



Universidade de Brasília - UNB

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas- FACE.

Departamento de Gestão de Políticas Públicas

Graduação em Gestão de Políticas Públicas

FREDERICO DELANO CHAVES ANTUNES

**Análise de políticas públicas brasileiras de saúde em combate
ao vírus HIV.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Brasília-DF

2019

FREDERICO DELANO CHAVES ANTUNES

**Análise de políticas públicas brasileiras de saúde em combate ao vírus
HIV.**

Monografia apresentada ao Departamento de
Gestão de Políticas Públicas como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Christiana Soares de Freitas

Brasília-DF
2019

FREDERICO DELANO CHAVES ANTUNES

Análise das políticas públicas brasileiras de saúde em combate ao vírus HIV.

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília do aluno

Frederico Delano Chaves Antunes

Prof.^a Dra. Christiana Soares de Freitas
Professor-Orientador

Prof.^a Dra. Christiana Soares de Freitas
Professor-Examinador 1

Prof. Dr. Daniel Bin
Professor-Examinador 2

Brasília, 9 de dezembro de 2019.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

	Antunes, Frederico
Aa	Análise de políticas públicas brasileiras de saúde em combate ao vírus HIV. / Frederico Antunes; orientador Christiana Freitas. -- Brasília, 2019. 62 p. Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) -- Universidade de Brasília, 2019. 1. Profilaxia Pré-exposição ao vírus HIV. 2. Vírus da AIDS. 3. Políticas públicas brasileiras de saúde. 4. O processo de individualização da saúde. 5. Dimensões do prazer e da vida sexual. I. Freitas, Christiana , orient. II. Título.

*Dedico este trabalho, a minha mãe,
Júlia Oliveira Chaves,
grande incentivadora e
colaboradora.
Luz da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a minha família, especialmente a minha mãe Julia Oliveira Chaves, por estar sempre ao meu lado me apoiando durante todas as adversidades que a vida cria, durante os altos e baixos, me estimulando a ser uma pessoa melhor a cada dia e me mostrando o simples valor das coisas e das pessoas que nos cercam.

Aos meus amigos de curso Julia Kowalczyk, Brenda Stuckert e Lívia Pimentel, que tornaram essa jornada proveitosa e divertida, a minha prima Rayanna Antunes, sempre presente na minha vida me orientando e dando conselhos, à minha professora Christiana Freitas, que teve todo o cuidado do mundo em me ajudar na orientação dessa pesquisa, e aos meus amigos da vida, que me ensinaram o valor das diferenças e da importância em partilhar vivências, segredos e até mesmo problemas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 RELAÇÃO DE SOROPOSITIVOS NO BRASIL.....	14
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVIDAS.....	20
1.3 OBJETIVO DA PESQUISA.	21
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	23
2.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	28
3 RESULTADOS ANALISADOS	30
4 POLÍTICA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL-TARV	35
4.1 POLÍTICA DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO- PEP.....	37
4.2 POLÍTICA DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO- PREP.....	37
4.3 EFICÁCIA DO TARV E AS CAUSAS DE FALHA VIROLÓGICA.....	41
4.4 GASTOS E INVESTIMENTOS.....	43
4.4.1 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA O CUSTEIO DOS PROGRAMAS.....	48
5 CONCLUSÃO	55
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

RESUMO

O conceito de problema público passa por diversas reflexões com o passar dos tempos, sendo de análise macro ou micro, a inter-relação entre os diversos nichos existentes dentro da sociedade. Um estudo de análise social transcende os paradigmas econômicos, culturais e até mesmo comportamentais, podendo estar atrelado mais de uma vez a pontos relevantes a um momento específico ou mesmo a uma grande causa que gere uma necessidade em potencial. O estudo de um problema público parte da análise de possibilidades de sua resolução. Nessa pesquisa, o problema é no campo da saúde, mais especificamente a síndrome da imunodeficiência – HIV, problema de relevância mundial que ainda não adquiriu respostas suficientes e ações por parte de políticas governamentais. Sendo feita uma contextualização do surgimento da síndrome da imunodeficiência - HIV no mundo até a migração da síndrome para o Brasil e o surgimento de políticas públicas e campanhas de saúde no combate desta, sendo feito também o cruzamento de dados secundários relacionados aos índices de infecção pelo vírus e se os gastos por parte das políticas de saúde brasileiras estão mostrando resultados, agora, com a inserção de métodos profiláticos que tornam por estimular a redução da infecção pelo vírus. A Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PREP) surgiu como uma alternativa estratégica que consiste no consumo diário de antirretrovirais para evitar a infecção pelo vírus da AIDS, fortalecendo o sistema imunológico e prevenindo a contaminação pelo vírus, já sendo implementada há quase três anos e demonstrando certo controle nos níveis de soro-positividade. O estudo de pesquisa busca a confirmação da necessidade da utilização destas profilaxias como um complemento ao preservativo, no intuito de reduzir cada vez mais a incidência do vírus, aumentando a precisão nos tratamentos e no controle sob a doença no Brasil.

Palavras-chave: Profilaxia Pré-Exposição ao vírus HIV, vírus da AIDS, políticas públicas de saúde no Brasil, o processo de individualização da saúde, dimensões do prazer e da vida sexual.

INTRODUÇÃO

Estudiosos e cientistas afirmam que o vírus da imunodeficiência, denominado até então como vírus da Imunodeficiência Símia-(SIV), foi identificado pela primeira vez em uma espécie de chimpanzé, catalogada como *Pan troglodytes troglodytes* – PTT, uma das quatro subespécies de chimpanzé africano que habitava a região da África Ocidental em meados do século XIX. Não se sabe ao certo como este vírus entrou em contato pela primeira vez com o ser humano, uma das hipóteses mais aceitas é que a carne deste animal, muitas vezes contaminado, era usada como alimento (FORATTINI, 2013).

A partir do contato com o sangue do animal, surgiram os primeiros indícios da infecção pelo vírus em seres humanos, que foi se espalhando de forma silenciosa e lenta pela África nas últimas décadas, até que em meados dos anos 70 a infecção já tinha atingido países como os Estados Unidos (GRMEK, 1995).

Em 1978, a partir da expansão de novos casos do vírus, centros de referência em infectologia desenvolveram pela primeira vez meios conceituais e técnicos, que tornaram por permitir a identificação e o isolamento de um retrovírus humano patogênico (GRMEK, 1995).

O Brasil começou a quantificar a incidência e o contato com o vírus a partir dos anos 80, sendo o primeiro óbito em paciente masculino, com comprovada contaminação via relação sexual. Já em 1981 surgem os primeiros agravos da infecção pelo vírus HIV, como casos de Pneumonia e Sarcoma de Kaposi, um tipo raro de câncer, que posteriormente seria estigmatizado como câncer gay, foi publicado pela primeira vez na revista californiana GRID - *Gay Related Infected Disease* (MOURA, 2006).

Em 1982 estudos relativos a complicações clínicas da contaminação pelo vírus HIV se tornaram mais intensos, culminando no consenso mundial de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, nomeada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, através Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC, havendo casos em mais de 14 países e 2 casos já relatados na cidade de São Paulo (FORATTINI, 2013).

Neste mesmo período, a relação entre o vírus e as exposições sanguíneas ficou mais evidente, abrangendo todos os grupos sociais, não só homossexuais, mas homens heterossexuais, mulheres, bebês, usuários de drogas e hemofílicos, que passaram, por exemplo, por transfusões de sanguíneas com fluidos infectados (GRMEK, 1995).

No dia 12 de julho de 1983 foram publicados na imprensa brasileira os dois primeiros casos de AIDS confirmados, com a manchete “Brasil registra dois casos de câncer gay”. Já em setembro do mesmo ano, organiza-se o Primeiro Programa de Controle e Prevenção da AIDS no estado de São Paulo sendo encabeçado pelo Dr. Paulo Roberto Teixeira, que era o atual coordenador e membro da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS naquele período (MOURA, 2006).

Em 1984 morre o primeiro civil já diagnosticado com o vírus HIV, denominado de “paciente zero”, *Gaetem Dugas*, que era comissário de voo de origem canadense, e mantinha relações sexuais com diversos homens infectados no período do início da epidemia (CAVALCANTI, 2016).

Surge então, nesse mesmo ano, o primeiro exame de diagnóstico do vírus, que poderia agora ser utilizado em testes de bancos de sangue e em pacientes com suspeita de infecção. Ocorre também a primeira Conferência Internacional de AIDS, em Atlanta, no estado da Georgia - EUA, reunindo 51 países que já confirmavam a existência de infectados em suas localidades. Ocorrendo também, neste mesmo ano, o primeiro caso de infecção vertical, entre a mãe gestante e o feto no Brasil (MOURA, 2006).

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde - OMS lança um projeto de ação global contra a AIDS, ocorre também a segunda Conferência Internacional da AIDS, em Paris, com as primeiras simulações e experiências iniciais do AZT. No Brasil, nesse mesmo ano, surge a Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS-ABIA e foi arquitetado o Programa Nacional de DST/AIDS, obrigando agora as autoridades públicas a informarem todos os seus novos casos de infecção e fatores circunstanciais (MOURA, 2006).

Em 1988, ano da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, com o próprio lema encabeçado pelo Conselho Federal, instituído “Saúde como Direito de Todos”. Também foi estabelecido o dia 1º de Dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a AIDS de tema “Junte-se ao esforço Mundial” (BRASIL, 1999).

Outro ponto que foi determinante para a consumação de direitos e atribuições deste determinado grupo foi a influencia dos saberes constitucionais de universalidade inseridos na promulgação da Constituição Federal de 1988 que ocorreu de maneira concomitante com a Reforma Sanitária brasileira possuindo intenções coletivas de agir e programar uma resposta eficaz e universal contra a epidemia da AIDS (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; MALTA; BASTOS, 2008).

Em 1989, a agência norte-americana *Food and Drugs Administration* - FDA desenvolve uma nova fórmula de antirretroviral, o chamado DDI, para os pacientes que possuíam intolerância ao AZT, aumentando cada vez mais o campo de efetividade das políticas de tratamento, surgindo também novos tratamentos para as doenças oportunistas, como a pneumonia e outras doenças respiratórias, que afetavam os soropositivos (MOURA, 2006).

O programa brasileiro de combate ao vírus HIV começou a disponibilizar a Zidovudina – AZT a partir do ano de 1991, sendo feita sua disposição de forma universal no ano de 1996, de cunho internacional que abrigou a causa brasileira (MOURA, 2006).

No ano seguinte, no dia internacional de combate a AIDS, no intuito de alertar e aumentar a percepção os outros grupos que poderiam estar sendo afetados, sendo o tema utilizado “AIDS e Mulheres”, pois de acordo com as estatísticas desse ano recolhidas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, o número de soropositivos já batia a marca de mais 307 mil novos casos, gerando em torno de um total de quase um milhão de infectados (VILLARINHO, 2013).

Surge então um terceiro antirretroviral no período de 1991, a Zalcitabina – DDC, que foi autorizado o seu uso pelo *Food and Drugs Administration* - FDA para outros pacientes que possuíam intolerância ao AZT e que não estavam tendo tantos resultados com a Didanosina - DDI, limitando sua faixa de uso. O laço vermelho se tornou o símbolo mundial de combate contra a AIDS nesse mesmo ano e o AZT já começou a ser disponibilizado de forma gratuita para a sociedade brasileira (MOURA, 2006).

No ano de 1992, por questões éticas e morais, o Conselho Federal de Medicina aprova uma medida que não torna mais obrigatório o exame anti-HIV, e também a aplicação da política de sigilo entre médico e paciente, independentemente dos resultados recolhidos, sem prévia autorização do paciente para o profissional da saúde, fato que gerou bastante repercussão, pois desde a descoberta do vírus no Brasil, por volta do ano de 1986, os exames eram feitos de forma obrigatória em todos os cidadãos, no intuito de coletar dados e quantificar informações em relatórios com o intuito de traçar um perfil específico dos comportamentos e parâmetros deste tipo de situação social, gerando ainda um maior potencial de preocupação para a saúde pública (CAMUS, 2008).

Pesquisas europeias denominadas de “Estudos Concordes”, no ano de 1993, afirmam que o tratamento com o AZT não é totalmente eficiente e que os primeiros sintomas ou efeitos colaterais do tratamento não surgiram ainda em curto prazo para que se pudesse avaliar a real eficiência do medicamento. O Brasil nesse mesmo ano inicia a produção de seus próprios antirretrovirais, o que impulsionou mais ainda o mercado farmacêutico e as políticas de prevenção (MOURA, 2006).

No ano seguinte surgem novos medicamentos, os chamados inibidores de protease, e já no ano de 1995 um inibidor de protease chamado Saquinavir é aprovado pelo FDA e começa a ser comercializado mundialmente. No Brasil é promulgado o Decreto nº3201, definindo as diretrizes dos casos Nacionais de Licença Compulsória para determinados medicamentos, sendo também formado o Plano Nacional de Cooperação Técnica Horizontal entre os países latino-americanos com a proposta de integralização e combate da doença (MS, 2004).

Já a partir do ano de 1996, o Brasil acolheu a ideia das organizações internacionais, de padronização do tratamento combinado, como a Organização Mundial da Saúde - OMS, na distribuição de forma geral dos Antirretrovirais- ARV, usando uma combinação tríplice de antirretrovirais, um inibidor de protease e dois inibidores da *Transcriptase reversa*, o chamado “coquetel” (MOURA, 2006).

Alguns dos fatores que contribuíram para o acesso gratuito ao medicamento foram às diversas táticas de articulação e pressão social em todas as esferas do governo naquele período, com o intuito de acautelar a terapia dos antirretrovirais-ARV por meio do Sistema Único de Saúde - SUS para os pacientes soropositivos. Esses mecanismos utilizados por grupos que faziam parte da sociedade civil, sendo alguns destes, de artistas e membros representantes de Organizações Não Governamentais – ONGs que surgiram concomitantemente a esse período e que questionavam o impedimento do acesso universal aos medicamentos (BARROS, 2017).

Desde 1996, a distribuição gratuita e universal de medicamentos já se constituía como um componente central do programa nacional, a despeito do fato de o Banco Mundial, principal agência financiadora das políticas de HIV/AIDS no mundo, ter sempre priorizado a prevenção, em detrimento de gastos com assistência e tratamento, considerados caros, em especial nos países em desenvolvimento (GALVÃO, 2000; WORLD-BANK, 1993).

Principalmente em função dos resultados obtidos com a distribuição universal da terapia antirretroviral - ARV (HACKER, 2004; OLIVEIRA-CRUZ; KOWALSKI; MCPAKE, 2004), a política brasileira de controle da epidemia de AIDS tem sido citada como modelo para outros países em desenvolvimento como Costa Rica, El Salvador, Panamá (PIOT; SECK, 2001) e China (WU, 2007), assim como para os EUA (GOMES, 2010; NUNN, 2009).

A partir dos anos 2000, o Brasil enfrentou diversas adversidades relacionadas ao tipo de medicamento que seria disponibilizado e também em relação às quebras de patente. No ano de 2003 surgiu a crise dos antirretrovirais, mais especificamente do Lopinavir-LPV/, Ritonavir - RTV, Efavirenz -EFZ e o Tenofovir - TDF (MOURA, 2006).

Em 2005, o Brasil já disponibilizava 16 tipos diferentes de medicamentos antirretrovirais, consumindo 80% dos recursos, mas sem a exigência de licença compulsória por parte do governo. Logo após esse período foi feito o Acordo de Quebra de Patentes, no intuito de disponibilizar em condições e preços mais favoráveis para o governo e para a população sem que o monopólio farmacêutico controle a variação dos preços (MS, 2004).

O Brasil foi um dos protagonistas e assumiu importante papel no combate pela redução dos preços dos medicamentos antirretrovirais - ARV, manifestada por rivalidades entre 2000 e 2001 no âmbito da Organização Mundial do Comércio - OMC com os Estados Unidos da América - EUA no quesito referente à licença compulsória de medicamentos, sendo que sua concretização ocorreu no ano de 2007 e sua continuidade repercutiu até o ano de 2012 (BRASIL, 2012).

1.1 RELAÇÃO DE SOROPOSITIVOS NO BRASIL

Segue abaixo algumas tabelas informativas relacionadas ao número de infectados no Brasil, sobre a taxa de detecção por número de habitantes e sobre o número de óbitos entre os anos de 1980 até 2018.

Casos de HIV/AIDS no Brasil

Casos de HIV	Total	1980-2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	926.742	426.485	40.857	40.732	40.292	42.273	42.184	43.269	42.122	40.649	39.107	37.791	15.471
Homens	606.936	286.282	24.559	24.821	25.115	26.662	26.865	28.147	27.828	27.595	26.763	26.275	10.790
Mulheres	319.682	140.186	16.281	15.095	15.175	15.607	15.314	15.116	14.288	13.045	12.336	11.478	4.679
Menores de 5 anos.	17.128	11.329	589	543	538	472	485	444	404	344	338	294	119
Entre 15 e 24 anos.	102.780	49.076	3.608	3.783	3.854	4.305	4.698	4.948	5.030	5.113	4.880	4.877	2.006

Fonte: Autoral.

*Dados retirados do protocolo de diretrizes do Ministério da Saúde – MS em parceria com a UNAIDS, relacionados aos casos de AIDS notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM declarados para o Sistema de Informações de Mortalidade – SIM e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM em cada ano de diagnóstico.¹

Em uma breve análise comparada no decorrer dos anos em todos os grupos, percebe-se uma redução de mais de 50% (cinquenta por cento) nos casos de risco à infecção do ano de 2017 para o ano de 2018; entretanto, o número de infectados já bate a marca de quase um milhão, índice relativamente alto, sendo ainda perceptível que o grupo de homens continua sendo o de maior número de infectados.

Casos de Óbitos no Brasil

Casos de Óbitos	Total	1996-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Óbitos por AIDS	259,027	114.522	11.046	11.372	11.839	12.134	12.151	12.151	12.073	12.564	12.575	12.667	12.470	11.463	
Taxa Bruta de Mortalidad	-	-	5,9	6,0	6,2	6,3	6,4	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	5,6	

¹ DIRETRIZES, E. Manejo da infecção pelo hiv em adultos. [s.l: s.n.].

e																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoral

*Dados referentes ao número de óbitos por causa da AIDS em relação aos coeficientes de mortalidade bruta por AIDS em escala de 100 mil habitantes por ano/óbito retirados dos protocolos de diretrizes do Ministério da Saúde – MS.²

É possível perceber uma baixa redução na taxa de óbito por AIDS do ano de 2015 para o ano de 2016, ou seja, apenas uma redução de 197 óbitos de um ano para o outro em escala de 100 mil habitantes por ano óbito. Já no ano de 2017 percebe-se maior incentivo por parte de políticas governamentais, sendo relacionada a saúde básica ou métodos preventivos, já que houve uma redução de 1007 por 100 mil habitantes por ano óbito em comparação com o ano anterior.

Percebe-se também um aumento gradativo na Taxa Bruta de Mortalidade até o ano de 2010, e uma redução gradativa e constante a partir deste mesmo ano, que se equiparam ao próprio comportamento dos níveis de óbito, em escala de 100 mil habitantes por ano/óbito, fato pelo ao qual poderia ser presumido que o Estado ainda não estaria tendo capacidade de controlar os métodos de tratamento e os níveis de infecção de maneira estabilizada. Logo após esse ano as taxas de Mortalidade Bruta continuam a variar de maneira contínua e não muito brusca, até que ocorrer uma redução de 0,5% no ano de 2017 em escala de 100 mil habitantes por ano/óbito.

De acordo com as ilustrações referentes aos índices de pacientes soropositivos e níveis de detecção e de óbito pelo vírus, é possível perceber uma redução no número de óbitos e uma leve redução nos níveis de exposição, evidenciando a atuação de políticas públicas por parte do Governo Federal voltadas para o controle, tratamento e prevenção à exposição do vírus (CHEQUER, 2004).

² RUBEM, R. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública Profilaxia Pré-exposição, 2018.

Categorias populacionais relacionadas aos níveis de exposição ao vírus.

Categoria de Exposição	1980-2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Heterossexual	27,0	43,5	42,5	43,0	42,0	41,9	41,3	39,9	39,5	39,1	39,5	39,4	34,4
Hemofílicos	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
HSH	31,4	29,3	30,4	31,8	33,4	35,5	36,0	36,8	37,8	38,8	40,2	37,9	33,4
Transfusão	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Transmissão Vertical	0,0	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,3
UDI	19,0	6,2	5,8	4,9	4,6	3,7	3,5	3,0	3,0	2,6	2,2	2,4	12,7
Ignorados	17,3	20,5	20,8	19,7	19,5	18,3	18,6	19,6	19,0	18,8	17,3	19,5	18,7

Fonte: Autoral.

*Dados retirados dos protocolos de diretrizes do Ministério da Saúde – MS em relação ao percentual de casos de AIDS notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM em indivíduos do sexo masculino acima dos 13 anos de idade de acordo com a categoria de exposição do vírus por ano de diagnóstico.³

*Transmissão Vertical: forma de relação de exposição ao vírus HIV da mãe gestante para o feto durante o período de gestação (intrauterino), pelo aleitamento materno, ou no parto (parto propriamente dito ou trabalho de parto).

*UDI: Usuários de drogas injetáveis que se expõem em via dupla ao vírus HIV no compartilhamento de seringas.

No decorrer dos anos é possível perceber uma redução ao risco de exposição no grupo dos Hemofílicos, fator intrinsecamente ligado aos métodos de transfusão sanguínea que eram utilizados nos anos 1980, pois ainda não se tinha total conhecimento ainda a cerca dos métodos de triagem dos tipos sanguíneos e dos fatores RH, ou seja, muitos hemofílicos que se remetiam às transfusões sanguíneas naquele período acabavam por se contaminar sem ter ciência naquele período, tendo contato com o sangue contaminado pelo vírus que era encontrado em algumas das bolsas sanguíneas.

Conseqüentemente os grupos determinados como de Transfusão diminuíram com o desenvolvimento dos métodos de triagem laboratorial sanguínea, e com isso, foi feita uma inspeção mais apurada em relação às condições do sangue e como isso refletia nos níveis de qualidade desse sangue que era doado e na saúde do paciente que recebia a bolsa sanguínea.

³ DIRETRIZES, E. Manejo da infecção pelo hiv em adultos. [s.l: s.n.].

Em relação ao grupo dos Usuários de Drogas Injetáveis – UDI, também é possível perceber uma redução no passar dos anos por conta do conhecimento desenvolvido a cerca dos materiais e seringas que eram compartilhados entre esses usuários de drogas. Com campanhas de distribuição de seringas e entre outros materiais descartáveis e procedimentos de esterilização foi possível alcançar uma redução gradual nos níveis de contaminação pelo vírus.

Fazendo agora uma análise em relação ao grupo denominado de Transmissão Vertical, ou seja, o caminho que o vírus percorre da mãe gestante para o feto, que pode ocorrer na fase intrauterina ou no momento do parto, em contato com fluidos, ou mesmo no período de amamentação. Sendo possível aferir um aumento não tão significativo, porém gradativo, no passar dos anos, sinal de que as condições sanitárias e de controle de riscos se desenvolveram, tanto nas condições que abarcam o período pré-natal quanto no parto e no período de amamentação, como esse valor ainda não foi zerado, é possível perceber que ainda falta mais atenção por parte da saúde pública brasileira para tentar contornar essa situação.

Agora em relação ao grupo dos Heterossexuais, é visível um acréscimo gradativo até o ano de 2010, atingindo a marca de 43% em relação aos casos notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM, e logo após, uma redução proporcional fruto das campanhas de conscientização acerca da vida sexual em casais heterossexuais, que perceberam que o vírus da imunodeficiência não fazia só parte dos grupos dos homossexuais e dos profissionais do sexo, uma ideia que foi estigmatizada durante um longo período de tempo, principalmente no surgimento dos primeiros casos de infecção pelo vírus, atrelados ao preconceito e à falta de conhecimento.

O estigma em relação à doença existe e passa a interferir na identidade do doente e em seu cotidiano. É com a percepção viva do estigma que ele reordena seu mundo para continuar vivendo, indicando que a imagem estigmatizada que se criou da AIDS rapidamente se instala tanto no imaginário do doente como da sociedade global (RIBEIRO, 1990).

Agora em relação ao grupo de Homens de que fazem sexo com homens – HSH é possível perceber um aumento gradativo, mas não muito chamativo, entre os anos de 2009 a 2013, aumentando em 0,8% no ano de 2014 e 1% no ano de 2015 e 2016, aumentando também 1,4% no ano de 2017, e se reduzindo em 2,3% no ano de 2018, atingindo a marca de 37,9% dos homens que fazem sexo com homens que foram registrados e notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM.

Já no grupo dos Ignorados, ou seja, a margem de pessoas que não possui conhecimento acerca do vírus e/ou que não fazem um acompanhamento rotineiro em relação ao teste do vírus HIV ou até mesmo escolhendo por não aderir as medidas do Sistema de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Sistema Único de Saúde – SUS. Na análise desse grupo é possível perceber um aumento percentual gradativo a partir do ano de 2005 até o ano de 2009, o que reflete de forma inversamente proporcional aos níveis de aderência de homens no programa, com uma nova redução que cessa no ano de 2013, atingindo 18,6%, e tendo aumento de 1% no ano de 2014. Após esse ano, percebem-se variações percentuais não muito gritantes em comparação aos anos anteriores até o ano de 2017, aumentando em 2,2% e atingindo 19,5% dos registrados e notificados pelo SINAM no ano de 2018.

No Brasil ainda faltam evidências suficientes que se relacionem aos níveis da baixa aderência entre pacientes com esse tipo de doença crônica baseada em estudos acerca do país inteiro. Os estudos disponíveis utilizaram 17 amostras regionais e locais em populações de 20 subgrupos (de homens jovens acima dos 14 anos), ou focados especificamente como em doenças crônicas como o HIV e a própria pressão alta. Entretanto, estudos que estimam os níveis de aderência da população brasileira como os de doenças crônicas e o de HIV são de vital importância para as políticas públicas de saúde que praticam e almejam a utilização de um acesso racional ao uso de medicamentos (TAVARES, 2016).

Entre 1980 e 2018, foram registrados no Brasil 926.742 casos da Síndrome da Imunodeficiência - HIV, 606.936 do sexo masculino e 319.682 do sexo feminino, 17.128 casos em crianças menores de 5 anos e 102.780 entre jovens de 15 a 24 anos, um índice que continua sendo preocupante e que aspira ser reduzido e controlado para as futuras gerações (RGMS, 2017).

Varição anual dos casos de AIDS

Taxa de detecção	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Geral	20,2	21,5	21,3	21,1	22,0	21,7	21,5	20,8	19,9	19,0	18,3
Homens	24,8	26,4	26,4	26,9	28,3	28,3	28,3	27,8	27,3	26,5	26,0
Mulheres	15,8	16,9	16,3	15,6	15,9	15,5	14,9	13,9	12,6	11,9	11,1
Menores de 5 anos	3,5	3,7	3,5	3,9	3,4	3,5	2,9	2,7	2,3	2,3	2,0
Entre 15 e 24 anos	9,4	10,4	11,0	11,3	12,5	13,5	14,4	14,7	15,0	14,3	14,3

Fonte: Autoral.

*Dados retirados do Ministério da Saúde- MS em relação às taxas de detecção do vírus em escala de 100 mil habitantes entre os grupos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM e declarados no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM e registrados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL por ano de diagnóstico.⁴

Fazendo agora uma análise entre os grupos que abrigam a sociedade como um todo e evidenciando as demais nas taxas e riscos de detecção do vírus, ainda é possível perceber uma maior incidência no grupo de homens, principalmente por englobar os homossexuais e pelo alto número de parceiros que possuem no decorrer da vida, sendo perceptível um aumento gradativo até o ano de 2013, atingindo a marca de 28,3% em relação à taxa de detecção por 100mil habitantes dos grupos notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM e declarados no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, sendo reduzido de forma quase que proporcional após esse período até atingir 26% deste mesmo grupo no ano de 2017.

Os números de análise do grupo de mulheres são relativamente inferiores comparados ao grupo de homens, fato que evidencia maior preocupação e cuidado e menor negligência com a saúde sexual por parte das mulheres, sendo possível evidenciar a ocorrência um pequeno aumento na taxa de detecção no ano de 2008 atingindo 16,9% em relação a taxa de detecção por 100mil habitantes dos grupos notificados e registrados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAM, e logo após esse ano, percebe-se uma variação não muito gritante até que ocorre uma maior redução a partir do ano de 2013,

4 I, C. L. S. *et al.* Estimativa da incidência de HIV em dois municípios brasileiros, 2013. p. 1–10, 2016.

fechando com a marca de 11,1% por 100 mil habitantes/ano de diagnóstico dos casos registrados pelo SINAM no ano de 2017.

Já no grupo de Jovens que se encontram entre 15 e 24 anos, é possível perceber um aumento gradativo até o ano de 2015, fato compreensível pelo fato de ser um período marcado pela iniciação sexual da maior parte dos jovens, entretanto, evidenciando e partindo do pressuposto de que esses jovens ainda não se familiarizaram ou não tinham o conhecimento em relação ao uso de métodos contraceptivos, como o preservativo, ou até mesmo não aderindo por questões de displicência.

O comportamento dos índices continua com uma variação não muito brusca até o ano de 2010, crescendo 1,2% no ano de 2011, 1% no ano de 2012, atingindo 13,5% dos jovens notificados pelo SINAM em escala de 100mil habitantes por ano de diagnóstico, e com um crescimento gradativo continuado, mas não tão superior comparado aos dos anos anteriores, e tornando por se reduzir a partir do ano de 2015, atingindo 14,3% dos cadastrados pelo SINAM no ano de 2017 e em escala de 100mil habitantes entre os grupos notificados por ano de diagnóstico.

E por fim o grupo dos menores de 5 anos, um grupo composto principalmente por crianças que sofreram algum tipo de abuso sexual dentro de um ambiente familiar e que acabaram contraindo o vírus. Na maior parte das vezes, esses casos de abuso ocorrem de forma repetitiva, dentro de um ambiente familiar e por um parente próximo, até que ocorra a ciência por parte da família.

É possível perceber uma variação gradativa e um aumento não tão gritante nas taxas até o ano de 2010, havendo um crescimento de 1,2% no ano de 2011, de 1% no ano de 2012 e de 0,9% no ano de 2013. Retomando variações gradativas não muito gritantes a partir desse ano, e atingindo 14,3% dos cadastrados no ano de 2017 em escala de 100mil habitantes por ano de diagnóstico dos notificados pelo SINAM.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVIDAS

Entre as ações envolvidas no fomento de políticas públicas de saúde no combate e prevenção ao vírus HIV no Brasil, podemos listar principalmente as ações de análise aos índices do número de infectados, dos óbitos e das taxas de exposição com o cruzamento relevante dos gastos em políticas públicas de controle e de prevenção que são implementadas por parte do Governo Federal e em parceria com o Ministério da Saúde – MS, com o

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS, que segue os planos e protocolos de diretrizes estabelecidos justamente Sistema Único de Saúde – SUS, e também junto com o próprio ordenamento das ações voltadas a esse assuntos que estão inseridas nesses protocolos. Os protocolos de diretrizes e de controle de doenças sexualmente transmissíveis estão intrinsecamente ligados às frentes da Organização Mundial de Saúde – OMS que são acompanhadas também pelas associações de Organizações Não Governamentais – ONGs voltadas para essa causa em específico, e que possuem um envolvimento conjunto e reiterado a essas propostas de erradicação e controle por parte dos órgãos e programas de âmbito nacional e mundial, tornando por uma complementar as ações da outra em serviços e ações prestadas por parte dos planos governamentais.

Dentro dos planos também são encontradas as ações e portarias referentes a cada ponto dentro desse assunto, que estão juntamente atreladas a suas especificações existentes no trato de seus gastos e componentes orçamentários e financeiros. Tratando de gastos e de comportamentos orçamentários, esses assuntos se subdividem dentro dos pareceres em subgrupos relacionados á situação de pagamento e de dívida, sendo que alguns destes dizem respeito, na maior parte das vezes, à dotação final e inicial, a despesa empenhada, despesa liquidada e a despesa paga, e aos restos a serem pagos ao final do exercício. Sendo logo após inseridos nos protocolos e relatórios de gestão orçamentária tanto do Tesouro Nacional – TS quanto do próprio Ministério da Saúde – MS, que viabiliza essa receita para a execução dessas ações e programas, agora cadastrados e reordenados.

1.3 OBJETIVO DA PESQUISA

O interesse central dessa pesquisa se baseia em analisar as políticas públicas brasileiras de saúde voltadas ao combate no vírus HIV no país, junto com suas medidas articuladas para buscar entender o comportamento do vírus da imunodeficiência em relação a estas políticas que são aplicadas e como os gastos por parte do Governo Federal podem tornar por influenciar também nesse comportamento. Sendo explicitadas as ações de distribuição de preservativos em âmbito nacional e em alguns estados com maior concentração populacional, sendo incorporados agora dois novos métodos profiláticos aos programas e métodos já utilizados pelo Ministério da Saúde – MS e como estas refletem na disseminação do vírus dentro da sociedade civil.

E com esses resultados, de forma concomitante, comparar os dados apresentados em relação aos riscos e valores já adquiridos com o passar do tempo em resposta ao controle do

HIV no Brasil com as medidas governamentais tomadas acerca dos níveis de infecção e com o controle de gastos na aplicação de políticas públicas atreladas ao Ministério da Saúde – MS seguindo os planos plurianuais e as ações inseridas dentro do protocolo de diretrizes dos órgãos de entidades de saúde que fomentam tais ações. Entre outros objetivos dentro dessa pesquisa, logo após o reordenamento de receitas e o cruzamento de dados será possível perceber uma resposta tanto da sociedade acerca da aplicação dessas novas atividades atreladas ao combate do vírus com os níveis de infecção e mortes no país quanto às medidas tomadas no intuito de isolamento da síndrome da imunodeficiência.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Demonstrar a relação dos casos de HIV durante o passar dos anos em relação às mudanças que ocorreram na sociedade relacionada aos métodos de tratamento e de prevenção de riscos.

- Expor os casos de óbito pelo vírus HIV e o comportamento da taxa bruta de mortalidade pelo vírus HIV em escala de 100 mil habitantes por ano/óbito e suas determinadas categorias notificadas pelo SINAM.

-Demonstrar as categorias de exposição do vírus e seus comportamentos ao passar dos anos com novas políticas públicas profiláticas de saúde sendo implementadas.

-Estabelecer relação existente entre as mudanças comportamentais dos indicadores que sustentam as variações relacionadas ao contato com o vírus, à exposição e as taxas de mortalidade bruta em suas escalas específicas, notificadas e cadastradas pelo SINAM, com os gastos feitos por parte do Governo Federal no custeio das ações preventivas.

A proposta do Ministério da Saúde se vincula justamente nessa importante tarefa de definir as áreas em que são efetuadas as políticas educativas permanentes, gerando envolvimento com a comunidade escolar e promovendo a disponibilização de preservativos e facilitando os pontos de acesso (DIRETRIZES, 2018).

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A teia de relações existentes entre o Estado e a sociedade também é indutora de flexibilidade, inovação e eficiência nos processos organizacionais e a falta de suporte social e técnico à rede pode dificultar a percepção de falhas em processos organizacionais principalmente quando o cerne de estudo se veicula justamente aos espectros de cunho social, pois sem mecanismo indutor de participação e desenvolvimento de ações inovadoras, por parte dos atores sociais, o próprio padrão de análise de resultados torna por se repetir de maneira não inovadora (CROSS; BORGATTI; PARKER, 2002).

Teorias servem como lentes que recortam a realidade e permitem destacar determinados aspectos, enquanto deixam outros de fora do campo de análise. Com a Teoria do Ator-Rede - TAR não poderia ser diferente, e as críticas endereçadas a esse projeto teórico constituem o saudável exercício de evidenciar as limitações dessa abordagem, principalmente voltadas, nesse caso, para a relação entre aos atores sociais e os processos de análise ao qual esta teoria pode ser aplicada para mensurar os campos de influencia nas ações do Estado e em suas repercussões. Entretanto, é inegável a importância da TAR para rejuvenescer o olhar científico a partir das imbricações criadas entre o humano e o não humano, entre a natureza e o social (BRAGA, 2018).

Davyt e Velho (2000), por sua vez, indicam a importância dos atores sociais nas ações e procedimentos de envolvimento e de avaliação, analisando historicamente e mais especificamente o contrato entre a ciência e sociedade por meio da avaliação por pares, desde suas primeiras origens nas primeiras associações científicas no século XVII até nossos dias. Afirmando-se também que as formas adotadas para se produzir o argumento que é desenvolvido nos diferentes movimentos e nas varias instituições resultando nos processos de negociação, historicamente localizados, entre atores sociais variados. Consequentemente, mudanças no contexto levam a novas negociações, o que esta acontecendo neste momento (DAVYT; VELHO, p.1).

No caso brasileiro, em particular, a participação social já faz parte do discurso corrente, não somente de políticos de praticamente todos os partidos, mas também de acadêmicos do pensamento hegemônico e de autoridades e dirigentes públicos. Não obstante, ela ainda não está difundida como prática comum no país, nem na relação governo-sociedade, nem no interior das administrações públicas, ainda mais diante da enorme heterogeneidade que marca a dinâmica federativa nacional (TARRAGÓ, 2015).

Inclusão e exclusão são facetas de uma mesma realidade: discutir mecanismos para viabilizar a inclusão social, econômica, digital, cultural ou escolar significa admitir a lógica intrinsecamente excludente presente nos atuais modos de organização e produção social que se quer modificar. Cabe ao Estado, nesse contexto, a tarefa de buscar novos caminhos para a superação de alguns dos obstáculos presentes no seio social que distanciam os segmentos excluídos do acesso a bens e serviços (CARMELA, MATTAR, 2004).

Um bom exemplo disso advém da experiência brasileira recente. No plano dos avanços nacionais, destacam-se a ampliação e a complexidade da atuação estatal – por meio de seu arco de políticas públicas – sobre dimensões cruciais na vida social e econômica do país. Especialmente interessante é constatar, em termos histórico-comparativos e mediante embates e tensões políticas e ideológicas de vários níveis, certos processos de amadurecimento institucional no interior do Estado. Em tese, hoje, o Estado brasileiro – sobretudo no nível federal – possui recursos fiscais, humanos, tecnológicos e logísticos suficientes para estruturar e programar políticas em âmbitos amplos da economia e da sociedade nacional. É claro que, não obstante, restam ainda inúmeras questões e problemas sociais e públicos a enfrentar, estes também de dimensões consideráveis (TARRAGÓ, 2015).

Os problemas sociais tornam por formar e definir os problemas públicos, cujos membros reconstróem os fatos, lançando-se em investigações, analisam dados oficiais, buscam elementos de comparação, testam hipóteses e agem em consequência. Porém torna-se por tocar em outro problema inerente a retórica do ajustamento e do acomodamento entre interesses (MEAD, 1899; CEFAI, 2002, 2007).

Interesses estes que na maior parte das vezes podem tornar por modificar o próprio ordenamento e a política governamental do Estado, que anteriormente visava sanar determinados problemas sociais e públicos, mas que agora colocam em prioridade outras demandas a luz dos novos interesses dos governantes.

Tendo como base o pensamento de Heidegger (1971; 1973) e de Merleau-Ponty (1962; 1963; 1942), o fenômeno que existe entre as demandas sociais e os problemas públicos contemplam a dualidade sujeito-objeto e lança seu olhar para as coisas a partir de sua relação com o sujeito. Seu interesse está em entender como essa relação ajuda a definir e serve aos projetos desenvolvidos pelos sujeitos. Dentro dessa abordagem, temos uma perspectiva antropocêntrica, na qual o indivíduo é ponto de partida para mapear e integrar tudo aquilo que está à sua volta (BORGERSON, 2005; HODDER, 2012).

Tratando-se assim, de um objeto de investigação que transborda os limites estatais ou a esfera da administração pública e recai sobre um dos temas de pesquisa mais caros à Sociologia Política: as relações entre a mescla do Estado e sociedade (CORTES; LIMA, 2012). Tais relações, no contexto das quais emerge toda e qualquer política pública para fomento à Ciência, à Tecnologia e à Inovação, principalmente se estas inovações e fomentos, nesse caso em específico, voltadas a sanar questões de saúde e de melhoria da qualidade de vida da sociedade como um todo, tornar a nos remeter, portanto, às bases teóricas da própria Sociologia nas perspectivas clássicas de Marx, Weber e Durkheim, principalmente no que toca às relações decisórias existentes dentro do campo político (ANTONIA, F *et al*,2018).

Sendo que esse mecanismo que gere as relações decisórias pode em alguns momentos ser entendido como a “discricionariedade em prol do interesse pessoal”, ou seja, defender um ideal em comum com os anseios da sociedade, mas no decorrer do mandato eleitoral o governante pode reorientar seu plano governamental em prol de outras causas, que inevitavelmente torna por se inserir no contexto das tomadas de decisão, principalmente dos programas que são voltados a sanar estas demandas sociais prometidas, ou seja, a chamada “subjetividade de interesses” que torna gerar articulações de interesses colocados em análise por atores plurais na disputa de poder e que possuem características que são intrínsecas e que fazem parte do comportamento contemporâneo da defesa de um discurso que meramente visa à eleição, mas no decorrer de seu mandato, a maior parte de suas propostas e ações se volta para um cenário que beneficiaria apenas seu grupo em específico ou até mesmo grupos de poder que compactuam com essa mudança no ordenamento das tarefas a serem empenhadas pelo governo que deveria ser para a sociedade que o elegeu.

Este chamado comportamento da contemporaneidade, apresentado logo acima, faz referência apenas a uma forma de contemporaneidade na chamada política eleitoral, nesse caso ligada aos processos decisórios e aos discursos políticos que podem modificar completamente programas públicos e ações governamentais que poderiam influenciar principalmente nos programas e ações voltadas para a saúde. Outro exemplo de contemporaneidade seria o próprio comportamento social em relação ao bombardeamento de informações por parte dos meios de comunicação, que na maior parte das vezes pode influenciar e até confundir os próprios conceitos e valores já solidificados em um ser em específico, ou seja, a contemporaneidade nada mais é que a constante mudança dos ritmos de informação que afetam os comportamentos humanos, e todo comportamento novo gera um

risco, toda atitude não testada ou método não aplicado gera certo risco, tanto em relação a mudanças de práticas seguras em relações sexuais por influências sociais ou até mesmo por parte da mídia, tornando por gerar um risco à sociedade, ou seja, a sociedade contemporânea do risco, dos testes e das avaliações.

A novidade da sociedade de risco repousa no fato de que nossas decisões civilizacionais envolvem consequências e perigos globais, e isso contradiz radicalmente a linguagem institucionalizada do controle, e mesmo a promessa de controle, que é irradiada ao público global na eventualidade de catástrofe. Isso constitui precisamente a “volatilidade” política da sociedade de risco (BECK; BAUMAN; DELUMEAU et al., 2006).

Essa “volatilidade” retoma as trocas de informações existentes nos meios de comunicação, que bombardeiam diariamente os cidadãos conectados que acompanham as decisões e mudanças políticas e que absorvem a maior destes conteúdos, com medos e receios de que essas mudanças possam interferir de forma significativa em suas vidas, para reproduzir em suas vidas de diversas maneiras, sendo em relação também ao surgimento de modas frequentes como também em cenários de solidão que podem desencadear em inquietudes e vergonha, por sofrerem alguma forma de discriminação no seu dia a dia, sendo em relação à raça, origem ou até mesmo em relação à orientação sexual.

Podendo encontrar também dentro do meio digital, pessoas que compartilham das mesmas experiências e que podem gerar um suporte no compartilhamento de ideias e experiências, no que se relaciona a ser diferente ou a compartilhar inquietudes e situações que a própria família não conseguiria lidar.

As pessoas não têm mais vergonha de reconhecer suas inquietudes e seus medos; e, elas o fazem, uma vez que nosso sentimento de insegurança está a ponto de aumentar. Abordar a história do medo em nossa civilização é, pois, apreender o nosso passado mais profundo. Ao mesmo tempo, isso nos arma de lucidez para olhar o futuro. Nossa época, porém, tem a tendência, inversamente das anteriores, de falar demais sobre o medo. É um assunto que se vende bem. É, pois, importante definir bem o medo. Este, em sentido estrito, é uma emoção-choque, muitas vezes, precedida de surpresa, provocada pela consciência de um perigo iminente ou presente (BECK, 2006).

As questões de receio e de inquietude podem ser entendidas como desmembrações das inseguranças de cada indivíduo que faz parte de uma sociedade que julga ao invés de orientar, que tornam por prevalecer anseios pessoais em detrimento de bens comuns, os problemas

públicos precisam de medidas públicas que visem seus públicos alvos, para reduzir as incertezas e as lacunas existentes nos campos de políticas públicas de saúde, visando o aumento da melhoria das condições de vida dos pacientes, em especial, nesse caso, dos pacientes soropositivos, que sofrem muitas vezes no receio de isolamento, de se sentir deslocado ou até mesmo sem qualquer amparo, não só estes, mas também da sociedade como um todo, que corre o risco da infecção.

Como é importante também discutir esse assunto nos diversos campos de relacionamento, tanto na esfera política quanto administrativa, que formulam essas ações de tratamento, de redução de riscos e de medidas que orientem a população a aderir práticas seguras e até mesmo novos tratamentos e meios de se prevenir.

Foi escolhido esse assunto justamente no intuito de relacionar as implicações que estão sendo geradas com a inserção de uma nova política pública via Ministério da Saúde – MS conhecida como a *Profilaxia Pré-exposição* e, ao mesmo tempo, analisar, de forma comparativa, os gastos e ações governamentais de combate e tratamento do vírus HIV no Brasil junto com as medidas tomadas pelo Protocolo de Diretrizes no Ministério da Saúde – PCDMS nos últimos anos.

Dentro do escopo programático dessas novas medidas que serão evidenciadas logo à frente, também existe a questão de análise dos antirretrovirais que já são disponibilizados no país desde o final dos anos de 1980, que continua passando por diversos estudos que buscam determinar qual dos antirretrovirais utilizados no país possui a melhor eficácia no tratamento e também como ocorre à relação entre os gastos em sua aquisição por parte do Governo Federal.

Por conta disso, os gastos na aquisição de antirretrovirais em relação ao número médio de pacientes em terapia antirretroviral - ARV no Brasil varia bastante, pois existem diversos fatores a serem levados em consideração. Entre os parâmetros estão níveis de mortes evitadas, taxas de mortalidade, a redução no número de internações hospitalares, a redução da morbidade e qual parte desse gasto poderia ser economizado e reinvestido em outros cenários em prol dessa política de controle (FERRARI, 2016).

Alem de apresentar esses fatores que devem ser levados em consideração quanto aos gastos na aquisição dos medicamentos antirretrovirais por parte do Governo Federal, é necessário determinar os grupos que são designados para a utilização destes recursos e também dos novos tipos de profilaxias que serão explicitados logo à frente.

Para a determinação dos grupos prioritários à utilização destes novos recursos não será apenas necessário analisar o enquadramento a estes perfis em relação aos seus estilos de vida, mas também os contextos existentes que tornam por favorecer o aumento no risco de infecção; a quantidade e diversidade de parceiros sexuais em um curto período de tempo, os históricos de contato com infecções sexualmente transmissíveis- ISF, a repetição ou prática de atos sexuais vaginais e/ou anais sem o uso de preservativo e a frequência destas práticas (BRASIL, M.D. S 2019).

Por conta dos diversos questionamentos e levantamentos apresentados, nessa pesquisa serão realizadas revisões bibliográficas com uma abordagem qualitativa, relacionada às teorias sociais que envolvem o estudo de caso e outra parte quantitativa, composta de dados estatísticos secundários dos indicadores de pessoas infectadas no período do surgimento e da evolução da doença no país, tais como taxas de mortalidade, exposição ao vírus, prevenção e controle, sendo apresentadas as primeiras respostas do governo e dos planos de combate ao vírus com as mudanças de cenário que tornaram por desenvolver medicamentos preventivos antes mesmo da exposição ao vírus e como isso impacta no comportamento social e na vida sexual dos principais grupos afetados e dos demais grupos pertencentes à sociedade civil.

2.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Os principais grupos abordados serão os chamados “grupos prioritários”, formado por gays, homens que fazem sexo com outros homens – HSH, transexuais e/ou travestis e profissionais do sexo. Também serão mostrados dados estatísticos referentes aos níveis de infecção em crianças menores de 5 anos, jovens entre 15 e 24 anos, mulheres e homens em geral (DIRETRIZES,2017).

Algumas das estratégias que norteiam o controle e o tratamento do vírus no Brasil se baseiam no gerenciamento de vulnerabilidades, imunizações, o teste para o HIV, o uso regular de preservativos, a redução de danos, a supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral, o diagnóstico e oportuno e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis – ISF, a Profilaxia Pré e Pós-exposição.

Os métodos e técnicas de pesquisa serão basicamente formulados a partir do cruzamento de indicadores e dados estatísticos referentes aos índices de contaminação, número de óbitos e investimentos por parte do governo em políticas governamentais de combate, controle e prevenção, analisando também as mudanças nestes indicadores em um

intervalo de pelo menos três anos antes e após a aplicação do PREP na intenção de adquirir maior precisão sobre a pesquisa e a resposta da sociedade civil.

Também será abordado o comportamento desses indicadores com o passar do tempo até períodos mais recentes, agora com diversos outros métodos de prevenção e qual a proposta do Ministério da Saúde – MS no combate e isolamento da doença com esses novos mecanismos.

O Ministério da Saúde nos últimos anos desenvolveu um projeto chamado de “Prevenção Combinada” que referencia diferentes formas de prevenção e controle de maneira integrada, almejando formar um contexto mais seguro para a avaliação dos níveis de infecção e o próprio seguimento do protocolo de diretrizes de combate ao vírus HIV (BRASIL, 2017).

A combinação feita abrange três diferentes dimensões, sendo elas os fatores relacionados ao mundo biomédico e as tecnologias farmacêuticas providas para ajudar a vida dos pacientes, os fatores comportamentais, que influenciam no estilo de vida e no nível de exposição do paciente ao vírus, e por ultimo os fatores estruturais, que definem os contextos físicos, econômicos e sociais que modificam a vida de qualquer cidadão (PRCD – MS, 2018).

É necessário reconhecer que as políticas brasileiras de saúde de combate ao vírus HIV já enxergam a necessidade de tratar os diversos riscos e formas de exposição não mais de maneira isolada, pois são incontáveis os cenários e dinâmicas sociais que interferem nos condicionantes de exposição e de transmissão do vírus (RUBEM,2018).

O preservativo ainda continua sendo o método mais utilizado e prático para diminuir o risco de infecção a doenças sexualmente transmissíveis e à própria disseminação vírus do HIV, entretanto, esses fatores não necessariamente teriam tanta eficiência se não houvesse gastos em programas por parte das políticas governamentais de divulgação e orientação nas cidades brasileiras (FERRARI, 2017). Almejando implantar cada vez mais essas políticas em municípios e vilarejos com os menores índices de desenvolvimento humano, condições de saúde e de orientação quanto à sexualidade (DIRETRIZES, 2018).

A proposta do Ministério da Saúde se vincula justamente nessa importante tarefa de definir as áreas em que são efetuadas as políticas educativas permanentes, gerando envolvimento com a comunidade escolar e promovendo a disponibilização de preservativos e facilitando os pontos de acesso (DIRETRIZES, 2018).

3 RESULTADOS ANALISADOS

Evolução de Gastos do Ministério da Saúde com antirretrovirais.

Ano	(R\$) Milhões	Orçamento do MS (%)
1996	40	0,20
1997	254	1,20
1998	358	1,80
1999	622	3,20
2000	554	2,90
2001	545	2,09
2002	661	2,14
2003	551	1,80

Fonte: PN-DST/UNAIDS 2003.

Em uma análise entre o período de 1996 a 2002, onde o incentivo por parte do Estado nas políticas de prevenção começou a se intensificar de forma gradativa, foram investidos 2,2 bilhões de dólares para custear tratamentos e compra de insumos, sendo 1,23 bilhões de dólares gastos em diárias hospitalares para o tratamento de doenças oportunistas e 960 milhões de dólares na compra de medicamentos com preços reduzidos (CHEQUER, 2003).

É perceptível um aumento no percentual de receita no ano de 1999 comparado ao ano anterior de quase 78% decorrente dos surtos desencadeados da infecção pelo Brasil, e com isso as campanhas e programas começaram a combater o vírus de maneira mais incisiva, ou seja, a quantidade estrutural de infectados estava estimulando a atuação pública no controle e combate da circunstância imprevista.

Após o ano de 2000, o orçamento começa a se reajustar de acordo com os potenciais lesivos à saúde pública social e experimentações ocorriam em campanhas e projetos de disponibilização de métodos preventivos e oportunos. Entretanto no ano de 2002, outra nova onda surge anteriormente dentro desse mesmo período que justifica o aumento no orçamento para o custeio de novas demandas, sendo elas na compra de insumos e serviços, agora com uma maior intensificação no combate e redução da carga viral por parte dos antirretrovirais para pacientes com soro-positividade ao vírus, se reestabelecendo novamente nas proximidades do ano de 2003 com uma nova demanda via receita pública.

A evolução dos gastos e percentuais orçamentários vinculados ao Ministério da Saúde indica mudanças em setores estruturais e comportamentais da política nacional de combate ao vírus HIV, alterando o foco de abordagem nos diferentes graus de risco e formas de ampliação (BRASIL, 2017).

Logo abaixo é explicitado o resumo geral das ações do Plano Plurianual – PPA entre os anos 2004 e 2007 referentes aos programas de vigilância, prevenção atenção em

HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, sendo definido dentro do protocolo de gestão do PNAIDS como o programa de número 1306, e como repercutiram as oscilações orçamentárias nesse período para esse programa em específico.

Resumo Geral dos Valores das Ações do Programa Nacional DST/AIDS para o PPA 2004-2007.

Em US\$ milhões de dólares.

Ações do PPA	2004	2005	2006	2007	Total 2004-2007.
Incentivo	116,00	130,00	146,00	165,00	557,00
Publicidade	14,00	14,00	14,00	14,00	56,00
Atenção	49,00	46,00	46,00	42,00	183,00
Práticas seguras	60,00	59,00	58,00	56,00	233,00
Gerenciamento de Projetos	6,00	6,00	6,00	6,00	24,00
Medicamentos ARV	516,00	570,00	630,00	700,00	2.416,00
Total	761,00	825,00	900,00	983,00	3.469,00

*Valores com a inflação de cada ano considerada, em cada ano das ações com seus reajustes feitos, retirados do PNAIDS 2004-2007.

(Dados referentes ao Programa Nacional de DST e AIDS de 2004 a 2007).

É perceptível um aumento proporcional nos níveis de receita e orçamento disponibilizados para o custeio de diversas práticas e atuações programáticas tanto pelo PNAIDS quanto nos atos vinculados ao Ministério da Saúde. Entretanto, percebe-se uma redução no percentual de investimento orçamentário para os planos de “Atenção” e de “Práticas Seguras” no decorrer dos anos explicitados ligados aos demais recursos necessários para a aplicação da política pública como um todo.

Perante o quadro de infectados e índices de contaminação, enquanto a maior parte das demais ações permaneceu constante ou tiveram um aumento proporcional, no caso, dos temas “Medicamentos ARV” e “Incentivo”, para continuar abrigando a demanda por parte dos infectados e no estímulo científico de desenvolvimento de novas práticas.

A partir de agora será apresentado um resumo geral dos valores relacionados e seus percentuais vinculados ao Ministério da Saúde – MS para o custeio de programas de combate ao vírus do HIV e doenças sexualmente transmissíveis entre o período de 2008 e 2011 do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Resumo Geral dos Valores das Ações do Programa Nacional DST/AIDS e percentual orçamentário ligado ao Ministério da Saúde – MS nos períodos de 2008-2011.

Ano	Orçamento (R\$ Milhões)	Orçamento do MS (%)
2008	725,226	1,08
2009	664,351	1,03
2010	784,000	1,21
2011	846,720	1,30

Fonte: Protocolo de Diretrizes do Ministério da Saúde - PDMS

De acordo com o esboço referente às oscilações orçamentárias analisadas entre os anos de 2008 e 2011, é perceptível uma redução entre o ano de 2008 para o ano de 2009 de 0,05% do próprio orçamento do Ministério da Saúde – MS, fato que pode ser justificado pela crise financeira que ocorreu no ano de 2008, e que repercutiu no ano de 2009, com uma redução de 9% no orçamento, e também por conta do próprio reajuste do pagamento das dívidas não processadas no ano anterior ou até mesmo em relação às mudanças estruturais no custeio de programas que poderiam ter sido descentralizados ou até mesmo modificados quanto à sua iniciativa de aplicação.

Entre o ano de 2009 para o ano de 2010 percebe-se um aumento de 0,18% relacionado ao orçamento percentual disponibilizado para o Ministério da Saúde – MS, fato que pode ser justificado pelo ampliamiento das demandas sociais relacionadas á necessidade de serviços ou até mesmo podendo ser aferido e validado por expansões governamentais de assistência à saúde em programas de cunho similar aos de custeio apresentados.

Sendo perceptível também um aumento de 0.9% no orçamento percentual no ano de 2011, fator positivo para o custeio de programas e de ações governamentais no combate dessas doenças e também no controle destas.

Após a explicação acerca dos indicadores será analisada a evolução dos investimentos e campanhas que o Fundo Nacional a Saúde e o Ministério da Saúde custeiam e divulgam para os pacientes de maior risco e para a população em geral.

Também será abordado o comportamento desses indicadores com o passar do tempo até períodos mais recentes, agora com diversos outros métodos de prevenção e qual a proposta do ministério da saúde no combate e isolamento dessa condição com novos mecanismos e métodos.

Sendo necessário também analisar e evidenciar outro mecanismo de ação pública utilizado comumente dentro da sociedade e capaz de conter e reduzir os níveis de infecção e contato com o vírus, por conta disso, segue abaixo a evolução dos índices de distribuição de preservativos nos últimos anos e nos estados mais populosos.

Evolução da distribuição de preservativos por parte do Governo Federal

Ano e Estado	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
São Paulo-SP	89.512.840	86.239.554	81.815.486	73.628.344	65.635.624	61.529.868	34.800.840	39.196.832	600,847 milhões
Minas Gerais-MG	28.286.694	31.619.160	26.990.380	28.730.520	15.239.952	21.587.616	15.956.712	18.136.008	218,836 milhões
Rio de Janeiro-RJ	5.989.848	29.405.208	15.059.160	39.356.208	0	19.500.336	17.582.616	28.185.552	195,780 milhões
Nacional	337.578.628	610.406.464	430.836.885	552.343.753	375.732.776	444.742.094	333.309.556	370.713.526	3,951 bilhões

Fonte: Autoral

*Relação de distribuição de preservativos principalmente para a população adulta por parte do Governo Federal nos últimos anos a nível nacional e nos principais estados de maior concentração populacional nos últimos anos por meio das Secretarias Estaduais.⁵

A tabela informativa relaciona os níveis de distribuição de preservativos por parte das secretarias estaduais de políticas públicas de saúde nos estados mais populosos e a nível nacional, sendo feitas análises oscilatórias em relação ao custeio e ao investimento vinculado a cada ano e entre os estados com os maiores níveis populacionais.

Em uma análise da distribuição de preservativos em âmbito estadual, mais especificamente pelas secretarias estaduais, o estado de São Paulo- SP apresentou certo crescimento gradual na distribuição dessa forma de método preventivo até mais ou menos o ano de 2015; logo a partir disso, percebe-se uma redução gradual na distribuição de preservativos por parte das secretarias do estado.

Já no estado de Minas Gerais- MG é possível perceber pequenas oscilações no decorrer dos anos até uma redução significativa ao final do ano de 2015 para o ano de 2016, com uma redução nos níveis de distribuição de preservativos por parte das secretarias estaduais de quase 50% (cinquenta por cento), variando de forma não tão expressiva novamente no decorrer dos anos.

Em relação ao estado do Rio de Janeiro – RJ é perceptível uma redução brusca nos níveis de distribuição de preservativos por parte da secretaria estadual ao final do ano de 2011, para o início do ano de 2012 de quase cinco vezes o valor inicial comparado ao ano seguinte, período relacionado ao segundo mandato do governador Sérgio Cabral- PMDB, que

⁵ GH, H.; HP, L.; GD, L. Hiv aids 2018. 2018.

renunciou seu cargo no ano de 2014. Outro ponto importante seria no ano de 2016, em que a secretaria estadual do Rio de Janeiro –RJ não distribuiu ou não contabilizou nenhuma distribuição de preservativos nesse ano, período marcado pela entrada de seu vice, o parlamentar Luiz Fernando Pezão- PMDB, já sendo aferido ao final do ano de 2014, estado de calamidade fiscal e de dívidas não pagas pelo estado do Rio de Janeiro.

Agora em relação à distribuição a nível nacional, percebem-se oscilações não tão bruscas, mas com um aumento de mais de 100% (cem por cento) na distribuição de preservativos no ano de 2013.

4 A POLÍTICA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL - TARV

A terapia antirretroviral busca reduzir a mortalidade e morbidade social dos pacientes portadores do vírus, o aumento na sobrevida e na qualidade de vida do paciente, a reestruturação da função imunológica, e a redução da carga viral. Com esses fatores pode-se

influenciar radicalmente a redução dos índices de transmissão no intuito de retardar a manifestação do vírus almejando um aumento de controle sobre a doença (BRASIL, 1999).

A introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV) somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis, tem resultado em alterações no padrão da epidemia de AIDS (AMÉLIA, 2006).

Na última década, avanços na TARV levaram a um aumento progressivo nas taxas de resposta terapêutica. Com os esquemas antirretrovirais modernos, pelo menos 80% dos pacientes apresentam CV-HIV inferior a 50 cópias/mL após um ano de tratamento e a maioria mantém a supressão viral nos anos seguintes (DIRETRIZES, 2018).

De acordo com a lei nº 9.313 de 13/01/96, o Governo Federal brasileiro foi responsável por disponibilizar de maneira universal a medicação para pacientes soropositivos e doentes da AIDS; hoje no Brasil são encontrados 19 tipos de medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde - SUS para os pacientes que possuem indicação para o tratamento (DIRETRIZES, 2018).

Segue abaixo alguns dos medicamentos disponíveis no Brasil:

Versões genéricas possíveis	Medicamentos sob patente	Em fase de incorporação ao consenso
Lamivudina(3TC)* Zidovudina(ZDV)* Didanosina(ddI)* Ritonavir Saquinavir Nelfinavir Nevirapina	Tenofovir Amprenavir Efavirenz Lopinavir/r Abacavir Atazanavir	Didanosina enterico (2005) Enfuvirtide(2005)

Fonte: Protocolo Clínico e Terapêutico – MS, 2018.

Esse gráfico ilustrativo apresenta os diversos tipos de medicamentos que já foram utilizados ou que ainda continuam sendo utilizados pelos pacientes infectados desde o conhecimento da situação que tornou por modificar o contexto social brasileiro e também em relação aos casos de contágio, explicitando também os medicamentos patenteados que eram

comprados por parte da União e os medicamentos que ainda estavam em fase de incorporação nos consensos de compra e distribuição por parte da rede pública.

A importância na exemplificação da diversidade de medicamentos antirretrovirais no Brasil reflete a preocupação pública com a redução dos níveis de infecção e melhoria nos métodos de tratamento, já que determinados usuários possuíam naquele período maior resposta a um tratamento em questão por conta de seus princípios ativos em relação a outros, sendo necessária também a existência de consensos entre a indústria farmacêutica e os processos licitatórios na compra de medicamentos por parte da rede pública de saúde.

A sobrevivência dos pacientes portadores do HIV observada em 1989 era de apenas cinco meses, aumentando para 10 meses em 1995. No ano seguinte, foi observado um decréscimo da mortalidade, uma vez que os pacientes tiveram, após o diagnóstico, um acréscimo em sua sobrevivência de 58 meses (JÚNIOR; ITSUKO, 2018).

Esse aumento na expectativa de vida em pessoas vivendo com o vírus HIV ocorrido a partir de 1996 foi relacionado principalmente à introdução, em novembro do mesmo ano, da terapia antirretroviral - TARV como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos (COUTINHO; O' DWYER; FROSSARD, 2018).

Recentemente, foram desenvolvidos ensaios laboratoriais para estimar a incidência de HIV em estudos transversais. Os algoritmos baseados em testes laboratoriais possibilitam identificar se a infecção é recente ou de longo termo. A principal vantagem deste tipo de estudo é usar apenas uma amostra de sangue, coletada em um ponto do tempo, tal como em pesquisas para estimação da prevalência, dispensando o acompanhamento de sujeitos (C.I, FERREIRA, C, *et al*, 2016).

As estratégias atuais acerca da terapia antirretroviral buscam minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos nos pacientes, o incentivo ao uso assíduo e consciente do coquetel, o aumento no número de centros de referência vinculados ao Ministério da Saúde que disponibilizam os fármacos e um aumento no controle e na fiscalização de órgãos vinculados na função de viabilizar recursos para estas causas (FERRARI, 2016).

Desde fevereiro de 2017, uma nova proposta de tratamento de primeira linha vem sendo adotada no Brasil, o dolutegravir associado ao tenofovir + lamivudina (dois em um), primeiramente oferecido aos pacientes que iniciaram a TARV pela primeira vez e, em seguida, será ofertada gradativamente. A expectativa é de que 100 mil pacientes sejam atendidos este ano pelo novo tratamento. Para a OMS, esse novo protocolo é o mais indicado para o

tratamento de HIV/AIDS e o Brasil adotou essa estratégia como forma de oferecer maior eficiência no tratamento com envolvimento do SUS (JÚNIOR; ITSUKO, 2018).

4.1 A POLÍTICA DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO – PEP

A profilaxia pós-exposição é indicada para pessoas que tiveram relações desprotegidas e o contato com o vírus nas últimas 72 horas, é recomendado o teste rápido pelo recolhimento de sangue ou pela punção venosa ou digital. Normalmente o tratamento dura em torno de 28 dias, onde o paciente recebe a dosagem do antirretroviral e outras sorologias para o combate de sífilis, hepatite e outras doenças sexualmente transmissíveis (DIRETRIZES PEP, 2018).

O tratamento se assemelha ao próprio uso dos antirretrovirais usado pelos pacientes soropositivos, se diferenciando no protocolo clínico, se expandindo no que diz respeito ao combate de outras doenças sexualmente transmissíveis, já que a relação foi desprotegida e foi aberta uma janela imunológica de resposta a infecções de cunho sexual (DIRETRIZES, 2018).

O paciente recebe uma dosagem do coquetel para um período de sete dias e depois é encaminhado para um centro de referência próximo a sua residência preferencialmente, sendo então indicado a um infectologista para dar continuidade no tratamento que dura em torno de 28 dias de acordo com o protocolo de ação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2017).

Segundo os dados do relatório de monitoramento clínico do HIV (BRASIL, 2016), observa-se um aumento na oferta de PEP ao HIV, considerando o total de escusas de profilaxias. No entanto, reforça-se a indicação para além daquelas situações em que a PEP é classicamente recomendada, como violência sexual e acidente ocupacional, visando a ampliar o uso dessa intervenção também para exposições sexuais consentidas que representem risco de infecção. (PCDPEP, 2018).

4.2 A POLÍTICA DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO – PREP

A terapia de profilaxia pré-exposição consiste no uso de antirretrovirais para reduzir o risco à infecção pelo vírus HIV, principalmente no Brasil, onde a taxa de infecção em mulheres profissionais do sexo varia em 4,9%, em usuários de droga (exceto o uso do álcool e maconha) bate a marca de 5,9%, entre gays e homens que fazem sexo com homens 10,5% e 31,2% para pessoas trans e travestis (DIRETRIZES, 2018).

O efeito da Profilaxia Pré-exposição também foi avaliado no estudo IPERGAY em esquema sob demanda, isto é, com uso da medicação antes e após a exposição, ao invés do

tradicional esquema de uso diário/contínuo. Nesse cenário, observou-se redução de 86% no risco de aquisição do HIV, mesmo com uso de menor número mensal de comprimidos. Mesmo em condições mais distantes da realidade da pesquisa clínica, a PREP vem se mostrando eficaz para a prevenção do HIV. No estudo PROUD, que avaliou o uso aberto de PREP em homens que fazem sexo com homens – HSH com risco de infecção por HIV, observou-se 86% de eficácia da intervenção (BRASIL, 2017).

Casais homossexuais e heterossexuais de carga viral discordante também possuem preferência para o tratamento com a profilaxia, já que o nível e risco de infecção pode variar de acordo com a carga viral e o tratamento do cônjuge e o estilo de vida sexual de cada casal, pois existem casos em que soronegativos discordantes possuem diversos parceiros e parceiras sexuais, expondo cada vez mais o parceiro e o risco de infecção. No caso de usuários de crack, o percentual de infecção varia em torno dos 5%, sendo 8% para mulheres usuárias e 4% para os homens (DIRETRIZES, 2018).

No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV, na população geral, encontra-se em 0,4%, enquanto alguns segmentos populacionais demonstram prevalências de HIV mais elevadas. Esses subgrupos populacionais são gays e outros homens que fazem sexo com outros homens- HSH, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e pessoas trans (BRASIL, 2017).

Apesar disso, no cotidiano da assistência existem muitas barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado e integral, que vise à promoção da saúde, seja pelas enormes diversidades regionais, seja pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais (VILLARINHO, 2013)

Dentre os grupos estabelecidos para a análise das categorias de riscos dentro deste programa profilático, também são determinados os segmentos populacionais que são vistos como prioritários para o uso destes métodos, como por exemplo:

Grupos prioritários ao uso da Profilaxia Pré-exposição - PREP.

Segmentos	Definição	Critérios para
------------------	------------------	-----------------------

populacionais prioritários		indicação do PrEP.
Parcerias discordantes para o HIV	Parceria homossexual ou heterossexual em que um parceiro é infectado pelo vírus e o outro não.	Relação sexual com penetração anal ou vaginal sem o uso do preservativo.
Pessoas Trans	Pessoas que se expressam de forma diferente ao sexo de nascimento, nesses grupos são incluídos os travestis, transgêneros, transexuais e pessoas de sexo não binário.	Relação sexual anal ou vaginal (ativa ou passiva) sem o uso do preservativo nos últimos 6 meses. e/ou
Profissionais do sexo	Homens, mulheres, travestis, transexuais que praticam sexo por dinheiro de maneira ocasional ou regular.	O uso repetido da Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Gays e homens que fazem sexo com homens- HSH	Homens que sentem afeto por homens ou heterossexuais não assumidos que praticam sexo com homens.	e/ou Infecções por Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs de maneira recorrente.

Fonte: M.Brasil.2017.

Dentro dos diferentes grupos de risco e especificidades existentes em relação ao nível e risco de infecção, também é necessário levar em consideração as praticas e programas governamentais de acesso e divulgação aos determinados grupos e localidades. Nesse sentido, há fatores que estimulam e/ou dificultam o processo de adesão da população para estas políticas, sendo:

Questionamentos mais recorrentes feitos:

- Como consigo o medicamento?

- Onde consigo o medicamento?
- Quem pode tomar?
- Quando devo tomar o medicamento?
- Quantas vezes por dia devo tomar o medicamento?

Fatores que facilitam a adesão:

- Conhecimento e orientação a respeito da doença.
- Acolhimento e observação multidisciplinar do paciente pelas unidades de atendimento.
- Acesso de forma simplificada aos antirretrovirais com informações a respeito de horário e local de funcionamento dos postos de referência.
- Doses simplificadas e/ou combinadas para reduzir o risco do paciente não recordar de tomar, no caso de diversos medicamentos ao invés de apenas um.

Fatores que dificultam a adesão:

- Negação ao diagnóstico da soropositividade.
- Baixa escolaridade e/ou pouco conhecimento a cerca dos programas.
- Presença de transtornos mentais, como depressão e/ou ansiedade.
- Receio de sofrer qualquer tipo de discriminação.
- Uso abusivo de álcool ou drogas.
- Dificuldade no próprio acesso ao serviço.
- Ausência de serviço social ou seguridade social em determinados locais do Brasil.

Além desses fatores, o Brasil assumiu o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto junto à Organização das Nações Unidas - ONU, sendo uma das metas o combate e a reversão da tendência atual de propagação do HIV/AIDS (BRASIL, 1999).

4.3 A EFICÁCIA DO TARV E AS CAUSAS DE FALHA VIROLÓGICA

Nesse subsegmento buscase comparar as diferentes ações promovidas pelo Ministério da Saúde – MS em parceria com os programas nacionais de combate e prevenção de riscos de infecção ao vírus HIV no Brasil para tentar encontrar um ponto em comum entre a eficácia e/ou respaldos gerados pelos tratamentos antirretrovirais.

Com o avanço das pesquisas e devido à adesão aos antirretrovirais, a sobrevivência dos pacientes portadores de HIV/AIDS tem aumentado (ALMEIDA et al, 2011), evitou-se a morte de 6,6 milhões de pessoas com AIDS no mundo entre os anos de 1996 a 2012 (UNAIDS, 2013). No Brasil, avalia-se que 80% das pessoas tem conhecimento sobre seu diagnóstico, 61% encontram-se em acompanhamento, 44% estão em terapia antirretroviral e 33% possuem carga viral abaixo do limite de detecção. O número de indivíduos em TARV aumentou nos últimos dez anos, passando de 125 mil no ano de 2002 para 313 mil no ano de 2012. Embora seja observado esse acréscimo, ainda são verificadas pessoas que não estão sendo tratadas, mesmo possuindo indicação de tratamento (BRASIL, 2013).

Na última década, avanços na TARV levaram a um aumento progressivo nas taxas de resposta terapêutica. Com os esquemas antirretrovirais modernos, pelo menos 80% dos pacientes apresentam carga viral – CV para o vírus da imunodeficiência - HIV inferior a 50 cópias/mL após um ano de tratamento e a maioria mantém a supressão viral nos anos seguintes. (DIRETRIZES, 2018).

Nesse contexto, a não adesão ou interrupção da TARV favorece o desenvolvimento do vírus com mutações, tornando-os resistentes aos medicamentos, podendo dar início a um novo ciclo de transmissão (BAGGALEY et al, 2010). Por essa razão, é recomendado o início precoce da terapia antirretroviral - TARV, com a finalidade de diminuir a transmissibilidade, principalmente no caso de casais soro discordantes (BRASIL, 2013).

Entretanto, existem fatores que podem dificultar o alcance da eficácia do tratamento, como a baixa ou a não adesão, a interrupção do tratamento, e até falhas existentes no tratamento inicial, que variam bastante de indivíduo para indivíduo, por isso, também é preciso ser feito o reconhecimento das respostas que o organismo do pacientes apresenta a cada tipo de tratamento.

Fatores associados à falha virológica no tratamento.

<ul style="list-style-type: none"> • Esquemas inadequados: - Utilizar esquemas inferiores aos de classificação como “ótimos” de acordo com os requisitos dos protocolos de diretrizes do Ministério da Saúde - MS para o tratamento da doença, como por exemplo a terapia tripla que contém apenas um inibidor da <i>transcriptase reversa análogo de nucleosídeo</i> - ITRN ou número insuficiente de medicamentos ativos, que pode suprimir a carga viral de maneira incompleta.
<ul style="list-style-type: none"> • Resistência viral: - A resistência do gene do HIV ao tratamento com os antirretrovirais pode ser identificada no momento da falha em até 90% dos casos estudados, podendo ser a causa ou até mesmo a consequência desta falha.
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores farmacológicos: - É necessário observar as possibilidades na administração incorreta dos antirretrovirais, tais como: os erros de prescrição médica e as interações entre os medicamentos no corpo do paciente, a quebra dos comprimidos, como também outros fatores que resultam na eliminação acelerada do medicamento no organismo e também sua má absorção.
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa adesão ao tratamento: - É considerada uma das causas mais frequentes de falha virológica, relaciona-se, sobretudo, ao esquecimento da tomada dos antirretrovirais - ARV, à complexidade da posologia ou à ocorrência de efeitos adversos, devendo ser abordada em todos os pacientes em falha. A supressão viral pode ser ocorrida em casos de falhas associadas à má adesão ao tratamento antirretroviral, podendo também não haver alteração pelo menos na fase precoce de identificação da carga viral.

Fonte: DIAHV/SVS/MS, PMDS, 2018.

O reconhecimento precoce da falha virológica e a escolha adequada e oportuna do novo tratamento são fundamentais para evitar graves consequências, como uma maior progressão de doença e, principalmente, o acúmulo de mutações de resistência aos antirretrovirais - ARV e perda de futuras opções terapêuticas (DIRETRIZES, 2018).

Por conta desses e outros aspectos, a política nacional brasileira que luta contra o vírus HIV retrata indicadores pertinentes de desempenho, precipuamente no que concerne a mortalidade (redução das doenças oportunistas, cimentação da incidência e a redução da letalidade) mesmo ainda existindo limitações no controle e na manutenção nos estoques de medicamento, no treinamento adequado para os profissionais da saúde, na manutenção da infraestrutura e na categoria investimento (BASTOS; ROSSI, 2017).

4.4 GASTOS E INVESTIMENTOS

Em uma análise entre o período de 1996 a 2002, onde o incentivo por parte do estado nas políticas de prevenção começou a se intensificar de forma gradativa, foram investidos 2,2 bilhões de dólares na economia para custear tratamentos e compra de insumos, sendo 1,23 bilhões de dólares gastos em diárias hospitalares para o tratamento de doenças oportunistas e 960 milhões de dólares na compra de medicamentos com preços reduzidos (CHEQUER, 2003).

Também foram feitas reduções nos custos de importação que pouparam cerca de 259 milhões de dólares aos cofres públicos nos seis anos seguintes. Nesse caso, a empresa também se comprometeu em manter o preço dos produtos nesse período de tempo (MOURA, 2006).

Já no final do ano de 2000, o Ministério da Saúde investiu cerca de 303 milhões de dólares em antirretrovirais aumentando sua margem de atendimento para quase 87.500 pacientes. Já no ano de 2001 o Ministério da Saúde estima ter gasto 422 milhões de dólares na compra de antirretrovirais com um aumento na capacidade de assistência de 105.595 mil pacientes (DIRETRIZES, 2018).

Alguns medicamentos apresentam características específicas quanto à sua aquisição no mercado brasileiro, podendo ser comprados exclusivamente pelo setor público (monopsônio) (SILVA, 1999). A oferta de medicamentos no país por um único fornecedor, por sua vez, reflete os direitos de proteção patentária (patente concedida no país) ou a expectativa de direitos (pedido de patente depositado ainda em análise), configurando assim uma situação de monopólio (CHAVES et al., 2015).

Nesse mesmo período, o Brasil fechou um acordo com a indústria farmacêutica norte-americana Abbot, produtora de um tipo de antirretroviral, o Kaletra, apresentando proposta de redução do preço de medicamentos, contribuindo para a economia brasileira e gerando um comedimento de 18 milhões de dólares na compra de medicamentos para o ano de 2006 (DIRETRIZES, 2018).

Ainda em relação às relações existentes entre os países e o interesse comum em combater a doença, independentemente das discussões ligadas a questões patentárias na produção dos medicamentos antirretrovirais, existem também ações de empréstimos feitas entre esses países e mesmo a participação de bancos públicos e privados no custeio de alguns desses programas, como é evidenciado logo abaixo, que demonstra as principais relações de acordos firmados entre os países e os bancos estatais que seguem os planos.

Acordos firmados entre países e bancos estatais no custeio de programas de controle do HIV nas ações do Governo Federal.

Quadro 1. Acordos de empréstimo firmados entre países e bancos estatais para o controle da AIDS, período de aplicação, montante total e participação do Banco e do Governo Brasileiro, 1994 -2014.

Acordo de Empréstimo	Período (assinatura-encerramento)	Montante (em US\$)	Total	Banco (em US\$)	Governo Brasileiro (em US\$)
AIDS I	1993-1998	250 milhões		160 milhões	90 milhões
AIDS II	1998-2003	300 milhões		165 milhões	135 milhões
AIDS III	2003-2007	200 milhões		100 milhões	100 milhões
AIDS – SUS	2010-2014	200 milhões		67 milhões	133 milhões

Fonte: Banco Mundial (1993, 1997, 2004, 2010).

Acordos:

- AIDS I: Priorizava a implantação e a estruturação dos serviços assistenciais.
- AIDS II: Com objetivos de reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas.
- AIDS III: Com o objetivo do aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das doenças sexualmente transmissíveis- DST.
- AIDS – SUS: Promover melhorias assistenciais e de tratamento para as pessoas vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS (VILARINHO, 2013)

Entre as atribuições da área está a negociação de projetos e atividades de cooperação, sua formalização junto às instâncias pertinentes, as providências técnico-administrativas para a viabilização das ações, bem como a articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros no sentido de viabilizar ações de cooperação técnica, científica e tecnológica e financeira. Cabe à área de cooperação externa traçar as diretrizes políticas e a estratégia de atuação da CN-DST/AIDS, com relação aos demais países, bem como responder às demandas advindas das instâncias competentes do governo federal, com respeito à política externa em nível macro (PNAIDS, 1999).

Com uma breve análise em relação aos acordos firmados entre outros países com participação brasileira nos últimos anos percebe-se um aumento nos níveis de montante até o final do ano de 2003, e logo em seguida uma redução de quase 67% (por cento) relacionada aos montantes dos anos anteriores, fato que poderia ser analisado pela menor dependência financeira do país no custeio de suas próprias ações e programas a serem estabelecidos.

Já em relação aos acordos firmados com o Brasil nos últimos anos, percebe-se um aumento principalmente ao final de 2007, ou seja, o país se encontra em maior participação

nessas áreas de atuação, tanto em relação aos acordos firmados entre outros países quanto na participação interna por parte dos bancos brasileiros, relação esta que demonstra o envolvimento do Brasil com a questão do combate ao vírus do HIV e na importância gerada na formação dessas relações com outros países que estejam envolvidos na causa, sendo por parte de ações de empréstimos no custeio de programas ou até mesmo em acordos que reduzam o imposto da compra de medicamentos.

Em relação ainda com os acordos firmados nas ações de combate e tratamento e prevenção do vírus HIV no Brasil, será agora demonstrada a evolução do orçamento percentual do Ministério da Saúde – MS com os gastos em milhões de reais desde o ano de 1996 até o ano de 2018.

Evolução de Gastos do Ministério da Saúde - MS com antirretrovirais.

Ano	(R\$) Milhões	Orçamento do MS (%)
1996	40	0,20
1997	254	1,20
1998	358	1,80
1999	622	3,20
2000	554	2,90
2001	545	2,09
2002	661	2,14
2003	551	1,80

Fonte: PN-DST/UNAIDS 2003.

Em uma análise entre o período de 1996 a 2002, onde o incentivo por parte do estado nas políticas de prevenção começou a se intensificar de forma gradativa, foram investidos 2,2 bilhões de dólares para custear tratamentos e compra de insumos, sendo 1,23 bilhões de dólares gastos em diárias hospitalares para o tratamento de doenças oportunistas e 960 milhões de dólares na compra de medicamentos com preços reduzidos (CHEQUER, 2003).

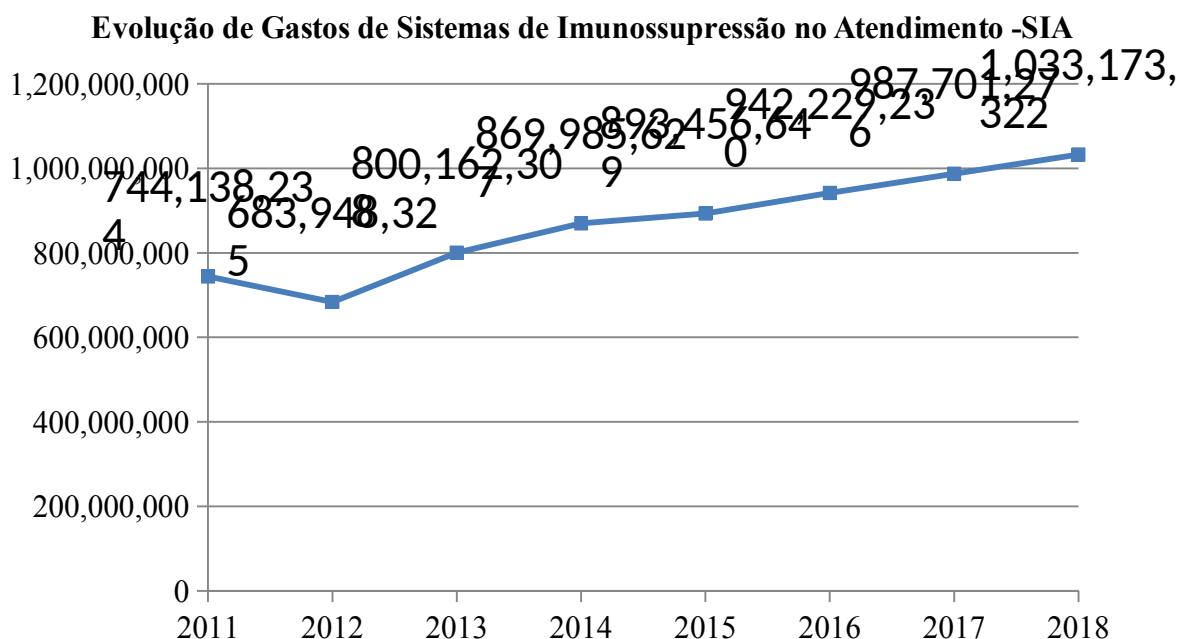
É perceptível um aumento no percentual da receita no ano de 1999 comparado ao ano anterior de quase 78%, decorrente dos surtos desencadeados da infecção pelo Brasil, e com isso as campanhas e programas começaram a combater o vírus de maneira mais incisiva, ou seja, a quantidade estrutural de infectados estava estimulando a atuação pública no controle e combate da circunstância imprevista.

Após o ano de 2000, o orçamento começa a se reajustar de acordo com os potenciais lesivos à saúde pública social e experimentações ocorriam em campanhas e projetos de disponibilização de métodos preventivos e oportunos. Entretanto, no ano de 2002, outra nova onda surge anteriormente dentro desse mesmo período que justifica o aumento no orçamento para o custeio de novas demandas, sendo elas na compra de insumos e serviços, agora com

uma maior intensificação no combate e redução da carga viral por parte dos antirretrovirais para pacientes com soro-positividade ao vírus, se reestabelecendo novamente nas proximidades do ano de 2003 com uma nova demanda via receita pública.

A evolução dos gastos e percentuais orçamentários vinculados ao Ministério da Saúde indica mudanças em setores estruturais e comportamentais da política nacional de combate ao vírus HIV, alterando o foco de abordagem nos diferentes graus de risco e formas de ampliação (BRASIL, 2017).

Sendo agora demonstradas então, as variações dos gastos públicos na aquisição dos imunossupressores relatados e notificados pelo Sistema de Imunossupressores no Atendimento – SIA, com valores ajustados aos níveis de inflação de cada ano, entre os anos de 2011 a 2018 para dar continuidade as políticas de gastos e investimentos pelo Ministério da Saúde - MS.



*Dados retirados dos relatórios de Gestão do Ministério da Saúde – MS com a relação de gastos com imunossupressores em reais, com os valores inflacionários de cada ano inseridos⁶.

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2018.

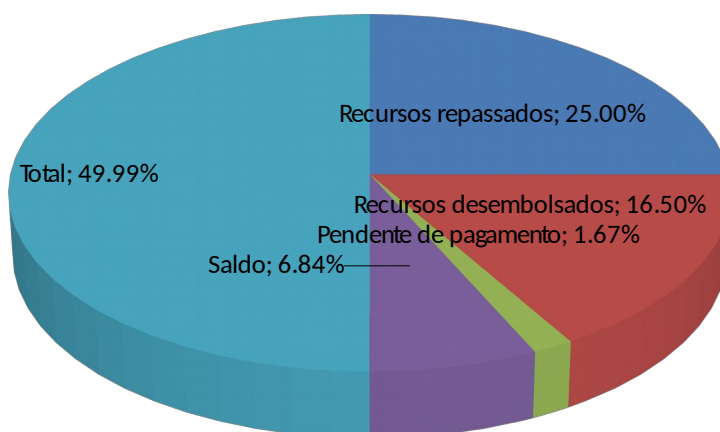
A importância nesse segmento de pesquisa revela ação das políticas públicas brasileiras voltadas para as relações de gastos governamentais e como estes se comportam acerca das necessidades e fatores que tornam por refletir nos serviços prestados para a sociedade civil durante esses anos por parte dessa política de gastos.

⁶ Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016/2017/2018, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2018.

Logo após explicitar os gastos relacionados à compra de medicamentos imunossupressores dos últimos anos, também é preciso evidenciar os gastos percentuais do ano de 2018 como um todo para demonstrar e evidenciar como ocorre a divisão destes gastos em cada área existente, dentro do campo gastos, sendo em relação ao pagamento de pessoal, de recursos reembolsados, de recursos pendentes de pagamento, de recursos repassados e de saldos existentes para a promoção de outras ações.

Gastos percentuais com a AIDS e seus componentes no ano 2018.

Gastos e seus componentes



Fonte: Figura 1: Relatório Técnico MS - 2018 (Valores referentes em milhões de dólares).

De acordo com Figura 1 referente aos gastos governamentais no combate e no tratamento do vírus HIV, percebe-se o incentivo a outras ações que empenham diferentes papéis na causa:

I- Total: US\$56,355 milhões de dólares.

II- Recursos repassados: US\$28,178 milhões de dólares.

III- Recursos desembolsados: US\$18,591 milhões de dólares.

IV- Pendente de Pagamento: US\$1,880 milhões de dólares.

V- Saldo: US\$7,706 milhões de dólares.

A partir de agora será feito um comparativo com a evolução destes gastos na compra de antirretrovirais com a parcela do orçamento do Ministério da Saúde – MS desde o ano de 1996 (BRASIL, 2004).

Os 50% ilustrados no gráfico fazem referência ao pagamento de pessoal e materiais de utilizados rotineiramente, como luvas, seringas e gazes para curativos, úteis na manutenção e

no funcionamento das estruturas da administração pública de saúde que fomentam esses programas de fortalecimento e promoção de novas medidas e serviços para a população.

4.4.1 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA O CUSTEIO DOS PROGRAMAS.

Agora será mostrado como se comportaram os últimos gastos públicos para as causas específicas tratadas no desenvolvimento deste projeto, inseridas nos relatórios de gestão do Ministério da Saúde - MS, suas veiculações referentes e como essa evolução atinge a mudança nos indicadores de tratamento e infecção.

Sendo apresentado logo abaixo um dos conjuntos de ações relacionadas ao programa temático do Plano Plurianual – PPA, de código 4370, na portaria do protocolo de diretrizes do Ministério da Saúde - MS relacionado ao atendimento à população com medicamentos para tratamentos dos portadores de HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis retirados do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

Execução orçamentária e financeira para o atendimento de pacientes soropositivos com o vírus HIV/AIDS e DST.

Valores referentes em milhões de reais.

Execução Orçamentária e Financeira							
	Dotação		Despesa			Restos a pagar do exercício.	
Ano	Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não processados
2016	1,100 bi	1,100bi	1,099bi	916.093	884.219	0	136.936
2015	980.000	1,101bi	1,097bi	860.000	835.000	24.100	237.416
2014	780.250	864.187	863.187	703.416	649.643	227.035	175.486
2013	770.200	770.220	770.200	594.713	577.477	172.655	192.752
2012	778.000	823.200	820.430	589.653	238.488	230.777	581.942

Fonte: Portal de Gestão de Orçamentos do Ministério da Saúde - MS.

Em relação à execução orçamentária entre os anos de 2012 a 2016 é possível perceber um aumento gradativo na dotação do custeio para os programas já estabelecidos, possuindo até certa compatibilidade entre a dotação final e a inicial; porém, em relação à despesa, percebe-se o não processamento ao que deve ser pago ao final do exercício por parte do Governo Federal, ou seja, os pagamentos não estavam sendo processados de maneira eficiente, fato pelo qual, intensificaria o endividamento dessas ações públicas, tornando por reduzir até mesmo o custeio de dotações iniciais dos anos seguintes.

Outra execução a ser analisada agora será o das ações temáticas relacionadas ao programa temático do Plano Plurianual – PPA, de código 20YE, que trata dos programas de

compra de imunobiológicos e insumos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aos tratamentos antirretrovirais propriamente ditos retirados do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

Agora será evidenciada a execução orçamentária ligada aos gastos no custeio de insumos e de imunobiológicos, ou seja, medicamentos relacionados ao tratamento de doenças ou síndromes autoimunes, como por exemplo, a própria síndrome da imunodeficiência – HIV.

Execução orçamentária para o custeio de insumos e imunobiológicos para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs.

Valores referentes em milhões de reais.

Execução Orçamentária e Financeira							
Ano	Dotação		Despesa			Restos a pagar do exercício.	
	Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não processados
2016	3.155bi	3.712bi	3.712bi	2.714bi	2.673bi	0	838.647.482
2015	2.870bi	3.300bi	3.300bi	2.473bi	2.148bi	324.701.393	826.639.487
2014	1.288bi	1.256bi	1.068bi	1.068bi	1.065bi	339.000.000	656.293.699
2013	1.246bi	1.306bi	649.908	649.908	649.908	339.710.000	656.294.038
2012	1.015bi	1.028bi	683.360	579.962	579.962	296.140.000	524.653.000

Fonte: Portal de gestão de orçamentos do Ministério da Saúde - MS.

Em relação às dotações para a compra e custeio de insumos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no período analisado, é possível perceber também um aumento gradativo na dotação inicial para o incentivo de compra desses insumos, havendo também certa compatibilidade entre dotações finais e iniciais. Sendo possível também perceber certa incoerência entre as despesas empenhadas e liquidadas e/ou pagas.

Já em relação aos restos a serem pagos dos exercícios anteriores, é perceptível a divergência gritante entre valores processados e não processados, ou seja, grande parte da dívida que ainda não foi sanada continua a crescer, ao final de cada execução orçamentária, deixando até de ser processada, como é o caso do ano de 2016, em que o valor não processado e que deverá ser pago no próximo exercício financeiro atinge quase a marca de 37% (por cento) do valor do montante inicial.

As duas tabelas fazem referência ao orçamento gasto em causas como o custeio para o tratamento de infectados e não infectados, englobando toda a causa, tanto no que diz respeito a preservativos para a rede pública de saúde, quanto informativos, leitos ambulatoriais, insumos e serviços, compra de medicamentos e produto usados na prevenção do vírus HIV e os antirretrovirais para os pacientes infectados.

O Ministério da Saúde, desde 2013, começou a apoiar projetos vinculados à divulgação e ao estudo da aplicação do PREP no Brasil com o intuito de promover a integralidade da saúde e do direito ao acesso como via de prevenção e estudo de resultados. Dentre os projetos podem ser citados:

- O Estudo Prep Brasil, realização pela Fundação Fiocruz junto com o Centro de Pesquisas Clínicas –CPC da FMUSP, a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado- MA e o Hospital Sanatório Partenon – PA. Financiado pelo próprio Ministério da Saúde no estudo com 500 pacientes que estão sob alto risco de infecção que passam por diversas observações, orientação e testes para o recolhimento de dados a respeito da eficácia do medicamento (MOURA, 2006).
- O projeto *Combina!* sendo encabeçado pela Universidade de São Paulo – USP e financiado pelo Ministério da Saúde fazem estudos na utilização do PREP como um complemento, ou seja, uma atividade combinada entre os antirretrovirais e o uso de preservativos e outros métodos como a própria janela imunológica aberta entre um período pós-exposição e a atividade no medicamento no organismo após o contato com o vírus (MOURA, 2006).

De acordo com os projetos que buscam reduzir os diferentes graus de risco explicitados anteriormente e fazendo referência agora aos valores de custeio para políticas públicas existentes nas execuções orçamentárias, serão agora explicitados alguns dados e valores relacionados ao programa 1306 que cuida de algumas das ações de prevenção por parte do poder público.

Sendo evidenciados agora os valores relacionados dos programas temáticos do Plano Plurianual – PPA, de código 1306, que diz respeito às ações de vigilância, prevenção e atenção em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis entre os anos de 2004-2007.

Valores das Ações do Programa Nacional DST/AIDS para o PPA 2004-2007

Em R\$ milhões de reais

Ações PPA	2004	2005	2006	2007	Total 2004-2007.
Incentivo	116,00	130,00	146,00	165,00	557,00
Publicidade	14,00	14,00	14,00	14,00	56,00
Atenção	49,00	46,00	46,00	42,00	183,00

Práticas seguras	60,00	59,00	58,00	56,00	233,00
Gerenciamento de Projetos	6,00	6,00	6,00	6,00	24,00
Medicamentos ARV	516,00	570,00	630,00	700,00	2.416,00
Total	761,00	825,00	900,00	983,00	3.469,00

Fonte: Portal de Gestão de Orçamento do Ministério da Saúde - PGOM

É perceptível um aumento proporcional nos níveis de receita e orçamento disponibilizados para o custeio de diversas práticas e atuações programáticas tanto pelo PNAIDS quanto aos atos vinculados com o Ministério da Saúde – MS, entretanto, percebe-se uma redução no percentual de investimento orçamentário para os planos de “Atenção” e de “Práticas Seguras” no decorrer dos anos explicitados ligados aos demais recursos necessários para a aplicação da política pública como um todo. Fato incerto ou equivocado, perante o quadro de infectados e índices de contaminação, enquanto a maior parte das demais ações permaneceu constante ou tiveram um aumento proporcional, no caso, dos temas “Medicamentos ARV” e “Incentivo”, para continuar abrangendo a demanda por parte dos infectados e no estímulo científico de desenvolvimento de novas práticas.

Agora serão explicitados dados relacionados ao Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde - MS em relação aos valores e percentuais orçamentários de anos passados para a análise de investimentos.

Gastos com Políticas de Combate ao vírus da HIV e valores orçamentários do Ministério da Saúde – MS

Ano	Orçamento (R\$ Milhões)	Orçamento do MS (%)
2008	725,226	1,08
2009	664,351	1,03
2010	784,000	1,21
2011	846,720	1,30

Fonte: Autoral

Entre o ano de 2008 e 2009, percebe-se uma redução no orçamento para o custeio dos programas de saúde por parte do Ministério da Saúde – MS de 60,875 milhões de reais, o que tornou por redução o percentual orçamentário do mesmo em 0,5% de um ano para o outro, fato que poderia ser justificado pelo reordenamento de políticas de avaliação feitas entre esses anos que apontaram outras vias de aplicabilidade para o custeio desse mesmo orçamento ou até mesmo fatores circunstanciais ligados à política de governo do Estado naquele período.

Já de 2009 para o ano de 2010 percebe-se um aumento no orçamento comparado ao ano anterior de 119,649 milhões de reais, tornando por alterar também o orçamento percentual ligado ao próprio Ministério da Saúde – MS em uma escala de 0,18% por cento, ou seja,

evidencia que reajustes estavam sendo feitos e outros mecanismos ligados aos processos de custeio estavam sendo aplicados, ou até mesmo foi gerado um aumento da despesa para o pagamento substancial.

Logo no ano de 2011 é possível perceber um aumento proporcional tanto no orçamento geral quanto no percentual vinculado ao Ministério da Saúde – MS, na escala de 62,72 milhões de reais e um aumento percentual de 0,9% por cento, atingindo a marca de 1,30% do orçamento da união sendo disponibilizado para essa causa em específico.

Algumas das estratégias norteiam o controle e tratamento do vírus no Brasil pelo Ministério da Saúde - MS:

- Gerenciamento de vulnerabilidades
- Imunizações
- O teste para o HIV
- Uso regular de preservativos
- Redução de danos
- Supressão da replica viral pelo tratamento antirretroviral
- Diagnóstico oportuno e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISF)
- Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP)
- Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PREP)

Fonte: Protocolo de Diretrizes do Ministério da Saúde – MS 2018.

Nesse sentido, o Estado se encontra como o mediador entre diferentes instâncias e segmentos sociais para a integração entre regiões e municípios, ONGs, fundações, empresas privadas, movimentos sindicais, organizações religiosas, Instituições de Ensino Superior, entre outros setores da sociedade civil e comunidades organizadas (KLIKSBERG, 1998) na execução de ações públicas que assegurem os direitos de todos os cidadãos e, em especial, daqueles que sofrem discriminação ou são marginalizados por diferentes razões (CARMELLA; MATTAR, 2004).

Um instrumento de ação pública constitui um dispositivo ao mesmo tempo técnico e social que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função das representações e das significações das quais é portador, sendo nesse caso, o reconhecimento dos fatores que tornam por segregar e reduzir os níveis de adesão por

questões sociais e buscando tornar os valores e relações cada vez mais isonômicos (LASCOUMES, P; WEBER, M, 2013).

Alguns dos benefícios gerados aos pacientes soropositivos pelas ações públicas de custeio e estímulo ao tratamento do vírus HIV com os antirretrovirais podem ser descritas como:

- Mulheres gestantes soropositivas podem evitar a contaminação do feto pelo uso dos antirretrovirais durante o período de gestação, dando continuidade após o parto e evitando ou até mesmo diminuindo o número de óbitos de mães e gestantes.
- Pessoas soropositivas que reduzem sua carga viral com o uso de antirretrovirais diminuem o risco de contaminação de seus parceiros que não estão infectados.
- A terapia antirretroviral aumenta o tempo de vida dos pacientes soropositivos equiparando-se quase ao tempo de uma pessoa não infectada.
- Reduz-se o número de crianças órfãs de pais infectados, já que sua sobrevivência aumenta significativamente.
- A terapia antirretroviral estabelece mais disposição para os pacientes infectados em uma de suas funções de trabalho durante o dia a dia, estimulando o aumento da qualidade de vida e rotina normal.

5 CONCLUSÃO

Por conta das imbricações levantadas nessa pesquisa, percebe-se a necessidade da inter-relação das diversas formas e facetas existentes nos métodos quantitativos e qualitativos voltados para o campo de políticas públicas, nesse caso mais especificamente, para o ramo da saúde pública e no desenvolvimento de suas teorias. Determinando ações de análise que busquem o rompimento dessas barreiras intelectivas, sendo que a própria pesquisa em si comprova a necessidade desta inter-relação para a análise dos fatores circunstanciais e procedimentais por parte das ações públicas ou em acordos com outros campos que prestam serviço à sociedade.

Já em relação às evoluções orçamentárias e seus comportamentos apresentados nessa pesquisa, agora com a inserção de mais duas novas formas profiláticas, que tornam por reorganizar o próprio orçamento de custeio de políticas de controle e tratamento de doenças por parte das ações do estado será exigido maior discernimento no gasto e no investimento, já que seu próprio método de aplicação torna por modificar os índices futuros de exposição ao vírus e as taxas de detecção.

Respondendo então aos próprios objetivos almejados nessa pesquisa, evidenciando ainda a necessidade de maiores pesquisas e mecanismos que tornem o recolhimento e análise de dados, não só indicadores que determinem fatores circunstanciais da qualidade de políticas públicas aplicadas em um país. Mas também gatilhos necessários que alertam e estimulam a

aderência por parte da sociedade na tarefa da redução de riscos e na busca de uma melhor qualidade de vida para todos os grupos que correm o risco da infecção, mas também para os que fazem o tratamento.

A conscientização em relação ao PREP pode estimular o aumento nos números de aderência, todavia, os esforços públicos de saúde focados nos métodos de teste do vírus HIV e programas de educação sexual relacionada ao PREP precisam ser mais inclusivos nas diferentes populações e grupos de homossexuais e bissexuais, especialmente entre aqueles que moram em áreas rurais e que possuem menos contato com a comunidade LGBT, para que eles tenham maior consciência e estejam mais informados nos seus processos de decisão em relação aos seus métodos de tratamento e controle do vírus HIV e de doenças por parte de políticas públicas e na utilização do PREP em casos de redução de riscos (FROST, 2018).

Já em relação a estimativas e previsões futuras que almejam ser alcançadas para a melhoria no tratamento e na redução dos índices de contaminados estimasse maior articulação e participação da sociedade no que diz respeito aos métodos de ação pública buscando cada vez elucidar e engajar o cidadão aos novos procedimentos e mecanismos utilizados mundialmente.

O país também busca atingir a meta dos chamados “90-90-90”, a qual estabelece que, até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas (ampliando o diagnóstico do HIV); destas, que 90% estejam em TARV (ampliando o acesso à terapia antirretroviral- TARV); e que, dentre estas, 90% tenham a carga viral indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência às pessoas que vivem com o HIV). Portanto, a Atenção Básica cumpre papel fundamental, ampliando o acesso ao diagnóstico e tratamento das pessoas vivendo com o HIV - PVHIV (DIRETRIZES, 2018).

Evidentemente, ainda utilizando as formas convencionais de prevenção e redução da disseminação do vírus, como o próprio preservativo, pois os métodos profiláticos de combate ao vírus devem ser usados com complemento e não como alternativa em prol de outra. Todavia, em países que já utilizam esses métodos profiláticos percebe-se um aumento nos índices de outras doenças sexualmente transmissíveis além do HIV, como as formas de Hepatite e Sífilis, que são transmitidas na maior parte das vezes por fluidos durante a relação sexual, ou seja, ainda percebe-se a necessidade de conscientização social a respeito dos mecanismos de prevenção por parte de políticas públicas mais apuradas e eficientes.

Pois a falta de experiência e de suporte motivacional no que diz respeito ao engajamento por parte dos pacientes continua sendo referenciada com uma das barreiras potenciais para as organizações de saúde no mundo inteiro, que buscam cada vez mais a ampliação na qualidade dos tratamentos e a redução dos custos na compra de medicamentos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. L.; ARAÚJO, G. B. S.; SANTOS, V. A.; BUSTORFF, L. A. C. V.; PEREIRA, A. V. L.; DIAS, M. D. Adherence to treatment and factors that interfere with HIV positive and those living with aids. *Nurs J Minas Gerais*. Vol. 15 (2): 208–216, 2011.
- AMÉLIA, M.; II, D. S. M. V. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia AIDS “*Epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil*” ABSTRACT. v. 40, p. 9–17, 2006.
- ANTONIA, F. *et al.* Avaliação de Políticas Públicas de Ciência, Tecnologia e Inovação : Abordagens a partir de casos concretos. v. 5, p. 8–26, 2018.
- ARIANA, M.; II, V. E. Gastos públicos com saúde: v. 32, n. 92, p. 47–61, 2018.
- BARROS, S. G. DE; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe3, p. 114–128, 2017.
- BECK, E. U. *et al.* Sociedade do risco O medo na contemporaneidade. **Online**, p. 1–75, [s.d.].
- BOHMAN, James. “Realizing Deliberative Democracy as a Mode of Inquiry, Pragmatism, Social Facts, and Normative Theory.” *The Journal as Speculative Philosophy*, vol. 18 no. 1, 2004, p. 23–43 .Project MUSE.

- BORGATTI, S.P; EVERETT, M.G; FREEMAN, L.C. **Ucinet for Windows**: software for social network analysis, MA: Analytic Technologies. 2005.
- BORGERSON, J. L. The flickering consumer: new materialities and consumer research. In: BELK, R.; PRICE, L.; PEÑALOZA, L. (Eds.). *Consumer culture theory*. Bingley: Emerald Group, 2014. (Research in Consumer Behavior, v. 15). p. 125-144.
- BOURDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. (Eds.). **Handbook of Theory And Research for the Sociology of Education**. Nova York: Greenwood Press, 1986.
- BOURDIEU, P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre (RS): Zouk; EDUSP; 2008.
- BURT, R. S.; HOGARTH, R. M.; MICHAUD, C. The social capital of French and American Managers. **Organization Science**, v. 11, n. 2, p. 123-147, mar./apr/ 2000.
- BRAGA, C.; SUAREZ, M. Teoria Ator-Rede : novas perspectivas e contribuições para os estudos de consumo. p. 218–231.
- BRASIL, M. D. S. **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV 2018**.
- BRASIL, M. DA S. Política Nacional De Dst / Aids Princípios , Diretrizes E Estratégias. p. 92, 1999.
- BROOKS, R. A. *et al.* Perceptions of and intentions to adopt HIV pre-exposure prophylaxis among black men who have sex with men in Los Angeles. **International Journal of STD and AIDS**, v. 26, n. 14, p. 1040–1048, 2015.
- CAMUS, A. A epidemia da Aids. *Estudos Avançados*, v. 22, n. 64 p. 73–94, 2008.
- CARMELA, A.; MATTAR, R. Políticas públicas de inclusão educacional : desafios e perspectivas Public policies of educational inclusion : challenges and perspectives. p. 185–202, 2004.
- CEFAI, DANIEL. PÚBLICOS, PROBLEMAS PÚBLICOS, ARENAS PÚBLICAS...: O que nos ensina o pragmatismo (Parte 1). **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 187-213, Mar. 2017.
- COCHOY, F. Calculation, qualculation, calculation: shopping cart arithmetic, equipped cognition and the clustered consumer. *Marketing theory*, v. 8, n. 1, p. 15-44, 2008.
- COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 148–161, 2018.

CROSS, BL, MACDONALD, M. Developing a relationship with the computer in nursing practice: A Grounded Theory. CJNR. 2013

CROSS, Rob; PRUSAK, L. The people who make organizations go or stop. **Harvard Business Review**, Jun, 2002.

CROSS, Rob; BORGATTI, S. P.; PARKER, A. Making invisible work visible: using social.

DAHL, Robert. 1989. Democracy and Its Critics. New Haven: Yale University Press.

DEWEY, John. 1930. The Phantom Public. New York: Macmillan.1983. Reconstruction in Philosophy. In John Dewey: The Middle Works, vol. 12.

DIRETRIZES, E. **Manejo da infecção pelo hiv em adultos**.2018.

DIRETRIZES, E. **Manejo da infecção pelo hiv em adultos**.2017.

DIRETRIZES, E. **Manejo da infecção pelo hiv em adultos**.2016.

DINENNO, E.A., Prejean J., Irwin K., Delaney K.P., Bowles K., Martin T., et al., Recommendations for HIV screening of gay, bisexual, and other men who have sex with men—United States, 2017. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2017. 66(31): p. 830–832

DQG, D.; BOHMAN, J. Realizing Deliberative Democracy as a Mode of Inquiry : Pragmatism , Social Facts , and Normative Theory. v. 18, n. 1, p. 23–43, 2015.

EPP, A. M.; PRICE, L. L. The storied life of singularized objects: forces of agency and network transformation. Journal of Consumer Research, v. 36, n. 5, p. 820-837, 2010.

EPSTEIN, D. Doing internet governance : practices , controversies , infrastructures , and institutions. v. 5, n. 3, p. 1–14, 2016.

EVARTS,S. Translating the translators: following the development of Actor-Network Theory. Providence (US): Brown University, Development Studies Program; 2011.

FALLON, S. A. *et al.* Awareness and Acceptability of Pre-exposure HIV Prophylaxis Among Men Who have Sex with Men in Baltimore. AIDS and Behavior, 2016.

FARTHING, H. *et al.* Discomfort discussing HIV/AIDS and lack of awareness are barriers to partner-to-partner pre-exposure prophylaxis education. **International Journal of STD & AIDS**, p. 095646241879917, 2018.

FEBO-VAZQUEZ,I., Copen C.E., & Daugherty J., Main reasons for never testing for HIV among women and men aged 15–44 in the United States, 2011–2015. National Health Statistics Reports, 2018. 107: p. 1–12.

FERRARI, F. C. Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergên- cia da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. p. 131–160, 2017.

- FORATTINI, O. P. AIDS e sua origem. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 153–156, 1993.
- FROST, M. HIV testing and pre-exposure prophylaxis (PrEP) use , familiarity , and attitudes among gay and bisexual men in the United States : A national probability sample of three birth cohorts. n. Cdc, p. 1–11, 2018.
- GARCÍA, M. M.; ALMEIDA-, C. V. Influence of pharmacist intervention , based on CMO model , to improve activation in HIV patients. v. 32, n. 1, p. 40–49, 2019.
- GOEDEL, W.C., Halkitis P.N., Greene R.E., & Duncan D.T., Correlates of awareness of and willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) in gay, bisexual, and other men who have sex with men who use geosocial-networking smartphone applications in New York City. *AIDS and Behavior*, 2016. 20(7): p. 1435–1442.
- GRECO, D. B. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil , 1985-2015. p. 1553–1564, 2015.
- GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. **Estudos Avançados**, v. 9, n. 24, p. 229–239, 1995.
- HANSSON, N. “Mobility-things” and consumption: conceptualizing differently mobile families on the move with recent purchases in urban space. *Consumption Markets & Culture*, v. 18, n. 1, p. 72-91, 2015.
- HELPA, D. J. The Importance and Complexity of Assessing Urban Fiscal Health. p. 1–9, 2016.
- HODDER, I. *Entangled: an archaeology of the relationships between humans and things*. Malden: Wiley-Blackwell, 2012.
- I, C. L. S. *et al.* Estimaco da incidência de HIV em dois municípios brasileiros , 2013. p. 1–10, 2016.
- I, M. V. V. *et al.* Villarinho.2013. v. 66, n. 2, p. 271–277, 2013.
- I, S. G. D. B.; II, L. M. V. The genesis of the AIDS policy and AIDS Space in Brazil (1981-1989). 2016.
- JENKINS, R.; MOLESWORTH, M.; SCULLION, R. The messy social lives of objects: interpersonal borrowing and the ambiguity of possession and ownership. *Journal of Consumer Behaviour*, v. 13, n. 2, p. 131- 139, 2014.
- JÚNIOR, S. S.; ITSUKO, C. S. *Terapia Antirretroviral Para Hiv/Aids: O Estado Da Arte*.

- KEJ, Oliveira, Porto CM. Educação e teoria ator-rede: fluxos heterogêneos e conexões híbridas. Ilhéus (BA): Editus; 2016.
- LATOUR, B. Visualisation and cognition: drawing things together. In: LYNCH, M.; LAVILLE, J.-L. **Economia solidária: uma abordagem internacional**. Porto Alegre: EDUFRGS/EDUFBA, 2004.
- LAVILLE, J.-L. **Les services de proximité en Europe**. Paris: Syros, 1992.
- WOOLGAR, S. (Eds.). Representation in scientific activity. Cambridge: The MIT Press, 1990. p. 153-186.
- LASCOUMES, P.; WEBER, E. M. dossiê. p. 19–44,2012 [s.d.].
- LATOUR, B. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro (RJ): Editora 34; 1994.
- LATOUR, B. Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.
- LATOUR, B. Reagregando o social: uma introdução à Teoria do Ator- Rede. Salvador: EDUFBA, 2012.
- MEAD, G. “The Working Hypothesis in Social Reform,” American Journal of Sociology,5 (1899):3667-371.
- MERCHANT, R.C., Corner D., Garza E., Guan W., Mayer K.H., Brown L., et al., Preferences for HIV pre- exposure prophylaxis (PrEP) information among men who have sex with men (MSM) at community out- reach settings. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 2016. 20(1): p. 21–33.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013b. Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Manejo-HIV-Adultos_2013.pdf>.
- MOURA, Patrícia da Silva Guércio. História da Aids no Brasil. 2006.
- Network analysis to support strategic collaboration. **California Management Review**. v.44, n.2, p. 25-46, Jun, 2002.
- OLDENBURG, C.E., Mitty J.A., Biello K.B., Closson E.F., Safren S.A., Mayer K.H., et al., Differences in attitudes about HIV pre-exposure prophylaxis use among stimulant versus alcohol using men who have sex with men. AIDS and Behavior, 2016. 20(7): p. 1451–1460.

ORIGINAL, A.A Teoria Ator-Rede como referencial teórico-metodológico v. 26, n. 4, p. 1–9, 2017.

PACIENTES, E. D. E.; HIV, P. D. E. Terapia antirretroviral: um comparativo entre características epidemiológicas de pacientes portadores de hiv. v. 9, p. 83–93, 2014.

PNAIDS, Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias, 1999.

Revista de Enfermagem - UFPE, v. 12, n. 4, p. 1103–1111, 2018.

RIBEIRO, Helcion "AIDS: Do Preconceito à Solidariedade". Edições Paulinas, São Paulo, 1990.

RIP, Arie. Societal Challenges for R&D Evaluation in Learning from Science and Technology Policy Evaluation. In: SHAPIRA, Phillip; KUHLMANN Stefan. *Proceedings from the 2000 US-EU Workshop on Learning from Science and Technology Policy Evaluation*. Atlanta, USA: School of Public Policy, Georgia Institute of Technology; Karlsruhe, Germany: Fraunhofer Institute for Systems and Innovations Research, 2001.p.18-41.

ROMAN, E. (Org.). **Face à l'exclusion: le modèle français**. Paris: Esprit, 1991.

RONAYNE, Jarlath. *Science in government*. Londres: Edward Arnold, 1984.

RUBEM, R. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no contexto do processo de individualização e saúde Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no contexto do processo de individualização e saúde. 2018.

SILVA, E. L. C. AIDS E PRECONCEITO Uma Abordagem Psicossocial. 1991.

СИБАHOВ. No Titleппроо. **Ммит**, p. 2016, 2016.

SOBRAL, Fernanda A. da F.; LACERDA SANTOS, Gilberto. Avaliação de Políticas Públicas de Ciência, Tecnologia e Inovação: Abordagens a partir de casos concretos. Brasília (DF): Editora Viva, 2017.

TARRAGÓ, Daniel; BRUGUÉ, Quim; CARDOSO JR, José Celso. A administração pública deliberativa: inteligência coletiva e inovação institucional a serviço do público, 2015.

TAVARES, NUL; BERTOLDI, AD, MENGUE, SS; ARRAIS, PSD; VL, LUIZA; OLIVEIRA, MA, *et al*. "Factors Associated with low adherence to drug treatment for chronic diseases in Brazil". *Revista Saúde Publica*. 2016.

UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic 2013 [Internet]. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf>.

UNAIDS, Aids by numbers 2016. Disponível em:

<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers2016_en.Pdf>.

YOONG, D. *et al.* Preparing for pre-exposure prophylaxis: perceptions and readiness of Canadian pharmacists for the implementation of HIV pre-exposure prophylaxis.

International Journal of STD and AIDS, v. 27, n. 8, p. 608–616, 2016.

Terapêutica Anti-Retroviral. p. 1–48, 2004.

Indicadores HIV-AIDS - Brasil. , [s.d.].

<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/quais-sao-os-valores-dos-orcamentos-autorizados-para-aquisicao-de-medicamentos-para-atendimento>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2011>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2012>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2013>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2014>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2015>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2016>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2017>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/distribuicao-de-preservativo-masculino-de-52mm-2018>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2014>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2015>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2016>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico_dstaids.pdf

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1769-rt-tc66-1sem2018-ultimaversao&category_slug=relatorios-tecnicos-2018-1&Itemid=965

<http://portalms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>

<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Relatorio-de-Gestao-SVS-2016.pdf>

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Relatorio-de-Gestao-SVS-2015.pdf>

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28555-ministerio-da-saude-publica-protocolo-para-utilizacao-da-prep>

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Relatorio-de-Gestao-SVS-2014.pdf>

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Relatorio-de-Gestao-SVS-2013.pdf>

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Relatorio-de-Gestao-SVS-2012.pdf>

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estudo-revela-que-hiv-surgiu-em-chimpanze-africano,20060526p69606>