação poderá representar uma barreira com relação ao acesso universal ao tratamento, assim como à atenção integral dos pacientes.

Profissionais de saúde e ativistas entrevistados indicam que os únicos medicamentos que os pacientes têm garantia de continuidade são os da doação brasileira, o que adiciona uma maior preocupação com a manutenção e ampliação da produção desses medicamentos no Brasil caso não se desenvolvam alternativas de compra e produção locais e sustentáveis na região.

⁶ Os medicamentos de primeira linha (AZT, 3TC, AZT + 3TC, DdI, D4T, Indinavir, Nevirapina) são medicamentos genéricos produzidos no Brasil. Os medicamentos de segunda linha (como por exemplo, Efavirenz e Kaletra) são medicamentos importados.

Com o intuito de promover a garantia do acesso universal aos medicamentos foi assinada uma Resolução Ministerial nº 0711⁷, em 2002, para a prevenção e vigilância do HIV/AIDS e que serve de referência jurídica para regulamentar as ações de atenção médica, prevenção, promoção e vigilância epidemiológica. Ainda que os artigos 158 e 164 da Constituição boliviana estabeleçam a obrigatoriedade de defender a população, protegendo a saúde com todos os meios a seu alcance, na realidade esses princípios constitucionais não são sempre cumpridos, já que a Resolução Ministerial não é uma lei. A aplicação da Resolução Ministerial é de competência do Ministério da Saúde e dos Desportos, que a executaria através dos Serviços Departamentais de Saúde (SEDES). Na resolução ministerial também está previsto o desenvolvimento de parceria com Ministério da Educação e do Trabalho, porém, na prática a implementação da intersetorialidade ainda não se tornou efetiva.

4. ACESSO A MEDICAMENTOS E LEI DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

A distribuição de medicamentos ARV na Bolívia se caracteriza por três fases. Numa primeira etapa, as pessoas tinham acesso aos medicamentos – que incluíam o AZT em xarope pediátrico e comprimido, e o DDC – doados por diferentes países e instituições de forma pontual e esporádica. A segunda fase aconteceu por volta de 2002, quando, além desses medicamentos, também foi incluída a Delavirdina.⁸ Nessa

⁷ Resolução Ministerial nº 0711 para prevenção e vigilância de HIV/AIDS na Bolívia; Ministério de Salud y Desportos/Organización Panamericana de Saúde e Organización Mundial de Saúde, novembro de 2002. Esse documento se inscreve na agenda estabelecida pela declaração e compromisso aprovados em junho de 2001 na Assembléia Geral das Nações Unidas no enfrentamento do estigma e discriminação provocada pelo HIV/AIDS. <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsi21397.pdf>>

época a burocracia alfandegária boliviana, não sensibilizada com o procedimento, demorava a liberar a entrada desses medicamentos no país, causando conseqüências negativas da não utilização dos remédios pela população. Nesse período, poucas pessoas tiveram acesso à terapia. Num terceiro momento, no final de 2003, com os acordos firmados para doações continuadas de ARV, foram doados pelo governo brasileiro os esquemas completos de medicamentos (AZT, 3TC, AZT + 3TC, DDI, D4T, Indinavir, Nevirapina).

Antes da primeira doação de ARV pelo Brasil, existia também a possibilidade de adquirir os medicamentos a custos muito altos através de uma importadora local de medicamentos. Além disso, havia compras através de um mercado informal. Algumas pessoas iniciaram o tratamento com mono e biterapia com os medicamentos disponíveis até então. Em alguns casos, iniciavam o tratamento com o ARV proveniente de doação e compravam o que faltava. Nesse momento, segundo os dados das entrevistas, apresentavam-se dois perfis de pacientes que tomavam medicamentos: aqueles que não tinham medo de se expor e buscavam os remédios nos Programas Departamentais de HIV/AIDS, em geral pessoas de baixo poder aquisitivo, e outros que, por receio de se expor, continuavam comprando medicamentos no mercado informal através de seus médicos particulares, estes, em geral, pessoas de alto poder aquisitivo preocupadas em manter sigilo sobre sua soropositividade.

Outro aspecto importante na área de tratamento na Bolívia está relacionada à lei de patentes que é datada de 1918, vinculada a uma norma supranacional da qual a Bolívia é signatária: a decisão nº 486 da Comunidade Andina das Nações para a elaboração de normas nacionais, após aprovação de todos os países mem-

⁸ Medicamento já fora de uso, inclusive no Brasil.

bros. A Comunidade Andina tem sido importante para a temática de acesso a medicamentos, pois estabeleceu um plano estratégico, através do qual realiza compras conjuntas de anti-retrovirais e dos medicamentos para infecção oportunista. O objetivo dessa comissão é buscar meios de consolidar uma agência andina de medicamentos que viabilize o acesso universal na região. Segundo a diretora do Dirección Nacional de Medicamento (DINAMED), existe na Bolívia um interesse em realizar pesquisas sobre medicamentos abordando os aspectos clínico, político, econômico e social relacionados a políticas de medicamentos. Não existe na Bolívia uma investigação formal sobre medicamentos; o que se tem é um projeto piloto sobre um observatório farmacêutico que compreende 1.800 indicadores divididos em quatro blocos temáticos que abrangem: a) política; b) regulação; c) acesso e d) mercado. Esse estudo representaria uma primeira investigação de impacto sobre acesso a medicamentos e Propriedade Intelectual e, incluindo também produtos utilizados na medicina tradicional.

5. O FUNDO GLOBAL

O Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária foi estabelecido em janeiro de 2002, com a missão de apoiar a expansão da cobertura das atividades de prevenção, assistência e tratamento para essas três epidemias. Por ser um acordo de cooperação internacional entre governos, sociedade civil, setor privado e comunidades afetadas, o Fundo Global constituiu-se num novo enfoque para o financiamento internacional de saúde. É uma organização independente, regida por uma junta diretiva integrada por representantes de governos doadores e beneficiários, de organizações não governamentais (ONGs), do setor privado e das comunidades afetadas. Também fazem parte

membros representantes da Organização Mundial de Saúde – OMS, da UNAIDS e do Banco Mundial. Trata-se de uma estrutura organizacional que poderia proporcionar uma abertura para o trabalho conjunto, com a criação de importantes parcerias entre diversos atores envolvidos no controle da epidemia no país e no mundo, utilizando para estes objetivos o Mecanismo de Coordenação de País (MCP).⁹

A proposta de financiamento, pelo Fundo Global, de ações para o combate à epidemia de AIDS, tuberculose e malária da Bolívia foi apresentada e aprovada em 2003, porém o recurso só chegou ao país em julho de 2004, quando foi realizada a assinatura do primeiro acordo. Foram aprovados seis milhões de dólares para HIV/AIDS, para dois anos, dos quais foram destinados 800 mil por ano para a compra de medicamentos.

A primeira chamada para apresentação de propostas de apoio com recursos do Fundo Global gerou uma demanda de coordenação inter-institucional no nível local e nacional que, infelizmente, as autoridades do Ministério da Saúde não conseguiram conduzir de forma participativa, segundo os entrevistados. As reuniões para discussões do Fundo ocorridas na cidade de La Paz foram apenas informativas, e cumpriram com uma exigência das Nações Unidas para a obtenção do recurso (Carrizo, 2006).

Como ocorreu em vários outros países, desde que foi anunciada a existência de recursos do Fundo Global, inúmeras organizações que nunca haviam trabalhado com AIDS na Bolívia (ou que o fizeram de forma complementar às suas ações principais) começaram a se manifestar e apresentar propostas de trabalho nessa área.

⁹ Compõem o MCP da Bolívia 29 instituições consideradas como membros fundadores. Cochabamba possui quatro e Santa Cruz, duas. Apesar do regulamento do Fundo Global para organizar o MCP e estabelecer participação equitativa das diferentes regiões e atores, essa regra não foi cumprida.

O projeto apresentado pelo MCP da Bolívia ao Fundo Global tem como propostas centrais: a) reduzir a ocorrência de novas transmissões por HIV/AIDS; b) reduzir a morbidade e a mortalidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS; c) ampliar o acesso ao tratamento das infecções oportunistas e da AIDS e, em casos especiais, das infecções de transmissão sexual e outras infecções; e d) viabilizar a compra de insumos para carga viral, CD4 e exames de rotina.

Segundo os membros da Rede Nacional Boliviana de pessoas vivendo com HIV/AIDS (RedBol), a entrada desse fundo no país foi bastante estratégica no controle da epidemia de AIDS, ao mesmo tempo em que se constituiu um desafio, pois muitas instituições de base tiveram que apresentar propostas para o Fundo, ao mesmo tempo que executá-las, monitorá-las e avaliá-las. Por outro lado, um recurso que viria auxiliar as políticas públicas de prevenção, atenção e assistência ao HIV/AIDS tornou-se um substituto ao investimento governamental boliviano no fortalecimento das ações de controle da epidemia.

Não obstante, foi ressaltado por entrevistados da sociedade civil que a entrada dos recursos do fundo possibilitou a ampliação do acesso a tratamento e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS na Bolívia. Nesse sentido, a proposta do Fundo Global passou a ser vista como uma prioridade para os líderes da RedBol.

Na prática, no entanto, o Fundo, que deveria complementar a compra dos medicamentos não contemplados pelo acordo de cooperação técnica com o Brasil, sofreu muitos entraves de licitação, liberação e distribuição dos medicamentos, fazendo com que os medicamentos doados pelo Brasil signifiquem a principal fonte de ARVs para a Bolívia neste momento.

É importante salientar que o Fundo Global ingressou na Bolívia, como em muitos países em desenvolvimento, com a missão de in-

crementar as políticas públicas desses países no controle da epidemia. Porém, as estruturas governamentais desses países padecem de grandes deficiências não só na organização de todo o sistema de saúde (prevenção, promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação), como também um desinteresse político por essa temática, o que dificulta a própria obtenção e gerenciamento dos recursos do Fundo.

Por outro lado, um aspecto importante a ser observado, e que também tem um efeito direto na capacidade de implementação e articulação política nacional para coordenar (nesse caso do programa de AIDS do Ministério da Saúde da Bolívia), é a criação de “sistemas paralelos” de autoridades nacionais e de políticas de AIDS, a partir da criação do MCP do Fundo Global no país, o que conduz a uma confusão de papéis. Na prática, existem situações onde o MCP detém o “poder” ou “autoridade” de fato na tomada de decisões sobre investir em alguma área e em outra não, ou sobre que políticas e que atores serão financiados e, nessa situação, a capacidade do programa nacional é corroída, reduzindo a capacidade para reter pessoal competente e envolver a sociedade civil corretamente no processo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou contribuir para o intercâmbio de países da região andina com os quais o Brasil possui acordos de cooperação externa que envolvam a doação de medicamentos genéricos. O foco central foi conhecer o impacto das doações brasileiras de medicamentos na realidade daqueles países e o que elas representam, como exemplo, no âmbito das cooperações sul-sul, na sustentabilidade das políticas nacionais e internacionais de acesso ao tratamento de AIDS. Através dos casos em questão, o estudo busca ainda apontar a inter-relação entre Propriedade In-

telectual e acesso, e conhecer o envolvimento da sociedade civil latino-americana nesse processo.

Como resultado deste estudo, podemos dizer que os atores principais da resposta à epidemia da AIDS na Bolívia estão presentes na esfera governamental, na sociedade civil organizada e na esfera internacional das agências e programas de cooperação. Estes atores se organizam em níveis hierárquicos distintos, em função das estratégias, programas e recursos específicos que estejam disponíveis. Em geral, as agências doadoras exercem muita influência na implementação de estratégias e programas de AIDS no país, já que mais de 70% dos recursos disponíveis para a implementação das ações do Programa de AIDS boliviano são provenientes de aportes externos. Contudo, o governo é soberano e determina as diretrizes a serem adotadas no país por meio de implementação de políticas públicas como demonstrado no Plano Estratégico para o Controle e Prevenção das IST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde e Desportos da Bolívia para o período de 2006-2008.

Os movimentos sociais bolivianos, por sua vez, por meio de diferentes estratégias de pressão política em âmbitos nacional e internacional, vêm tentando influenciar o governo para que suas demandas sejam contempladas no âmbito político das ações de controle da epidemia, em especial as questões de direitos humanos, de acesso a tratamento e de acesso aos métodos de prevenção e às tecnologias de controle da doença. Através da relação que mantém com redes de organizações latino-americanas ou mesmo das articulações das redes locais, a sociedade civil organizada no país busca marcar suas posições e sempre que possível negociar, seja com o governo, seja com as agências e programas internacionais.

Dentre os avanços observados, podemos ressaltar que esse processo de cooperação sul-sul entre a Bolívia e o Brasil nos últimos três

anos permitiu o intercâmbio de conhecimento técnico e social e de real troca de experiências entre as esferas governamentais e não governamentais desses dois países. Como resultado dessa troca e intercâmbio, além da ampliação do acesso a medicamentos para tratamento da AIDS por meio das doações brasileiras, foi possível realizar projetos de treinamento de profissionais para assistência em saúde, ações de apoio a adesão de pacientes, e adequação do tratamento a infra-estruturas menos sofisticadas mas de qualidade, fatores estes identificados como importantes pelos atores locais para o sucesso do processo de acesso universal a tratamento.

Não obstante, existe um contexto de incertezas e preocupação do movimento social boliviano com relação à continuidade da política em direção ao direito universal aos serviços e medicamentos para tratamento da AIDS. Resta saber, também, até que ponto a garantia desse direito e preservação das conquistas já obtidas para os pacientes de AIDS serão mantidos. Outra dúvida diz respeito se o Brasil vai continuar honrando seus compromissos frente às próprias dificuldades nacionais e obstáculos enfrentados internamente. Neste sentido, o estudo de caso pode interessar tanto aos países estudados como à realidade brasileira e à sustentabilidade dos próprios programas brasileiros de cooperação e, mais especificamente, de doação de medicamentos. Caso haja interrupção, falhas ou colapso no sistema brasileiro, ou incapacidade de produção nacional, não somente a vida de brasileiros, mas de bolivianos, paraguaios e de todos aqueles que dependem das doações de medicamentos brasileiros estará em jogo.

Visando a sustentabilidade e ampliação dos programas na Bolívia e no Brasil, é de fundamental importância apoiar técnica e financeiramente a participação institucional da sociedade civil, em todos os níveis de elaboração de estratégias e de tomadas de decisão. Para

isso, é preciso o engajamento harmônico da comunidade internacional na manutenção de seus compromissos de cooperação técnica e financeira a médio e longo prazos para o enfrentamento aqui colocados (Propriedade Intelectual, acesso a genéricos e etc.), assim como manter a AIDS uma prioridade política dentro dos acordos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA, J. C. Lecciones aprendidas en VIH y Sida: con una mirada desde la salud pública y el activismo comunitario. Bolivia: PubliMarcas Santa Cruz, 2005.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional de ITS/VIH/Sida. *Plan estratégico del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida para la prevención y control del ITS/VIH-Sida (2006-2010)*. Bolivia, 2005.

_____. Resolución ministerial n° 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/Sida en Bolivia. Bolivia, 2002.

_____. *Compilación Bibliográfica relacionada con el VIH/Sida en Bolivia 1985-2000*. Bolivia, s.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. PN DST/AIDS. Programa de Cooperación Técnica Brasil-Bolivia, *Proyecto Prevención y Control de ITS/VIH/Sida en Bolivia*. Brasília, 2002.

CARRIZO, E. V. El Sida en el reino de la impunidad: hasta las últimas consecuencias. Asamblea permanente de los derechos humanos. Cochabamba, Bolivia; Inglaterra: CAFOD, 2006.

INFORME comparado sobre la situación del VIH/Sida y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones; seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. S.l.: Comunidad Andina de Naciones, Laccaso, ONUSIDA, dezembro de 2003.

MANTILLA, M. D. C.; MULDER, S. S. *Avances y retrocesos en un escenario cambiante: reforma en salud, mortalidad materna y aborto en Bolivia*. Bolivia: Centro de Información y desarrollo de la mujer – CIDEM; Development Alternatives with women for new era

DAWN; Red de educación popular entre mujeres de América Latina y el Caribe – REPEM, 2004.

ONUSIDA. *Situación de la epidemia de Sida. América Latina*, 2005.

OPAS. *Centro de noticias OPS/OMS Bolivia, comportamiento del VIH y SIDA en Bolivia de 1984 al tercer trimestre de 2005*. Disponível em <www.ops.org.bo/servicios>. Acessado em 1/2/2006.

_____. Legislaciones e hitos sobre acceso a tratamientos en Latinoamérica y el caribe, agosto de 2003. Disponible em <www.paho.org/spanish/AD/FHC/AL/acceso-arv-06.pdf>. Acessado em 7/2/2006.

SILVA, S. A. *Bolivianos, a presença da cultura andina*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005. (Série Lazuli, imigrantes no Brasil).

THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TB AND MALARIA. *Propuestas de Bolivia. Formulario de Solicitud para propuestas al Fondo Mundial*. S.l., 2004, 126 p.



ESTUDO DE CASO: PARAGUAI

INTRODUÇÃO

Para o estudo de caso do Paraguai foram realizadas entrevistas na capital, Assunção, com representantes da sociedade civil e do governo, na segunda quinzena de setembro de 2005. Como no caso da Bolívia, o roteiro do trabalho de campo foi desenhado pela ABIA e os dados de campo coletados por meio de consultoria. O texto em questão foi elaborado a partir de levantamentos bibliográficos, dados de campo e diálogo com representantes da sociedade civil paraguaia, em seminário realizado no Rio de Janeiro, em fevereiro de 2006.¹⁰

Os paraguaios viveram a ditadura mais longa da América do Sul, de 35 anos, sob o comando do general Alfredo Stroessner. O fim da ditadura Stroessner, em 1989, não trouxe estabilidade política ao país. Apesar das eleições de 1993 e 1998, o Exército ainda tem grande influência na vida pública paraguaia e o Partido Colorado, do ex-ditador, continua no poder. As

lutas entre suas diferentes facções provocaram uma tentativa fracassada de golpe militar, em 1996, e o assassinato do vice-presidente Luis Maria Argaña, em 1999, com a conseqüente renúncia do presidente Raúl Cubas.

O país está dividido geopoliticamente em 17 Departamentos, e as suas maiores cidades são a capital Assunção, seguida de Ciudad Del Este (na fronteira com o Brasil) e Encarnación (na fronteira com a Argentina). A região norte e noroeste do país é ocupada pelo Chaco Paraguaio e a densidade populacional nesta área é baixíssima.

Segundo o Censo Nacional de 2002, o país conta com uma população de 5.163.158 habitantes, sendo 50,4% de homens e 49,6% de mulheres. A sociedade paraguaia tem caráter multiétnico. São 17 etnias indígenas e cerca de 95% dos paraguaios são mestiços de descendência espanhola e indígena. Uma sociedade marcada pela diferença de acesso à riqueza, desenvolvimento cultural e poder entre diferentes grupos¹¹, com diversi-

¹⁰ Seminário Cooperação, Mobilização Social e Descentralização das Políticas Públicas em HIV/AIDS na América Latina.

¹¹ Rojas, MER. Situación en Salud. Cap. III. Características socioculturales. www.mspbs.gov.py. Acessado em 17/03/2006.

dade de etnias, inserção social, credo religioso e idéias políticas.

O intenso processo paraguaio de mestiçagem se iniciou com a conquista espanhola e resultou no fenômeno conhecido por bilingüismo. A língua guarani constitui uma dimensão determinante tanto para o distanciamento campesino-urbano como para um vínculo de articulação e integração sócio-cultural. O bilingüismo é maior na área urbana do que na área rural, pois o uso do guarani cresce na área rural e diminui nas áreas urbanas. O uso oficial do castelhano, apesar dos meios de comunicação, crescimento da urbanização e expansão da escolarização, atinge somente 6% da população. Há também uma espécie de dialeto, que mescla o guarani com o espanhol, correntemente utilizado na vida cotidiana. Em Ciudad del Este há uma situação de trilingüismo: devido à fronteira com o Brasil, fala-se espanhol (língua dominante), guarani e português, situação que tem impactos do ponto de vista do processo de integração econômica com Brasil, Argentina e Uruguai.¹²

Desde o início dos anos 90 o país vem registrando crescimento econômico pequeno, mas contínuo. Em termos de desenvolvimento humano, o Paraguai está classificado na posição 88 (de um total de 177 países, ou seja, encontra-se basicamente no meio da tabela), com taxas que vêm melhorando ano a ano conforme evoluem as medidas e as políticas sociais adotadas para a conformação do índice. Porém, a taxa de analfabetismo encontra-se ao redor dos 8,5% da população adulta, 17% da população não têm acesso à água tratada e 21,8% da população estão situados abaixo da linha da pobreza. Sem recursos naturais significativos, o Paraguai é bastante dependente da agricultura.

¹² Ibid.

1. POPULAÇÕES INDÍGENA E CAMPESINA

A população indígena, que em 2003 era de 85.674 indivíduos, é quase exclusivamente rural e reside em áreas de difícil acesso. A falta de uma política definida para o setor faz com que a maioria da população viva em situação de extrema pobreza.¹³ A taxa de fecundidade das mulheres indígenas é elevada (6,3), sendo quase o dobro da taxa das demais mulheres do país (3,9). O acesso à saúde é precário,¹⁴ como pode ser observado a partir da leitura de documento do Ministério da Saúde:

“en lo que tiene que ver con la atención de la salud los sistemas sanitarios no alcanzan ni por calidad, ni por cantidad, ni por la distribución, a atender las necesidades de la población indígena. Las minorías indígenas son víctimas de relaciones discriminatorias de larga data y aún forman parte del grupo de excluidos. La asistencia sistemática y focalizada en estas poblaciones, donde los niños mueren por infecciones respiratorias y los adultos de tuberculosis y mal de Chagas, sin contar los otros males que los hacen víctimas a consecuencia de la desnutrición. Tampoco se provee de medicamentos, para combatir las muchas enfermedades que los afectan. Existe una ley sanitaria que los exonera del pago en todas las instituciones asistenciales del país, pero no siempre es cumplida por las autoridades” (Rojas, 2006:89).

As organizações campesinas, agrupações de base representadas pelo Movimiento Campesino Paraguayo (MCP), Organización Nacional Campesina (ONAC), Coordinación Nacional de Productores Agrícolas (CONAPA), a Unión Nacional Campesina Oñondivepa e a Central Unitaria de Trabajadores (CUT), lutam

¹³ Rojas, MER. Situación en Salud. Cap. III. Características socioculturales. www.mspbs.gov.py. Acessado em 17/03/2006.

¹⁴ Das 496 comunidades indígenas do país, somente 129 possuem algum tipo de serviço de saúde. Idem.

contra a falta de terra e de trabalho, a baixa cobertura e péssima qualidade de educação das áreas rurais, o intenso processo de deterioração e esgotamento dos recursos naturais, a migração campo-cidade, a falta de política de desenvolvimento rural, falta de participação camponesa etc. Em termos de saúde, existem postos de saúde construídos com aporte de trabalho e materiais das organizações camponesas locais, mas o acesso também é precário.

2. SISTEMA DE SAÚDE

As reformas de saúde foram promovidas em muitos países da América Latina como parte de uma reforma geral, em decorrência do processo de modernização do Estado, ou devido à influência de organismos financeiros internacionais. A América Latina introduziu seus programas de seguro social muito anos antes que outros países em desenvolvimento na África, Ásia e Oriente Médio. Segundo documento da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe), no fim dos anos setenta todos os países da região tinham esses programas em vigor, porém com diferenças notáveis entre eles.

Em 1980, os países latinoamericanos foram qualificados e ordenados em três grupos, a partir da data em que introduziram seus primeiros programas de seguro social e pelo grau de desenvolvimento alcançado nesses programas: pioneiro-alto, intermediário, tardio-baixo.

O grupo pioneiro-alto, formado por Uruguai, Argentina, Chile, Cuba, Brasil e Costa Rica, foi o primeiro a estabelecer os sistemas de seguros sociais na região, nos anos 20 e 30, alcançando grande cobertura e desenvolvimento dos sistemas, tendo sua população relativamente envelhecida e aumentando sua esperança de vida, ainda que os sistemas carecessem de estratificação, tivessem altos custos, déficit crescente e desequilíbrio financeiro e fiscal.

O grupo intermediário (Panamá, México, Peru, Colômbia, Bolívia, Equador e Venezuela) implementou seus programas nos anos 40 e 50, influenciados por políticas e convênios internacionais e alcançando cobertura e desenvolvimento médios de seus sistemas, que estavam menos estratificados, tinham custo menor e situação financeira melhor do que a do primeiro grupo, ainda que alguns países enfrentassem certo desequilíbrio.

O grupo tardio-baixo, que inclui Paraguai e, além dele, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti, foi o último a introduzir seus programas, nos anos 60 e 70. Sua população era mais jovem e sua esperança de vida menor, seus sistemas eram relativamente mais unificados e com menos problemas financeiros, mas tinham menor cobertura e desenvolvimento dos seus sistemas. As diferenças entre esses três grupos se refletem na vigência de seus princípios de seguridade social (Mesa-Lago, 2005:14-15, 29).

Em termos absolutos, estima-se em 2,3 milhões o número de pobres no Paraguai (41,4% da população), dos quais a metade vive em pobreza extrema.¹⁵ O início da reforma data dos anos 1996-1998. Seu sistema de saúde é subdividido em público, seguro social (vários regimes) e privado, tendo alguns programas separados (Forças Armadas, Polícia, funcionários públicos, e outros grupos). Entre os anos 2003-2005, quando foi produzido documento sobre a reforma de saúde na região, pela CEPAL, havia no país a proposta de estender a cobertura e separar as funções.

No setor público, o Ministerio de Salud Pública y Benestar Social (MSPBS) é a entidade que planeja as políticas sanitárias, regula as

¹⁵ *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe alternativo de la sociedad civil – Paraguay. 2000/2005.* Plataforma Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. Paraguay, septiembre de 2005.

ações públicas e privadas e administra o sistema público, com um processo de transferência às 18 regiões sanitárias. Os governadores dos 17 departamentos são responsáveis pelos conselhos regionais de saúde e coordenam os conselhos locais dos municípios. A reforma criou um Conselho Nacional de Saúde, presidido pelo Ministro da Saúde e com representação em todas as unidades do sistema, e que tem a seu cargo a reestruturação e a coordenação da Superintendência Nacional de Saúde, que supervisiona as instituições de seguro público e privado.¹⁶ O seguro social (Instituto de Previdência Social - IPS) maneja o programa de enfermidade-maternidade e tem suas próprias instalações para trabalhadores assalariados privados, de entes descentralizados e de empresas públicas ou mistas. Dentro do IPS há regimes especiais para o serviço doméstico da capital, o magistério público e privado, uma entidade descentralizada (ANDE) e um regime contributivo para veteranos da Guerra do Chaco. Os funcionários públicos têm um seguro médico com subsídio fiscal e há outros programas nas entidades autárquicas e em duas empresas estatais descentralizadas.

O setor privado se divide em dois: um, sem fins lucrativos composto de fundações, associações, ONGs, igrejas, a Cruz Vermelha e duas instituições de ajuda nas colônias mennonitas do Chaco; e outro, privado, com fins lucrativos, que se subdivide em três: a) 33 empresas de medicina pré-paga (concentradas na capital e no departamento central); b) 30 estabelecimentos privados cuja maioria tem o pré-pago como atividade secundária e são fechados (com serviços próprios), abertos (o afiliado tem livre eleição para escolher os serviços) ou mistos; e c) uma extensa medicina tradicional ou popular.

¹⁶ Não está claro se também exerce a regulação ou se essa é feita diretamente pelo Ministério.

Em relação à descentralização do setor público, firmaram-se convênios ou compromissos de gestão entre a autoridade central e as unidades intermediárias ou locais. Porém, estudos identificam muitos problemas como, por exemplo, em relação à: a) coordenação (falta de planejamento prévio de mecanismos de coordenação entre vários níveis e de determinação precisa das responsabilidades; fragmentação de responsabilidades entre vários níveis de governo); b) normas (ausência de um marco regulador nacional coerente e falta de clareza das normas); c) financiamento (não definido previamente e de maneira precisa); d) pessoal (falta de capacitação para novas e complexas funções, uso de pessoal temporal); e) autonomia local (decisões sobre financiamento e recursos humanos continuam submetidas ao nível central, regulamentações centrais estritas limitam a adaptação às necessidades locais, transfere-se responsabilidade e recursos sem adequada capacidade gerencial); f) compromissos (poucos avanços sem estabelecimento de indicadores baseados em resultados, e, ao mesmo tempo, complexidade crescente de indicadores para avaliar os resultados); g) os hospitais não funcionam como uma rede escalonada de níveis, não compartilham recursos, e não há mecanismos adequados de referência e contra-referência (Mesa-Lago, 2005:170-171).

Estudos estimam que, no ano de 1999, 13,4% da população total tinham seguro social ou privado; para o ano de 2002, esse número era de 19,9%, sendo que, para os dois períodos considerados, 31,2% se concentravam no setor urbano e 6,7% no setor rural. A cobertura do seguro social e das empresas médicas pré-pagas se concentra na capital e na zona metropolitana. Não há informação sobre a cobertura da população indígena.¹⁷

¹⁷ Ibidem, p. 70.

Em relação ao controle social, informa a CEPAL que não houve participação dos trabalhadores no processo da reforma, que teve como um dos seus objetivos promover a participação social e comunitária criando conselhos regionais e locais de saúde. Porém, os conselhos só funcionavam em 17 dos 221 municípios em 2001. Os conselhos locais devem elaborar o plano de saúde em discussão com comissões vici-

nais, representantes dos setores de saúde, educação etc., a fim de determinar as necessidades e grupos prioritários, eventualmente com a responsabilidade de administrar os recursos físicos e financeiros que lhe transfere o Ministério. O Conselho de Administração do Seguro Social tem representantes de trabalhadores (em minoria), pensionados, empregadores e Estado (Mesa-Lago, 2005: 226).

Tabela 1 - Sistema de Saúde no Paraguai

Início da reforma	Modelo	Programas separados	Grau de descentralização	Descentralização do governo central até as unidades geográficas intermediárias e locais
1996-1998	Público, seguro social e privado	Forças Armadas, Polícia, funcionários públicos e outros grupos	Muito baixo, com problemas mas só opera em 17 (8%)	Do governo central a 18 regiões, 17 departamentos e 221 municípios

Fonte: CEPAL, 2005.

3. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS¹⁸

As primeiras estimativas oficiais de pessoas vivendo com HIV/AIDS do Programa Nacional de Control del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual – PRONASIDA se realizaram pela primeira vez entre os anos 2002 e 2003. Atualmente, estima-se que haja 20.000 pessoas vivendo com HIV/AIDS no Paraguai.¹⁹ O programa com o qual foram realizados os cálculos foi desenvolvido por um grupo de trabalho da OMS/ONUSIDA para vigilância global

do HIV/AIDS e ITS para o qual o PRONASIDA foi capacitado em oficina planejada para países da América Latina e Caribe, em junho de 2003.

Foram notificados 1.036 casos de AIDS no Paraguai desde 1986 até abril de 2005. Atualmente, são 1.036 casos de AIDS e estão registradas 3.974 pessoas soropositivas para o HIV. A taxa de incidência anual foi de 2,35 por 100.000 habitantes, para fins de 2004, e a taxa de prevalência do HIV, no intervalo etário de 15 a 49 anos, era de 0,5% em 2003. O crescimento da epidemia é considerado constante.

O maior número de registros de pessoas que vivem com HIV/AIDS provém de Assunção e Central (com população migrante interna) e os departamentos de fronteira com Brasil e Argentina, Alto Paraná, Amambay e Itapuã (com intenso fluxo de pessoas por razões comerciais). Estes departamentos acumulam 80% do total de notificações. Com o tempo, as notificações foram se espalhando das grandes cidades como Assunção e Central até chegar às cidades

¹⁸ Ver ONUSIDA. *El SIDA em Paraguay. Situación Epidemiológica*. Junio 2005. www.onusida.org.ar/paraguay/docs/EpidemiologiaParaguay.doc. Acessado em 25 de janeiro de 2006. Ver ainda: Plataforma Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. *ODM. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe alternativo de la sociedad civil – Paraguay. 2000/2005*. Plataforma Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. Paraguay, septiembre de 2005.

¹⁹ Departamento de Epidemiologia, PRONASIDA in Fundación Vencer (2004).

Quadro - Dados epidemiológicos do Paraguai

Número de registros de notificação de infecções por HIV	3.974
Número de casos de AIDS	1.036
Número de pessoas falecidas segundo notificação	371
Pessoas vivendo com HIV/AIDS registradas	3.603
Porcentagem estimada de subregistro	80%
Estimativa do número de pessoas vivendo com HIV/AIDS (2002-2003)	18 mil pessoas
Estimativa do número de pessoas vivendo com HIV/AIDS (2004)	20 mil pessoas
Estimativa de mulheres (15 a 49 anos) vivendo com HIV/AIDS (2004)	6.600
% de adultos que são mulheres (15 a 49 anos) vivendo com HIV/AIDS	33%

Fonte: Dados do Departamento de Epidemiologia do PRONASIDA, retirados de *Fundación Vencer* (2004b).

de fronteiras. Atualmente, há registros de pessoas com HIV/AIDS em todo o território, mas a epidemia segue tendo um perfil concentrado e majoritariamente urbano.

Até abril de 2005, os dados mostram que 74,4% dos casos de AIDS estavam concentrados entre homens, enquanto que as mulheres representavam 25,6% dos casos, sendo 0,7% de categoria ignorados. A razão homem-mulher é de 2,9, mas existe um crescimento constante de mulheres infectadas, desde o período 1996-1997. A maior proporção de pessoas infectadas tem entre 25 e 49 anos (81,1%). O grupo etário com maior frequência dos casos é o de 30-34 anos, seguido do grupo de 20-24. A tendência é o aumento do número de casos entre as faixas etárias mais jovens (32,2% dos casos entre 15 e 24 anos). Os menores de 15 anos registram 14,65% dos casos, para ambos os sexos.

A forma de transmissão mais freqüente é a via sexual, sendo a maior parte dos registros de homens que fazem sexo com homens (HSH), se analisados os casos acumulados. Mas, atualmente, a transmissão heterossexual é registrada com mais freqüência. A via sanguínea acumula 8%, sendo que 2/3 se devem a infecções entre usuários de drogas injetáveis (UDI). En-

tre estes, 80% são homens e 70% revelam ter múltiplos parceiros. A transmissão vertical contribui com 5% das notificações, com maior freqüência entre 0 e 4 anos de idade. Dentre os casos acumulados, 37,8% foram a óbito.

Segundo os informes do país, a epidemia está concentrada no grupo de trabalhadoras sexuais e HSH, e há uma tendência à feminização e à ruralização. Estudos realizados entre os anos 2002 e 2003 mostram que as taxas de prevalência são de 0,8% para mulheres grávidas de clínicas de pré-natal, 12% para os HSH e 2,6% para trabalhadoras sexuais. Resultados de pesquisas sobre conhecimento, atitudes e práticas de populações vulneráveis (grávidas, HSH e trabalhadoras sexuais) mostram que 62% das grávidas não utilizam preservativo em suas relações habituais e 82% das trabalhadoras sexuais referiram ter usado preservativo em seu último encontro com parceiro comercial.

4. O PROGRAMA DE AIDS: PRINCIPAIS DIRETRIZES PARA ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO

O Programa Nacional de Control del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (PRONASIDA) foi constituído em 1991, cinco anos após

a identificação do primeiro caso de AIDS no país. Tem como objetivo geral aprofundar a resposta nacional à epidemia do HIV/AIDS de forma intersectorial, participativa e descentralizada, e pretende diminuir a incidência da epidemia e promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS. Dentre suas metas destaca-se a redução das atuais lacunas no fornecimento da terapia anti-retroviral, buscando obter e sustentar o acesso universal à terapia em todo o país.²⁰ O PRONASIDA está encarregado de ampliar as atividades de prevenção e do incremento do nível de consciência sobre a problemática do HIV/AIDS no âmbito nacional, através da consolidação de alianças entre os setores público e privado, as organizações não governamentais (ONGs) e as pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA).

Como visto anteriormente, a Saúde Pública no Paraguai não é totalmente gratuita. O setor saúde absorve 16% dos gastos gerais do Estado, dos quais 0,5% são outorgados ao PRONASIDA e distribuídos da seguinte forma: 80% se destinam à compra de ARV (de segunda linha), 10% para reativos (exames de laboratório), e 10% para prevenção. Há alianças com organismos internacionais que ajudam as atividades de prevenção. O PRONASIDA disponibiliza testagem, diagnóstico, consultas médicas, exames de seguimento, disponibilização de medicamentos anti-retrovirais, atendimento psicológico, acompanhamento e aconselhamento de forma gratuita.

Um relatório de 2004 da Fundación Vencer, uma ONG/AIDS paraguaia, descreve o PRONASIDA a partir de dois perfis: um assistencial, que tem como função a atenção médica

gratuita e especializada ambulatorial, pediátrica e para adultos, a provisão de medicamentos ARV e estudos de seguimento laboratoriais; e um normativo, que prevê a elaboração, validação, difusão e capacitação a profissionais de saúde de distintas regiões sanitárias das normas de prevenção, assistência integral e laboratório, mediante a criação de programas regionais de IST/HIV/AIDS com um gerente e um coordenador por região. Prevê ainda campanhas de IEC destinadas à população geral e a grupos específicos, e elaboração de materiais de prevenção.²¹

O Programa está estruturado em departamentos (Departamento de Epidemiologia/Vigilância Epidemiológica, responsável pela realização de estudos sentinelas; Departamento de Atenção Integral, responsável pelas diretrizes nacionais de atenção integral e de qualidade aos pacientes, de forma gratuita, no âmbito dos serviços; Departamento de Educação, responsável pela diminuição da prevalência da infecção pelo HIV, através de capacitações e campanhas de prevenção) submetidos a uma coordenação geral de projetos.²²

A assistência aos pacientes com HIV/AIDS é feita pelo PRONASIDA e pelo Instituto de Previdência Social (IPS). Este último abarca aproximadamente 20% dos pacientes e oferece consultas; porém, não disponibiliza medicamentos anti-retrovirais, encaminhando, portanto, os pacientes ao Programa. Há uma resolução ministerial que estabelece a gratuidade dos testes de VDRL e Elisa.²³

²⁰ 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*. Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da GTZ na América Latina e no Caribe. OPAS, OMS, OIT, Ministério da Saúde do Brasil, setembro de 2005.

²¹ Fundación Vencer e BASE Investigaciones Sociales. Relevamiento de las principales debilidades en los Derechos de las Personas que viven con VIH/SIDA en el Paraguay. Documento de Trabajo nº 111. Asunción: Fundación Vencer e BASE Investigaciones Sociales, noviembre 2004.

²² Coordenadora de Projetos, à época do estudo: Dra. Alma Garinoso. O Programa tem um corpo de 22 funcionários permanentes e 40 contratados, dentre técnicos administrativos e profissionais de saúde.

²³ Antes dessa resolução, esses testes eram pagos e custavam cerca de US\$ 7.

As consultas e exames de CD4 e carga viral são gratuitos. Para as internações, há um sistema de seguridade do serviço social que resulta pouco eficiente (atende, em média duas pessoas soropositivas por mês). Os demais pacientes que necessitem dessa assistência têm de arcar com os custos correspondentes.

O sistema de saúde está disposto em 18 regiões sanitárias, cada uma delas contendo um diretor regional e centros de distintas complexidades: hospitais regionais, hospitais distritais, centros e postos de saúde (em ordem decrescente de complexidade). Nos postos há somente vacinas, e, em alguns casos, acompanhamento às gestantes. Os hospitais oferecem toda a assistência, com exceção dos exames de CD4 e carga viral, que são feitos somente no PRONASIDA.

Há no país oito infectologistas (que estão no setor privado), e esse número de profissionais de saúde não garante a assistência aos pacientes. Segundo depoimentos dos entrevistados, estão sendo capacitados médicos clínicos para a tarefa de atenção. Essas capacitações são conduzidas pelos médicos dos programas, de forma descentralizada e em diversas formas: em transmissão vertical, para médicos, em manejo de prevenção da transmissão vertical, para técnicos de laboratório, capacitação em aconselhamento, para enfermeiros e assistentes sociais. Segundo informações de ativistas, até recentemente havia poucos médicos capacitados em HIV/AIDS, e os profissionais de saúde em geral sequer sabiam como iniciar o tratamento. Segundo informações levantadas no trabalho de campo, há pouca clareza sobre quais especialistas podem fazer assistência.

Em geral, o Programa Nacional de AIDS não oferece serviços de consultas, sendo um órgão normativo e regulador. Porém, não era o caso do PRONASIDA, que não se limitava a ser um órgão reitor. Embora o programa esteja paula-

tinamente deixando de lado essa área de atuação, viu-se compelido a ter um perfil assistencial porque não havia outro meio de atenção para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Atualmente, a assistência está sendo transferida para o Instituto de Medicina Tropical (IMT), um centro de referência para pessoas soropositivas que funciona ao lado do PRONASIDA e que recebia os pacientes apenas para internação, mas tem absorvido pacientes também para consulta ambulatorial. Essa transição é vista como benéfica, porque os pacientes relatavam debilidades da atenção anterior.

4.1. Gestantes e HIV/AIDS

Dados sobre o Paraguai, fornecidos pela Unidade de Cooperação Externa (Coopex) do Programa de AIDS do Brasil, informam uma média de 150.000 mulheres grávidas ao ano, e tanto a cobertura de pré-natal quanto a de parto hospitalar é de 60%. A estimativa de mulheres gestantes soropositivas por ano é de 1.200-1.500 (prevalência de 0,8% segundo estudo sentinela). Há três hospitais no país que atendem gestantes soropositivas (dois em Assunção e um no Departamento Central), mas não há testes confirmatórios disponíveis para as crianças nascidas de mães soropositivas. Não há disponibilidade de insumos para substituição do leite materno, e o custo estimado para beneficiar uma lactante com leite industrializado, por seis meses, é de aproximadamente 152 dólares americanos. Segundo um dos entrevistados, o UNICEF está ajudando a prevenção materno-infantil, e o país está querendo implementar o teste rápido para prevenção da transmissão materno-infantil. Porém, para que o teste seja oferecido, é preciso que se disponha de medicamentos ARV para o tratamento das mães soropositivas e dos bebês após o parto.

4.2. Observações sobre ações de prevenção

Os entrevistados mencionaram a existência de um déficit de recursos para o desenvolvimento e a implementação do componente de prevenção, e alertaram para a necessidade de se intensificar as campanhas. Segundo informes do PRONASIDA, havia, no momento do trabalho de campo, três projetos de investigação em HIV/AIDS em curso no programa.

4.3. Avaliação de serviços e planejamento de capacitações

Em março de 2005 foi realizada uma avaliação dos serviços de Ciudad del Este e do Hospital Nacional, por avaliadores externos, com contrapartida nacional. Algumas recomendações resultantes desse processo foram: 1) fomentar a descentralização para assegurar a atenção médica e a provisão de ARV para os habitantes do interior (atualmente tanto o diagnóstico quanto o tratamento estão concentrados na capital); 2) assegurar a infraestrutura do Programa; 3) capacitar profissionais de saúde.²⁴

As entrevistas realizadas com a sociedade civil mencionaram que as pessoas, independente de seu local de moradia, precisam ir a Assunção para retirar seus medicamentos, realizar os exames de CD4 e carga viral,²⁵ e algumas até para consultas, que deveriam ocorrer nas regionais, porque os profissionais de saúde não estão capacitados. Segundo informe do PRONASIDA, há planejamento para a realização de capacitações a fim de possibilitar a descentralização (primeiramente em Ciudad del Este e Encarnación), e distribuição de medicamentos em outras

regiões além dessas duas. Com o processo de descentralização, o país terá sete centros de atenção especializada, com objetivo de oferecer uma atenção integral ao paciente (prevenção da transmissão vertical do HIV e em acidente de trabalho, acidente de exposição por violação), e para que as pessoas não precisem se deslocar até a capital. Esses centros também se ocuparão do manejo psicológico e funcionarão dentro dos hospitais, que podem oferecer uma melhor atenção.

As capacitações também contemplarão o tema da adesão dos pacientes. Segundo técnicos do PRONASIDA, a adesão dos pacientes ao tratamento é muito baixa, tanto em adultos quanto em crianças. Há muitos pacientes que abandonam o tratamento, e por isso está sendo programando o monitoramento e a avaliação dos anti-retrovirais. O porquê do abandono dos medicamentos está sendo avaliado por um estudo que vem sendo conduzido no país. Foram citados nas entrevistas estigma, discriminação, efeitos secundários, falta de apoio familiar, captação e diagnóstico tardio dos pacientes entre os fatores para o abandono do tratamento. De forma a responder essa situação há ONGs trabalhando a questão da adesão com pacientes soropositivos.

5. SOCIEDADE CIVIL E AS ONGS DO PARAGUAI

*“Las relaciones con el Estado
es de hermano y de enemigo.
Nosotros dormimos con el enemigo,
nunca con los ojos cerrados.”
(Ativista)*

As ONGs têm tido um papel fundamental na resposta à epidemia de AIDS no Paraguai. Documento produzido por cerca de 50 organizações não governamentais de diversas áreas, reunidas na Plataforma Paraguay Sin Excusas Contra la Pobreza,²⁶ avaliou os indicadores das metas do milênio. No que se refere ao objetivo de “combater o HIV/

²⁴ As capacitações de profissionais de saúde também estão previstas no programa de cooperação internacional (PCI) que o Paraguai estabeleceu com o Brasil, como será mencionado adiante.

²⁵ Intervalo para a realização de exames: de seis em seis meses.

Tabela 2 - Objetivo 6. Combater o HIV/AIDS, o paludismo e outras enfermidades²⁷

Meta 07: Deter até 2015, e começar a reverter, a disseminação do HIV/AIDS	
Indicador 18:	Prevalência do HIV entre grávidas de 15 a 48 anos
Indicador 19:	Taxa de prevalência do uso de preservativo
Indicador 20:	Número de meninas e meninos órfãos devido ao HIV/AIDS
Meta 08: Deter até 2015, e começar a reverter, a incidência da malária e outras enfermidades endêmicas	
Indicador 21:	Taxa de mortalidade associada à malária (sem mortes)
Indicador 23:	Taxas de incidência e mortalidade associadas à tuberculose

AIDS”, o documento avalia a tendência dos indicadores como “empeorando” (piorando), e não vislumbra possibilidade de cumprimento.

As ONGs do Paraguai estão refletindo e intervindo no âmbito das políticas públicas, o que demonstra amadurecimento e avanço político do movimento social. Em relação ao acompanhamento das metas do milênio, as instituições reuniram-se e realizaram um diagnóstico dos indicadores utilizados. O resultado das discussões levou à elaboração de uma lista de desafios e prioridades para a assistência e desenvolvimento em relação ao HIV/AIDS, que pode ser consultada na publicação *Plataforma Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. ODM. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe alternativo de la sociedad civil – Paraguay. 2000/2005.*

Dentre as ONGs que trabalham com a temática da AIDS, oito estão aliadas em rede, cuja secretaria está sob a responsabilidade da Fundación Vencer; há ainda outras ONGs que não fazem parte da rede. Essas entidades trabalham em diferentes áreas. Enumeramos abaixo as que foram citadas nas entrevistas:

- **PROMESA** - Iniciou sua atenção na área de saúde sexual e reprodutiva, incluindo em sua agenda posteriormente a temática do HIV/AIDS. Começou como um projeto de *marketing* social de preservativos masculinos, de 1998 a 2001, com apoio da USAID. No âmbito desse projeto se desenvolveu uma pesquisa CAPS (Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde Sexual e reprodutiva de homens e mulheres com idade entre 15 e 35 anos). Atualmente as atividades de *marketing* social não estão sendo realizadas. A atenção integral, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, e a abordagem comunitária são temas de trabalho dessa ONG, mas seus pontos fortes são a prevenção e a comunicação. Realiza há nove anos um programa de rádio, já teve programa televisivo e produziu 19 materiais informativos de distintos formatos sobre a temática do HIV/AIDS. PROMESA integra redes como a LACCASO (Conselho Latino Americano e Caribenho de ONGs que Trabalham com HIV/AIDS) e faz parte do Consejo Nacional de Salud Sexual e Reproductiva, da Red de ONGs VIH/Sida do Paraguai, da CDIA (Coordinadora de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia), do Grupo Temático Ampliado ONUSIDA, do Foro Na-

²⁶ A plataforma é parte do *Llamado Mundial a la Acción Contra la Pobreza*, uma coalização de organizações sociais de mais de 70 países no mundo que tem como objetivos sensibilizar a opinião pública e pressionar os governos para conseguir comércio com justiça, cancelamento da dívida externa, incremento significativo em quantidade e qualidade de ajuda para o desenvolvimento e esforços nacionais para erradicar a pobreza.

²⁷ *Plataforma Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. ODM, septiembre de 2005.*

cional de Organizaciones de la Sociedad Civil, que trabalha com direitos da infância e da adolescência, e do CLAE (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia).

- Fundación VENCER - Formada por pessoas que vivem com HIV/AIDS, esta ONG vem liderando a luta por acesso a medicamentos e exames. Trabalha com *advocacy*, realizando, dentre outras ações, denúncias pelos constantes desabastecimentos de medicamentos de ARV e exames laboratoriais; faz ativismo político junto ao Parlamento para obter ampliação dos recursos para a compra de medicamento e reativos; integra redes e grupos como o Grupo Temático de ONUSIDA, fazendo alianças regionais com países da América Latina; emite pronunciamentos, comunicados e denúncias na mídia; atua na elaboração de projetos. A ONG também trabalha com aconselhamento de pares e adesão de tratamento a pessoas que vivem com HIV/AIDS. Não distribui medicamentos. Nos períodos de desabastecimento, recebeu apoio de organizações do Brasil, Argentina e Chile, quando solicitou doações para as PVVS. Os medicamentos eram atravessados pela fronteira, possibilitando que mais de 100 pessoas não tivessem seu tratamento interrompido.
- GAYLESBICO - Atua no marco do direito da livre orientação sexual; realiza trabalhos em épocas pontuais (como o dia do orgulho gay).
- EQUIDAD - Organização de pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- Fundación Marco Aguayo - Organização mais antiga do Paraguai na luta contra a epidemia de HIV/AIDS. Presta assistência e enfoca o tema do apoio humanitário às pessoas infectadas, além de desenvolver programas educativos para a prevenção.
- ALTERNATIVA - Organização que trabalha com crianças.

- PREVER - Organização que trabalha com redução de danos pelo uso de substâncias, incluindo o uso de drogas injetáveis, e com projetos pontuais na área de saúde reprodutiva.

Outras ONGs que não fazem parte da Rede também foram citadas nas entrevistas:

- Fundação SIR - Desenvolve o projeto de descentralização chamado Aliança para a Saúde, com apoio da USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional).
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) - ONG mais antiga do Paraguai, atua na área de atenção, tem clínicas privadas, faz distribuição de preservativos.
- TATARENDY - Seu público alvo é formado por trabalhadoras do sexo
- Luna Nueva - Trabalha com temas da saúde integral e HIV/AIDS e o público-alvo é formado por meninas exploradas sexualmente (entre as meninas assistidas não há nenhuma soropositiva).

Em novembro de 2004 realizou-se no Paraguai o primeiro encontro nacional de pessoas que vivem com HIV/AIDS, tendo como lema “Por uma vida humana e digna”. O encontro foi organizado pela Fundação Vencer, e reuniu pessoas de diferentes pontos do país para analisar, de forma conjunta, a situação das pessoas que vivem com HIV/AIDS com respeito à cobertura e à atenção da saúde no Paraguai.

O Paraguai participou da II Negociación Conjunta de Precios para Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en Los Países Sudamericanos y México, organizada pela OPAS/OMS/ONUSIDA e os ministérios da saúde da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, México, Peru, Paraguai, Uruguai e Venezuela, e realizada em Buenos Aires, de 2 a 5 de agosto de 2005.²⁸ Dessa reunião participaram as redes comunitárias REDLA+ (Rede Latino-america-

na de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS), RELARD (Rede Latino-Americana de Redução de Danos), REDTRASEX (Rede de Trabalhadoras Sexuais da Latino-América e Caribe), LACCA-SO e ICW (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS) Latina.

A relação entre ONGs e o Programa de AIDS governamental poderia ser mais bem explorada em futuras entrevistas com os técnicos governamentais e mereceria destaque nos debates.

Para além do tema do acesso aos medicamentos, cabe registrar a temática do estigma e da discriminação das pessoas que vivem com HIV/AIDS, que são bastante presentes na sociedade paraguaia, e objeto de enfrentamento das ONGs. O Paraguai tem uma lei que estabelece normas sobre controle e prevenção de AIDS (Lei nº 102/91).²⁹ Esta lei, ainda que brevemente comentada nas entrevistas, estabelece disposições sobre o registro e informação de portadores do HIV e casos de AIDS, o controle e prevenção em grupos de risco acrescido, o controle dos bancos de sangue, serviços de transfusão e outros, os laboratórios, hospitais, centros de atenção, viajantes internacionais, portadores do HIV e doentes de AIDS, e a educação a respeito do controle e da prevenção da AIDS e das discriminações.

Sobre o sigilo de informações, a lei estabelece que os laboratórios devem notificar ao Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social todo resultado positivo das provas anti-HIV, as pessoas infectadas devem ter acompanhamento clínico, epidemiológico e laboratorial através de serviço adequado; mas deve-se guardar confidencialidade dos dados das pessoas infectadas e resguardar o direito à privacidade dos sujeitos.

²⁸ Convocada pelas Redes Comunitárias LAC, a reunião contou com o apoio de AMMAR/CTA, Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT) e Médicos Sem Fronteiras.

²⁹ Ver no anexo.

Embora a lei 102/91 proíba “a discriminação, de qualquer natureza, com respeito às pessoas portadoras de HIV/AIDS, sempre que se observem condutas isentas de risco de transmissão comprovada”, ao mesmo tempo reza que “todas as pessoas que ingressem no país com intenção de fixar residência têm obrigação de fazer o teste anti-HIV na região sanitária competente e, em caso do teste ser positivo, não poderá radicar-se no país”, e “que todos os portadores do HIV estão proibidos de exercer a prostituição”. Estes artigos de lei tocam em profundas questões éticas e ferem diretrizes internacionais e direitos das pessoas soropositivas.³⁰

A lei não fala especificamente sobre acesso a medicamentos. Há uma intensa mobilização dos ativistas para a mudança do seu texto, com vistas a contemplar o acesso universal a medicamentos, estudos de laboratório etc.

Segundo os representantes da sociedade civil entrevistados, a questão da discriminação e do estigma é reconhecidamente um problema da Nação, e se manifesta em todas as esferas sociais, inclusive as governamentais. O problema do HIV/AIDS é minimizado no país e não há campanhas de TV para segmentos da população como os homens que fazem sexo com homens (HSH), os transgêneros e trabalhadores(as) sexuais. Materiais de prevenção produzidos para PVHA para distribuição em escolas são sabotados por alguns segmentos sociais mais conservadores.

Cabe ressaltar que a presença da sociedade civil paraguaia ainda aparece tímida frente ao cenário internacional. A presença em espaços como o recente III Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA/ITS em El Salvador (novembro de 2005), no qual não foi encontrada referência à participação das ONGs paraguaias, resulta importante para o fortalecimento da sociedade civil e da resposta ao HIV/AIDS no país.

³⁰ Lei 102/91, artigos 22º e 24º, respectivamente.

6. ACESSO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PARAGUAI

O início da distribuição de medicamentos ARV no Paraguai data de 1996. Segundo as entrevistas, de 1996 a 1998, o PRONASIDA foi um programa modelo, oferecendo medicamentos e exames para todos. De 1996 a 1999 a cobertura foi universal, com exames de carga viral e CD4, porém duas razões levaram à descontinuidade da distribuição universal de medicamentos. 1) o orçamento foi reduzido pela metade, 2) o número de pacientes aumentou.

Um documento da Fundación Vencer destaca a cronologia das interrupções do fornecimento dos medicamentos às pessoas que vivem com HIV/AIDS, até 2004. O primeiro desabastecimento data de fevereiro de 1999; o segundo ocorreu entre outubro e dezembro de 1999; e o terceiro, de abril a agosto de 2000. Nesse período, o PRONASIDA solicitou uma doação de medicamentos ao Brasil para assegurar o tratamento aos pacientes de AIDS. Obteve-se a doação de uma importante quantidade, mesmo assim insuficiente frente às demandas do país. Nesse ano suspenderam-se os estudos laboratoriais de CD4 e carga viral. Quando se obteve ampliação dos recursos, o país decidiu comprar medicamentos e insumos para exames laboratoriais. O quarto desabastecimento se iniciou em outubro de 2000, quando acabaram os medicamentos doados pelo Brasil. O desabastecimento se estendeu até janeiro de 2001. Solicitou-se ampliação de recursos ao Programa Nacional de DST e AIDS, que só foi concedida em janeiro de 2002, quando então foi possível obter os medicamentos. O quinto desabastecimento de medicamentos e de seguimento laboratorial ocorreu entre fevereiro e abril de 2001, quando se restituíram os ARV por três meses, mas sem reativos para CD4 e carga viral. Com a pressão da Fundação Vencer e outras ONGs e

redes internacionais se conseguiu a reprogramação orçamentária para a compra de ARVs. De outubro de 2002 a maio de 2003 o Paraguai teve o maior período de desabastecimento de ARVs e de seguimentos laboratoriais.

A partir de novembro de 2003, mais um desabastecimento: entre a assinatura de reprogramação, licitações e compra de medicamentos passaram-se quatro meses até que finalmente, em fevereiro de 2004, chegaram os medicamentos, que mesmo assim duraram pouco. Nessa época também faltaram exames de CD4. O nono desabastecimento ocorreu entre 19 a 26 de março de 2004 – uma semana de interrupção de medicamentos como Nevirapina, Lamivudina e outros. Também faltavam nessa época exames laboratoriais. Nesse período, só foi distribuído o AZT e o PRONASIDA estava validando somente monoterapia, e a maior parte das pessoas que vivem com HIV/AIDS não podia comprar os ARV. De 03 a 13 de maio de 2004, foi interrompido o fornecimento de Ritonavir.

De 17 de maio a 12 de julho de 2004, foi interrompida a provisão de Lamivudina e logo de todas as drogas ARV. Houve reposição, mas novamente a partir de 05 de agosto se interrompeu a distribuição de Lamivudina até fim de outubro. Quanto aos exames laboratoriais de CD4 e carga viral, até o fechamento da cronologia realizada pela Fundación Vencer (em 2004), não estavam sendo providos pela PRONASIDA, segundo o documento, “por omisión por parte del Estado de incluir dichos requerimientos en el presupuesto del PRONASIDA”.³¹

Entre 1998 e 1999, durante os períodos de suspensão dos medicamentos, as pessoas que estavam em tratamento desde 1996 começaram

³¹ Fundación Vencer e BASE Investigaciones Sociales. Relevamiento de las principales debilidades en los Derechos de las Personas que viven con VIH/SIDS en el Paraguay. Documento de Trabajo nº 111. Asunción: Fundación Vencer e BASE Investigaciones Sociales, noviembre 2004.

a adoecer; aquelas que estavam em terapia tripla passaram para terapia dupla e, posteriormente, ficaram sem remédios, ao mesmo tempo em que aumentava a quantidade de novos casos e se diminuía o orçamento.³² Essa situação fere os critérios internacionais que recomendam a triterapia e o uso ininterrupto dos medicamentos.

Atualmente, as duas formas de aquisição de medicamentos pelo país são: pela compra direta e pelo fornecimento via cooperação com o Brasil. Atualmente, 570 pessoas recebem medicamentos ARV no Paraguai, sendo que, deste total, 70 são crianças.

7. O PROGRAMA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL (PCI) BRASIL-PARAGUAI

Em 2003 o PRONASIDA, a Rede de ONGs e ONUSIDA apresentaram ao Governo Brasileiro um projeto, que contemplava entre suas atividades o início à tripla terapia a 100 pessoas vivendo com HIV/AIDS pelo período de um ano, além de capacitação, treinamento em atenção e manejo de pacientes para profissionais de saúde. O projeto teve início em maio de 2004 e objetivava desenvolver capacidade instalada, prover capacidade técnica do Brasil ao Paraguai, capacitar profissionais de saúde, organizações sociais, organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS em adesão e aconselhamento de pares para acompanhar o processo de uso dos medicamentos.³³

As negociações para o PCI diziam respeito a um acordo que ofereceria terapia de pri-

meira linha a pacientes que ingressaram em tratamento, com um sistema de registro do paciente na primeira visita, para o seguimento adequado. Logo se ampliou a cobertura de 100 para 400 pacientes, devido às várias denúncias de desabastecimento, estendendo-se depois a meta para o acesso universal a todos que requeiram medicamentos, até que o próprio Paraguai pudesse tomar a seu encargo os pacientes.

A implementação do Projeto de Cooperação Internacional (PCI) do governo brasileiro com o Paraguai foi iniciada no ano de 2004, tendo como objetivo geral a transferência de tecnologia em assistência e manejo clínico de pacientes HIV/AIDS e a promoção de acesso a medicamentos anti-retrovirais (ARV).³⁴ O PCI vem sendo desenvolvido com o apoio financeiro da GTZ e contempla as áreas de 1) assistência às pessoas vivendo com HIV e AIDS; 2) planejamento e gestão de programas de AIDS; 3) promoção dos direitos humanos; e 4) fortalecimento da sociedade civil.³⁵ O PCI pretendia outorgar o tratamento anual com medicamentos ARV de origem brasileira a 100 pacientes (e logo depois 400) no Paraguai. Também constava no acordo a capacitação de profissionais na área de assistência, vigilância, prevenção e gestão para o atendimento integral das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e a previsão do fortalecimento dos programas locais e dos centros de referência para assistência, visando a sustentabilidade das ações. Outra meta seria a análise das condições para a produção de anti-retrovirais genéricos no país.³⁶

³² Uma das razões pelas quais se diminuiu o orçamento, segundo informou uma ativista, era porque se acreditava que tudo estava controlado. A atuação e as denúncias da sociedade civil, dentro e fora do país, foram fundamentais para a mobilização política.

³³ Uma das informantes diz que havia um grupo trabalhando no projeto para o Fundo Global quando houve um chamado para o projeto com o Brasil.

³⁴ *Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS. Atuais desafios e perspectivas dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe.*

³⁵ Fonte: PN DST e AIDS. Brasil, 2006.

³⁶ *Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS. Atuais desafios e perspectivas dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe.*

O PCI Brasil-Paraguai tem como objetivos específicos:³⁷

- capacitar profissionais paraguaios de saúde, do Sistema Nacional de Saúde, para a execução de estratégias de tratamento da infecção pelo HIV, incluindo o tratamento anti-retroviral;
- fortalecer a capacidade de planejamento, gerenciamento e monitoramento das ações de resposta governamental e não-governamental à AIDS por parte do Ministério da Saúde do Paraguai e das organizações não-governamentais que atuam no combate à epidemia;
- criar mecanismos com vistas a fortalecer a sociedade civil, em especial as ONGs que atuam em AIDS, para a execução de ações de *advocacy* relacionadas à epidemia.

O PCI incluiu princípios do “3by5” da OMS, fomentando o tratamento e o acesso a medicamentos através de sua ação. Um dos impactos observáveis seria a promoção e funcionamento do PCI, a redução dos custos nacionais dos medicamentos ARV em 40%, e a criação de um banco de medicamentos entre as ONGs e Ogs. Segundo o documento Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS. Atuais desafios e perspectivas dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe, as ações no âmbito do PCI estão facilitando a atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Paraguai.

No marco do convênio com o Ministério da Saúde do Brasil para provisão de medicamentos para pacientes do Programa, um dos pontos contemplados foi a adesão ao tratamento com ARV. Segundo uma técnica do Programa, foi elaborado um protocolo que consistia primeiramente numa entrevista de avaliação do início do tratamento, por meio de modelos semi-estruturados e um questionário de sintomas. Esse instrumento é utilizado no início do tratamen-

to e a ele foram agregados outros instrumentos relacionados a tipos de problemas.

A continuidade do convênio do PCI, para que não haja uma interrupção da provisão de medicamentos, por um lado, e para assegurar a produção de medicamentos, por outro, é vista como um dos pilares para a adesão. Porém, segundo ativistas, a questão da adesão é trabalhada majoritariamente pelas ONGs e não há um departamento no Programa de AIDS que se posicione sobre o tema.

Abaixo, disponibilizamos os principais números relativos à epidemia de HIV/AIDS do Paraguai, incluindo dados epidemiológicos relativos ao acesso a medicamentos anti-retrovirais pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS. Note-se que, em alguns casos, encontramos divergência entre os dados segundo a fonte citada, como pode ser observado.

Segundo avaliação do Ministério da Saúde do Brasil, o Projeto do Paraguai no âmbito do PCI tem obtido resultados satisfatórios: as atividades têm sido executadas de forma ágil e eficiente e os pacientes têm sido incluídos paulatinamente no programa de tratamento. Duas remessas de medicamentos anti-retrovirais foram enviados ao Paraguai, sendo que a primeira atendeu 100 pacientes e a segunda, além de dar continuidade ao tratamento dessas pessoas, atendeu a mais 200 pacientes. Até o final de fevereiro de 2006 a meta de envio de medicamentos visava atingir 400 pacientes, conforme estabelecido nos recentes acordos entre os governos do Brasil e do Paraguai.³⁸

7.1. Assistência e acesso a medicamentos no contexto do PCI: o que pensam os paraguaios

- Ativistas relataram problemas de abastecimento e disponibilidade dos medicamentos

³⁷ Fonte: PN DST e AIDS.

³⁸ Brasil, 2006.

Quadro 1 - Principais números

Estimativa do número de pessoas vivendo com HIV/AIDS que necessitam de tratamento ARV (20% da estimativa de PVHA) ³⁹	3.000
PVHA identificadas pelo PNLIS para início de tratamento	700
Número de pacientes que recebem ARV no Paraguai ⁴⁰	571
Número de pacientes que recebem ARV por convênio do PCI	100 ⁴¹ 110 ⁴² 261 ⁴³
Número de pacientes que recebem ARV do PRONASIDA	310
Número de crianças que recebem ARV do PRONASIDA	74

Fonte: PN DST e AIDS/MS do Brasil, PRONASIDA, entrevistas e outras.

Quadro 2 - Cronologia de datas da cooperação Brasil-Paraguai

27/10/2003 à 07/11/2003	Curso de Manejo Clínico para técnicos paraguaios, São Paulo, Brasil.
16/03/2004	Envio da primeira remessa de medicamentos, para 100 pacientes para cobertura pelo período de 3 meses.
31/05/2004 à 02/06/2004	Estágio da Coordenação do Programa de DST e AIDS do Paraguai em Brasília/DF, Brasil, com vistas a conhecer a resposta brasileira ao HIV/AIDS. A agenda incluiu visitas ao Programa Nacional de DST e AIDS do Brasil, a serviços de saúde e a ONGs.
28/06/2004 à 02/07/2004	Missão de Mauro Teixeira (COOPEX, PN-DST/AIDS) e Denise Lotufo (consultora técnica responsável pelo Projeto PCI – Paraguai) para discutir a ampliação do PCI, incluindo a região de fronteira Foz do Iguazu-Ciudad del Este, e a disponibilização universal de medicamentos ARV, aumentando o número de tratamentos de 100 para 400. Nessa ocasião foram elencadas novas atividades a serem incorporadas ao Plano de Trabalho.
21/07/2004	Enviada a segunda remessa de medicamentos para o Paraguai, lote suficiente para atender a 100 pacientes pelo período de 6 meses.
30/09/2004 à 03/10/2004	O Paraguai realiza em Asunción, Paraguai, curso de aconselhamento para técnicos paraguaios, atividade incluída a partir da missão para ampliação do PCI. ⁴⁴
21/11/2004 à 25/11/2004	Oficina de capacitação de profissionais no manejo de infecção pelo HIV em adulto, adolescente e gestante, realizada em São Paulo. ⁴⁵
29/12/2004	Enviada a terceira remessa de medicamentos para o Paraguai, para o tratamento de 300 pacientes pelo período de 3 meses. Como os medicamentos da segunda remessa finalizariam no dia 10 de janeiro de 2005, conforme informação da Senhora Águeda Cabello, foi autorizada a utilização desses medicamentos para dar seguimento aos 100 pacientes já iniciados na terapia e bem como a inclusão de 200 novos pacientes. ⁴⁶
04/04/2005	05 médicos paraguaios participaram de treinamento teórico-prático em atenção integral, infecções oportunistas e DST, no CRT de São Paulo.

Fonte: COOPEX, Unidade de Cooperação Externa, PN DST e AIDS. Brasil, 2006.

desde o início da epidemia. A sociedade civil informa que, se há uma concepção de acesso universal (onde todos que requerem medicação a recebem), a cobertura atual não é universal, porque há um sub-registro do número de pessoas que vivem com HIV/AIDS.⁴⁷

- Segundo alguns entrevistados, graças ao PCI o Paraguai pode oferecer tratamento sem que haja brechas terapêuticas que são importantes para a resistência e a adesão. Há um momento em que os medicamentos chegam ao Paraguai de forma fracionada. Depois há a formalização do envio pelo PCI, com a doação dos medicamentos do Brasil ao Paraguai. Antes, o recebimento de medicamentos era esporádico e via grupos e ONGs, e eventualmente governos estaduais. Alguns ativistas mencionaram a obtenção de medicamentos em consultórios privados ou mesmo de pessoas que vivem com HIV/AIDS, notadamente na época em que faltaram medicações. A ampliação da oferta de medicamentos é vista, por alguns ativistas, como uma conquista conjunta da sociedade civil com o Programa de Sida. Porém, uma das falhas que diz respeito à implementação do projeto pelo Paraguai é que, com a não previsão de profilaxia no PCI, o Paraguai deveria provê-la como contrapartida, mas não o faz, como sustentam os ativistas.

- Na avaliação de alguns entrevistados, a doação dos medicamentos brasileiros resultou num impacto positivo muito forte, porque antes dela havia problemas na provisão de medicamentos anti-retrovirais para os pacientes, e ela possibilita uma cobertura universal do tratamento aos pacientes, que não havia antes, o que provocava constantes interrupções no tratamento, visto que o orçamento correspondia a um terço do que era necessário. Os medicamentos eram fornecidos de acordo com os critérios internacionais. Quando acabavam, era preciso esperar nova compra, e essa poderia demorar de dois a três meses, devido a injunções orçamentárias.
- Atualmente há cerca de 50 pacientes apresentando resistência aos ARV e que necessitam realizar exames como de genotipagem para avaliação da resistência. O teste é custoso (aproximadamente US\$ 300 por paciente), e os pacientes não têm como pagar. Tais exames não são realizados no Paraguai, mas possivelmente em lugares como Brasil e Argentina. Esse é um ponto fundamental para ser debatido.
- Uma investigação realizada pela ONG PROMESA constatou que há pessoas que estão em terapia de cinco drogas e de quatro, e outras que estão em biterapia e monoterapia. Segundo uma entrevistada, há pessoas que estão tendo resistência aos ARV, mas há também muita controvérsia com respeito ao protocolo de tratamento e com respeito ao manejo clínico e às receitas dos médicos (sobre que medicamentos deveriam ou não ser aplicados, quais os adequados para o quadro específico de uma determinada pessoa). “Não sou médica mas estou escutando de PVHA e de médicos que há controvérsias. Essa informação não está baseada em nenhuma pesquisa mas na escuta a pacientes e profissionais de saúde”, diz a entrevistada. Foi relatada uma possível influência da indústria farmacêutica quanto à prescrição médica dos ARVs.

³⁹ Fonte: Brasil, 2006.

⁴⁰ Fonte: Informação obtida no trabalho de campo.

⁴¹ Fonte: Brasil, 2006.

⁴² Id.

⁴³ Fonte: Informação obtida no trabalho de campo.

⁴⁴ Organização: Cíntia Pereira Nocentrini e Judit Lia Busanello (Brasil, 2006).

⁴⁵ Participaram os técnicos Ana Maria Caballero de Arestivo e Ivan Allende (Brasil, 2006).

⁴⁶ Os medicamentos foram remetidos em mãos, por meio de Eduardo Filizzola (Brasil, 2006).

⁴⁷ Como mencionado no início do documento, há atualmente no Paraguai uma estimativa de 15.000 soropositivas para o HIV.

Quadro 3 - Estimativas de Envio de Medicamentos ARV do Brasil ao Paraguai

Paraguai - (Envio pela UNICEF 400 Tratamentos)

Medicamentos	1º envio	2º Envio	2º Envio Compl.	3º Envio	4º Envio	5º Envio
	16/3/2004	21/7/2004	29/12/2004	26/5/2005	2/9/2005	1º - 2006
	Cobertura 3 meses	Cobertura 6 meses	Cobertura 3 meses	Cobertura 1 mês	Cobertura 5 meses	Cobertura 6 meses
AZT+3TC (comp.)	5.520	11.040	47.220	0	126.600	164.700
AZT 100mg (cáp.)	1.800	3.600	5.400	86.800	12.000	12.000
D4T 30mg (cáp.)	2.640	5.280	7.920	3.540	17.640	17.640
D4T 40mg (cáp.)	5.400	10.800	16.200	7.200	36.000	36.000
3TC 150mg (comp.)	2.520	5.040	7.560	28.680	16.800	16.800
DDI 100mg (comp.)	16.020	32.040	48.060	21.360	106.800	
DDI 25mg (comp.)	2.040	4.080	6.120	2.760	13.620	
NVP (comp.)	8.040	16.080	56.220	25.020	125.040	161.040
IDV (cáp.)	16.020	32.040	48.060	21.420	106.830	106.830
RTV (cáp.)		25200*		4.200	25.200	29.400
Observação:	100 tratamentos	100 tratamentos	300 tratamentos	400 tratamentos	400 tratamentos	400 tratamentos

Fonte: Área de manejo logístico de medicamentos /AIDS, UAT/ PN-DST/AIDS. Brasil, 2006.

- O PCI contempla os medicamentos para início da terapia (primeira linha). Porém, cerca de 30% das pessoas estão em tratamento de segunda linha, para os quais não há genéricos produzidos no Brasil, e, portanto, essas pessoas não são contempladas pelos medicamentos provenientes do Brasil. Nesse caso, elas devem ser absorvidas pelo programa paraguaio. Além disso o PCI não contempla o tratamento de AIDS para crianças.⁴⁸
- Na época do desabastecimento de medicamentos ARV (antes do PCI), alguns ativistas informaram que o Paraguai realizava compras

diretas de medicamentos de outros países. Atualmente, as compras dos medicamentos de segunda linha são realizadas por meio de licitação, seguindo o mesmo modelo que no Brasil.

- Como mencionaram alguns entrevistados, a partir da doação de medicamentos feita pelo Brasil ao Paraguai, existe a possibilidade de se criar uma primeira, segunda e até uma terceira combinação de medicamentos; quando é necessário fazer uma mudança para um quarto esquema, se utilizam os medicamentos de segunda linha comprados diretamente pelo Estado.
- Além da cooperação com o Brasil e da alocação de recursos próprios da proposta do Governo, para compra dos medicamentos, o Paraguai segue a iniciativa do “3 by 5”, proposta da OMS, inicialmente acordada pelos países

⁴⁸ Os medicamentos de primeira linha (AZT, 3TC, AZT + 3TC, DdI, D4T, Indinavir, Nevirapina) são medicamentos genéricos produzidos no Brasil. Os medicamentos de segunda linha (por exemplo, Efavirenz e Kaletra) são medicamentos importados.

presentes na Sessão Especial da Assembléia Geral (UNGASS), em 2001, para promoção de tratamento. No entanto, essa iniciativa não garante acesso aos ARV, mas somente fortalece as atividades de promoção ao tratamento.

- O término da cooperação com o Brasil é vista pelos entrevistados como a descontinuidade do acesso universal aos medicamentos. Uma das maneiras de se manter a cobertura seria produzir internamente os medicamentos, porém, atualmente, o Paraguai não os produz. Segundo avaliação do PRONASIDA, há interesse na produção local dos medicamentos, o que consta inclusive no projeto original estabelecido com o Brasil. Haveria laboratórios privados interessados em produzir e vender os medicamentos para o Estado, porém, a demanda (algo em torno de 2.000 genéricos) não justificaria tal empreitada. Ativistas consideram que não há condições factíveis para tanto. Essa é uma questão de suma relevância e que deve ser melhor examinada.
- Em relação à regulação dos fármacos, há uma vigilância sanitária no país. Quando os medicamentos chegam é preciso abrir um registro. Há um laboratório que examina a droga e o tempo para sua habilitação está compreendido entre dois e três meses. Porém, em relação aos medicamentos que vêm do Brasil, não há um controle de qualidade por parte do Paraguai, já que os medicamentos são enviados com os devidos certificados de controle de qualidade de nível internacional.
- O Paraguai tem participado de capacitações relativas a sistemas de monitoramento para o seguimento de pacientes em ARV. O país pretende criar um sistema de registro informatizado aos moldes do SICLOM, sistema de controle logístico de medicamentos anti-retrovirais brasileiro.
- Para além do acesso aos medicamentos ARV, existe, por parte de uma parcela da sociedade,

uma sensação de insegurança num programa que dá sinais de instabilidade. Por isto algumas pessoas adquirem mais medicamentos do que necessitam para tê-lo em estoque, temendo possíveis rupturas ou desabastecimento. Este procedimento pode causar danos a outras pessoas que vivem com HIV/AIDS e que precisem dos medicamentos. Fatos como esse demonstram a preocupação com os rumos de uma política de saúde que não se apresenta clara.

- Foi relatada ainda uma espécie de “comércio” de medicamentos (“muita gente vende suas drogas porque não tem o que comer”), segundo depoimento de ativista. Tal situação fala, portanto, de um quadro de pobreza que contribui para a vulnerabilidade de alguns grupos ao HIV/AIDS. Não se trataria somente de assegurar a disponibilidade de medicamentos, mas de pensar sobre a qualidade da assistência, em sentido mais amplo, que é ofertada à população (inclusive a seguridade social).
- O tema da propriedade intelectual é apenas brevemente discutido pelas ONGs. “Neste momento estamos mais preocupados em que haja medicamentos do que pleitear os genéricos”, diz uma entrevistada, enquanto outro diz que estão acompanhando as discussões do Brasil. Não existe uma lei de patentes no Paraguai, mas o país está entrando na Organização Mundial do Comércio (OMC). Embora não haja condições técnicas para a produção de genéricos, há uma fatia da iniciativa privada interessada na terceirização do serviço, que ainda garantiria um preço mais baixo do que a compra. O projeto de cooperação com o Brasil é visto como interessante, porque pressupõe a capacitação de profissionais e a transferência de tecnologia para que algum dia o Paraguai também possa produzir seus medicamentos genéricos.
- A partir das entrevistas, é possível depreender que, enquanto ativistas vêm pouca pos-

sibilidade de produção local de medicamentos, nas palavras de alguns técnicos do Programa haveria possibilidade de que o país se responsabilizasse pela sua própria produção num futuro breve, com laboratórios privados, estimulados pelo PCI. Há questões a serem debatidas, para além dos problemas já mencionados em relação ao PCI: 1) como o PCI se posiciona em relação aos países assinando suas leis de patente? 2) que laboratórios seriam esses a produzir os medicamentos, no Paraguai? 3) com a timidez do governo brasileiro e a não produção de genéricos de 2ª linha, o que acontece se o Brasil não envia os medicamentos e o Paraguai não tem uma lei de patentes? 4) Qual seria o destino do PCI sem medicamentos?

7.2. Recomendações para terapia anti-retroviral no Paraguai

A última reformulação das normas e recomendações para tratamento anti-retroviral no Paraguai data do ano 2003.⁴⁹ A elaboração dessas normas se deu a partir de um grupo técnico que tem como missão a revisão das guias, validadas posteriormente por membros de sociedades científicas e depois implementadas.⁵⁰ Segundo informação da sociedade civil, as ONGs não integram esse grupo técnico.

Esse protocolo teria sido baseado em protocolos internacionais – Brasil, Argentina e outros países. Ativistas mencionaram nas entrevistas que nas épocas de desabastecimento de medicamentos houve várias denúncias contra médicos que prescreviam medicamentos sem

reger-se por um protocolo. Resulta daí que alguns pacientes iniciaram seu tratamento com uma determinada medicação quando deveriam iniciar com outra.

À época da coleta de dados, as normas estavam sendo reformuladas e o país estava preparando um novo documento. Há também um protocolo para a prevenção da transmissão materno-infantil, baseado na terapia de alta efetividade (terapia tripla).

Nesse contexto, cabe perguntar:

1. Qual o espaço de atuação e possibilidade de intervenção da sociedade civil em relação à elaboração das políticas de acesso a tratamento?
2. Qual o papel do Brasil em relação às normas e recomendações para tratamento anti-retroviral em adultos e adolescentes paraguaios?

7.3. A Proposta ao Fundo Global

O Paraguai não é recipiente de recursos advindos do Fundo Global. Documento da Fundación Vencer de 2004 assinala que a primeira proposta para o Fundo Global contra AIDS, Tuberculose e Malária foi apresentada pelo Mecanismo de Coordinación País, integrado pelo Governo, pela Rede de ONGs que trabalham com HIV/AIDS, organizações de base comunitária, organizações de pessoas que vivem com HIV/AIDS, agências internacionais, OPS, OMS, as Forças Armadas (FFAA), a Sociedade de Infectologia e outras instituições no ano de 2002, mas foi recusada. Houve contribuição de consultores externos, que foram financiados pela OPS. Noutra proposta apresentada, somente foi aprovado o Projeto de Tuberculose, ficando a proposta de AIDS para uma quarta rodada de avaliação, quando novamente foi recusada, e o país entrou com uma apelação junto ao Fundo Global.

Houve nova postulação, para a quinta rodada do Fundo Global, e estão à espera do re-

⁴⁹ Dados nas entrevistas de Nicolas Aguayo e Mirta Ruiz. Porém, na entrevista de Gloria Aguillar, há um dado que o primeiro consenso nacional de VIH/SIDA data de 2004.

⁵⁰ São feitas oficinas para difusão das normas (oficinas de capacitação), geralmente de caráter nacional, e se formam capacitadores, que vão às regiões para capacitar seus colegas.

sultado. O Paraguai apresentou quatro projetos para o Fundo Global, que até agora não foram aceitos. As propostas foram redigidas com ajuda de consultores da GTZ, OPS, OMS e ONUSIDA. Sobre as razões da não aceitação, foram mencionadas que o Fundo Global teria criticado a não menção, na proposta, à participação da sociedade civil, ou o modo de trabalhar com os grupos mais vulneráveis, como os HSH e as profissionais do sexo. Entrevistados dizem que a proposta foi considerada boa internamente, e que não sabem as razões da não aceitação, já que realmente necessitam dos recursos do Fundo.

Segundo uma das entrevistadas, antes da proposta de projeto para o Fundo Global era possível ver que a causa de mortalidade dos pacientes soropositivos eram as pneumonias, mais do que a tuberculose. Se as pessoas recebessem profilaxia pelo menos para as pneumonias, seriam possivelmente evitadas morbidade e mortalidade entre os pacientes, pelo menos de forma parcial.

Planejava-se a compra de medicamentos (ARV e para infecções oportunistas), na última proposta. Dr. Ivan Allende, Maria Ines Lopez e Mirta Ruiz Dias foram os responsáveis pelo levantamento de medicamentos que seriam necessários. Segundo alguns entrevistados, parece que não havia uma compreensão sobre o próprio Fundo Global – ele estaria destinado mais à prevenção ou mais à atenção integral às PVHA.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das questões que enfrentamos na elaboração deste estudo de caso, e que certamente reflete as dificuldades do estabelecimento de programas de cooperação externa, diz respeito à necessidade de mapeamento e conhecimento prévio das leis e dinâmicas sócio-culturais dos países com os quais se estabelecerá cooperação.

Chamamos atenção para a importância de um entendimento mínimo da sociedade local, isto é, conhecer não somente a sua legislação, mas compreender a representação atual da epidemia de HIV/AIDS no país e os processos políticos relacionados a sua resposta. Esse entendimento significa, por exemplo, conhecer a estrutura de saúde no país, a configuração da epidemia de HIV/AIDS, o mapeamento dos grupos sociais mais vulneráveis à epidemia, o grau de articulação da sociedade civil, a interface entre o movimento social e as políticas públicas.

As considerações dos entrevistados, dentre outras informações levantadas pelo estudo, nos levam a concluir que o PCI representa uma possibilidade de fortalecimento das respostas paraguaias à epidemia de AIDS. Falamos em fortalecimento porque no Paraguai a memória das entrevistas reporta a uma fase de respostas, ações e políticas de controle e prevenção das DST/AIDS anteriores ao PCI, ainda que apresentando dificuldades em seu funcionamento. No caso do Paraguai, que inclusive já vem implementando um programa de DST/AIDS, o PCI pode contribuir para a reestruturação ou fortalecimento do Programa, diferentemente de outros países que não contam com uma estrutura governamental de programa de AIDS e para os quais o PCI e outros programas de cooperação possibilitariam sua estruturação. Como recomendação aos países que assinam o acordo, observamos que o PCI, entre outros acordos de cooperação internacional, deve levar em consideração diferentes abordagens de intervenção segundo a situação histórica e política local e segundo o grau de estruturação das respostas locais.

No caso do Paraguai, portanto, o PCI reforçou, ampliou e melhorou o acesso das pessoas soropositivas aos medicamentos anti-retrovirais, assim como o leque de combinações possíveis entre os ARVs. Além disso, o PCI é providencial no que toca também à capacitação

técnica de profissionais de saúde na atenção das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Essa capacitação é importante no momento em que o país visa descentralizar suas ações, levando-as ao restante do território. Tal fato deve ser levado em conta na avaliação e no seguimento do PCI.

Os principais desafios que identificamos neste estudo, após procurar compreender o sistema paraguaio, estão relacionados à sustentabilidade da atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Sobretudo se considerarmos a atual situação de dificuldades em relação à sustentabilidade enfrentada pelo Brasil para garantir seu próprio abastecimento de medicamentos e insumos para prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS. Chegamos, então, às seguintes perguntas: 1) se houver interrupção da produção brasileira de medicamentos e posterior interrupção de envio de medicamentos do Brasil ao Paraguai, e se o Brasil não conseguir produzir medicamentos de segunda linha, como o Paraguai fará para manter o acesso das pessoas soropositivas aos medicamentos? 2) O Paraguai vislumbra outras fontes para continuar garantindo o acesso das pessoas que vivem com HIV/AIDS aos medicamentos anti-retrovirais, para além das doações? Esperamos que as recomendações desse estudo, que foram debatidas na ocasião das entrevistas e do seminário realizado no Brasil, e que seguem anexas no final da publicação, possam contribuir para o debate público e para o encontro de respostas e alternativas a essas perguntas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. PN DST/AIDS. COOP-PEX. *Situação do PCI Paraguai*. Brasília – DF, fev. 2006 [comunicação eletrônica].

FUNDACIÓN VENCER e BASE Investigaciones Sociales. *Relevamiento de las principales debilidades en los Derechos de las Personas que viven con VIH/SIDS en el Pa-*

raguay. Documento de Trabajo n° 111. Asunción: Fundación Vencer e BASE Investigaciones Sociales, noviembre 2004.

_____. *Por una vida humana y digna. Memoria del 1º Encuentro Nacioanal de PVVS*. Fundación Vencer. Paraguay, 2004.

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*. Brasília: Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da GTZ na América Latina e no Caribe; OPAS; OMS; OIT; Ministério da Saúde do Brasil, setembro de 2005.

MESA-LAGO, C. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. S.I: CEPAL, Naciones Unidas, diciembre de 2005.

ONUSIDA. *El SIDA em Paraguay. Situação Epidemiológica*. Junio 2005. Disponível em: <www.onusida.org.ar/paraguay/docs/EpidemiologiaParaguay.doc>. Acessado em 25 de janeiro de 2006.

PLATAFORMA Paraguay Sin Excusas contra la Pobreza. *ODM. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe alternativo de la sociedad civil – Paraguay. 2000/2005*. Paraguay, septiembre de 2005.

ROJAS, Mer. *Situación en Salud. Paraguay 2003*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Planificación y Evaluación. Centro de Documentación. Año VI. 2004. Disponível em: <www.mspbs.gov.py>. Acessado em 17/03/2006.



RECOMENDAÇÕES GERAIS

Durante o Seminário Cooperação, Mobilização Social e Descentralização das Políticas Públicas em HIV/AIDS na América Latina, realizado pela ABIA no período de 7 a 9 de fevereiro de 2006, no Rio de Janeiro, um conjunto de observações e recomendações foram apontadas pelos participantes com base nas discussões realizadas, no sentido de contribuir com o aprimoramento da participação da sociedade civil nas respostas nacionais e internacionais à epidemia de AIDS, e com o nível governamental no estabelecimento de parcerias e acordos participativos de cooperação sul-sul entre países.

Sobre os acordos e processos de cooperação sul-sul verificou-se a necessidade de:

1. Criar mecanismos para o envolvimento de representantes da sociedade civil desde o início do processo de elaboração das propostas de projeto de cooperação, ou seja, o envolvimento tanto na fase de planejamento quanto na fase de execução e avaliação.
2. Promover *advocacy* e interceder para que os tratados de livre comércio, assim como outros acordos de cooperação, não sobreponham os interesses comerciais aos interesses de saúde pública.
3. Realizar diagnósticos prévios à elaboração e implementação dos projetos de cooperação e de suas ações, incluindo a clareza dos papéis dos atores chaves e estratégias nas ações de cooperação.
4. Documentar e dar uma maior visibilidade aos relatórios e documentos relacionados aos processos e resultados da cooperação internacional, possibilitando a divulgação de informações sobre os projetos, tanto das ações do governo quanto das ações da sociedade civil parceiras, com vistas a um controle social mais efetivo e à continuidade das ações.
5. Garantir uma maior articulação e parceria entre as diversas áreas (governo, ensino, pesquisa, comunidades afetadas pela epidemia, ONGs e redes) no sentido de favorecer a utilização da diversidade de estratégias metodológicas e operacionais existentes, valorizando o fortalecimento das interfaces entre governo e sociedade civil.
6. Advogar junto aos governos a não compla-

cência com a violação dos direitos humanos dos grupos vulneráveis ao HIV/AIDS (usuários de drogas, trabalhadores do sexo, homossexuais etc.) e das pessoas que vivem com HIV/AIDS, nos países que se esteja desenvolvendo a cooperação, para que possam participar efetivamente das ações nas diversas áreas sem discriminação e perseguição, mantendo-se o direito à confidencialidade.

7. Garantir, nos termos de cooperação entre o Governo Brasileiro, UNAIDS e outros governos, o compromisso do Governo receptor da cooperação técnica ou financeira com o cumprimento dos princípios éticos profissionais nas ações de prevenção e assistência, dirigidos às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a populações em geral, com ênfase no direito ao sigilo e confidencialidade da sorologia para o HIV.

Sobre o acesso universal a tratamentos de AIDS foram feitas propostas com relação a:

1. Unir esforços (regionais e internacionais) direcionados para a redução de preços dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) e na promoção de estratégias para a expansão do acesso efetivo ao tratamento e a insumos de prevenção, incluindo o monitoramento pela sociedade civil dos tratados regionais e bilaterais, relacionados à propriedade intelectual e ao uso das flexibilidades do TRIPS⁵¹.
2. Realizar estudos sobre a legislação dos países que assinarão o termo de cooperação internacional durante a fase de diagnóstico prévio à elaboração e implementação dos projetos de cooperação, possibilitando estabelecimento de distintas formas de parceria e cooperação na área entre os países.

3. Divulgar as propostas de cooperação, permitindo maior clareza e transparência sobre as contrapartidas acordadas por parte do Estado no acordo de cooperação internacional, de forma a que as organizações da sociedade civil tenham mais subsídios para o controle da utilização dos mesmos e da continuidade das ações.

⁵¹ Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio.

ANEXO 1

PROGRAMA DO SEMINÁRIO

Cooperação, Mobilização Social e Descentralização das Políticas Públicas em HIV/AIDS na América Latina

7 a 9 de fevereiro de 2006 | Hotel Mirador - Rio de Janeiro/RJ

1º dia: 07/02

PAINEL:

O PAPEL DAS ONG/REDES BRASILEIRAS
NA COOPERAÇÃO EXTERNA

Moderadores:

Eduardo Barbosa (SCDH – PN DST e AIDS)
José Araújo Lima (AFXB)
Frei Lunardi (Pastoral da AIDS)
Paulo Paes (ONG AZUL – Programa Fronteira Oeste)
Cláudio Pereira (GIV)

Comentários:

Narda Tebet (Pela Vidda Niterói)

2º dia: 08/02

Mesa de abertura

Veriano Terto Jr. e Cristina Pimenta (ABIA)

Apresentação da 1ª Versão do Estudo de Caso:

ACESSO A MEDICAMENTOS NA AMÉRICA LATINA:
EXPERIÊNCIA PARAGUAI

Moderador:

Veriano Terto Jr. (ABIA)

Expositora:

Ivia Maksud (ABIA)

Comentários:

Jorge Beloqui (GIV)
Mirtha Ruiz (Vencer)
Andrés Vargas (IDH)

Apresentação da 1ª Versão do Estudo de Caso:

ACESSO A MEDICAMENTOS NA AMÉRICA LATINA:
EXPERIÊNCIA BOLÍVIA

Moderador:

Julio César Aguilera (REDVIHDA)

Expositora:

Luciana Kamel (ABIA)

Comentários:

Juan Carlos Raxach (ABIA)
Aurora Gaona (Equidad)
Roberto Parra (RedBol)

3º dia: 09/02

Apresentação do Estudo de Caso:

DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

Moderadora:

Kátia Edmundo (CEDAPS)

Expositor:

Alcindo Ferla

Comentários:

Denise Pires (SES-RJ)
Ruben Mattos (IMS/UERJ)
Juliano Lima (Dir. Planejamento Estratégico - FIOCRUZ)

Apresentação do Relatório:

CONTROLE SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/
AIDS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Moderadora:

Cristina Pimenta (ABIA)

Expositora:

Alcinda Godoi

Comentários:

Maria Inês Bravo (FSS/UERJ)
Roberto Pereira (Fórum de ONG/AIDS/RJ)
Carlos Duarte (SCDH – PN DST e AIDS/MS)

ANEXO 2

Relação de ONGs participantes – Bolívia

Entrevista	Instituição	Contato
Julio César Aguilera	RedVidaRedBol – Sta Cruz	Passaje Antello, 70, Santa Cruz de la Sierra F: 3550066 70082549 (cel Julio) nacionalfloreda@yahoo.com.ar redvihda@hotmail.com
Gracia Violeta Ross	RedBol – Coordenadora Nacional	Calle Nicolas Acosta, 633, San Pedro, La Paz F: 2490983 Cel: 70678041 graciavioleta@yahoo.co.in
Alberto Moscoso	ADESPROC Libertad – La Paz	Av. Heroes Del Pacifico, 1330, La Paz F: 2226210 77569747 (cel Alberto) libertad@mail.megalink.com www.libertad.org
Ana Maria Young	Programa Nacional de ITS - SIDA	Calle Cap Ravelo, 2131, La Paz F: 2441397 ayoung@sns.gov.bo ana.maria.young@gmail.com
Jorge Herrera	Asociacion Más Vida – La Paz	Calle Constitucion, 156, La Paz funmasvida@yahoo.es
Miryam Cuellar	Ex-Coordenadora PN ITS-SIDA	F: 2492165 71564906 (cel) miryam_cuellar@hotmail.com miryam_cuellar@yahoo.es
Victoria De Urioste	Diretora do Direccion Nacional de Medicamento (DINAMED)	Calle Cap Ravelo, 2199, La Paz F: 2444432 71569440 (cel) vdeurioste@sns.gov.bo
Edgar Valdés	IDH – Cochabamba	Casilla 5351, Cochabamba F: 4118315 idh@supernet.com.bo www.idhbolivia.org
Andrés Vargas	IDH	Calle Modesto Omiste, 753, Barrio Cala Cala, Cochabamba Casilla 5351, Cochabamba F: 4118315 idh@supernet.com.bo www.idhbolivia.org
Roberto G. Parra Herédia	Redbol	Pasaje Antelo # 70 detrás de El Deber Tel: 314-1035 robengonparra@hotmail.com

ANEXO 3

Relação de ONGs participantes – Paraguai

Entrevista	Instituição	Contato
Gloria AguilarZully Suarez (pediatra que trabalha com TV) Ana Caballero (estudo sobre adesão)	Pronasida – Dep de Atención Médica	Instituto de Medicina Tropical Av. Venezuela y Florida, Asunción, PYF: 298700 dra_gloria_aguilar@yahoo.com dra_gloria_aguilar@hotmail.com
Sonia Marchewka	PROMESA	Calle Abente Haedo, 4067, Asunción F: 615782 smarchewka@promesa.org.py
Aurora Gaona	Equidad – ONG PVHS	Calle Universitarios Lambareños, 2847, Asunción Cel: 0981.943446 dutriec@dutriec.com.py
Nicolas Aguayo	PRONASIDA – Coordinador	Instituto de Medicina Tropical Av. Venezuela y Florida, Asunción, PYF: 298700
Mirta Ruiz Diaz	Fundación Vencer	Calle París, 1081, Asunción F: 422524 venfenix@conexion.com.py

