Boletim ABIA

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS | Setembro de 2014 | nº 59

Para onde vamos?

O acesso à testagem e ao tratamento no Brasil

Leia também: Saiba o que os candidatos vão fazer (ou não fazer) para conter o HIV e a AIDS no país

ABIA
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

EDITORIAL

Para onde vamos? A pergunta, central hoje no contexto brasileiro, além de orientar a nova edição Boletim ABIA, é um alerta coletivo e emergencial para governos e sociedade civil. Há alguns anos a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, junto com outros setores dos movimentos sociais, vem alertando o governo brasileiro para o risco eminente da onda de conservadorismo e do consequente retrocesso no combate à epidemia no país.

O diagnóstico foi confirmado no relatório da UNAIDS (sigla em inglês para Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e a AIDS), no qual o Brasil – outrora inspiração para o mundo na resposta à AIDS – aparece na contramão da tendência mundial: enquanto outros países reduziram a taxa de novas infecções pelo HIV e AIDS em 28%, o Brasil registrou um aumento de 11%. E mais: a expansão do HIV, segundo a agência da ONU – cuja análise inclui o Brasil – está relacionada ao aumento do número de infecções entre os homens que fazem sexo com homens, sobretudo entre os jovens.

Diante deste cenário, a ABIA procurou os/as candidatos/as à Presidência da República para saber o que planejam executar para conter a epidemia nos próximos quatro anos, caso eleito/a. O baixíssimo retorno aumenta o nosso grau de preocupação. Também sinalizamos – em artigo assinado por Richard Parker, diretor-presidente da ABIA, na capa desta edição – que qualquer política de acesso à testagem e ao tratamento terá pouco ou nenhum valor se não vier respaldada por uma perspectiva de direitos humanos. Outra análise da política "testar e tratar", comandada pelo atual governo, aparece no texto produzido pelo Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), formado por um coletivo de organizações, e cuja secretaria-executiva é da ABIA.

A pergunta "Para onde vamos?" também orienta as ações da ABIA destacadas nesta edição, que tem como foco a juventude, as trabalhadoras do sexo e o projeto aprovado pela UNITAID (uma iniciativa de financiamento global administrado pela Organização Mundial da Saúde) que buscará soluções para ampliar o acesso aos antirretrovirais de primeira e segunda linhas.

Nesta edição, a ABIA também fortalece as ações de parceiros como a organizada pelo deputado Jean Wyllys, no Congresso Nacional, que buscou refletir sobre o futuro da epidemia no Brasil. Traz ainda uma rica análise sobre a 20ª Conferência Internacional de AIDS, em Melbourne, na Austrália. Retomamos as edições do Boletim ABIA num momento estratégico de combate à epidemia no Brasil.

Boa leitura!

EXPEDIENTE

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal.
Entidade de fins filantrópicos.

Av. Presidente Vargas, 446
13º andar
20071-90 Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2223-1040
Fax: (21) 2253-8495
E-mail: abia@abiaids.org.br
www.abiaids.org.br

Diretoria

Diretor-presidente:
Richard Parker
Diretora vice-presidente:
Regina Maria Barbosa
Secretário-geral:
Kenneth Rochel Camargo Jr.
Tesoureira:
Simone Souza Monteiro
Tesoureiro Suplente:
Jorge Beloqui
Conselho de Curadores/as:
Ruben Mattos, Valdiléa Veloso, Fernando Seffner, Fátima Rocha, Luis Felipe Rios de Nascimento, Carlos Duarte, Mário Scheffer, Pedro Chequer, George Gouvea, Francisco Pedrosa, Claudia Osorio e Alexandre Grangeiro
Coordenação Executiva:
Katia Edmundo

Boletim ABIA nº 59 | Setembro de 2014
Coordenação editorial e jornalista responsável: Angelica Basthi, Mtb 20.916
Fotos: Vagner de Almeida, Divulgação e Banco de Imagens da ABIA
Foto da capa: Vagner de Almeida
Colaboraram nessa edição: Felipe de Carvalho, Laura Murray, Marcela Vieira, Pedro Villar, Richard Parker, Salvador Corrêa, Vagner de Almeida e Viviane Martinhão
Revisão: Malu Resende
Projeto gráfico: Conexão Gravatá Ltda.
Editoração eletrônica: A 4 Mãos Comunicação e Design
Financiamento Pão Para o Mundo (PPM)
Tiragem: 1.000 exemplares **DISTRIBUIÇÃO GRATUITA**

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

Jovens e Ongs

se reúnem para debater diversidade sexual, saúde e direitos

Angelica Basthi

Participantes do encontro sobre diversidade, saúde e direitos na ABIA

No atual cenário da epidemia de AIDS no Brasil, as populações jovem e gay, as pessoas trans, dentre outros, ocupam lugar estratégico no campo das políticas públicas. Mas como trabalhar este tema sem fortalecer os estigmas e os preconceitos contra os grupos vulneráveis? Como evitar um discurso único da biomedicalização da epidemia, tendo em vista que os medicamentos ainda não são totalmente acessíveis? Qual o modelo de superação deste cenário de retrocessos?

Estas e outras perguntas foram lançadas por Richard Parker, diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, durante a abertura do 1º "Encontro Nacional do Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens", na sede da instituição. As questões balizaram o debate durante o evento realizado no mês de agosto com o apoio da MAC AIDS Fund. E reuniu representantes de vários estados brasileiros, tais como Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

O encontro promoveu um intercâmbio de experiências e possibilitou uma reflexão crítica e coletiva sobre a prevenção da infecção pelo HIV na população HSH (homens que fazem sexo com homens), jovens, pessoas trans, entre outros.

A ABIA, por exemplo, há pelo menos 20 anos – ao longo dos 27 da sua trajetória institucional – acompanha as questões que afetam os homens que fazem sexo com homens (HSH), com foco especial na vida de jovens e gays no Brasil. Além de promover o intercâmbio e a replicação de boas práticas institucionais, e em razão da forte atuação política, a ABIA contribui para o fortalecimento da mobilização política destes grupos.

Outras instituições e redes de jovens também trouxeram ricas experiências. Dentre elas, o Instituto Nacional de Infectologia/ Fiocruz, no Rio de Janeiro; a Universidade de Pernambuco/ Projeto Diálogos; o Grupo Asa Branca (GRAB), no Ceará; o Projeto Acordes Mágicos, no Ceará; GIV, em São Paulo; o SOMOS, em Porto Alegre; a ONG Pode Crê, em Minas Gerais; e a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS da região Sudeste.

Ao final do encontro, foram elaboradas propostas e criados grupos de trabalho para a formação de uma nova agenda de ações. Os participantes buscaram soluções coletivas para as seguintes questões: 1. Como podemos reanimar e repolitizar o enfrentamento da epidemia? 2. Qual deve ser o papel da sociedade civil? 3. Como conseguir maior engajamento dos jovens (e dos jovens gays/HSH em especial)? 4. Como trazer o sexo e a sexualidade de volta para o enfrentamento da epidemia? 5. Que tipo (ou quais os tipos) de abordagem para tratar o sexo e a sexualidade em projetos para jovens (e dos jovens gays/HSH em especial), e ainda, Como integrar as novas técnicas e tecnologias em novos projetos de prevenção para jovens (e dos jovens gays/HSH em especial)?

Para o coordenador do projeto, Vagner de Almeida, a ABIA continua sendo um importante elo para o fortalecimento político dos temas ligados aos jovens e gays. "Nós sempre compartilhamos nossas ideias e ações e também sempre estimulamos que as boas práticas de outras instituições fossem trocadas. Foi assim, por meio desta riqueza de trocas e com a efetiva participação social no desenvolvimento de políticas públicas, que o Brasil se tornou um país modelo na resposta à AIDS no mundo. É hora de retomarmos esse caminho e este encontro nos sinalizou como estimular esse processo", sintetizou.

Direitos, Sexualidade e AIDS:

a ABIA no debate sobre a prostituição

Por Laura Murray

A ABIA tem realizado uma série de ações com foco nas demandas das prostitutas brasileiras. Em 2012, em diálogo com Gabriela Leite, definiu atividades relacionadas à prostituição que fazem parte da linha de ação de *Direitos, Sexualidade e AIDS*, do Observatório Nacional de Políticas de AIDS, atualmente em curso na instituição.

Antes de iniciar a linha de atividades do Observatório, a ABIA realizou várias consultas a organizações de prostitutas e pesquisadoras/es. O resultado confirmou a existência de demandas a serem enfrentadas no campo da prostituição, tais como a persistência de violações de direitos das pessoas envolvidas com trabalho sexual, sobretudo em decorrência da violência policial; a constatação de que no âmbito de medidas de enfrentamento à violência contra as mulheres, as prostitutas não eram um grupo que recebia a atenção necessária, exceto quando "vítimas" do tráfico, além da perda de qualidade na resposta ao HIV e à AIDS.

A partir desta constatação, a ABIA e Davida deliberaram estratégias focadas na produção de conhecimento, debates públicos e *advocacy* para ações políticas que promovam os direitos humanos e a saúde integral das prostitutas. Essas atividades têm sido realizadas em parceria com Davida, Observatório da Prostituição do Laboratório de Etnografia Urbana do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (LeMetro/IFCS-UFRJ) e Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro (APERJ).

O *Relatório Análise de Contextos de Prostituição em Relação a Direitos Humanos, Trabalho, Cultura e Saúde no Brasil* (*acesse em* http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2014/03/analise_contexto_abia-davida.pdf), por exemplo, foi um levantamento para mapear o cenário político nacional e internacional realizado em parceria com Davida e Fiocruz e com financiamento do Ministério da Saúde – Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. A análise confirmou que estavam em declínio as ações sistemáticas e permanentes de prevenção de DST e HIV para profissionais e que persistiam visões limitadas em relação à saúde das prostitutas, que continuavam restritas ao campo das DST/AIDS.

A mudança de perspectiva nas políticas de prevenção ficou nítida com a censura pelo Ministério da Saúde da campanha feita pelo Departamento de DST/AIDS em parceira com lideranças do movimento de prostitutas para o Dia Internacional de Prostitutas, em 2 de junho 2013. As mensagens que ressaltavam a importância da cidadania denunciavam violência e afirmavam o direito de trabalhar (e feliz) foram retiradas do ar, censuradas e publicadas novamente com mensagens cujo foco exclusivo era o uso da camisinha e a prevenção, sem menção à cidadania e aos direitos.

Foi neste contexto que em 2013, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde – Gerência de DST/AIDS, a ABIA realizou um estudo de caso no Rio de Janeiro sobre o acesso de prostitutas aos serviços de saúde e o acesso aos direitos, que incluiu 18 entrevistas com gestores, 30 entrevistas com prostitutas e 19 entrevistas com profissionais de saúde. A pesquisa está na fase final de análise e a previsão para conclusão é novembro deste ano. A análise preliminar dos dados sugere limitações semelhantes às que foram identificadas no estudo, em nível nacional, de 2012: uma ausência de discussão sobre o tema e falta de ações para a população tanto nos serviços de saúde como nas secretarias estaduais (de Saúde, Direitos Humanos, Segurança Pública e Mulheres).

> ***"Os estudos e as discussões realizados pela ABIA, desde 2012, constatam que hoje o debate brasileiro sobre prostituição carece de evidência empírica sólida e da necessária qualificação conceitual."***

As prostitutas entrevistadas no ano passado informaram que tinham acesso a serviços de saúde públicos e privados e observaram a redução de ações por parte das instituições de saúde pública nas áreas onde elas trabalhavam, quando compara-

do com o que acontecia antes. A maioria das profissionais do sexo ouvidas busca fazer o teste de HIV de seis em seis meses. E para algumas das mulheres que trabalhavam em casas fechadas, os exames são compulsórios, ou seja, exigidos pela gerência dos estabelecimentos, e podem ser feitos por médicos particulares no local.

Outro projeto desenvolvido pela ABIA em parceria com o Observatório da Prostituição foi um estudo destinado a mapear os efeitos da Copa do Mundo de 2014 em contextos de prostituição. Realizado antes, durante e logo depois da Copa, a equipe dedicou aproximadamente 2 mil horas de pesquisa etnográfica nas principais áreas de prostituição no Rio (Vila Mimosa, Copacabana e o Centro). Os resultados preliminares mostram que – ao contrário do pânico moral insuflado pela mídia e algumas organizações internacionais em relação ao crescimento geométrico da prostituição supostamente motivado pelo "megaevento" – não houve incremento da prostituição no período.

A pesquisa tampouco identificou ações de saúde pública voltadas para a promoção da saúde sexual, incluindo a prevenção do HIV, nos principais pontos de sexo comercial do Rio de Janeiro. Tampouco foram identificadas evidências de que tenha havido uma maior incidência de exploração sexual de crianças e adolescentes ou de tráfico de seres humanos para fins de exploração sexual no período da Copa. Não seria arriscado afirmar que, se houve um caso agudo de violações de direitos humanos vinculado à prostituição, isto não se deu no contexto preciso da Copa do Mundo, mas no momento da invasão ilegal, em 23 de maio deste ano, de um prédio onde trabalhavam quase 400 prostitutas na cidade de Niterói. Participaram dessa ação policial mais de 100 policiais civis de 13 delegacias e, no curso da operação, mulheres foram roubadas e vítimas de violência física e sexual.

Os estudos e as discussões realizados pela ABIA, desde 2012, constatam que hoje o debate brasileiro sobre prostituição carece de evidência empírica sólida e da necessária qualificação conceitual. Mais do que no passado recente, o assunto tem sido mais abordado a partir de visões morais e ideológicas que tendem a tornar estreitas as perspectivas e as respostas dos direitos humanos. As políticas formais deixam à sombra as violações cometidas por agentes de segurança pública contra profissionais do sexo. A crescente moralização e ideologização do tema tem imposto limites à construção e à sustentabilidade de respostas adequadas de política pública para as questões de saúde pública, como no caso do HIV e da AIDS.

Saudades, Gabriela Leite

Gabriela Leite partiu em outubro de 2013, deixando o mundo mais pobre de ideias, coragem e garra para viver e resistir. Nascida em São Paulo, estudou sociologia na USP (Universidade de São Paulo) e, no fim dos anos 1970, abandonou tudo para trabalhar na prostituição no eixo São Paulo-Belo Horizonte-Rio de Janeiro. A militância para organizar as prostitutas surgiu em meados da década de 1980 em resposta aos frequentes abusos de direitos humanos vivenciados por suas colegas, incluindo violência, estigma, assédio policial e discriminação nos serviços públicos de saúde. Gabriela nos deixou um legado importante: organizou o 1º Encontro Nacional de Prostitutas no Brasil (1987); fundou o jornal Beijo da rua, sobre prostituição e direitos das prostitutas (1988); criou a ONG Davida, no Rio de Janeiro (1990), lançou a grife Daspu, cujo objetivo era gerar recursos e visibilidade para os direitos das prostitutas (2005) e ainda se tornou a primeira prostituta a se candidatar a uma vaga no Congresso Nacional (2010).

Gabriela foi parceira da ABIA desde os primeiros e árduos momentos da epidemia no Brasil. Ela estava ao lado da instituição nos esforços para alterar as perspectivas que caracterizaram a primeira fase da resposta do Estado à crise, cujo foco exclusivo eram os "grupos de risco e vetores". Gabriela recusou esta categorização e liderou a luta contra o estigma e em favor dos direitos humanos, dos direitos sexuais e do protagonismo das prostitutas.

Ao longo desses anos, a ABIA, por sua vez, tem contribuído de maneira relevante para manter viva e visível a pauta das prostitutas: seja em relação à resposta ao HIV e à AIDS, seja no que diz respeito à prostituição como um direito sexual ou trabalhista. Hoje, entretanto, essas perspectivas estão sendo atacadas por visões de ordem moral e religiosa, e também estreitas sobre gênero e sexualidade. A ABIA reconhece que, em tempos como este, a Gabriela faz muita falta. Mas a instituição se compromete a contribuir para manter Gabriela sempre presente: seja resistindo, ousando, propondo ou lutando por pautas que garantam o acesso e a igualdade de direitos, com destaque para a saúde integral das prostitutas no Brasil.

Divulgação

UNITAID financia consórcio para área de medicamentos no Brasil e em mais cinco países

A UNITAID, uma iniciativa de financiamento global de saúde administrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciou que financiará com U$ 6 milhões um consórcio de Organizações da Sociedade Civil durante três anos para atuarem no tema do acesso a medicamentos e propriedade intelectual. Seis organizações – ABIA (Brasil), Fundación GEP (Argentina), All-Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS (Ucrânia), AIDS Access Foundation (Tailândia), o ITPC, uma organização global, e I-MAK (Índia) – dividirão os recursos para implementar ações com foco na eliminação de obstáculos de propriedade intelectual para o acesso aos antirretrovirais de segunda e terceira linhas de HIV em quatro países: Argentina, Brasil, Tailândia e Ucrânia.

Desde 1996, os países-membros da Organização Mundial do Comércio são obrigados a reconhecer patentes farmacêuticas. A concessão de uma patente permite que uma empresa detenha o monopólio sobre a exploração do medicamento protegido por no mínimo 20 anos. Durante esse tempo, uma vez que não haja outras empresas no mercado, ela fixa altos preços e põe em risco o acesso de milhões de pessoas a medicamentos que podem salvar vidas.

O consórcio de Organizações da Sociedade Civil tem o propósito de enfrentar tais monopólios e colocar os medicamentos em domínio público, ou seja, em uma situação em que mais laboratórios possam produzi-los. Com isso, a expectativa é a de que possam ser gerados mais de US$ 150 milhões em economias, reduzindo preços de antirretrovirais (ARVs) por meio da remoção de barreiras impostas por patentes aos competidores genéricos. O impacto estimado é de que seria possível tratar mais 130 mil pacientes nesses países com medicamentos de segunda e terceira linhas, caso esses recursos fossem reinvestidos em tratamento.

Para alcançar estes objetivos, as organizações conduzirão campanhas e ações de *advocacy* para melhorar as leis de patentes dos países, requisitarão licenças compulsórias, entre outras ações estratégicas.

Segundo Richard Parker, diretor-presidente da ABIA, a notícia da aprovação do projeto pela UNITAID marca uma grande realização e será um passo importante para a superação de barreiras para medicamentos de segunda e terceira linha de genéricos antirretrovirais nos países de renda média localizados fora da África subsaariana. "A ABIA tem orgulho de fazer parte desta iniciativa. Sem dúvida, este consórcio de organizações vai fazer uma contribuição fundamental para a luta contra o HIV no Brasil e nos demais países incluídos".

A expectativa é a de que tanto as ameaças à sustentabilidade da política universal brasileira de acesso sejam combatidas quanto a luta para o acesso a medicamentos para o direito fundamental à saúde seja ampliada em todos os países. No Brasil, esse projeto será importante para colocar o tema do uso das flexibilidades de volta à pauta política. O uso das flexibilidades tem sido negligenciado pelo governo brasileiro, cuja opção vem sendo a política de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) que, em alguns casos, inclui licenciamento voluntário de patentes.

Entenda o significado das linhas de tratamento para AIDS

O tratamento da AIDS – e de outras doenças – é organizado em linhas de tratamento que são compostas por um conjunto de medicamentos, o chamado "coquetel". Quando um paciente começa a ser tratado, utilizam-se medicamentos da chamada primeira linha, ou seja, medicamentos mais "fracos", mais antigos e que frequentemente não estão sob proteção patentária. No Brasil, esses tipos são produzidos pelos laboratórios públicos. Com o passar do tempo, é comum que o paciente comece a ter resistência aos medicamentos de primeira linha e acontece a chamada "falha terapêutica". Então, há a necessidade de que se troque o tratamento para um esquema composto por medicamentos de segunda linha. Esses medicamentos já são um pouco mais novos e alguns deles estão protegidos por patentes. Com isso, o governo brasileiro é obrigado a comprá-los dos laboratórios multinacionais, pagando altos preços. Quando ocorre a falha terapêutica na segunda linha, o paciente tem de passar para a chamada terceira linha ou "terapia de resgate". Os medicamentos utilizados nessa fase são patenteados e extremamente caros.

O que os candidatos planejam
para conter a epidemia de HIV e AIDS no país?

O impacto negativo do aumento na taxa de novas infecções pelo HIV e AIDS no Brasil – que subiu 11%, enquanto em outros países foi reduzido em 28% no período 2005 a 2013, segundo relatório da UNAIDS/Nações Unidas – não mobilizou as campanhas dos/as principais candidatos/as a presidente. A ABIA consultou os comitês de campanhas de seis candidatos dos partidos mais expressivos nacionalmente e quis saber de que forma conduziriam a política para uma resposta efetiva à epidemia do HIV e da AIDS no Brasil, caso eleito/a. Dilma Rousseff (PT), Marina Silva (PSB), Everaldo Pereira (PSC), Eduardo Jorge (PV) e Luciana Genro (PSOL) não responderam à simples pergunta: qual a sua proposta para combater a epidemia de HIV e AIDS no país? Somente Aécio Neves (PSDB) respondeu à questão. A seguir, publicamos o resumo encaminhado por este candidato. A ordem de publicação dos demais candidatos respeitou o ranking das últimas pesquisas do Datafolha e Ibope.

Divulgação

Aécio Neves, PSDB

Conforme o item VII. 21. das Diretrizes Gerais do Plano de Governo do Senador Aécio Neves, iremos promover a "Retomada da prioridade necessária para a manutenção do Programa HIV/AIDS, com a qualidade que o tornou mundialmente conhecido" por meio da Rede Brasil de Prevenção e Tratamento das DST/AIDS e Hepatites Virais (Rede).

O objetivo da Rede é reduzir o diagnóstico tardio dessas doenças – através da disponibilização de testes rápidos, eliminar a transmissão vertical do HIV, sífilis, hepatites A e B, aprimorar a assistência integral e qualificar ações de prevenção.

A Rede será estruturada a partir de três frentes de ação: qualificar o atendimento realizado pela atenção básica dos municípios, criar ou fortalecer os Serviços de Atenção Especializada em HIV/AIDS, DST e Hepatites virais e organizar a atenção hospitalar.

A missão da Rede de atenção básica será de capacitar os profissionais de saúde para realizar ações de prevenção junto à comunidade e população vulnerável, disponibilizar materiais informativos, ofertar testagem sorológica (incluindo exames rápidos para gestantes em pré-natal e tratamentos de outras DSTs, como sífilis) e fazer prevenção das hepatites através de programas de vacinas específicas e regulares.

Os Serviços de Atenção Especializada, habitualmente municipalizados, serão financiados pelo governo federal e darão assistência completa a todos os pacientes em tratamento, através de equipes multiprofissionais e multidisciplinares.

A Rede hospitalar será reorganizada a partir de quatro níveis distintos de capacidade de atendimento: unidades estruturantes, incluindo os serviços universitários, unidades estratégicas, unidades de apoio e unidades essenciais.

As unidades estruturantes precisam manter serviço de infectologia, com referência para o tratamento de comorbidades, do tipo câncer, cirurgias reparadoras de lipodistrofia, implante de próteses osteoarticulares, tratamento de doença cardio-neuro-vasculares, transplante de órgãos, e desenvolver protocolos de pesquisas científicas protocoladas e financiadas.

As unidades estratégicas necessitam manter equipes de infectologia e hepatologistas capacitados na rotina hospitalar das doenças, no controle e no tratamento das infecções oportunistas, na descompensação das hepatopatias e outros agravos.

As unidades de apoio serão adequadas para realizar internações de pequena e média complexidades ou internações de longa permanência voltadas à assistência e à reabilitação dos pacientes.

A esse conjunto estruturado de referência e contrarreferência adicionar-se-ão as Casas de Apoio, financiadas pelos governos federal e estaduais.

Cada estado disponibilizará do Grupo de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde, que será responsável por todos os agendamentos, encaminhamentos, implantação das redes de telemedicina, objetivando a discussão de casos, segunda opinião, qualificação e requalificação dos profissionais da saúde.

Os programas de prevenção abordarão temática atualizada, não preconceituosa e objetiva, com foco nos grupos mais vulneráveis diagnosticados através de inquéritos epidemiológicos realizados e divulgados em todo o país.

Todos os avanços do tipo prevenção pré e pós-exposição, deverão ser discutidos pela academia, organizações não governamentais e governo sempre galgados em protocolos científicos e clínicos de desenvolvimento local e internacional.

Duas situações que merecem especial atenção: A) Busca incessante da transmissão ZERO materno-fetal das hepatites virais, sífilis e HIV ; e B) Acesso gratuito aos medicamentos disponíveis e aos aprovados e liberados recentemente para o tratamento dessas doenças, sempre obedecendo aos protocolos nacionais e internacionais.

Esses/as candidatos/as não responderam ao desafio da ABIA

Dilma Rousseff, PT

?

Marina Silva, PSB

?

Everaldo Pereira, PSC

?

Eduardo Jorge, PV

?

Luciana Genro, PSol

?

Fotos Divulgação

O acesso à testagem e ao tratamento

na perspectiva dos direitos humanos[1]

Richard Parker
Diretor-presidente da ABIA

Vagner de Almeida

Para entender o debate sobre o acesso à testagem e ao tratamento na perspectiva dos direitos humanos, é preciso resgatar alguns temas básicos. O primeiro deles é a ideia das três epidemias[2] (a epidemia do HIV, a epidemia da AIDS e a epidemia de estigma e discriminação), que surgiu no final dos anos 1980, quando o perfil do surto era bem diferente daquele dos dias atuais. Nessa época, havia 25 casos registrados de AIDS em homens para um caso em mulheres. E desses 25 homens, provavelmente 90% deles eram homossexuais. Logo, tratava-se de uma epidemia com uma cara homossexual. Isso viria a mudar muito rapidamente ao longo do tempo.

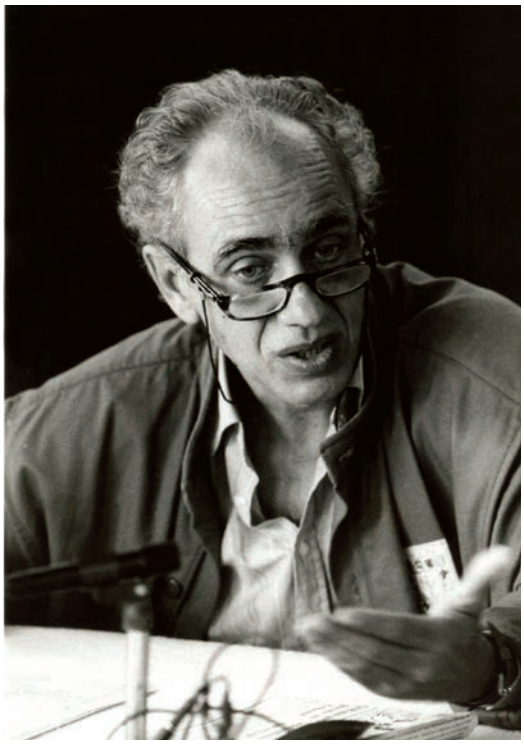
A epidemia da AIDS não é um fato simples e muito menos um mero fenômeno biológico. É um fenômeno social complexo, que tem várias dimensões e se desenvolve historicamente em diferentes momentos. A primeira epidemia é a da infecção pelo HIV que, em geral, acontece sem que a gente perceba e vem antes do aparecimento de doenças associadas com a AIDS. E é somente com o surgimento de sintomas, quando fica mais visível, é que detectamos a segunda epidemia, a da AIDS. Isto pode ocorrer sete, oito ou mais anos depois da infecção pelo HIV. Mas há ainda uma terceira epidemia, que é tão perigosa quanto as duas primeiras: é a epidemia da resposta social, quase sempre com base no estigma e na discriminação.

Herbert Daniel costumava dizer que a terceira epidemia era mais perigosa do que as duas primeiras por ser a mais violenta. Era a epidemia não do vírus biológico, mas do vírus ideológico, que se instala em cima da realidade biológica e cria as respostas sociais historicamente negativas em todas as sociedades, não só na sociedade brasileira.

Em razão disso, naqueles primeiros momentos, Betinho colocou a AIDS e os direitos humanos como temas para suscitar o debate no Brasil. Ele fez isso aqui no Brasil antes de qualquer outra sociedade no mundo. Durante a palestra dada por Betinho na Faculdade de Direito da USP em 1987, foi a primeira vez em que o termo direitos humanos foi associado com a questão da AIDS. Betinho argumentava que não tínhamos ainda a cura, que algum dia ela surgiria e estamos muito perto disso. Mas enquanto não existir a cura, a solidariedade deveria ser a principal resposta e teria que funcionar como uma vacina diante dessa terceira epidemia de estigma e discriminação.[3]

Para construir uma resposta diante da AIDS com base nos direitos humanos, será preciso enfrentar as três epidemias. E entender que a terceira epidemia, a de estigma e discriminação, seja talvez a mais difícil de vencer. É justamente por causa disto que os direitos humanos surgem como uma arma tão importante na luta contra a AIDS. É claro que temos que argu-

Betinho pôs o tema dos direitos humanos no centro do debate sobre a AIDS



Banco de Imagens

[1] Um primeiro esboço deste texto foi apresentado durante o 11º Seminário LGBT do Congresso Nacional, realizado em 2014, cujo tema era "AIDS: formas de saber, formas de adoecer". O encontro foi organizado pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias, da Câmara dos Deputados, numa ação conjunta com a Comissão de Legislação Participativa e a Comissão de Seguridade Social e Família, ambas também da Câmara dos Deputados; a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, do Senado Federal; e em parceria com a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos Humanos, Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT e Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento a DST/HIV/AIDS. Meus agradecimentos ao deputado Jean Wyllys e a toda a organização pelo convite e, em especial, pelo esforço para a retomada do debate político sobre o enfrentamento da epidemia de HIV e da AIDS na sociedade brasileira.

[2] DANIEL, Herbert; PARKER Richard. *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo, Editora Iglu, 1991.

[3] SOUZA, Herbert de. *A Cura da AIDS*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1994.

mentar e reconhecer que a AIDS não tem, em princípio, cara, cor, classe social ou orientação sexual. É fundamental tomar como base este entendimento na defesa dos direitos humanos de todas as pessoas. É somente por essa defesa que é possível vislumbrar a possibilidade de lutar contra a terceira epidemia. Ao mesmo tempo, e talvez este seja um dos desafios mais difíceis, é também preciso reconhecer que a AIDS não é uma epidemia "igualitária ou democrática". As pessoas não enfrentam os mesmos riscos em face da epidemia de AIDS. Todos os grupos populacionais não estão na mesma situação. Ainda que tenhamos que rejeitar a classificação da epidemia como uma epidemia de classe (ou qualquer outra categoria), é preciso entender que há essa diferenciação quanto aos riscos que a epidemia oferece. Tanto o vírus biológico quanto o ideológico caminham por essas fissuras da sociedade.[4]

Opressão

A segunda questão básica para compreender o debate sobre o acesso à testagem e ao tratamento na perspectiva dos direitos humanos é a violência estrutural. Se, por um lado, precisamos de dados precisos e epidemiológicos com números exatos, por outro lado, é necessário recuperar uma expressão genial de Naomar de Almeida Filho[5] ao afirmar que os números só colocam uma parte dessa história, ou seja, às vezes, os números podem também nos enganar. Como nos enganaram nos anos 1980 quando os registros sobre os "25 casos de AIDS em homens para cada um caso em mulher" sugeriram tratar-se de uma epidemia entre os homossexuais e, portanto, não era necessário fazer nada em relação a outras populações. Os números epidemiológicos podem ajudar, mas não podem resolver absolutamente tudo.

Além da observação de casos clínicos e dos números epidemiológicos construídos em cima desses casos clínicos, é imperativa a produção de teorias. Tanto de teorias sobre a doença quanto de teorias sobre como a doença se move socialmente. E, no caso da AIDS, os determinantes sociais da epidemia no Brasil e também em outros países, fundamentalmente, é a violência estrutural. A epidemia caminha via os eixos de desigualdade na sociedade. Caminha via pobreza e exclusão econômica. Caminha via discriminação racial e étnica. Caminha via diferenças de poder, de gênero entre homens e mulheres. Caminha via opressão sexual, via idade, via desigualdade de poder entre pessoas de diferentes idades. E caminha, também, em relação a questões de "deslocação" ou

"É fundamental modificar a ideia de risco e de grupos de risco para a ideia de vulnerabilidade."

falta de moradia. São as desigualdades sociais que estruturam o caminho da epidemia. Em alguns momentos, há curvas no percurso, mas é bastante claro que o determinante social fundamental da epidemia da AIDS é a desigualdade. É onde a desigualdade é mais forte, ou seja, onde a epidemia cruza com eixos de desigualdades, tais como a pobreza, a desigualdade de gênero, entre outras, que é possível notar o maior impacto da epidemia. É neste cruzamento que se encontra a chamada sinergia. Em inglês, às vezes, a AIDS é classificada como uma *sindemia* e não como uma epidemia. Isto ocorre porque há uma sinergia entre as forças de desigualdades que cria a intersecção e também uma maior vulnerabilidade.[6]

Ao percebermos a importância da violência estrutural, começamos a fazer uma mudança de paradigma. É fundamental modificar a ideia de risco e de grupos de risco para a ideia de vulnerabilidade. Isto não quer dizer que não exis-

[4] PARKER, Richard. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção política*. São Paulo: Editora 34, 2000.

[5] FILHO, Naomar Almeida. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

[6] PARKER, Richard; DE CAMARGO, Kenneth. "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cadernos de Saúde Pública* 16 (sup. 1), p. 89-102, 2000.

tem práticas de risco. Obviamente, há práticas que são mais ou menos arriscadas e práticas que são mais ou menos protetoras. Mas a ideia de risco se instala com base na crença em um comportamento individual como ponto central do debate. Já a ideia de vulnerabilidade compreende os determinantes sociais e entende a situação social como a responsável pela maior vulnerabilidade experimentada pelas pessoas.[7] Portanto, é para este contexto social que temos que direcionar o nosso foco.

Enfrentamento

O terceiro tema básico para compreender o debate sobre o acesso à testagem e ao tratamento na perspectiva dos direitos humanos é entender a política como o campo fundamental no qual a prevenção pode ser construída. Isto não quer dizer que técnicas e tecnologias não são importantes. As técnicas do sexo seguro – inventadas ao longo da epidemia – as tecnologias tais como a camisinha, a camisinha feminina etc., ou as novas técnicas e tecnologias biomédicas são da maior importância. Contudo, adiantam muito pouco se não existir um enfrentamento das questões políticas. Um dos graves problemas dessas técnicas é que não se consegue distribuí-las efetivamente e, portanto, não chegam às pessoas que delas necessitam. Há barreiras de enfrentamento construídas pelo estigma e pela discriminação e, por isso, pouco importa quais tecnologias são oferecidas. É preciso criar as condições para que essas tecnologias sejam usadas pelas pessoas que precisam. E, para isto, é preciso fazer o enfrentamento político.

A questão da política precisa ser compreendida em, pelo menos, dois sentidos: o primeiro é no sentido macro, ou seja, a política partidária, a política eleitoral, enfim, a política. Os maiores impedimentos ao enfrentamento da epidemia de AIDS ao longo de 30 anos e em todos os lugares do mundo estão na política. Aconteceu no governo Reagan (Estados Unidos), no governo Mbeki (África do Sul) e, mais recentemente, no governo Museveni (Uganda). Os piores impedimentos sempre têm sido impedimentos políticos que dificultaram a possibilidade de desenvolver ações em face da epidemia. Sem enfrentar isso, não vamos a lugar nenhum. Logo, é importante compreender que o que a presidenta Dilma faz e fala é importante.

No entanto, não são só as grandes lideranças políticas que merecem nossa atenção. É preciso também atribuir outro sentido à política, ou seja, compreendê-la no que tange às diretrizes para a ação programática, como as políticas de prevenção e assistência. É preciso também perceber como partidos se posicionam, analisar as práticas governamentais, as práticas dos ministérios e as ações programáticas que são implementadas e norteadas por visões políticas. É fundamental compreender de que maneira o jogo político coloca (ou não) a questão da AIDS como uma questão central para ser debatida publicamente e fazer parte da pauta política. Na maioria das discussões sobre HIV, tem faltado coragem para colocar este tema na mesa e debatê-lo muito claramente. Ao longo da história da epidemia, de certa maneira, o Brasil tem deixado este debate escapar.

Sebastião Salgado / Banco de Imagens

A epidemia caminha via pobreza e exclusão

"É fundamental compreender de que maneira o jogo político coloca (ou não) a questão da AIDS como central."

Há ainda uma diferenciação entre duas abordagens fundamentais que guiaram as políticas de saúde no enfrentamento da epidemia no país. De um lado, a política que podemos classificar como detentora de uma ótica neoliberal, cujo foco é o cálculo de custos e benefícios, permitindo que a racionalidade econômica seja usada para guiar as ações. Este argumento sugere que não há dinheiro suficiente e, portanto, o dinheiro deve ser usado de uma maneira inteligente. O problema é que não podemos parar nesta conclusão.

E isso nos leva para nossa próxima abordagem, ou seja, compreender a base dos direitos

[7] AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera e FRANCA Jr, Ivan. "Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos". JR Ayres; V. Polvo; CM Buchalla (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde*. Livro I, 2012. p. 71-94.

humanos. No Brasil, pelo menos desde meados dos anos 90, os direitos humanos tem sido a base da resposta brasileira diante da epidemia. Foi a construção de uma resposta, inspirada na visão de pessoas como Herbert Daniel e Betinho e adotada pelo Estado e pelos seus agentes de uma maneira muito importante, que guiou esse programa modelo que o Brasil construiu ao longo dos anos 1990 e o começo dos anos 2000.[8] Lamentavelmente, nos últimos anos, esse rumo vem sendo perdido. É preciso trazer de volta o debate sobre a política e sobre os direitos humanos a fim de pensar como repolitizar o enfrentamento da epidemia de uma maneira positiva e avançar de uma forma que, pelo que parece neste momento, não estamos.

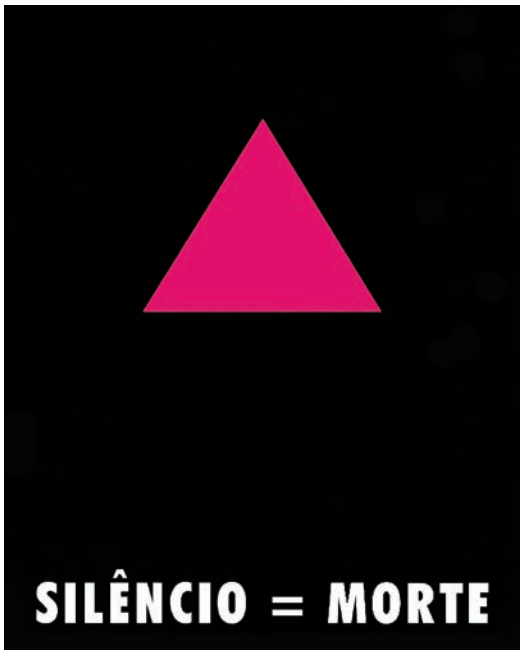
"No Brasil, pelo menos desde meados dos anos 90, os direitos humanos têm sido a base da resposta brasileira em face da epidemia."

Desafios

Hoje o Brasil está implementando a política chamada *testar e tratar*, que tem a sua importância, principalmente, no contexto no qual existe a chamada epidemia concentrada, ou seja, naquele em que a epidemia não é ainda generalizada para a população como um todo. De fato, a epidemia no Brasil não é como em muitos países da África onde existem 25% a 30% da população soropositiva. Por aqui, ainda está concentrada em algumas populações vulneráveis, por causa de circunstâncias sociais e, portanto, alcançáveis. Com vontade política e com uma quantia de dinheiro não tão absurda, há a possibilidade de enfrentar a epidemia e utilizar as tecnologias e as técnicas existentes no Brasil. Mas é preciso entender que há uma lógica guiando este tipo de ideação. A razão de se fazer esse esforço é porque, com a identificação da infecção, hoje em dia é possível transformar o HIV em uma condição crônica, porém manejável. E isto é fundamental. Há também o benefício da prevenção primária que ocorre quando as pessoas que necessitam de tratamento estão, de fato, sendo tratadas. E esse efeito é positivo para a prevenção primária. Além disso, ainda que em tese, existe a possibilidade de controlar de forma razoavelmente fácil uma epidemia concentrada.

Ao mesmo tempo, há os riscos. E quais são eles? O risco da intensificação do estigma e da discriminação (ou da volta do estigma e da discriminação), independente de todos os esforços feitos para eliminá-los até aqui. Não há dúvida de que incentivar pessoas a fazerem o teste pode estimular uma escolha consciente, desde que haja um acompanhamento, um aconselhamento adequado, apropriado e acessível para o público atingido.

Novamente estamos diante de uma questão política. Para implementar a política de *testar e tratar* de forma eficiente e capaz de dialogar com a perspectiva dos direitos humanos, é preciso criar as condições necessárias para a conscientização e a capacitação. E isto só vai acontecer com vontade política. É preciso ter mobilização coletiva e comunitária. E isso só vai acontecer com reforma política. É preciso fazer o enfrentamento constante do possível retorno do estigma e da discriminação e fortalecer a defesa constante dos direitos humanos. E isto só vai acontecer com vontade política. Outra vez, portanto, é no campo político que se trava uma nova batalha. Não é no campo técnico. Logo, não são os técnicos do Ministério da Saúde que podem fazer isto. Para vencermos esta nova fase da epidemia, é fundamental que haja um esforço político tecido na sociedade brasileira.



[8] PARKER, Richard. "Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DSTs/AIDS". In: PARKER, R.; PIMENTA, M.C.; TERTO Jr, V. (Orgs.). *Solidariedade e cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/AIDS?* Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 31-36.

"Não vejo estratégia coordenada na questão dos medicamentos"

Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro é farmacêutica, mestre em ciências farmacêuticas, doutora em saúde da criança e da mulher/ IFF e conselheira da ABIA

Divulgação

A assistência farmacêutica no Brasil é constantemente moldada por políticas públicas e regulamentações. Hoje prevalecem tendências, como o ritmo acelerado para a incorporação de novos medicamentos, o aumento do uso da Justiça para o acesso aos medicamentos e o avanço da política industrial para produção de novos fármacos no Brasil via parcerias público-privadas (as chamadas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, definidas pelo Ministério da Saúde na Portaria 837/2012). Sem perder de vista a importância da incorporação, da judicialização e da produção local, é preciso refletir sobre os impactos dessas políticas no SUS e no acesso à saúde. Para discutir estas questões, conversamos com Claudia Osorio, pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ENSP/Fiocruz), um dos principais centros de produção de conhecimento e informações técnico-científicas, que influencia processos decisórios em diferentes arenas nacionais e internacionais.

ABIA - Quais são as preocupações no campo da assistência farmacêutica?

CLAUDIA OSORIO - O que observamos hoje é que a incorporação de tecnologia passou a prevalecer dentro do campo da assistência farmacêutica. Com essa corrida por novidades terapêuticas, o que era antes seleção virou incorporação. A impressão que dá é que o governo está sempre ao reboque das demandas e das pressões. Não vejo estratégia coordenada na questão dos medicamentos.

ABIA - Como as recentes regulamentações na incorporação de novas tecnologias se relacionam com o conceito de essencialidade?

CLAUDIA OSORIO - O conceito de medicamentos essenciais ainda é o melhor jeito de gerir medicamentos em um sistema de saúde. Em alguns programas, como o de AIDS, é importante incorporar novos medicamentos, pois é uma doença grave quando não tratada, e mutável ao longo do tempo. Nesse caso, as novas opções terapêuticas garantem a sobrevida do paciente. Mas atenção: não é assim para todas as doenças.

ABIA - A incoporação acelerada de novas tecnologias no SUS pode ser uma tentativa de reduzir a pressão de ações judiciais por medicamentos?

CLAUDIA OSORIO - A redução não virá por aí. A abordagem tem que ser sistêmica. Os municípios e estados tentaram colocar grande número de medicamentos nas listas locais para diminuir a pressão das ações na Justiça. A despesa pode até cair, mas questões como falta de prescrição e de evidência não foram resolvidas. No Brasil, 80% das demandas podem ser resolvidas com fármacos mais antigos, seguros e baratos. E será que todos que entram com ações realmente precisam daquilo que estão demandando?

ABIA - Como as PDPs se inserem neste cenário?

CLAUDIA OSORIO - Uma coisa é saúde. Outra é desenvolvimento industrial. Associá-las pode até ser importante, desde que não se perca a perspectiva do que está sendo feito. Hoje temos 104 PDPs e talvez nem todas estejam voltadas para medicamentos realmente necessários. A estratégia das PDPs ainda está ganhando forma, mas alguns pontos requerem atenção: A) o critério de escolha sobre o que será desenvolvido, cujo foco deveria ser a prioridade sanitária. Mas parece que ganha o que é mais oneroso para o governo e mais conveniente para a indústria; B) o preço, já que durante o período da transferência de tecnologia, o "doador" tem monopólio para vender, logo, tem lucros altos garantidos; C) a obsolescência, ou seja, os produtos mais novos se tornam obsoletos muito mais rápido do que os antigos. Além do fato de ficarmos descobertos em medicamentos básicos que não são produzidos aqui; e D) a negociação, isto é, os laboratórios públicos envolvidos nas PDPs deveriam estar preparados tecnicamente para receber as tecnologias, o que inclui o nível gerencial para realizar negociações dos contratos da melhor maneira possível.

ABIA - Com o aumento da demanda por tecnologias de alto custo no SUS, de que maneira deve ser estruturada a ação governamental na busca pela redução de preços?

CLAUDIA OSORIO - Há um equívoco estratégico na abordagem do MS: priorizar a inovação a qualquer custo. Por que temos que incorporar tanta coisa e inovar sempre? Ao investir o dinheiro da saúde na agenda do desenvolvimento, o saldo pode ter um custo alto. E talvez o sonhado salto tecnológico nem aconteça. O problema é que acabaram a imaginação e a criatividade. Onde está a estratégia de usar as flexibilidades de defesa da saúde do acordo TRIPS *(sigla em inglês para Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, assinado em 1994)*? Não podemos perder a capacidade de negociar. Parece que não temos nada na manga além dessas PDPs. Imaginar que tudo se resolverá mediante a abordagem do Complexo Industrial da Saúde é não pensar em alternativas. É preciso considerar todos os cenários. Sem planejamento, a assistência farmacêutica vai ficar numa situação muito difícil.

ASCOM/Jean Wyllys

Richard Parker (esq.) e Wyllys (dir.) durante mesa sobre diagnósticos

11º Seminário LGBT do Congresso Nacional

discute formas de prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS

A Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados realizou o 11º Seminário Nacional LGBT do Congresso Nacional. Sob o tema "Aids: Formas de Saber, Formas de Adoecer", o Seminário teve como desafio o fortalecimento da luta por políticas públicas de prevenção e de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a produção de um discurso que não as estigmatize.

A ação foi feita em conjunto com a Comissão de Seguridade Social e Família e Comissão de Legislação Participativa, da Câmara dos Deputados, pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, do Senado Federal, e em parceria com a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos Humanos, Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT e Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/AID.

A ABIA participou da primeira mesa do encontro que abordou questões sobre diagnósticos, representada pelo diretor-presidente, Richard Parker. Na sua fala, Parker advertiu que a política é um campo fundamental, sem a qual não há evolução no enfrentamento da epidemia de AIDS. "A conscientização e a capacitação, o enfrentamento constante do retorno do estigma e discriminação só acontecerão com vontade política", disse.

A escolha do tema da AIDS no Seminário Nacional LGBT do Congresso Nacional não foi por acaso. Segundo o deputado Jean Wyllys (PSol-RJ), autor do requerimento para a realização do Seminário na CDHM, isto se deu em razão da homofobia ter um papel preponderante nas novas infecções, uma vez que a juventude continua impedida de encarar sua sexualidade de forma saudável e sem estigma. Wyllys ressaltou também que a AIDS é um problema de toda a sociedade. "Esta não é uma doença de quem tem comportamento de risco", disse. "Comportamento de risco é algo que todos nós podemos ter", completou o deputado.

Conferência Internacional de AIDS

revela desconexão entre as políticas e metas globais e as realidades locais

Por Marcela Vieira
Coordenadora GTPI/ABIA

Vagner de Almeida

A 20ª Conferência Internacional de AIDS, realizada em Melbourne, Austrália, consolidou-se como um espaço para o monitoramento dos avanços e dos retrocessos sobre o que vem acontecendo no mundo em resposta à epidemia. A ABIA, em parceria com a Fundación GEP – Grupo Efecto Positivo (Argentina) e a ARASA – AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (África do Sul), organizou um diálogo internacional para discutir as novas tendências globais de tratamento e prevenção na perspectiva da sociedade civil e das comunidades e populações afetadas pela epidemia. A atividade contou com o apoio da ITPC – International Treatment Preparedness Coalition, que organizava a Treatment Access Networking Zone (NWZ), na Aldeia Global, espaço paralelo destinado às atividades da comunidade.

O diálogo contou com participação de Richard Parker, diretor-presidente da ABIA; Marcela Vieira, coordenadora do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/Rebrip) e cuja secretaria funciona na sede da ABIA; Lorena Di Giano, da Fundación GEP e coordenadora da RedLAM – Rede Latino-americana pelo Acesso a Medicamentos; Lynette Mabote, da ARASA; e Kajal Bhardwaj, advogada e ativista da Índia, além de militantes e membros de organizações da sociedade civil de diferentes países.

A desconexão entre as políticas e as metas adotadas pelas organizações internacionais no nível global em relação às realidades locais foi uma das grandes preocupações apontada pelos participantes. Novas metas – geralmente traduzidas em *slogans* – são comumente anunciadas durante as Conferências de AIDS, e esta não foi diferente. O *slogan* da vez anunciado pela UNAIDS foi "90-90-90". Ou seja, 90% das pessoas que têm HIV devem saber seu *status*, 90% dessas devem estar em tratamento e, das pessoas em tratamento, 90% teriam carga viral indetectável. Segundo a UNAIDS, isto representa que 72,9% de toda a população mundial das pessoas que vivem com o HIV teriam uma carga viral indetectável em 2020. Caso essas metas sejam alcançadas nos próximos anos, modelos estatísticos preveem o fim do HIV como uma doença epidêmica até 2030. É/Seria o tão esperado "fim da AIDS".

São metas ambiciosas, que refletem o que deverá ser atingido ao redor do mundo. São metas muitas vezes definidas na fria Genebra, sem muita participação das comunidades e pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou mesmo dos governos dos países mais atingidos pela epidemia, portanto, desconectadas das realidades e dos problemas locais.

No Brasil, por exemplo, recente relatório da UNAIDS revelou um crescimento de 11% de infecções no período de 2005 a 2013. Uma das principais causas foi a expansão do conservadorismo no país. A exclusão de organizações da sociedade civil e das comunidades afetadas da construção de respostas à epidemia também é um fator que contribui para o retrocesso nas políticas de prevenção e no aumento do número de infecções.

Atualmente, apenas 37% das pessoas que vivem com HIV recebem tratamento antirretroviral. Em algumas regiões do mundo, como o Leste europeu, esse número é ainda menor (21%). Mesmo que a meta anteriormente estipulada pelas agências globais de tratar 15 milhões de pessoas até 2015 ("15 até 15") seja atingida, por si só, está muito longe de refletir o que de fato precisa ser feito se o mundo desejar o fim da AIDS.

Mas o que significa o fim da AIDS? A pergunta foi feita pelos participantes da atividade coordenada pela ABIA na Aldeia Global. Concluiu-se que as políticas e as metas definidas "de cima para baixo", sem a participação das comunidades e das pessoas vivendo com HIV e a AIDS, e mesmo dos governos locais, não darão conta do recado. A nova abordagem parece ser: "com a testagem de um contingente razoável de pessoas, o financiamento do tratamento e o alcance do número máximo de pessoas ao tratamento haverá, em seguida, o fim da epidemia". No entanto, muito da retórica sobre a AIDS simplesmente não reflete a realidade. A experiência até agora mostra que sem abordar os condicionantes políticos e sociais da epidemia, os modelos estritamente biomédicos não nos levarão a lugar nenhum. Além disso, é preciso sempre respeitar os direitos humanos das pessoas que atualmente vivem com o HIV e a AIDS.

Crítica aos métodos biomédicos e mudanças político-jurídicas

O estigma, a discriminação e a criminalização de condutas e grupos mais vulneráveis à epidemia já são fatores notórios entre os diferentes fatores políticos e jurídicos que atuam como obstáculo ao tratamento integral das pessoas que vivem com o HIV e a AIDS, fazendo com que as metas globais estejam cada vez mais distantes. No entanto, sem que esses fatores sejam debatidos com seriedade e eliminados, não haverá o fim da AIDS.

Apesar disso, a 20ª Conferência Internacional de AIDS mostrou-se muito mais preocupada em abordar os avanços biomédicos disponíveis para prevenção e tratamento do que discutir os fatores políticos e jurídicos que dificultam avanços reais que possam ser materializados.

Leis que criminalizam condutas sexuais entre pessoas do mesmo sexo, trabalhadores(as) sexuais, usuários(as) de drogas, pessoas vivendo com HIV aumentam a violência e afastam essas pessoas dos serviços de saúde. Também impedem que recebam as orientações e os serviços necessários. A discriminação dentro dos sistemas de saúde também é constante, e necessita ser urgentemente abordada por políticas públicas.

As políticas e as metas globais não serão suficientes se as estruturas políticas, jurídicas e sociais que oprimem grande parte das pessoas afetadas pela AIDS não forem abolidas. A ciência sozinha não vai nos levar ao "fim da AIDS".

As novas tendências globais de tratamento e prevenção

Os participantes da conversa sobre as novas tendências globais de tratamento e prevenção realizada pela ABIA na Aldeia Global se mostraram cautelosos em relação a muitas das recomendações que estão sendo feitas pelos organismos internacionais.

Em relação à profilaxia pré-exposição (PrEP) – o uso de antirretrovirais por pessoas soronegativas para evitar a infecção pelo HIV – à estratégia "testar e tratar" e ao tratamento como prevenção (TasP) – o uso de ARVs por pessoas soropositivas com imunidade (CD4) normal como forma de evitar a transmissão do vírus – a avaliação sobre as novas opções de prevenção foi que são bem vindas. Foi ressaltado, contudo, que mais de 30% das pessoas que precisam de tratamento – não como prevenção, mas para que possam permanecer vivas – não têm acesso aos medicamentos. As políticas deveriam focar em como fazer com que os medicamentos estejam acessíveis para esse grupo, e não apenas em expandir o tratamento como forma de prevenção, sobretudo onde o tratamento já está disponível.

Vagner de Almeida

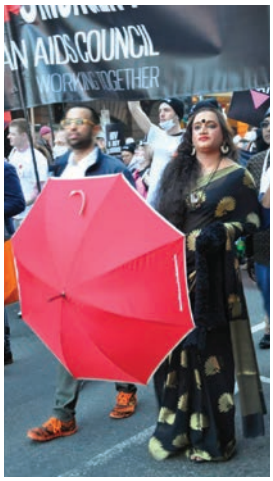
Parceiros internacionais estão cautelosos sobre o que acontece no mundo

Além disso, foram apontadas algumas preocupações com temas, tais como: 1. a restrição da autonomia do sujeito em decidir quando iniciar o tratamento; 2. a testagem obrigatória e não sigilosa; e 3. a possível criminalização das pessoas vivendo com HIV que decidirem não iniciar o tratamento como forma de prevenção da transmissão, sobretudo quando não apresentarem carga viral indetectável. Há um grande risco de que as pessoas vivendo com HIV passem a ser vistas como "ameaças", transmissoras do vírus e não como portadoras de direitos que devem ser reconhecidos, respeitados, assegurados e promovidos.

O encontro também ressaltou ser um equívoco apostar apenas na tecnologia como forma de prevenção. As novas formas de prevenção são bem vindas, mas devem compor um leque de escolhas à disposição dos indivíduos, devendo respeitar as diversidades existentes entre as pessoas, quer pertençam ou não aos grupos mais vulneráveis à epidemia.

Os(as) participantes ressaltaram ainda que é preciso observar a existência dos interesses corporativos que reforçam a quase exclusividade do modelo biomédico na abordagem da epidemia. É necessário refletir de forma crítica acerca do poder da indústria farmacêutica e da expansão da medicalização. Além das medidas que podem ser adotadas para reduzir o preço dos medicamentos antirretrovirais, principalmente os de segunda e terceira linhas, que ainda são inacessíveis para grande parte das pessoas que deles necessitam, é necessário ampliar o conhecimento dos ativistas acerca das medidas de proteção da saúde que os governos podem adotar para minimizar os efeitos negativos da proteção da propriedade intelectual no acesso a medicamentos.

O encontro concluiu ser necessária a construção de espaços de discussão entre ativistas e comunidades de diferentes países, tal como se propõe o Observatório Internacional de Políticas para AIDS recentemente lançado pela ABIA.



Vagner de Almeida

Para que a nova política de tratamento para AIDS seja sustentável: velhos e novos desafios

GRUPO DE TRABALHO SOBRE PROPRIEDADE INTELECTUAL

No último dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a AIDS, o Ministério da Saúde anunciou novas medidas de enfrentamento da epidemia, que são parte do novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e AIDS. Entre as novas medidas está a ampliação do tratamento com antirretrovirais na rede pública para todos os adultos com o HIV, independentemente da contagem das células de defesa do organismo – CD4. De acordo com a diretriz anterior, apenas pacientes com menos de 500 CD4 por milímetro cúbico de sangue eram elegíveis ao tratamento. As novas diretrizes estão alinhadas com as novas diretrizes internacionais de tratamento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com estudos científicos que mostram que o uso antecipado de antirretrovirais reduz em 96% a taxa de transmissão do HIV. No entanto, a resposta ao HIV/AIDS não é meramente científica, mas também social e política. É preciso enfrentar os graves retrocessos sociais e políticos da resposta à epidemia no país, que se caracterizam não só por desafios antigos, como também os aprofundam em face do contexto de novos desafios.

Estima-se que pelo menos 718 mil pessoas vivam com HIV no Brasil, entre as quais 150 mil não sabem que estão com o vírus. O desconhecimento sobre a própria infecção é bastante grave e o início tardio do tratamento faz com que muitas pessoas morram no primeiro ano após o diagnóstico. Mortes que poderiam ser evitadas se as pessoas fossem diagnosticadas oportunamente e se o tratamento fosse iniciado mais cedo, acompanhado sempre de acolhimento pelos serviços de saúde.

O avanço científico não pode cegar os desafios políticos e sociais da epidemia de HIV

A política "testar e tratar", que objetiva a ampliação de acesso a diagnóstico e tratamento, é bem vinda. No entanto, algumas preocupações devem ser levadas em consideração para que sua implementação seja feita de forma a garantir os direitos humanos, e não a promover sua violação. Vale lembrar que uma política baseada nos direitos humanos e com constante participação da sociedade civil em todas as fases de elaboração e implementação foi o que fez com que o programa brasileiro de combate à AIDS fosse visto, no passado, como uma política de sucesso em todo o mundo. Sem isso, os retrocessos que já começam a aparecer poderão colocar todo o sucesso obtido em risco.

As iniciativas governamentais de testagem do HIV ainda excluem os grupos mais atingidos pela epidemia, que seguem sem acesso ao teste. Muitos têm receio de realizar o teste com medo do preconceito que muitas vezes ainda acompanha o diagnóstico. O fechamento de vários centros de referência de atenção à pessoa com HIV/AIDS, obrigando-a a buscar atendimento no serviço de saúde mais próximo ao seu domicílio, bem como as recentes censuras de campanhas e materiais de prevenção são um grave sinal de que o governo está retrocedendo no combate ao preconceito e ao estigma social relacionado à AIDS. O combate ao preconceito é central na luta contra a AIDS; esta é uma lição que não pode se perder.

A ampliação da oferta de teste de diagnóstico deve ser feita dentro de parâmetros éticos, sociais e cientificamente estabelecidos, e prevê aconselhamento pré e pós-testagem, e sempre de forma voluntária e com total sigilo e privacidade. Assim, iniciativas como testagem em megaeventos e disponibilidade de teste de baixo custo em farmácias são preocupantes, na medida em que não são acompanhadas por uma equipe de saúde interdisciplinar e treinada para o caso de um teste com resultado positivo. Ademais, pouco adianta receber o diagnóstico positivo e não ter acesso a serviços de saúde necessários ao tratamento. O longo tempo de espera para a primeira consulta e a falta de atendimento especializado no sistema público de saúde são inaceitáveis.

Ainda, acreditamos que o tratamento com medicamentos antirretrovirais deva ser disponibilizado para todas as pessoas vivendo com HIV, mas a decisão sobre o início do tratamento cabe apenas à própria pessoa, após recebimento de todas as informações disponíveis sobre os benefícios e os riscos do tratamento. A abordagem do "tratamento como prevenção" deve sempre visar ao benefício clínico para a pessoa e ao consequente aumento de sua qualidade de vida. A pessoa vivendo com HIV não pode ser tratada como um transmissor do vírus. Assim, a decisão sobre o início do tratamento com antirretroviral, especialmente nos casos de pessoas assintomáticas, com contagem de CD4 superior a 500 ou soronegativas, deve ser feita respeitando a autonomia do indivíduo, sem coerção ou julgamento moral sobre sua decisão.

Ademais, o tratamento antirretroviral não pode ser visto como único meio de prevenção. A política de prevenção deve ser combinada com outras formas de redução da transmissão do vírus, como o uso de preservativos. A prevenção combinada não deve ter uma abordagem apenas biomédica, mas também contemplar dimensões culturais, sociais e estruturais da epidemia.

Leia documento completo em http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2013/12/gtpi-para-que-a-politica-de-aids-seja-sustentavel.pdf