

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELLY PEREIRA ZANELATTO

ABORDAGEM ECONÔMICA PARA AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS AO
HIV/AIDS ENTRE POPULAÇÃO-CHAVE EM CURITIBA

CURITIBA
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELLY PEREIRA ZANELATTO

ABORDAGEM ECONÔMICA PARA AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS AO
HIV/AIDS ENTRE POPULAÇÃO-CHAVE EM CURITIBA

Trabalho apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Graduação em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, sob a orientação do Prof. Fabiano A. S. Dalto.

CURITIBA
2014

TERMO DE APROVAÇÃO

GABRIELLY PEREIRA ZANELATTO

ABORDAGEM ECONÔMICA PARA AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS AO
HIV/AIDS ENTRE POPULAÇÃO-CHAVE EM CURITIBA

Trabalho aprovado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Graduação em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Fabiano A. S. Dalto
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR

Profa. Carolina Bagattolli
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR

Prof. Igor Zanoni C. C. Leão
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR

Curitiba, 04 de dezembro de 2014.

*“Época triste a nossa...
é mais fácil quebrar um átomo do que o preconceito!”*

Albert Einstein

RESUMO

O Brasil é um país que convive, há anos, com uma epidemia de AIDS estável. Isso se deve à implantação bem sucedida de políticas públicas para prevenção, controle e tratamento do HIV/AIDS, ao longo dos anos, que tornou o país referência mundial no combate à epidemia. Nos tempos atuais, no entanto, as políticas vêm enfrentando dificuldades para atingir certos grupos populacionais, ou populações-chave, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A epidemia, apesar de estabilizada, se mostra concentrada entre homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Tendo em vista a concentração da prevalência do HIV e o fator de disseminação de tais populações-chave, a principal estratégia de prevenção do governo brasileiro é focalizar suas ações nas populações mais vulneráveis.

A Secretaria Municipal de Curitiba (SMC) tem focalizado suas ações nas populações de maior vulnerabilidade para evitar novas infecções, realizar diagnóstico precoce e vincular os diagnosticados ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Está previsto, pela SMC, a implantação de novas intervenções de saúde relacionadas ao HIV/AIDS, que visam o aumento da testagem entre os HSH.

A principal instituição curitibana de atenção à AIDS é o COA – Centro de Orientação e Aconselhamento. O COA oferece diagnóstico através de teste rápido de HIV, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, além de oferecer serviços de orientação e aconselhamento de forma gratuita e confidencial, num ambiente livre de estigma e discriminação. Por suas características, o COA demonstra maior facilidade em aproximar-se das populações de risco, tendo como principais pacientes gays, bissexuais, HSH, entre outros.

Este estudo objetiva a avaliação, em termos econômicos, das ações de saúde em Curitiba, no que se refere à atenção ao HIV/AIDS entre população-chave. A avaliação econômica consistirá em realizar análises baseadas nos estudos da economia da saúde, com o intuito de discutir a efetividade e eficiência das ações praticadas. Serão abordadas as novas ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre HSH previstas pela SCM e quais seus possíveis impactos sobre as atividades do COA. A avaliação deseja discutir os possíveis desfechos das ações, em relação as suas metas e objetivos propostos.

Palavras-chave:

HIV; AIDS; população-chave; HSH; economia da saúde; COA.

ABSTRACT

In Brazil, the AIDS epidemic is stable, due to the successful implementation of public policies for prevention, control and treatment of HIV/AIDS, over the years. Nowadays, however, the policies are struggling to reach certain key populations, which are more vulnerable. The epidemic, although stabilized, is concentrated among Men who have Sex with Men (MSM), injected drug users and sex workers. Given the concentration of the HIV prevalence and the spread factor of such key populations, the Brazilian government's main strategy for prevention is to focus its actions on vulnerable populations.

The City Office of Curitiba (SMC) is focusing its actions in the most vulnerable populations to prevent new infections, perform early diagnosis and provide treatment at the public health system (SUS). The SMC is forecasting the implementation of new health interventions related to HIV/AIDS, aiming to increase the number of tests taken among MSM.

The main institution in Curitiba for AIDS attention is COA, a guidance and counseling center. COA offers diagnosis through rapid test for HIV, syphilis and other sexually transmitted diseases. It provides free and confidential counseling service, in an environment free of stigma and discrimination. Due to its characteristics, COA can approach of vulnerable populations, having as patients gays, bisexuals, MSM and others.

This study aims to review, in economic terms, the interventions related to HIV/AIDS among key-population in Curitiba. The economic evaluation will build analyzes based on the studies of the economics of health, in order to discuss the effectiveness and efficiency of the interventions. The new interventions related to HIV/AIDS among MSM implemented in Curitiba will be discussed. Their possible impacts on the activities of COA will be addressed, as well. The evaluation wants to discuss the possible outcomes of the interventions, minding their goals and objectives.

Key-words:

HIV; AIDS; key-population; MSM; economics of health; COA.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Taxa de detecção de casos de AIDS (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013.

Figura 02 - Taxa de detecção de casos de infecção pelo HIV (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013.

Figura 03 - Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013.

Figura 04 - Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) no sexo masculino, por faixa etária e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013.

Figura 05 - Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) no sexo feminino, por faixa etária e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013.

Figura 06 - Proporção de casos de HIV/AIDS em homens, por categoria de exposição e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013.

Figura 07 - Número de testes anti-HIV realizados e testados positivos no COA, por categoria de risco. Curitiba, 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- ARV** - Terapia Antirretroviral
- AZT** - Azidotimidina (Zidovudina)
- CBA** - *Cost-Benefit Analysis* (Análise de Custo-Benefício)
- CDC** - *Centers for Disease Control and Prevention*
- CEA** - *Cost-Effectiveness Analysis* (Análise de Custo-Efetividade)
- CMA** - *Cost-Minimization Analysis* (Análise de Custo-Minimização)
- COA** - Centro de Orientação e Aconselhamento
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- CUA** - *Cost-Utility Analysis* (Análise de Custo-Utilidade)
- DDAHV** - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais
- DST** - Doença Sexualmente Transmissível
- FII** - Ficha Individual de Investigação
- FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde
- GAPA** - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
- GLBT** - Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
- HIV** - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- HSH** - Homens que fazem Sexo com Homens
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- ISPOR** - *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*
- MS** - Ministério da Saúde
- ONG** - Organização Não Governamental
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- SICLOM** - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SI-CTA** - Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
- SIH** - Sistema de Informações Hospitalares
- SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISCEL** - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- SMC** - Secretaria Municipal de Curitiba
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SVS** - Secretaria de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS NO BRASIL	13
2.1. Políticas públicas de saúde contra HIV/AIDS	14
2.2. Ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS no Brasil.....	16
2.3. A vigilância epidemiológica da AIDS no Brasil.....	22
2.4. Taxas de incidência de HIV/AIDS em Curitiba.....	24
2.5. A epidemia de HIV/AIDS em Populações-Chave.....	24
3. FERRAMENTAS DE ANÁLISE ECONÔMICA EM SAÚDE.....	35
3.1. A economia da saúde	36
3.2. Avaliação econômica em Saúde.....	39
3.3. Análise de Custo-Minimização (CMA)	40
3.4. Análise de Custo-Benefício (CBA)	41
3.5. Análise de Custo-Efetividade (CEA)	42
3.6. Análise de Custo-Utilidade (CUA).....	44
4. AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS AO HIV/AIDS ENTRE HSH EM CURITIBA.....	46
4.1. Ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre HSH em Curitiba.....	46
4.2. Situação vigente do Centro de Orientação e Aconselhamento (COA).....	49
4.3. Avaliação econômica	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS	60

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que convive, há anos, com uma epidemia de AIDS estável. Isso se deve à implantação bem sucedida de políticas públicas para prevenção, controle e tratamento do HIV/AIDS, ao longo dos anos, que tornou o país referência mundial no combate à epidemia.

Nos tempos atuais, no entanto, as políticas vêm enfrentando dificuldades para atingir certos grupos populacionais, ou populações-chave, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A epidemia, apesar de estabilizada, se mostra concentrada entre homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Enquanto a prevalência do HIV na população geral se mantém estável em 0,6%, desde 2004, essas populações-chave apresentam taxas de prevalência do HIV de 10,5%, 5,9% e 4,9%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 8).

O fator mais preocupante das altas taxas de prevalência entre essas populações-chave, em especial os homens que fazem sexo com homens (HSH), é que eles são um ponto relevante de disseminação do HIV. Os HSH têm importante papel na dinâmica de disseminação, pois se relacionam sexualmente tanto com homens como com mulheres. Eles atuam, portanto, como ponte entre a população de maior vulnerabilidade e a população geral. Isso implica no risco de desestabilizar as taxas de prevalência do HIV da população geral, hoje estáveis.

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), é a principal instituição brasileira atuante no tratamento e atenção a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Tendo em vista a concentração da prevalência do HIV e o fator de disseminação das populações-chave, sua principal estratégia de prevenção é focalizar suas ações nas populações mais vulneráveis. As ações consistem em oferecer acesso ao preservativo, promover ações comunitárias, além de disponibilizar um teste anti-HIV para diagnósticos cada vez mais precoces (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Secretaria Municipal de Curitiba (SMC), com apoio do Departamento de DST e AIDS, atua ativamente no combate ao HIV/AIDS. Atentada à concentração das taxas de prevalência do HIV, Curitiba tem focalizado suas ações nas populações

de maior vulnerabilidade para evitar novas infecções, realizar diagnóstico precoce e vincular os diagnosticados ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Está previsto, pela SMC, a implantação de novas intervenções de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre população-chave, com destaque ao programa “A Hora é Agora: Testar nos deixa mais fortes”. As intervenções visam aumentar a testagem entre HSH, oferecendo teste anti-HIV de fácil acesso e sem estigma e discriminação, assegurando a vinculação ao tratamento no SUS. O programa oferecerá aconselhamento e teste rápido em locais móveis e alternativos, como em trailers, em uma organização não governamental (ONG) e em um Centros de Testagem e Aconselhamento, o COA. Ainda, contará com uma plataforma de *e-testing* e uma *hotline* de linha direta com atendimento 24 horas gratuito.

A principal instituição curitibana de atenção à AIDS é o COA – Centro de Orientação e Aconselhamento, que oferece diagnóstico através de teste rápido de HIV, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, oferece serviços de orientação e aconselhamento de forma gratuita e confidencial, num ambiente livre de estigma e discriminação. Por suas características, o COA demonstra maior facilidade em aproximar-se das populações de risco, tendo como principais pacientes gays, bissexuais, HSH, entre outros.

Este estudo objetiva a avaliação, em termos econômicos, das ações de saúde em Curitiba, no que se refere à atenção ao HIV/AIDS entre população-chave. A avaliação econômica consistirá em realizar análises baseadas nos estudos da economia da saúde, com o intuito de discutir a efetividade e eficiência das ações praticadas. Serão abordadas as novas intervenções relacionadas ao HIV/AIDS entre HSH previstas pela SCM e quais seus possíveis impactos sobre as atividades do COA. A avaliação deseja discutir os possíveis desfechos das ações, em relação as suas metas e objetivos propostos.

Para tanto, o estudo se dividirá em partes. Primeiramente, será realizada uma contextualização do assunto. Serão abordadas as principais ações praticadas pelo governo brasileiro na prevenção e controle do HIV/AIDS, desde o surgimento da doença. Em seguida, após um breve esclarecimento de como se dá a vigilância epidemiológica da doença no país, serão apresentados os dados mais recentes associados ao HIV/AIDS em Curitiba. A apresentação será feita atentando para as diferentes taxas de incidência em algumas populações-chave, com destaque aos homens que fazem sexo com homens (HSH).

Num segundo momento, será apresentado o estudo da economia da saúde, que associa conhecimentos da economia e da medicina, na análise de aspectos econômicos da saúde, usualmente baseando-se nos custos e benefícios das ações de saúde (ISPOR, 2009, p. 131). Serão citados os principais métodos de avaliação econômica em saúde, sendo eles a análise de custo-minimização (CMA); análise de custo-benefício (CBA); análise de custo-efetividade (CEA); e análise de custo-utilidade (CUA).

Os estudos da economia da saúde servirão como ferramenta para a avaliação econômica das ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre população-chave em Curitiba, que será realizada na seqüência. Serão expostas as mais recentes ações previstas pela SMC referentes ao combate à AIDS entre HSH, assim como serão apontadas as principais atividades exercidas pelo COA. A avaliação terá foco nas ações do programa e nas atividades de atenção ao HIV/AIDS exercidas pelo COA, unidade que apresenta maior proximidade com as populações de maior vulnerabilidade na infecção pelo HIV.

Por fim, serão feitas as considerações finais sobre o estudo, seguidas das referências e dos anexos.

2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS NO BRASIL

Ao longo de sua história, o Brasil enfrenta desafios relacionados à desigualdade socioeconômica de sua população. As desigualdades estão presentes nas estruturas produtivas, nas relações de trabalho, nas condições de vida e na possibilidade de acesso aos bens e serviços (NETO, 2014, p. 46).

Em relação à saúde, o Brasil apresenta grandes desigualdades regionais. Enquanto algumas regiões carecem da implementação de ações básicas de saúde, outras apresentam padrões de saúde comparáveis aos de países desenvolvidos (NITA et al., 2010, p. 22). Isto é, enquanto uma parte da população brasileira ainda sofre com a falta de saneamento básico e acesso à água potável, outra parte da população tem possibilidade de acesso a tratamentos de saúde mais complexos e tecnológicos.

Apesar de seu cenário de desigualdades, o Brasil propõe a equidade e a universalização do acesso à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Perante a Constituição Federal brasileira, a saúde é considerada um direito social fundamental para promoção de vida do cidadão brasileiro, e dever do Estado. A consequência são custos crescentes ao Estado, dado aos seus papéis de atuação no campo da saúde, como prevenir, tratar, prover, entre outros.

Para tanto, se torna necessária a busca pela eficiência na alocação dos escassos recursos disponíveis para a saúde, de modo a satisfazer as necessidades crescentes da população em termos bem estar e qualidade de vida. O Estado precisa tomar decisões, conjugando a obtenção do máximo de benefícios com o mínimo de recursos.

[...] o desafio brasileiro na saúde envolve a implementação de um sistema sanitário básico, que incorpore as regiões menos desenvolvidas do país, ao mesmo tempo em que busca prover à outra parte da população, cujos padrões de saúde são comparáveis aos de países desenvolvidos, pequenos incrementos de saúde como contrapartida de custos significativamente maiores (NITA et al., 2010, p. 22).

A forma pela qual o Estado aplica e distribui seus recursos escassos, se releva através de suas políticas públicas. A seguir, se discutirá brevemente sobre políticas públicas de saúde no Brasil, assim como se fará uma introdução ao HIV/AIDS. Na seqüência, serão abordadas as principais ações do governo brasileiro relacionadas ao combate ao HIV/AIDS, seguida de um esclarecimento sobre como

se dá a vigilância epidemiológica da doença no país. Após, serão apresentados os dados mais recentes associados ao HIV/AIDS em Curitiba, atentando para as diferentes taxas de incidência em algumas populações-chave, com destaque aos homens que fazem sexo com homens (HSH).

2.1. Políticas públicas de saúde contra HIV/AIDS

Política pública de saúde é um termo que se refere à forma pela qual as instituições públicas aplicam e distribuem seus recursos para as ações de saúde, considerando a diversidade de demandas e alternativas (ISPOR, 2009, p. 137).

O processo de desenvolvimento de políticas de saúde se inicia com a observação de certa situação ou característica da população, em geral considerada problemática, em um dado período de tempo. A partir da identificação do problema, são formulados os objetivos e indicadores que auxiliarão a medir a realização e o alcance das metas. O processo envolve fases de planejamento, implementação, controle e ajustes das ações. As políticas devem se atentar ao fornecimento de recursos humanos, materiais e financeiros para que a assistência à saúde seja feita de forma efetiva, além de considerar os aspectos normativos e legais referentes à intervenção.

[...] as políticas de saúde devem estabelecer, de acordo com o conjunto de valores da sociedade ou comunidade, a forma pela qual os recursos serão distribuídos, com base naquilo que é considerado efetivo (maximizando o benefício obtido), no que é considerado minimamente aceitável e nas limitações existentes (técnicas e financeiras) (ISPOR, 2009, p. 137).

Os programas e intervenções são instrumentos de política de saúde. O termo 'intervenção' refere-se a uma ação ou conjunto de ações pontuais realizadas para cumprir um único objetivo. Os programas são definidos como um conjunto de intervenções conectadas ou similares, executadas para alcançar os mesmos objetivos, em geral, durante um longo período de tempo. "Um programa estabelece prioridade de intervenção, define o âmbito institucional e aloca recursos para as atividades necessárias aos objetivos propostos" (SARTI et al., 2010, p. 230). Os programas de saúde, em geral, estão relacionados a ações de melhora da qualidade de vida por expansão das infra-estruturas de saúde; melhora da infra-estrutura de saneamento e acesso à água potável; aumento da expectativa de vida; melhora da nutrição; luta contra doenças infecciosas, como o HIV/AIDS; entre outras.

As políticas de saúde são componentes essenciais do conjunto de elementos sócio-econômicos de uma população. Sob o aspecto ético, visam promover e sustentar o máximo bem-estar possível para a maioria dos cidadãos de uma nação ou comunidade. Sob o aspecto econômico, as políticas de saúde exercem impacto sobre a produtividade, mas também, são relacionadas com a capacidade de investimento em outros âmbitos igualmente importantes para as nações (ISPOR, 2009, p. 138).

As políticas públicas de saúde, no Brasil, se mostraram muito eficientes ao longo dos últimos anos, no que concerne o combate a doenças infecciosas, como o HIV/AIDS. Na atualidade, no entanto, as políticas não têm sido efetivas no alcance de certos grupos populacionais, denominados aqui como populações-chave. Uma população-chave trata “do conjunto de indivíduos beneficiários do programa ou projeto, que compartilham atributo, carência ou potencialidade em comum” (SARTI et al., 2010, p. 230). No que diz respeito a AIDS, nota-se crescente taxa de incidência da doença entre algumas populações-chave, fato que será abordado na seqüência.

A AIDS, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, se refere à fase mais avançada da infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV. O vírus ataca as células de defesa do corpo humano, deixando o organismo mais vulnerável a outras doenças. De acordo com a Portaria 236/1985 do Ministério da Saúde, identifica-se a síndrome como o conjunto de alterações provocadas pela perda de imunidade, manifestada pelo aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985).

Portar o vírus do HIV não significa, no entanto, ter AIDS. É possível que portadores do vírus passem a vida sem apresentar os sintomas ou desenvolver a doença. Independente da presença dos sintomas, contudo, os portadores de HIV transmitem o vírus, através de contato sexual; compartilhamento de seringas contaminadas; transfusão de sangue; ou durante a gravidez e amamentação, no caso de mães para filhos (transmissão vertical). Os indivíduos infectados mais recentemente ou que apresentam a doença num nível mais avançado, tem maior concentração de HIV no sangue e nas secreções sexuais, por isso transmitem o vírus com maior facilidade.

Há alguns anos, não havia esperança de sobrevivência para os indivíduos diagnosticados com AIDS. Atualmente, porém, o cenário mudou mediante o desenvolvimento da terapia antirretroviral (ARV) e os grandes investimentos em pesquisa. Não são pequenos, também, os esforços no monitoramento da epidemia e

as medidas de prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis. Segundo o Departamento de DST e Aids, “[...] hoje em dia, é possível ser soropositivo e viver com qualidade de vida. Basta tomar os medicamentos indicados e seguir corretamente as recomendações médicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Juntamente com as campanhas de prevenção, os ARV parecem estar contribuindo para a estabilização do progresso desta epidemia no Brasil, refletindo-se na redução da incidência de AIDS, e na redução em cerca de 50% da taxa de letalidade, nos últimos anos (FUNASA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 95).

O Brasil é um país que convive, há anos, com uma epidemia de AIDS estável. Isso se deve à implantação bem sucedida de programas para prevenção, controle e tratamento do HIV/AIDS, ao longo dos anos. A seguir, será feita uma abordagem às ações do governo brasileiro relacionadas ao combate ao HIV/AIDS, seguida de um esclarecimento sobre como se dá a vigilância epidemiológica da doença no país.

2.2. Ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS no Brasil

Os primeiros casos de AIDS surgiram nos Estados Unidos, Haiti e África Central, entre 1977 e 1978. O primeiro caso no Brasil se deu em 1980, em São Paulo. As preocupações em relação à nova doença não tardaram a aparecer. Destaca-se o papel das autoridades de saúde pública dos Estados Unidos, em especial os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), no desenvolvimento de pesquisas e estudos na área.

A síndrome surgiu e, logo de início, sua incidência se apresentava maior entre homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína injetável e mulheres profissionais do sexo. Já se debatia o termo ‘grupos de risco’, ou grupos mais vulneráveis à infecção, associado ao comportamento dos indivíduos. Logo se estabelece que os possíveis fatores de transmissão são contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Era desconhecida, ainda, a origem viral da AIDS.

Em 1985, descobre-se “que a AIDS é a fase final da doença, causada por um retrovírus, agora denominado HIV (*Human Immunodeficiency Virus*, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Junto a isso, surge o primeiro programa federal de controle da AIDS (Portaria 236/85), seguido

pela criação do Programa Nacional de DST e AIDS, pelo ministro da saúde Roberto Santos. Assim, aparece a primeira organização não governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), instituição que se multiplicou e funciona atualmente em diversos estados brasileiros.

Nesse momento, já são registrados casos de AIDS em diversas esferas da sociedade. A incidência não se dá mais apenas entre os grupos considerados de risco, mas também entre mulheres, heterossexuais e crianças. Com isso, nascem questionamentos em relação à definição de comportamentos sexuais tidos como anormais. Nesse sentido, a Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 1987 com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem para “reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Desde o início da epidemia, a maior marca da resposta brasileira está relacionada ao respeito aos direitos humanos, à diversidade e à participação da sociedade civil. A desconstrução de estigmas e preconceitos é determinante para a redução da discriminação e da infecção pelo HIV nas populações em situação de maior vulnerabilidade. Também são lutas do governo brasileiro o combate à homofobia, à violência contra a mulher e ao desrespeito com os diferentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Cria-se, em 1987, o primeiro Centro de Orientação Sorológica, em Porto Alegre. Atualmente, os centros de orientação atuam em diversas cidades brasileiras, conhecidos pelas siglas COA – Centro de Orientação e Aconselhamento, ou mais recentemente CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento. Esses centros atuam na prevenção do HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, realizando diagnóstico e oferecendo serviços de orientação e aconselhamento, de forma gratuita e confidencial.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá nessa época, com a preocupação de firmar que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e é guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 24). Logo se inicia o processo para a aquisição e distribuição gratuita dos medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV no organismo, os antirretrovirais (ARV), assim como se inclui os procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS.

A história da aids no Brasil não seria a mesma sem o envolvimento e a construção coletiva de vários setores da sociedade e sem a existência de

um sistema único de saúde. Juntos, desde a década de 80, o governo, a sociedade civil organizada, a academia e os profissionais de saúde buscam respostas efetivas para a epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 1993, o Brasil passa a produzir a zidovudina, ou AZT (azidotimidina), primeiro medicamento ARV aprovado para o tratamento da infecção pelo HIV/AIDS. Hoje, segundo relatório do Departamento de DST e AIDS, “das 38 apresentações de medicamentos ARV usados no tratamento para a AIDS, 14 são produzidas em nosso país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A produção nacional, tanto dos medicamentos quanto de suas versões genéricas, em geral se dá por meio de Parcerias Público-Privadas.

Grandes são as ações para garantir os baixos preços dos medicamentos antirretrovirais. Ao longo dos anos, vários acordos foram assinados para que os preços dos ARV fossem reduzidos. Isso possibilita que o governo compre as drogas em grandes quantidades por preços acessíveis e as disponibilize gratuitamente para a população. Isso se mostra de suma importância, já que o uso dos medicamentos para tratamento da AIDS é indicado para qualquer fase da doença.

A forte e incisiva luta brasileira por melhores preços para os medicamentos anti-HIV permitem que o país ofereça hoje, pelo sistema público de saúde, o melhor tratamento disponível, com drogas em número maior e com menos efeitos adversos. O Brasil foi o primeiro país a decretar o licenciamento compulsório de um medicamento para a aids, o efavirenz que é o antirretroviral mais usado pelos pacientes brasileiros. Desde o licenciamento compulsório, houve economia de 103 milhões de dólares (2007 a 2011) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ainda em 1993, se estabelece o início da notificação da AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A partir desse momento, o SINAN passa a ser a principal fonte de dados para a vigilância epidemiológica da doença, contribuindo para a tomada de decisão em nível municipal, estadual e federal. Nesse sistema é possível acessar dados de morbidade e diagnóstico (como contagem de Linfócitos T CD4+), assim como o prontuário de todo paciente notificado quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde. Os dados disponíveis incluem gênero, idade, raça, escolaridade e categoria de risco. Outras variáveis podem ser coletadas a depender do tipo do agravo. O SINAN também dispõe de uma Ficha Individual de Investigação (FII), que possibilita a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença.

Na seqüência, o governo brasileiro estabelece um acordo com o Banco Mundial que alavanca as ações previstas pelo Ministério da Saúde de controle e

prevenção às doenças sexualmente transmissíveis. O Programa Nacional de DST e AIDS formaliza a regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV, no primeiro consenso médico em terapia antirretroviral, no mesmo ano que se institui uma lei que fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS. Hoje, existe um protocolo de tratamento que substitui o consenso médico.

Nesse momento, observa-se queda das taxas de mortalidade por AIDS, assim como uma redução da incidência do HIV no país. Destaca-se uma nova pesquisa que identifica que “o tratamento precoce das DST, com conseqüente redução no tempo de evolução das doenças e de suas complicações, faz com que o risco de transmissão e aquisição do HIV diminua” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Com isso, a taxa de incidência do HIV é reduzida em 42%. Em relação às taxas de mortalidade por AIDS, essas apresentam queda de forma desigual. Percebe-se que a infecção aumenta entre as mulheres e a população de baixa escolaridade e baixa renda, em geral residentes em municípios do interior dos estados brasileiros.

Em 1997, estabelece-se a implantação da Rede Nacional de Laboratórios, que realiza exames de carga viral e contagem de células CD4 (contagem de Linfócitos T CD4+), para monitoramento de pacientes com HIV em terapia antirretroviral. São lançadas campanhas de prevenção incentivando o uso de preservativos, assim como campanhas de conscientização, mobilizando os jovens contra a AIDS. Em 1999, registra-se queda de 50% da mortalidade dos pacientes com AIDS e melhora significativa da qualidade de vida dos portadores do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os anos 2000 se iniciam com acordo promovido pela ONU, que estabelece a redução do preço, para os países em desenvolvimento, dos medicamentos utilizados no tratamento da AIDS. Ainda, cria-se o Fundo Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária, com o intuito de captar e distribuir recursos, para os países em desenvolvimento, para o controle das três doenças infecciosas que mais matam no mundo. Já em 2003, o Programa Nacional de DST e AIDS tem reconhecimento internacional por suas ações de prevenção e assistência, tornando-se referência mundial no combate à AIDS.

O Brasil possui firme compromisso com a comunidade internacional no enfrentamento da epidemia de HIV/aids e desenvolve projetos de cooperação técnica com países da América Latina, Caribe, África e Ásia. A ampliação das respostas nacionais e da integração entre os países também

é promovida pelo Brasil com a participação no Mercosul e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. A doação de medicamentos ARV complementa as estratégias de cooperação. Entre 2003 e 2011, o Brasil doou 30.810 tratamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No que diz respeito à prevenção, o Brasil, ao longo dos anos, investiu fortemente em campanhas de incentivo ao uso de preservativos, para evitar a contaminação do HIV pelo contato sexual. Assim, inaugura-se, em 2008, a primeira fábrica estatal de preservativos do país, localizada no município de Xapuri no Acre, a primeira no mundo a utilizar látex de seringal nativo. No ano seguinte, o Ministério da Saúde bate recorde de distribuição de preservativos, com 465,2 milhões de unidades distribuídas em todo o país. Em 2012, 337 milhões de unidades de preservativos masculinos foram distribuídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Um grande avanço se deu com o surgimento de um teste rápido que permite detectar a presença do HIV, em até 30 minutos. Em 2008, deu-se a conclusão do processo de nacionalização do teste rápido, com a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) podendo fabricar o teste. Desde 2013, o teste rápido através do fluído oral foi anunciado para venda em farmácias, assim como organizações não governamentais (ONG) foram capacitadas para a aplicação do teste nas populações mais vulneráveis. Segundo o ministro da saúde Alexandre Padilha, a grande vantagem do teste rápido é “a segurança e a confiabilidade, além de não necessitar da infraestrutura laboratorial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A busca por novos casos de aids no Brasil ainda é um desafio. Estima-se que 530 mil pessoas vivam com HIV/aids no país. Dessas, 135 mil não sabem ou nunca fizeram o teste. O teste rápido é a principal estratégia para o acesso ao diagnóstico. Em seis anos (2005 a 2011), o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dobrou: passou de 3,3 milhões para 6,3 milhões de unidades. Os testes oferecidos são produzidos por laboratórios públicos nacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Programa Nacional de DST e AIDS, em 2009, foi integrado ao Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais, formando o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, que está ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais é referência mundial no tratamento e atenção a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, dando destaque às suas estratégias de comunicação e prevenção. Atualmente, suas principais ações estratégicas se referem à ampliação da testagem do HIV; distribuição de preservativos; focalização nas

populações em situação de maior vulnerabilidade; e melhoria da qualidade de vida de quem vive com AIDS.

A principal e mais forte estratégia de prevenção adotada pelo país é a focalização das ações nas populações mais vulneráveis, oferecendo acesso ao preservativo, combinado com intervenções comunitárias, além da oferta de um teste anti-HIV para um diagnóstico cada dia mais precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No que diz respeito à testagem, as ações visam aumentar o acesso da população ao teste rápido, através da oferta do teste anti-HIV em locais externos ao serviço de saúde, com intuito de ampliar o diagnóstico precoce, principalmente entre as populações consideradas de maior risco. Aqui, destaca-se, entre outros, o Programa Fique Sabendo, que incentiva a testagem de HIV/AIDS e de sífilis. Em relação aos preservativos, esses são distribuídos gratuitamente em todo âmbito nacional, através da rede pública de saúde. Segundo o Departamento de DST e AIDS, o Brasil é o maior comprador governamental de preservativos no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No que concerne a focalização em populações de maior vulnerabilidade, essa é estimulada pelo aumento da incidência de HIV/AIDS identificada entre os jovens homens que fazem sexos com homens (HSH). Segundo pesquisas do Ministério da Saúde, apesar dos jovens mostrarem ter alto conhecimento sobre como se prevenir da infecção do HIV e fazerem parte da população que mais usa preservativo quando comparado às demais faixas etárias, eles também são os que mais têm parcerias casuais. Ao comparar o grupo de jovens HSH com a população de jovens em geral, o DDAHV identificou que “a chance de um jovem gay estar infectado pelo HIV é aproximadamente 13 vezes maior” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Portanto, tem investido em ações específicas para essa população-chave, assim como para as demais populações de maior vulnerabilidade.

Por fim, mas não menos importante, as estratégias de melhoria da qualidade de vida de quem vive com AIDS estão associadas não só ao tratamento da doença, mas aos demais fatores que possam influenciar no bem estar da pessoa. O Departamento de DST e AIDS mostra, através de seus programas e campanhas, preocupação não apenas com a saúde física do soropositivo, mas com sua relação com a sociedade. As ações incentivam uma alimentação mais saudável, maior adesão aos medicamentos, maior acesso aos tratamentos, além de garantir os

direitos reprodutivos dos casais sorodiscordantes ou soropositivos que desejam ter filhos, e lutar sempre contra o preconceito.

2.3. A vigilância epidemiológica da AIDS no Brasil

A vigilância epidemiológica pode ser definida como o ato de coletar, organizar e avaliar informações, tendo como objetivo as ações de melhoria da saúde. Sua função é recolher dados e organizá-los em sistemas de informação, que servirão de base para formulação de ações de prevenção e controle dos problemas de saúde.

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei nº 8.080/1990, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

No que se refere à vigilância epidemiológica da AIDS, essa consiste em coletar informações sobre as pessoas diagnosticadas com AIDS, visando contribuir com a tomada de decisão entre possíveis intervenções. São considerados os dados das pessoas que compareceram à rede de saúde pública e foram diagnosticadas com AIDS e tiveram seu prontuário eletrônico devidamente preenchido. Consideram-se, também, as pessoas que vieram a óbito e tiveram a causa de sua morte associada à AIDS.

A principal referência para a vigilância epidemiológica da AIDS é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), onde são registradas as notificações compulsórias dos casos de AIDS.

A primeira definição de caso de AIDS no mundo foi estabelecida pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos, em setembro de 1982. A definição brasileira para caso de AIDS, denominada “Critério CDC Modificado” – alterada mais tarde para “Critério CDC Adaptado”, surgiu logo em seguida, adaptando a definição do CDC para a realidade epidemiológica do país.

No Brasil, definiu-se como caso de AIDS a “evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 09). Desde

então, a definição é revisada com o intuito de representar devidamente as condições diagnósticas laboratoriais e o perfil de morbidade do país.

No que diz respeito às condições diagnósticas laboratoriais brasileiras, notou-se a necessidade de simplificar os critérios de definição de casos, para que o diagnóstico não dependesse de exames complementares muito sofisticados. Como solução, se introduziu um novo critério de definição, denominado “Critério Rio de Janeiro/Caracas”, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças indicativas de AIDS. Dessa maneira, passou a considerar-se uma evidência de imunodeficiência, o diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de AIDS, como reativação da doença de chagas; câncer cervical invasivo; ou toxoplasmose cerebral, por exemplo.

Em relação ao perfil de morbidade do país, optou-se por revisar a lista de doenças e agravos indicativos de AIDS do critério inicialmente definido pelo CDC. Foi retirado da lista, por exemplo, “a coccidiodomicose, por ser um evento raro no Brasil, e a tuberculose pulmonar, por ser de elevada prevalência no país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 10). A tuberculose pulmonar foi retirada, pois sua prevalência era alta e, em geral, não estava associada à infecção pelo HIV. Outra revisão foi a inclusão da reativação da doença de chagas (miocardite e/ou meningoencefalite) na lista de indicativos de AIDS, em vista da reativação dessa condição em pacientes com AIDS.

Um grande avanço para aumentar a sensibilidade da definição foi a inclusão de um marcador laboratorial de imunossupressão, baseado na contagem de Linfócitos T CD4+. A imunodeficiência causada pelo HIV se agrava à medida que os Linfócitos T CD4+, célula alvo do vírus, vão sendo destruídos. Por isso, “a queda progressiva da contagem de Linfócitos T CD4+ está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 98). Considera-se uma evidência laboratorial de imunodeficiência, uma contagem de Linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³.

A vigilância epidemiológica da AIDS se baseia nas notificações de casos de AIDS, esses definidos pelo “Critério CDC Adaptado”, apenas entre os indivíduos com treze anos de idade ou mais. Os critérios de definição de casos de AIDS para crianças com menos de treze anos são diferentes, pois as evidências clínicas e epidemiológicas de imunodeficiência em crianças se mostram diferentes.

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 17).

Segundo o Ministério da Saúde, a adequação dos critérios de definição de casos à realidade epidemiológica brasileira, associada aos avanços técnicos, científicos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), garante a notificação mais precoce dos casos. Dessa forma, o tratamento do soropositivo pode ser iniciado antes do agravamento da doença, aumentando as chances de sobrevivência do paciente e melhorando sua qualidade de vida, pela redução da carga viral e reconstituição do seu sistema imunológico.

Tendo visto como se define e registra um caso de AIDS no Brasil, assim como quais são as ações praticadas pelo governo brasileiro na prevenção e controle da doença, a seguir serão apresentados os dados mais recentes associados ao HIV/AIDS em Curitiba. A apresentação será feita atentando para as diferentes taxas de incidência em certas populações-chave, com destaque aos homens que fazem sexo com homens (HSH).

2.4. A epidemia de HIV/AIDS em Populações-Chave

Como visto até agora, o Brasil se tornou referência global na prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS, mas vem enfrentando dificuldades para atingir certos grupos populacionais, ou populações-chave, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A epidemia, apesar de estabilizada, se mostra concentrada entre homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

Os grupos populacionais de maior vulnerabilidade são aqueles que apresentam maior risco de contaminação, devido ao seu comportamento. São considerados fatores dinamizadores de disseminação do HIV, por contato sexual, a taxa de troca de parceiros; o tipo e a frequência de contato sexual; e os padrões de relacionamento sexual entre os grupos populacionais (BARBOSA JR. et al., 2009, p. 728). As pessoas consideradas de baixo risco são as pessoas que não se

relacionam afetivamente com a população de risco, por isso estão menos vulneráveis a contaminação pelo HIV.

Um ponto relevante de disseminação do HIV são as pessoas que servem como ponte entre as populações-chave mais vulneráveis e a população geral. Essas pessoas são os clientes de profissionais do sexo, os parceiros de usuários de drogas injetáveis e os parceiros de bissexuais. Isto é, essas pessoas ficam mais suscetíveis à contaminação pelo HIV, dado o contato estreito com o grupo de risco, podendo ser contaminado e transmitir a doença pra outras pessoas menos vulneráveis.

Os HSH têm sido foco de preocupação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, não somente por apresentarem altas taxas de prevalência do HIV, mas por serem ponto importante de disseminação do vírus. Os HSH têm importante papel na dinâmica de disseminação, pois se relacionam sexualmente tanto com homens como com mulheres. Eles atuam, portanto, como ponte entre a população de maior vulnerabilidade e a população geral. Isso implica no risco de desestabilizar as taxas de prevalência do HIV da população geral, hoje estáveis.

O termo homem que faz sexo com homem, conhecido pela sigla HSH (ou *MSM – Man who have Sex with Man*, em inglês), refere-se ao homem que admite ter tido qualquer tipo de relação sexual com outro homem ao longo de sua vida (sexo oral, sexo anal, atividades penetrativas, etc). São homens heterossexuais que não se importam de serem tocados sexualmente por outros homens e que gostam de se relacionar com outros homens, mesmo sem serem gays. São homens que não são gays, mas que acham prazeroso transar com outros homens, e podem se relacionar sexualmente com mulheres também ou não.

Usamos o termo “homens que fazem sexo com homens” para descrever os homens que fazem sexo com outros homens, independentemente de terem relações sexuais com mulheres ou terem identidade pessoal ou social associada a esse comportamento, como aqueles que se enquadram nas categorias ‘gay’ ou ‘bissexual’ (UNAIDS, 2009).

O HSH não assume identidade pessoal ou social de gay, bissexual ou afim. Isto é, ele não expressa sua identidade de gênero através de gestos, modo de falar, modo de vestir, etc., como se costuma perceber entre o grupo GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros). Ser HSH se constitui numa experiência interna e individual. Ou seja, não é possível identificar um HSH, caso esse não se admita como tal.

(Identidade de gênero) é uma experiência interna e individual, em termos de gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos e outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (Princípios de Yogyakarta, 2006).

O desafio das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS se encontra no alcance das populações de maior vulnerabilidade. Em relação ao alcance dos HSH, o desafio se acentua. Um grupo HSH é um grupo muito heterogêneo, por isso se aproximar dessa população se torna uma tarefa difícil. Por se tratar de um grupo amplo e que não assume identidade de gênero, se torna necessário investir em estratégias de comunicação, de preferência com abordagens discretas e confidenciais.

É preciso conscientizar essa população de seu alto risco de contaminação e de seu papel na disseminação do HIV, incentivando o uso de preservativos e a periodicidade na testagem anti-HIV. Quando soropositivo, é importante frisar a importância da adesão ao tratamento antirretroviral para a redução das chances de disseminação e para a melhora na qualidade de vida. Sempre lutando contra o estigma e o preconceito.

2.5. Taxas de incidência de HIV/AIDS em Curitiba

A vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, em Curitiba, conta com o suporte de diferentes sistemas de informações. Além do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), utiliza-se o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

O SISCEL é um sistema de controle de exames laboratoriais muito utilizado na vigilância epidemiológica, mas que foi criado para facilitar na logística e pagamentos dos exames. Seu banco de dados é construído através das informações contidas na solicitação dos exames, sendo as mais relevantes informações clínicas de carga viral e contagem de células CD4. O SICLOM, por sua vez, é um sistema de logística de dispensação de medicamentos. Utiliza-se desse sistema no controle da dispensação dos medicamentos antirretrovirais, para saber

quantas pessoas estão em uso de qual medicação. Ambos SISCEL e SICLOM, por serem sistemas de logística, não possuem informações sobre categoria de risco. As informações disponíveis tratam de dados demográficos, como nome, sexo, idade, raça, escolaridade e município de residência.

Outro sistema disponível, já existente no Brasil há vários anos, é o SI-CTA. O SI-CTA é utilizado nos locais de testagem anônima, como os COA ou CTA. O sistema oferece uma base muito rica de informações comportamentais e epidemiológicas sobre o usuário. Usa-se, ainda, o SIH, sistema hospitalar de controle de internações, como forma de detectar casos de AIDS. Quando se tem uma porcentagem grande de pessoas sendo detectadas no SIH, assim como no SIM, significa que houve falha no combate à doença.

Identificada a potencialidade de dados secundários, as informações fornecidas por esses sistemas são usadas para complementar os dados da vigilância epidemiológica. Os sistemas, infelizmente, não são integrados, sendo necessário o cruzamento de dados manualmente para pesquisas mais específicas.

O SINAN, sistema oficial de notificação de casos, é um sistema de informação estático, que registra informações somente no momento da notificação do caso. A notificação só será atualizada quando o usuário vier a óbito, para registrar a evolução do caso. Entre a notificação do caso e o óbito, o SINAN não registra mais nenhuma informação. Por isso tornam-se tão importantes as bases de dados secundárias, para acompanhar a evolução de cada caso.

Curitiba é uma cidade com aproximadamente 1,75 milhões de habitantes, localizada na Região Sul do Brasil. Segundo dados do SINAN, em Curitiba, já foram notificados 10.081 casos de AIDS, sendo 6.992 homens e 3.089 mulheres. No mesmo período, registra-se 3.473 notificações de infecção pelo HIV, sendo 2.219 homens e 1.254 mulheres. Quando um usuário é registrado no sistema por infecção pelo HIV e, algum tempo depois volta a ser registrado no sistema como caso de AIDS, a primeira ficha de infecção pelo HIV é excluída. Ou seja, cada paciente possui apenas uma ficha notificada no sistema, pois se substitui a ficha de infecção pelo HIV quando o paciente desenvolve AIDS.

O SINAN notifica casos de AIDS, desde 1993. Curitiba, no entanto, notifica casos de AIDS, desde 1990, em fichas manuais, mudando para o sistema eletrônico com o surgimento do SINAN. É possível, portanto, se obter dados retrospectivos sobre a epidemia na cidade. Em Curitiba, notifica-se casos de infecção pelo HIV

desde 2002, usando o mesmo sistema. A notificação era sugerida, ou seja, não existia nenhuma lei que obrigasse a notificação da infecção. A partir de 2014, contudo, se torna obrigatória a notificação da infecção pelo HIV, para melhorar a vigilância epidemiológica da epidemia. A notificação obrigatória é feita através de um formulário oficial, seguindo modelo nacional, que coleta informações sobre categoria de risco, escolaridade, raça, critérios de diagnóstico, entre outros.

Segundo dados do SIM, Curitiba registra 3.310 óbitos por AIDS, sendo 2.413 homens e 897 mulheres. No momento, registram-se 10.244 pessoas vivendo com HIV/AIDS na cidade, sendo 6.798 homens e 3.446 mulheres. Segundo o SICLOM, existem cerca de 1.000 pacientes retirando medicamentos ARV na rede de saúde pública, mas que não fazem assistência de saúde no SUS. Esses pacientes representam torno de 13% da população de infectados pelo HIV/AIDS em Curitiba.

As sete ilustrações a serem apresentadas na seqüência foram apresentados durante o Workshop de Monitoramento e Avaliação, realizado em Curitiba entre 27 e 29 de outubro de 2014. O Workshop contou com a presença de representantes da Secretaria Municipal de Curitiba, do *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos, do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, da Universidade Federal do Paraná, entre outras instituições. Os dados foram coletados junto a vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Curitiba, o que garante a legitimidade e confiabilidade dos dados, que não foram publicados. Os gráficos foram criados, tendo como base as informações contidas no SINAN.

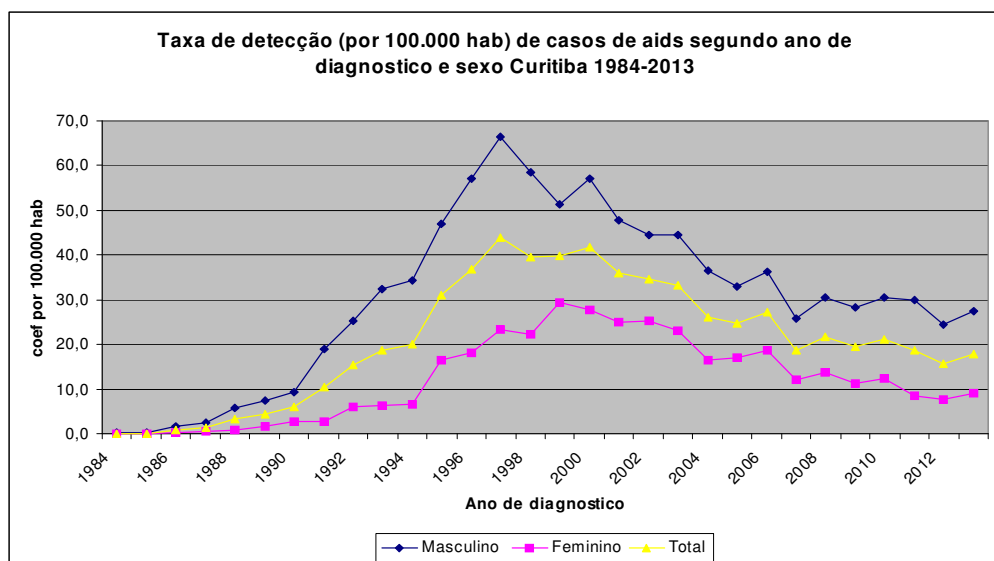


Figura 1 Taxa de detecção de casos de AIDS (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013. (Fonte: SMC, 2014).

A Figura 1 mostra a taxa de detecção de casos de AIDS por 100.000 (cem mil) habitantes, em Curitiba. A série histórica se inicia em 1984, quando foi notificado o primeiro caso de AIDS na cidade. O pico da epidemia de AIDS se dá no fim da década de 90, apresentando tendência de diminuição após esse período. Nos anos mais recentes, a taxa de casos de AIDS por cem mil habitantes parece estar estabilizada. O sexo masculino apresenta um coeficiente três vezes maior que o sexo feminino, enquanto o coeficiente médio se mantém próximo a 20. Isto é, em média, para cada cem mil habitantes, Curitiba possui 20 pacientes com AIDS.

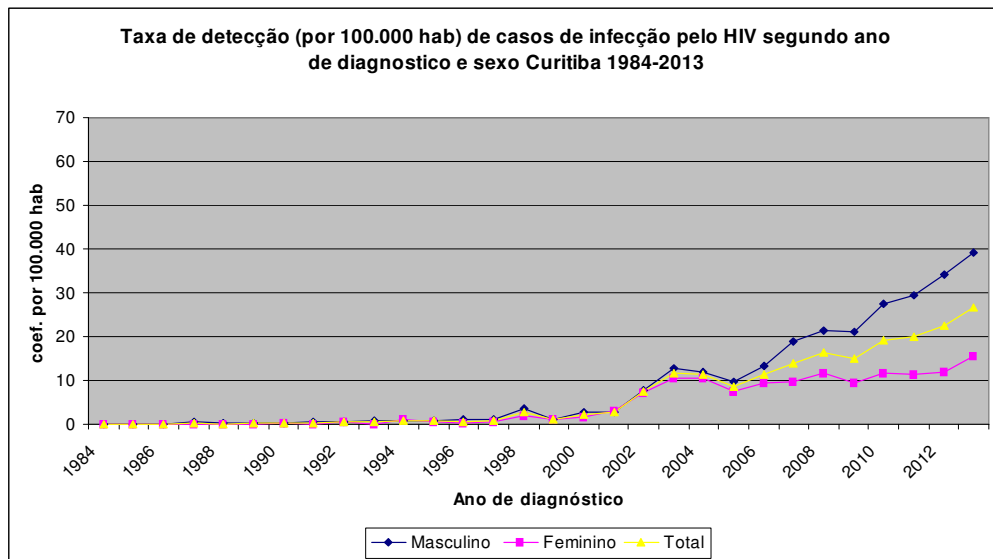


Figura 2 Taxa de detecção de casos de infecção pelo HIV (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013. (Fonte: SMC, 2014).

A Figura 2 acima mostra a taxa de detecção de casos de infecção pelo HIV por 100.000 (cem mil) habitantes, em Curitiba. Por questão de comparação, manteve-se a mesma série histórica do gráfico anterior. Como dito, a notificação de casos de infecção pelo HIV teve início apenas em 2002, por isso até essa data não registram-se casos de HIV. Isso não significa, no entanto, que o vírus não estava presente. Desde o início das notificações, tem-se registrado um número crescente de casos de infecção pelo HIV. Hoje, Curitiba possui cerca de 40 homens infectados pelo HIV a cada cem mil habitantes. O número de mulheres infectadas pelo HIV a cada cem mil habitantes está em torno de 18.

Segundo os gráficos anteriores, os casos de AIDS têm diminuído, ao mesmo tempo que as infecções pelo HIV têm aumentado. A Figura 3 a seguir faz o

cruzamento entre as duas informações, mostrando que os casos de HIV/AIDS, em Curitiba, na média, estão estabilizados. Após atingirem o pico no fim dos anos 90, os casos de HIV/AIDS diminuem e se mantêm estáveis entre trinta e quarenta casos a cada cem mil habitantes. Recentemente, porém, percebe-se uma tendência ao crescimento, puxada pelo sexo masculino.

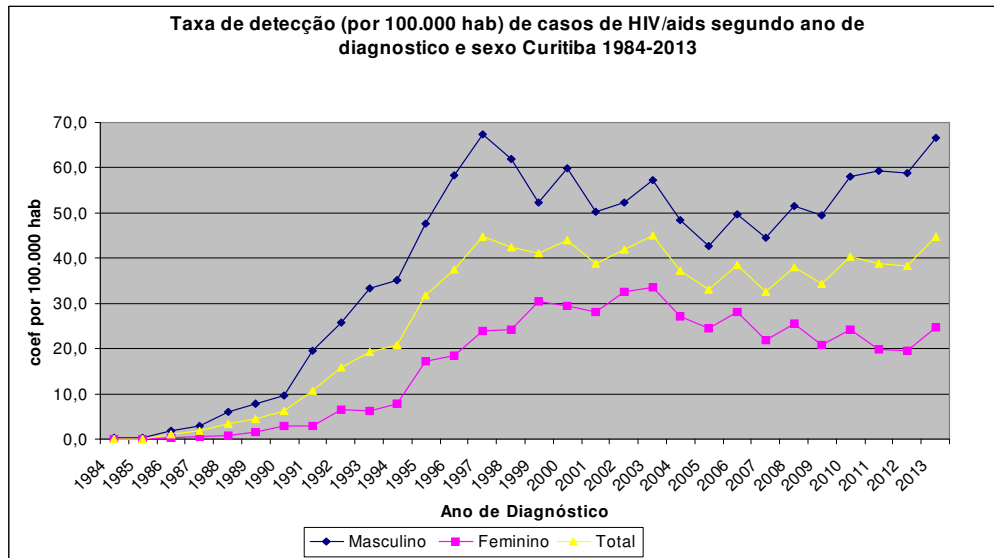


Figura 3 Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) por sexo e ano de diagnóstico. Curitiba, 1984 a 2013. (Fonte: SMC, 2014).

Novamente, destaca-se a predominância dos casos de HIV/AIDS entre o sexo masculino, hoje apresentando cerca de 68 casos de HIV/AIDS para cada cem mil habitantes curitibanos. No caso feminino, identifica-se o pico da detecção de casos de HIV/AIDS, logo no início dos anos 2000. O aumento é reflexo da criação, em 1999, do Programa Mãe Curitibana. O Programa realizou teste anti-HIV em todas as gestantes de todas as unidades públicas de saúde, como forma de evitar novas infecções de mãe para filho. Nesse período, o aumento do número de casos de HIV/AIDS entre as mulheres se deu, portanto, pelo aumento da testagem.

A Figura 4 a seguir organiza os casos de HIV/AIDS, no sexo masculino, por faixa etária. Através do gráfico, é possível perceber maior incidência entre homens adultos de 20 a 39 anos. O grupo de 20 a 29 anos chama atenção, tendo dobrado o número de casos de HIV/AIDS nos últimos sete anos. Desde 2007, o grupo apresenta intensa tendência de crescimento, hoje representando 120 pacientes infectados para cada cem mil habitantes. Outro grupo relevante é o de 30 a 39 anos. Entre todas as faixas etárias, o grupo apresenta o maior coeficiente de casos por

cem mil habitantes. Além disso, apresenta tendência de crescimento, desde 2009. Hoje, a cada cem mil habitantes de Curitiba, aproximadamente 130 são homens de 30 a 39 anos infectados por HIV/AIDS. Destaca-se também o grupo de 10 a 19 anos que, desde 2010, pulou de próximo a zero para 20 casos por cem mil habitantes. Ilustra-se, portanto, a concentração dos casos de HIV/AIDS entre os jovens do sexo masculino.

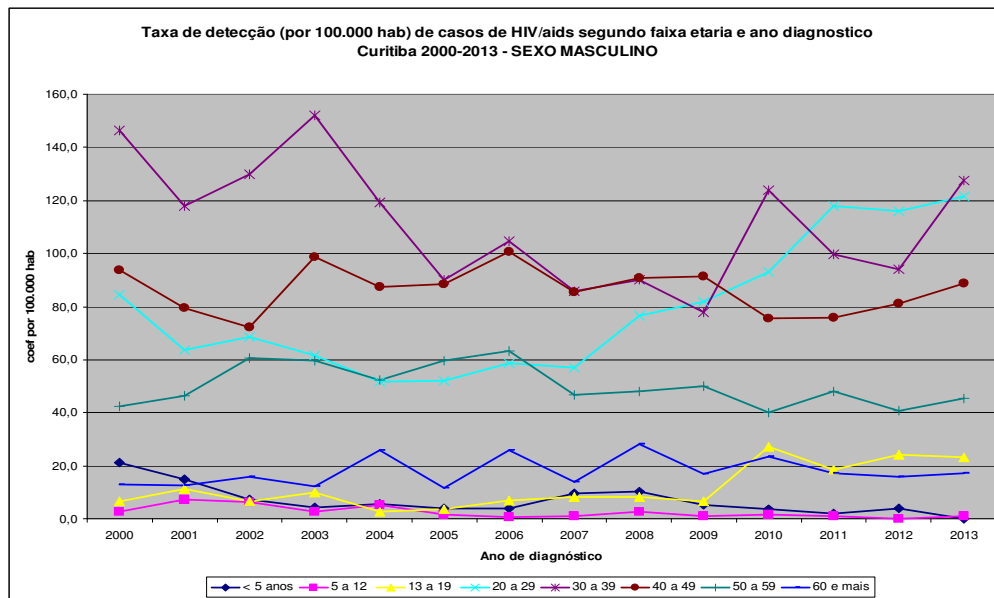


Figura 4 Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) no sexo masculino, por faixa etária e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013. (Fonte: SMC, 2014).

A mesma tendência não pode ser identificada quando se organiza por faixa etária os casos de HIV/AIDS, no sexo feminino. Por questão de comparação, o gráfico do sexo feminino foi construído na mesma escala do sexo masculino. A partir da Figura 5, é possível observar que o universo feminino dos casos de HIV/AIDS é muito menor, se comparado ao masculino. No universo masculino, a distribuição dos casos de HIV/AIDS apresenta altos valores de coeficientes de casos por cem mil habitantes. Grande parte da população masculina apresenta coeficientes relevantes, acima de 40 casos por cem mil habitantes. O universo feminino, por outro lado, não apresenta valores tão significantes de coeficiente de casos por cem mil habitantes. Entre as mulheres, em geral, o coeficiente não passa de 40 casos de HIV/AIDS a cada cem mil habitantes.

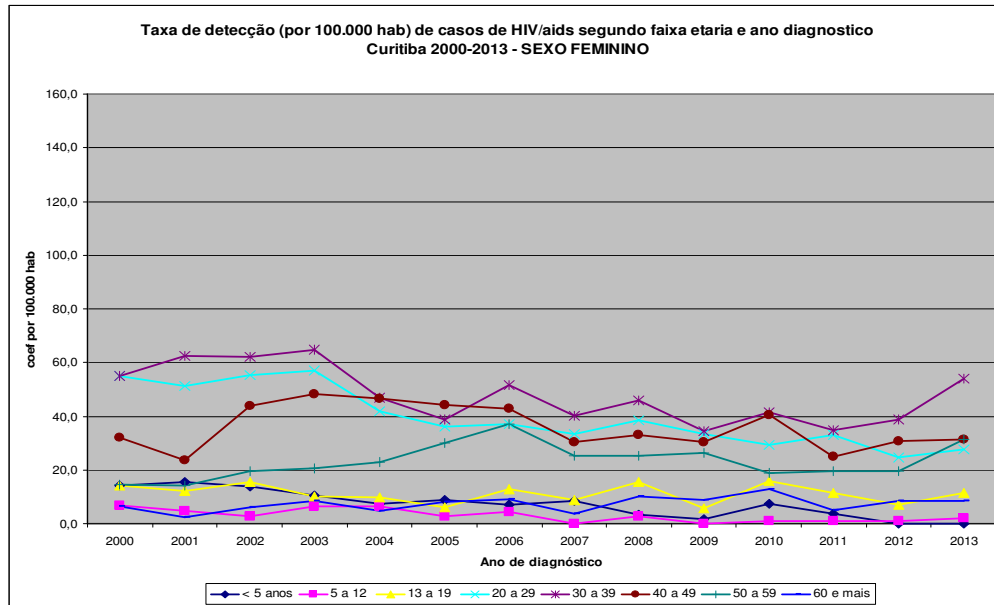


Figura 5 Taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (por 100.000 hab.) no sexo feminino, por faixa etária e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013. (Fonte: SMC, 2014).

Como visto, os casos de HIV/AIDS se mostram concentrados nos jovens adultos do sexo masculino. Por essa razão, a Figura 6 a seguir mostra os casos de HIV/AIDS separados por categoria de risco, apenas do sexo masculino. Em relação à categoria de risco, o sexo masculino apresenta maior número de casos entre os homossexuais e os bissexuais. As duas categorias, em conjunto, representam quase 50% dos casos de HIV/AIDS entre homens. O grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH) pode estar enquadrado na categoria homossexual, bissexual ou ignorado. É importante se atentar para o grande número de ignorados. Apesar dos esforços para se mapear as categorias de risco, atualmente, cerca de 20% dos pacientes notificados tem sua categoria de risco desconhecida. Isto é, ao se registrar a notificação de caso no SINAN, o formulário tem sido preenchido de forma incompleta, o que prejudica na vigilância epidemiológica.

A Figura 6 a seguir mostra a distribuição dos casos de HIV/AIDS segundo categoria de risco. As categorias contempladas são homossexuais; bissexuais; heterossexuais; usuários de drogas injetáveis (UDI); hemofílicos; contaminação por transfusão de sangue; contaminação por acidente com material biológico; contaminação durante a gravidez e amamentação, no caso de mães para filhos (transmissão vertical); ou categoria desconhecida (ignorado).

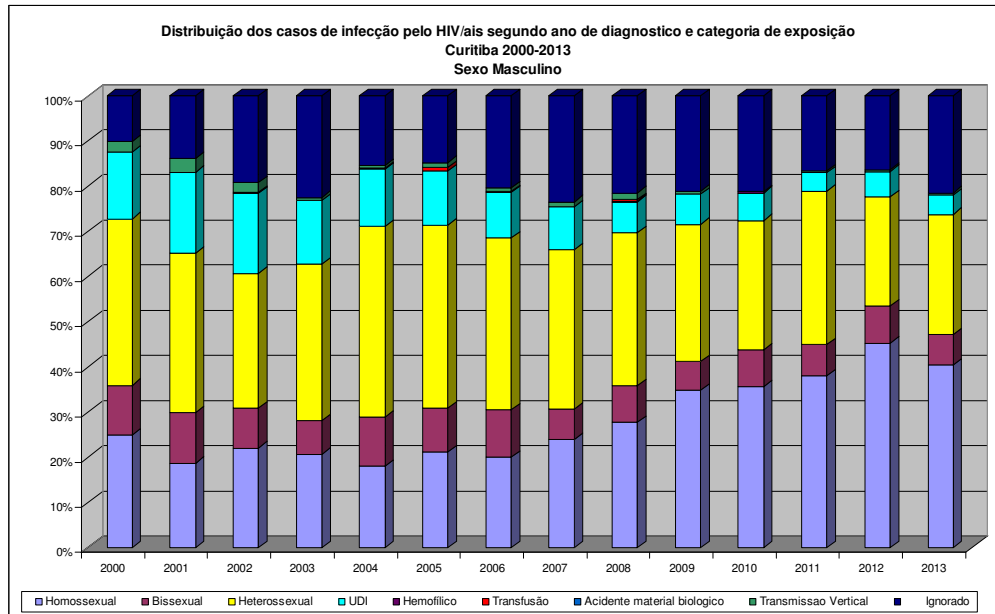


Figura 6 Proporção de casos de HIV/AIDS em homens, por categoria de exposição e ano de diagnóstico. Curitiba, 2000 a 2013. (Fonte: SMC, 2014)

O SINAN não possui grande variedade de categorias de risco. Para esse trabalho, parece mais interessante usar a base de dados do SI-CTA. O SI-CTA é o sistema usado nas unidades de testagem anônima, por isso contempla uma variedade de categorias de risco muito maior. Nesse sistema, as categorias podem variar entre população geral, HSH, pessoa em situação de exclusão social, pessoa vivendo com HIV/AIDS, presidiário, profissional do sexo, usuário de drogas injetáveis, caminhoneiro, entre outras.

A Figura 7 a seguir contém informações extraídas do SI-CTA, referente aos atendimentos realizados, em 2013, pelo COA, principal unidade de atenção à AIDS de Curitiba. A tabela mostra a distribuição de testes anti-HIV realizados, entre diferentes categorias de risco. Verifica-se que, entre os 1.145 HSH testados, 117 testaram positivo. Isso indica uma taxa de prevalência do HIV de aproximadamente 10,2% para essa amostra de HSH. Entre os 97 usuários de drogas testados, 8 testaram positivo, enquanto entre os 49 profissionais do sexo testados, 2 testaram positivo. Isso indica taxas de prevalência do HIV de 8,2% para a amostra de usuários de droga, e de 4,1% para a amostra de profissionais do sexo.

As taxas encontradas são similares as taxas nacionais. No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS, apesar de estabilizada, se mostra concentrada entre HSH, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Enquanto a prevalência do HIV na população geral se mantém estável em 0,6%, desde 2004, essas populações-chave

apresentam taxas de prevalência do HIV de 10,5%, 5,9% e 4,9%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 8).

CTA 2013	FEMALE		MALE	
	N	+	N	+
General population	1101	41	2697	84
HSH	0	0	1145	117
Drugs user	13	3	84	5
Sex worker	34	1	15	1
Transsexual / Shemale	1	0	15	1
Other	62	15	83	24
Total	1211	60	4039	232

Figura 7 Número de testes anti-HIV realizados e testados positivos, por categoria de risco. COA, Curitiba, 2013. (Fonte: SMC, 2014).

O COA, por suas características, demonstra maior facilidade em aproximar-se das populações de risco. A população de HSH representa, atualmente, cerca de 28% dos usuários do COA.

3. FERRAMENTAS DE ANÁLISE ECONÔMICA EM SAÚDE

O presente trabalho apresenta os estudos da economia da saúde, como forma de avaliar os aspectos econômicos das políticas públicas de saúde praticadas pelo governo. O trabalho visa oferecer ferramentas de análise para a avaliação econômica das ações previstas pela Secretaria Municipal de Curitiba, no que se refere à atenção ao HIV/AIDS, entre a população-chave de HSH.

Nesse momento, será apresentado o estudo da economia da saúde, que associa conhecimentos da economia e da medicina, na análise de aspectos econômicos da saúde. Será discutido como se dá o processo de avaliação econômica na área de saúde, usualmente baseado na comparação entre custos e benefícios das ações de saúde. Serão apresentados os principais métodos de avaliação econômica em saúde, sendo eles a análise de custo-minimização (CMA); análise de custo-benefício (CBA); análise de custo-efetividade (CEA); e análise de custo-utilidade (CUA).

Tendo como base os estudos da economia da saúde, o trabalho abordará métodos de avaliação econômica, como forma de discutir a efetividade e eficiência das ações de saúde. A avaliação econômica em saúde é feita a partir da comparação entre custos e benefícios, a fim de indicar a alternativa que apresenta o melhor resultado em relação ao custo despendido. A avaliação pode indicar a maneira mais eficiente de alocação de recursos, para maximizar a eficácia das ações no alcance das suas metas e objetivos propostos e, assim, reduzir as perdas em saúde pública.

Todos os métodos de análise de custos podem servir como ferramentas de avaliação econômica das ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre populações-chave em Curitiba. Mas não somente. Os métodos podem ser aplicados para auxiliar na tomada de decisão de qualquer política pública planejada pelo governo. A economia da saúde é abrangente e pode se estender para a questão macroeconômica do financiamento, equilíbrio de mercado, oferta de serviços de saúde, problema de demanda induzida, necessidade *versus* demanda por saúde, e a demanda propriamente dita.

3.1. A economia da saúde

A economia da saúde é uma disciplina que associa conhecimentos da economia e da medicina, na análise de aspectos econômicos da saúde, usualmente baseando-se nos custos e desfechos de intervenções em saúde (ISPOR, 2009, p. 131). É uma área de estudo que investiga a melhor maneira de se alocar os escassos recursos disponíveis para a saúde, de modo a satisfazer as necessidades crescentes da população mundial em termos de promoção de vida, bem estar e qualidade de vida (SARTI et al., 2010, p. 226).

O objetivo global da economia da saúde é o estudo dos aspectos econômicos de todas as atividades desenhadas para melhorar ou manter a saúde. Isto inclui métodos de financiamento; produção e distribuição de bens e serviços; identificação das necessidades e organização das intervenções de saúde. A economia da saúde fundamenta-se em princípios de ética, qualidade, utilidade, eficiência e equidade (ISPOR, 2009, p. 131).

O estudo da economia da saúde surge a partir das décadas de 1950 e 1960, quando o cenário vigente apresentava significativo aumento nos custos relacionados à saúde. Alguns autores vinculam esse aumento à aceleração nos processos de inovação e disseminação de tecnologias de prevenção, detecção, diagnóstico, e tratamento de patologias. O cenário registrava, em paralelo, um período de transição demográfica e nutricional, e de mudanças nos padrões de atividade física da população.

No que concerne a transição demográfica, identificava-se a ocorrência de importantes alterações na composição etária da população, “majoritariamente decorrente do aumento da expectativa de vida pela melhoria das condições socioeconômicas, da urbanização e dos avanços tecnológicos em saúde” (SARTI et al., 2010, p. 226). Constatava-se um aumento da população jovem e adulta, o que significava o aumento de uma população ativa com carências diversas e crescentes por um período de tempo cada vez maior.

A transição nutricional, por sua vez, pode ser associada ao ingresso da mulher no mercado de trabalho e com o desenvolvimento das tecnologias de processamento de alimentos. Ambos os fatores favoreceram o aumento do consumo de alimentos processados, que apresentam características de baixa perecibilidade, alta palatabilidade (elevado conteúdo de açúcar, sal e gorduras) e baixa contribuição nutricional (baixo teor de fibras e micronutrientes).

Em adição, notam-se mudanças nos padrões de atividade física da população, essas possivelmente favorecidas pela urbanização e avanços tecnológicos. As mudanças resultam do surgimento de novos campos de atuação profissional que, em geral, reduzem o esforço físico associado às atividades de trabalho e lazer dos indivíduos.

A atuação conjunta desses três fatores conduz à emergência de uma transição epidemiológica. Ou seja, ocorrem modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte da população. O perfil de mortalidade, que antes se mostrava típico de uma população relativamente jovem, passa a apresentar faixas etárias mais avançadas, com enfermidades mais diversas e complexas. Identifica-se uma elevação da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, doenças cardiovasculares, neoplasias, entre outras. Inversamente, nota-se uma redução, principalmente nos países mais desenvolvidos, da incidência de doenças infectocontagiosas, dado os avanços em pesquisa e desenvolvimento na área.

“[...] países em desenvolvimento apresentam padrões epidemiológicos mistos, visto que, em sua maioria, ainda não resolveram questões pertinentes às doenças infectocontagiosas historicamente presentes” (SARTI et al., 2010, p. 227).

Assim, mostra-se necessário mudar e fortalecer os padrões de atendimento em saúde, “uma vez que existe um conjunto amplo de indivíduos que devem ser submetidos a tratamentos de saúde mais complexos e mais caros ao longo de vários anos de vida” (SARTI et al., 2010, p. 227). Isso justifica, no entanto, um incremento dos custos do sistema de saúde.

“A maior parte das inovações em saúde é fruto dos gastos em pesquisa e desenvolvimento ligados à indústria ou à universidades, constituindo-se em processos dispendiosos que envolvem experimentação e falha” (SARTI et al., 2010, p. 227).

Inovações em saúde, como novos métodos de detecção e tratamento de patologias, em geral exigem gastos com pesquisa e desenvolvimento muito superiores à receita da indústria após a comercialização do medicamento. Para garantir a continuidade do processo de inovação, portanto, elevam-se os preços dos novos bens e serviços na área da saúde. Isso dificulta o acesso a esses recursos por toda a população de maneira igualitária.

Nesse contexto, surge, no Brasil, a preocupação em incluir a saúde como direito do cidadão brasileiro e dever do Estado perante a Constituição Federal. Assim, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Com essas medidas, “busca-se a universalização do acesso à saúde como direito social fundamental para promoção de vida da população, tendo em vista o encarecimento das intervenções em saúde e a observação de significativas disparidades socioeconômicas” (SARTI et al., 2010, p. 227). A consequência são custos crescentes ao Estado, dado aos seus novos papéis de atuação no campo da saúde, como prevenir, tratar, prover, entre outros.

As demandas por bens e serviços no setor da saúde acumulam-se, especialmente diante da disseminação de informações sobre novos tratamentos disponíveis e padrões mínimos de qualidade, resultando em custos crescentes ao Estado (SARTI et al., 2010, p. 228).

Com isso, o Estado passa a se deparar com problemas decisórios, em relação à alocação de recursos escassos para suprir as diferentes demandas em saúde. Questiona-se qual deve ser o critério de escolha de programas em saúde e qual a metodologia de análise mais apropriada aos diferentes desfechos em saúde existentes. Os estudos da economia da saúde visam solucionar essas questões, que podem ser complicadas por tratarem da vida, mas são indispensáveis na análise de melhor alocação de recursos, “pois buscam conjugar eficiência, eficácia e efetividade para a redução das perdas em saúde pública” (SARTI et al., 2010, p. 228).

A economia da saúde está se tornando crescentemente importante, na medida em que as despesas aumentam por vários motivos (envelhecimento, complexidade dos sistemas, incorporação tecnológica, etc.). Por esta razão, todos os atores do sistema de saúde estão interessados no desenvolvimento e na aplicação de uma disciplina que forneça dados que permitam um uso mais racional e eficiente dos limitados recursos disponíveis (ISPOR, 2009, p. 131).

Eficiência, eficácia e efetividade são referências comumente usadas na contextualização de desfechos em saúde. A eficiência se refere à melhor alocação e aproveitamento dos recursos disponíveis para saúde, visando a produção de bens e serviços ao menor custo possível. A eficácia diz respeito aos benefícios alcançados através de intervenções implantadas sob condições ideais ou experimentais. A efetividade, por sua vez, é uma medida dos resultados alcançados através de intervenções implantadas sob condições reais ou habituais. Alguns autores consideram a efetividade como a relação entre resultados alcançados e objetivos

propostos. Todas as análises referentes à eficiência, eficácia e efetividade dos programas públicos de saúde se dão através de uma avaliação econômica focada na área da saúde, que terá seus conceitos básicos apresentados a seguir.

3.2. Avaliação econômica em Saúde

A avaliação econômica em saúde vem para reduzir as incertezas associadas às intervenções em saúde. Ela se faz extremamente útil na obtenção do melhor resultado em processos decisórios, podendo ser empregadas ao planejamento de projetos e programas, tanto no meio privado quanto no público. A avaliação tem o intuito de maximizar a eficácia de programas ou intervenções no alcance de seus objetivos e metas propostas, assim como melhorar a eficiência da alocação dos recursos para que o programa ou intervenção seja praticado.

A saúde, em particular, é uma das mais relevantes e sensíveis áreas em que a avaliação deve ser um processo indispensável, permanentemente e estrategicamente executado com rigorosa adequação face a seu inquestionável e complexo envolvimento multiprofissional, com suas diversificadas e abrangentes especializações (MORAES, 2010, p.13).

A avaliação em saúde consiste na comparação entre custos e resultados de programas ou intervenções, a fim de indicar a alternativa que apresenta o melhor efeito em relação ao custo despendido. É possível avaliar tanto os resultados potenciais, referentes ao processo de planejamento (avaliação *ex-ante* ou *a priori*), quanto os resultados efetivos, atingidos com a intervenção (avaliação *ex-post* ou *a posteriori*). A comparação dos resultados pode ser em relação a um padrão de resultados almejado, a situação vigente ou a resultados de outros programas ou intervenções (SARTI et al., 2010, p. 229).

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, da eficácia e da efetividade de estruturas, processos e resultados relacionados a risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 238).

Existem diversos métodos e técnicas para se executar ações de avaliação econômica em saúde. Cada método tem uma finalidade, por isso possuem diferentes abordagens e formas de mensuração dos resultados. Os custos sempre serão representados em unidades monetárias. Os benefícios, por outro lado, podem ser apresentados sob forma de unidades monetárias ou unidades naturais. Em

geral, é a forma de mensuração dos benefícios que difere um método de avaliação do outro.

A seguir, serão citados os principais métodos de avaliação econômica em saúde, sendo eles a análise de custo-minimização (CMA); análise de custo-benefício (CBA); análise de custo-efetividade (CEA); e análise de custo-utilidade (CUA). Todos os quatro métodos, nessa ordem, compõem avaliações econômicas cada vez mais completas.

3.3. Análise de Custo-Minimização (CMA)

A avaliação econômica das ações em saúde baseia-se no princípio da comparação das alternativas em termos de custo e benefícios. Os principais métodos de avaliação diferem primeiramente em termos de como os resultados de saúde, ou seja, os benefícios pela ação são avaliados e mensurados. Em geral, a mensuração dos benefícios se mostra uma difícil tarefa, dado o fato de nem sempre poderem ser medidos em unidades monetárias. Os resultados se tornam de difícil análise por se tratarem de dados muitas vezes qualitativos e não quantitativos, ou então, qualiquantitativos.

A análise de custo-minimização, ou *Cost-Minimization Analysis* em inglês – o que explica a sigla CMA, apresenta uma vantagem conceitual justamente por evitar esses problemas de mensuração do benefício. A análise se dá apenas por comparação de custos, sem considerar os benefícios das ações. A CMA “refere-se à comparação de custos entre diferentes patologias ou alternativas de intervenção ou programas de saúde, buscando escolher a alternativa de menor custo” (SARTI et al., 2010, p. 232). Entende-se, nesse caso, que os resultados das ações serão idênticos, por isso compara-se apenas a diferença de custos entre elas.

A análise de minimização de custo (CMA) é um tipo de análise farmacoeconômica que compara duas terapias alternativas somente em termos de custo, porque seus resultados (efetividade e segurança) se mostram, ou espera-se que sejam, idênticos (ISPOR, 2009, p. 43).

Em termos práticos, a análise de minimização de custo se mostra muito limitada. Não é possível aplicá-la na avaliação de novas intervenções médicas ou novos medicamentos, por exemplo, pois o esperado é que, mesmo se tratando de alternativas similares, essas devem apresentar efeitos colaterais ou padrões de

eficácia levemente diferentes. Não faz sentido, portanto, comparar apenas os custos das alternativas, quando essas apresentam resultados não-idênticos.

Uma situação que poderia ser avaliada facilmente pelo método CMA é a comparação entre medicamentos e suas cópias genéricas, pois espera-se que ambos apresentem resultados iguais na saúde. “No caso das cópias genéricas, os resultados de saúde devem ser os mesmos, de forma que a comparação se torna uma comparação trivial de custos de aquisição de drogas” (ISPOR, 2009, p. 44). Nessa situação, a alternativa preferida será aquela menos custosa.

3.4. Análise de Custo-Benefício (CBA)

A análise de Custo-Benefício, ou Cost-Benefit Analysis, é um método de avaliação econômica que compara custos e benefícios de intervenções ou programas de saúde, expressando ambos em unidades monetárias. É uma análise que identifica a relação entre os custos líquidos do programa ou intervenção e os desfechos que surgiram como consequência, esses expressos sob a forma de moeda.

A Análise de Custo-Benefício (CBA) é uma técnica analítica derivada da teoria econômica que enumera e compara os custos líquidos de uma intervenção de cuidados à saúde com os benefícios que surgiram como uma consequência dessa intervenção. Para esta técnica, ambos, os custos líquidos e os benefícios da intervenção de saúde, são expressos em unidades monetárias (ISPOR, 2009, p. 31).

Diferentemente da análise de minimização de custo (CMA), a análise de custo-benefício consiste na comparação entre diferentes alternativas de intervenções que apresentem objetivos diferentes. A comparação pode ser feita com uma ação alternativa, ou com a opção pelo não-tratamento (ISPOR, 2009, p. 31). A CMA faz uma simples avaliação dos custos, pois parte do pressuposto de que os benefícios obtidos pela ação serão os mesmos. No caso presente, no entanto, as ações podem buscar por resultados diferentes, por isso, a CMA deve ser ignorada e pode-se usar, então, a análise de custo-benefício (CBA).

A análise de custo-benefício pode comparar programas de diferentes áreas, independentemente de ser da área da saúde. Seu intuito é identificar qual a melhor alternativa a ser praticada, tendo em vista o melhor retorno monetário em relação ao custo dispendido. Como os custos e benefícios são calculados em unidades

monetárias, se torna possível decidir entre programas completamente não-relacionados, optando simplesmente pelo programa com o benefício líquido mais elevado (ISPOR, 2009, p. 32).

Os benefícios são os resultados positivos obtidos através da intervenção. O benefício líquido surge da comparação entre os resultados obtidos e os resultados que poderiam ter sido obtidos com a alternativa. Quando expressos em forma monetária, os benefícios podem ser estimados de maneiras distintas. São usuais abordagens relacionadas a alterações na produtividade de trabalho do indivíduo exposto à intervenção, ou alterações em sua capacidade produtiva e, portanto, em sua renda. Também são comuns resultados avaliados pela disposição para pagar.

Os custos, por sua vez, são os dispêndios com tratamento e acompanhamento. O custo líquido, portanto, surge da comparação entre os custos de tratamento e acompanhamento da ação praticada e os custos de tratamento e acompanhamento da alternativa. Nos custos podem estar incluídos “drogas, médicos, hospitais, cuidados domésticos, custos do paciente e da família, custos de perda de produtividade e, possivelmente, custos de outros tipos de tempo perdido, etc.” (ISPOR, 2009, p. 31).

Uma vantagem da análise de custo-benefício é que seus resultados “indicam com clareza um patamar mínimo a partir do qual os benefícios da intervenção ou programa de saúde compensam seus custos” (SARTI et al., 2010, p. 232). O método não é amplamente usado no planejamento das políticas públicas, no entanto, por não ser capaz de atribuir valor monetário aos benefícios relacionados à vida do indivíduo exposto à intervenção, como ganhos de anos de vida ou melhora na qualidade de vida.

Uma desvantagem importante deste tipo de análise é a dificuldade de conversão ou tradução dos resultados clínicos e de qualidade de vida não-monetários, tais como vidas ou anos de vida ganhos, em unidades monetárias. Além disso, o método usual de realizar estas traduções, disposição para pagar, deu origem a questões éticas sérias devido a que o método dá maior peso às preferências dos ricos (ISPOR, 2009, p. 32).

3.5. Análise de Custo-Efetividade (CEA)

A análise de Custo-Efetividade, ou Cost-Effectiveness Analysis, é um método de avaliação econômica que, assim como os métodos anteriores, compara custos e benefícios das ações em saúde. Um aspecto diferencial dessa análise é que os

resultados obtidos pelas intervenções devem ser medidos nas mesmas unidades em comum, em unidades naturais. O resultado expresso em unidades naturais deve estar relacionado ao objetivo clínico do programa, como casos prevenidos, pacientes melhorados, dias ganhos livres de sintoma, ou anos de vida ganhos, por exemplo. O custo continua sendo expresso em unidades monetárias.

A análise de custo-efetividade constitui uma técnica analítica que compara os custos de determinada intervenção ou programa de saúde aos benefícios resultantes, expressos em diferentes unidades de medida, sendo os custos expressos em unidades monetárias e os benefícios, em objetivos (SARTI et al., 2010, p. 233).

A análise de custo-efetividade é calculada como uma razão entre custos, expressos em unidades monetárias, e benefícios, expressos em unidades naturais, numa operação denominada Razão de Custo-Efetividade, ou *Cost-Effectiveness Ratio* (CER). “A razão de custo-efetividade é resultante da divisão da totalidade de custos atribuídos a cada alternativa de intervenção ou programa de saúde pelos respectivos benefícios obtidos” (SARTI et al., 2010, p. 234). O cálculo da CER permite a hierarquização das alternativas em avaliação. A melhor alternativa será a que apresentar a menor relação custo por unidade de benefício.

Outra forma de análise de custo-efetividade se dá através da comparação entre duas alternativas. O cálculo é feito a partir da Razão de Custo-Efetividade Marginal, ou *Incremental Cost-Effectiveness Ratio* (ICER). A ICER consiste na comparação entre a diferença em custos (custo marginal) e a diferença em resultados obtidos (efeito marginal). “Se houver mais do que duas alternativas, os programas são comparados numa base pareada sistemática, usando-se suas ICERs” (ISPOR, 2009, p. 38).

A depender da necessidade dos tomadores de decisão, a análise de custo-efetividade pode ser realizada a partir de diferentes perspectivas, podendo ser mais abrangente ou mais restrita. Uma análise mais abrangente, sob uma perspectiva social, inclui todos os custos gerados pelo programa, independente se relacionados à área da saúde ou não. Considera-se todos os custos de cuidados à saúde, todos os custos relevantes não relacionados aos cuidados à saúde, todos os custos de produtividade e todos os custos do paciente e seus familiares. Uma análise mais restrita se limita ao sistema de cuidados à saúde, um pagador particular, uma instituição particular ou ao paciente (ISPOR, 2009, p. 39).

A principal vantagem da análise de custo-efetividade é que ela facilita a interpretação dos resultados, dado que simplifica a forma como são medidos os benefícios. Diferentemente do método de análise de custo-benefício, os benefícios não precisam ser convertidos para unidades monetárias. No entanto, uma desvantagem da CEA é que essa impossibilita a comparação entre programas cujos benefícios apresentam unidades de medida diferentes.

3.6. Análise de Custo-Utilidade (CUA)

A análise de Custo-Utilidade, ou *Cost-Utility Analysis*, é um tipo específico de análise de custo-efetividade. É um método de avaliação econômica que compara duas ou mais alternativas, também em termos de custos e benefícios. Os benefícios, nesse caso, são medidos em unidades de utilidade ou preferência, freqüentemente expressos em ano de vida ajustado à qualidade (QALY).

A análise de custo-utilidade é calculada como uma razão entre custos, expressos em unidades monetárias, e benefícios, expressos em ano de vida ajustado à qualidade. A análise segue os mesmos métodos de comparação da análise de custo-efetividade, abordados anteriormente. O cálculo mostra qual é o custo de se economizar um ano de vida ajustado pela qualidade.

Uma análise de custo-utilidade é expressa em termos de uma razão dos custos marginais de duas alternativas, sobre os anos de vida ajustado pela qualidade incrementais dessas duas alternativas. O resultado mostra o custo de economizar-se um ano de vida ajustado pela qualidade (custo/QALY) para aquela escolha (ISPOR, 2009, p. 49).

O QALY, *quality-adjusted life years*, expressa os resultados obtidos com a intervenção pela percepção de qualidade de vida. É uma “medida que combina quantidade de tempo com qualidade de vida atribuída a um determinado estado de saúde” (SARTI et al., 2010, p. 234). Em geral, atribui-se um valor aos diversos estados de saúde, num intervalo entre morte (0) e saúde perfeita (1).

Existem diferentes maneiras de se obter QALY. Uma maneira comum é a aplicação de questionários e entrevistas em amostras populacionais. Os questionários buscam identificar as preferências individuais, em termos de estados de saúde. Os entrevistados são convidados a atribuir notas para diferentes estados de saúde, além de estipular *trade-off* entre expectativa de vida e saúde perfeita.

Uma vantagem da análise de custo-utilidade é que, por usar QALY como medida de resultado, permite a comparação entre todos os estudos. “Os QALYs são uma medição universal, que pode ser aplicada a todos os pacientes e a todas as doenças” (ISPOR, 2009, p. 48). Por essa razão, os QALYs oferecem uma unidade de medida em comum, que permite a tomada de decisão entre diferentes estudos. A análise de custo-utilidade também pode ser usada como “padrão-ouro” nas avaliações de custo-efetividade.

Esta medição padronizada de resultados é importante porque permite que as medições de custo-utilidade sejam comparadas em todos os estudos e permite que se determine um nível de custo-utilidade “aceitável” para as escolhas de cuidados à saúde: ou seja, um “nível limite” de custo/QALY (ISPOR, 2009, p. 47).

4. AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS AO HIV/AIDS ENTRE HSH EM CURITIBA

Inicialmente, este trabalho apresentou uma problemática. Como visto, a epidemia da AIDS no Brasil, apesar de estável, se encontra concentrada em algumas populações-chave. Tais populações-chave apresentam altas taxas de prevalência do HIV, além de atuarem importante papel na disseminação do vírus. As ações de combate à AIDS, se não efetivas no alcance dessas populações, podem vir a desestabilizar as taxas de prevalência da epidemia na população geral, hoje estáveis.

Tendo esse problema em vista, foram apresentados os estudos da economia da saúde, como forma de analisar a efetividade e a eficiência das ações de atenção ao HIV/AIDS. Nesse momento, serão expostas as mais recentes ações previstas pela Secretaria Municipal de Curitiba (SMC) referentes ao combate à AIDS entre populações-chave. Em seguida, serão apontadas as principais atividades exercidas pelo COA – Centro de Orientação e Aconselhamento, principal instituição curitibana de atenção à AIDS. Por fim, será realizada uma avaliação econômica, conforme proposto.

4.1. Ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre HSH em Curitiba

A Secretaria Municipal de Curitiba (SMC), com apoio do Departamento de DST e AIDS, atua ativamente no combate ao HIV/AIDS. Atentada à concentração das taxas de prevalência do HIV, Curitiba tem focalizado suas ações nas populações de maior vulnerabilidade para evitar novas infecções, realizar diagnóstico precoce e vincular os diagnosticados ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Está previsto, pela SMC, a implantação de novas intervenções de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em população-chave. Aqui, destaca-se a implantação do programa “A Hora é Agora: Testar nos deixa mais fortes”. As intervenções visam aumentar a testagem entre HSH, oferecendo teste anti-HIV de fácil acesso e sem estigma e discriminação, assegurando a vinculação ao tratamento no SUS. O programa acontecerá durante um período de três anos, a partir de sua implantação prevista para dezembro de 2014.

O programa “A Hora é Agora” foi planejado com base no programa nacional “Quero Fazer”, implantado em cinco cidades brasileiras, tais quais Recife, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo e Fortaleza, no período entre 2009 e 2013. O “Quero Fazer” oferecia aconselhamento gratuito, confidencial e confiável, associado ao diagnóstico de HIV usando teste rápido, em ambientes sem estigma e discriminação. Visando ampliar o diagnóstico de HIV/AIDS para gays, HSH e travestis, o programa oferecia aconselhamento e teste rápido em trailers, ONGs e Centros de Testagem e Aconselhamento. A abordagem era realizada em pontos de concentração das populações-chave, atendendo em horários diferenciados. Contava-se com a presença de educadores de pares, além de uma forte estratégia de comunicação.

Em Curitiba, pretende-se ampliar o programa “Quero Fazer”, focalizando as ações na população-chave de HSH. O programa “A Hora é Agora” herdará as características do programa nacional e ainda adicionará uma plataforma de *e-testing* e uma *hotline* de linha direta com atendimento 24 horas gratuito. Entre os parceiros executores do projeto estão a Fundação Oswaldo Cruz (FrioCruz); o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; a Secretaria Municipal de Curitiba; a Universidade Federal do Paraná; e o Grupo Dignidade, ONG dedicada aos Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (GLBT).

Considerando o fato de que uma parcela importante dos HSH não procura os serviços da rede pública de saúde, o “A Hora é Agora” oferecerá aconselhamento e teste rápido em locais móveis e alternativos. Serão disponibilizados dois trailers devidamente equipados, que atenderão em locais com maior concentração de HSH. Os trailers funcionarão em horários diferenciados, com o intuito de ser efetivo no alcance da população-chave. Uma ONG local dedicada à questão GLBT, o Grupo Dignidade, também será equipada para realizar diagnósticos através de teste rápido e oferecer serviços de aconselhamento. O programa acontecerá ainda no COA, unidade que já oferece serviços de testagem e aconselhamento.

Vale observar que os profissionais de saúde que trabalham nos locais de testagem móveis e alternativos também trabalham no SUS. Essa dinâmica ajuda a garantir que as pessoas com diagnóstico positivo continuarão a ser assistidas pelos profissionais que prestaram o aconselhamento inicial, testagem e/ou entregaram o resultado do teste.

O programa “A Hora é Agora” oferecerá uma plataforma de *e-testing*, a qual prevê a distribuição de pelo menos dois mil auto-testes anti-HIV por fluido oral. Serão divulgados *banners* em redes sociais para convidar HSH para realizarem o teste anti-HIV. Os interessados acessarão o site de *e-testing* para avaliar sua elegibilidade. Se elegível, realizarão uma auto-avaliação de risco e receberão mensagens de prevenção. Ao concluírem essas etapas, os HSHs terão a opção de realizar o teste anti-HIV em uma das unidades de testagem disponíveis, ou a opção de receber, pelo correio, um auto-teste de fluido oral anti-HIV em um endereço de Curitiba escolhido pelo participante. O HSH que optar pelo auto-teste receberá claras instruções escritas, além de um *link* para um vídeo na internet sobre como usar corretamente o teste e ler o resultado.

Os indivíduos cujo resultado do teste for positivo receberão o número de uma *hotline* de linha direta com atendimento 24 horas gratuito. A *hotline* permitirá o contato, a qualquer hora, com aconselhadores treinados que poderão auxiliar na gestão de crise. O aconselhador também orientará o indivíduo a comparecer em alguma unidade de testagem, seja trailer, ONG ou COA, para realizar a confirmação do diagnóstico do HIV. Outra opção é o *chat online* com educadores de pares, que ficarão a disposição para encaminhar os indivíduos positivos para o serviço especializado. O *chat online* será uma funcionalidade do site de *e-testing*.

Um elemento adicional que visa reforçar e aprimorar o programa é a “navegação do paciente”, um modelo eficaz de articulação pós-diagnóstico. Nesse modelo, os pares “navegadores” são treinados para mediar a interação de pessoas infectadas pelo HIV com o sistema de saúde. Para cada HSH recém-diagnosticado com HIV será atribuído um “par” orientador para “navegá-lo” para a primeira consulta e incentivar sua adesão ao serviço.

Outro novo elemento é a introdução de um equipamento portátil para contagem de Linfócitos T CD4+, que divulga o resultado em até 20 minutos. O equipamento estará disponível em todos os locais de testagem e aconselhamento abrangidos pelo programa. A contagem rápida de células CD4 permite a avaliação imediata do nível de imunossupressão do paciente, o que estabelece a primeira etapa para a articulação com o serviço. A contagem oferece parâmetro objetivo para a unidade de saúde priorizar o atendimento ao paciente, e imediatamente iniciar a terapia ARV, se necessário.

O presente programa visa mostrar que a priorização do diagnóstico precoce do HIV por meio da combinação, intensificação e concentração das abordagens em uma localidade-alvo pode maximizar o impacto e demonstrar a efetividade relativa de intervenções mais adequadas para a heterogênea população de HSH.

4.2. Situação vigente do Centro de Orientação e Aconselhamento (COA)

O COA – Centro de Orientação e Aconselhamento é a principal instituição de atenção ao HIV/AIDS, em Curitiba. Atualmente, o COA oferece diagnóstico através de teste rápido de HIV, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, além de oferecer serviços de orientação e aconselhamento de forma gratuita e confidencial, num ambiente livre de estigma e discriminação. Por suas características, o COA demonstra maior facilidade em aproximar-se das populações mais vulneráveis, tendo como principais pacientes gays, bissexuais, HSH, entre outros.

Antigamente, o COA costumava atuar de maneira diferente. As orientações ocorriam de forma coletiva, em quatro sessões diárias. Durante as sessões, os usuários preenchiam manualmente um questionário, com perguntas relacionadas à sua saúde, condições de exposição ao vírus, tipo de relação sexual que costumam praticar, entre outras. Na seqüência, o usuário seguia para a coleta de sangue. Anteriormente ao surgimento da tecnologia de testagem rápida, oferecia-se o teste sorológico tradicional. Isto é, o indivíduo realizava o teste, mas o diagnóstico não lhe era entregue na hora, como acontece hoje. O sangue era coletado e a amostra era enviada ao Laboratório Municipal de Curitiba. Após um prazo de sete a dez dias, o usuário era convidado a retornar ao COA para uma sessão de entrega de resultado, dessa vez individual. A sessão deveria ser agendada previamente.

Logo percebe-se a necessidade de se rediscutir o processo interno de trabalho, com relação à testagem. Com o surgimento do teste rápido anti-HIV, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, passou a divulgar para a população a disponibilidade do novo teste rápido. Isso teve forte impacto sobre as atividades do COA, pois aumentou o fluxo de pessoas procurando pelo serviço, dado o aumento da demanda pelo teste rápido. O novo teste divulga o resultado em trinta minutos, o que atraiu mais usuários pela rapidez do diagnóstico. O processo interno de trabalho do COA precisou se readaptar ao novo teste e a maior demanda pelo mesmo.

Desde 2010, o COA oferece diagnóstico através de teste rápido e o atendimento passa a ser totalmente individual. A rapidez do diagnóstico, no entanto, não se reduziu para apenas trinta minutos, como pensavam os usuários do serviço. O resultado do teste rápido é divulgado em trinta minutos, mas o COA não oferece serviço apenas de testagem. Todo usuário deve passar por sessões de orientação e aconselhamento, além da testagem, necessariamente. É realizada uma entrevista individual pré teste com o aconselhador, seguida da coleta do sangue para o teste. Estipula-se um prazo de quarenta minutos para a divulgação do resultado. O usuário volta com o aconselhador para a entrega do diagnóstico. O processo completo dura cerca de uma hora e vinte minutos por pessoa.

Todo atendimento é feito mediante agendamento prévio, com eventuais excessões. A criação da agenda foi a solução encontrada pelo COA, para solucionar o aumento de fluxo gerado pela grande demanda ao teste rápido. Atualmente, o COA opera diariamente das 7h às 18h, com dois aconselhadores pela manhã e dois à tarde. Cada aconselhador com cerca de dez atendimentos por turno. O agendamento pode ser feito via telefone, com fila de espera de no máximo dois dias.

O atendimento, atualmente, tem suporte do sistema de informação SI-CTA – Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento. O registro de todas as informações durante o processo se mostra de extrema importância para o planejamento de ações e para a vigilância epidemiológica da epidemia. Durante o atendimento, o COA orienta seu usuário sobre a importância da coleta dos dados e da resposta honesta nos questionários, para a criação de um indicador epidemiológico mais confiável. Inclusive, as ações de saúde previstas pela SMC, abordadas anteriormente, só puderam ser planejadas mediante os dados disponíveis nos sistemas de informação, através da vigilância epidemiológica.

Na entrevista individual pré teste, o aconselhador preenche eletronicamente no sistema o Formulário de Atendimento (Ver anexo 01) que antes era preenchido manualmente pelo usuário durante a orientação coletiva. São registradas no SI-CTA as informações relevantes sobre o usuário, referentes às suas condições de saúde, exposição ao vírus, opção de gênero, etc. Não se registra no sistema o nome do usuário, o cadastro é anônimo. Ainda no SI-CTA, o aconselhador registra a solicitação dos testes que devem ser realizados, mediante necessidade ou histórico do paciente.

No COA são disponibilizados dois tipos de teste rápido anti-HIV, além de testes rápidos de sífilis, hepatite B e hepatite C. Na sala de coleta, um auxiliar de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, verifica no SI-CTA os testes a serem realizados e faz a coleta do sangue. Após o resultado do teste, o enfermeiro escreve o laudo a ser entregue ao usuário e registra o resultado no sistema eletrônico, se reagente ou não-reagente.

Novamente, o usuário volta ao aconselhador para a entrega do laudo. Se o resultado foi não-reagente, é entregue o laudo por escrito ao usuário. Faz-se uma investigação do comportamento e das condições de exposição ao vírus, verificando se a pessoa não precisa retornar para refazer o teste. É feita, então, uma orientação de prevenção. Essa sessão pode durar cerca de dez minutos.

Por outro lado, se o usuário testar positivo, a sessão passa a durar, no mínimo, de vinte a vinte e cinco minutos. Tem-se agora o impacto de uma notícia de um exame positivo e a necessidade de preenchimento de documentação. O aconselhador precisa registrar a notificação no SINAN, além de fazer o preenchimento de dois encaminhamentos de exame. É solicitada, através de um Termo de Busca Consentida (Ver anexo 02), a permissão para que o COA entre em contato com o usuário, para monitorar sua adesão ao tratamento. Preenche-se, ainda durante a sessão, um livro de controle interno do COA.

Ao testar reagente, o usuário precisa realizar um segundo teste rápido anti-HIV de diferente metodologia, para confirmar o diagnóstico. Confirmada a presença do HIV, o paciente então é encaminhado ao início do tratamento. O usuário pode retornar ao COA para retirar medicamentos ARV ou participar de sessões de aconselhamento, se desejar.

4.3. Avaliação econômica

Ao longo da elaboração deste trabalho, o programa “A Hora é Agora” estava previsto para ser implementado. No entanto, houve atraso na implementação, o que prejudicou a avaliação do estudo. Uma análise mais aprofundada dos custos das intervenções não pode ser praticada, por falta de informações. Até o presente momento, o programa não foi inaugurado, o que impede o levantamento de dados relativos a custos ou benefícios. São desconhecidos, ainda, os resultados das

intervenções e seus reais impactos sobre a realidade atual. Assim, o uso dos métodos de avaliação econômica apresentados nesse trabalho se torna impraticável.

As ações curitibanas anteriores ao programa “A Hora é Agora”, mesmo que relacionadas ao HIV/AIDS, não eram focadas em população-chave. Por essa razão, não cabe uma avaliação de outras ações, se não do programa exposto.

No entanto, ainda é possível cumprir com os objetivos propostos por este trabalho. A avaliação econômica ainda pode ser realizada discutindo os possíveis desfechos do programa “A Hora é Agora” e abordando os possíveis impactos das intervenções sobre as atividades do COA. Ainda, é possível avaliar sob quais condições o programa poderia ser considerado de sucesso.

O sucesso de um programa diz respeito aos resultados alcançados e os impactos causados por estes. O sucesso de resultado refere-se à garantia da mudança qualitativa, e ajuda a verificar o alcance e a existência do efeito na população-chave. Considera-se que o programa obteve sucesso de resultado, por exemplo, se foi capaz de alcançar a população de HSH e melhorar sua condição de saúde, através da realização de diagnósticos precoce e o vínculo à assistência no sistema público de saúde.

O alcance do sucesso de resultado depende de sucessos operacionais. O sucesso operacional diz respeito ao sucesso nas atividades em curto prazo. Se as operações programadas foram efetivamente realizadas, dentro do cronograma, obtêm-se sucessos operacionais. Os sucessos operacionais estão relacionados à estrutura do programa e são os meios para se alcançar sucessos de resultado. Pode se considerar um sucesso operacional, ter disponível os insumos e recursos necessários para a realização das atividades.

Está previsto, pela SMC, através do programa “A Hora é Agora”, a oferta de locais móveis e alternativos de testagem e aconselhamento. Considera-se um sucesso operacional, por exemplo, ter o trailer equipado com pessoal treinado, funcionando devidamente e realizando testes e aconselhamentos. O mesmo vale para a unidade de testagem e aconselhamento na ONG e no COA. Em relação ao *e-testing* e a *hotline*, um sucesso operacional seria ter o site e a linha direta disponíveis, além de ter os HSH aceitando e utilizando os serviços.

Em relação aos impactos das intervenções sobre as atividades do COA, essas não serão significativas, dado ao processo de trabalho bem estruturado e já operante do COA. O COA já atua no atendimento às populações mais vulneráveis,

ofertando testes rápidos associado a aconselhamento. Com a implantação do programa “A Hora é Agora”, o impacto mais relevante pode ser o aumento do fluxo de atendimentos, resultado da divulgação do programa e dos encaminhamentos realizados pela *hotline* ou pelo *chat online*.

Segundo protocolo médico, os profissionais que estão habilitados a realizar sessões de orientação e aconselhamento, mediante capacitação, podem ser enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos ou assistentes sociais. Hoje, no serviço, o COA atende com enfermeiros e psicólogos e conta com farmacêuticos capacitados, para atendimentos eventuais. A unidade revelou possuir duas vagas no serviço em aberto, de dois profissionais aposentados recentemente, que podem ser ocupadas por aconselhadores. Isto é, em caso de aumento de fluxo devido à divulgação das novas ações, o COA tem a possibilidade de contratar novos profissionais, que podem ser aconselhadores, para suprir o aumento da demanda. O centro passaria a atender, então, com três aconselhadores em cada turno.

Outra ação prevista pela SMC é a oferta de dois mil auto-testes anti-HIV por fluído oral, através do site de *e-testing* focalizado na população HSH. A pessoa que fizer o auto-teste será aconselhada a comparecer a alguma unidade de testagem, seja trailer, ONG ou COA, para realizar a confirmação do diagnóstico do HIV. Optando pelo COA, o processo se inicia com uma entrevista pré teste com o aconselhador, depois o usuário segue pra coleta do sangue. Ao testar positivo, é necessário se realizar um segundo teste anti-hiv de diferente metodologia, para confirmar o diagnóstico. Quando o usuário já realizou o auto-teste e testou positivo, o COA realiza apenas o segundo teste, para confirmar o diagnóstico. Não haveria economia de tempo, pois o usuário ainda deve passar pelo mesmo processo de aconselhamento-testagem-aconselhamento. Mas ao invés de realizar dois testes, com a nova intervenção, o COA passa a realizar apenas o teste confirmatório, podendo economizar um kit de testagem por HSH já testado positivo no auto-teste. A economia do kit de testagem pelo COA, no entanto, é anulada pelo custo do kit de autotestagem por fluído oral enviado ao HSH anteriormente.

Independentemente da metodologia ou do laboratório fabricante, seja teste anti-HIV ou de sífilis ou hepatites virais, todos são disponibilizados pela SMC. A SMC compra os testes rápidos e os aloca entre COA, trailers de testagem móvel, ONG participante do programa e o site de *e-testing* para a população HSH. Os testes são separados em kits, que contém todo o material necessário para a

realização do teste. O kit não inclui, porém, insumos de uso geral, como gaze, algodão ou afins. O SI-CTA, sistema de informação utilizado pelo COA, é capaz de informar quantos testes são consumidos por mês em cada unidade.

Hoje, o COA realiza em torno de 600 a 800 testes rápidos por mês, entre testes de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. São realizados por ano, cerca de 5.000 testes anti-HIV. Antigamente, o serviço de testagem era centralizado no COA, por isso realizavam-se cerca de 1.000 atendimentos por mês. Agora, o serviço foi descentralizado nas demais 109 unidades públicas de saúde de Curitiba. Com isso, passam a ser realizados de 600 a 800 atendimentos por mês. No COA, 80% das pessoas que realizam o teste rápido são do sexo masculino. Dos homens que realizam o teste, 7-8% testam positivo, enquanto das mulheres que realizam o teste, 3-4% testam positivo.

As intervenções previstas pela SMC prevêm, principalmente, o aumento da testagem entre os HSH e o vínculo dos testados positivos ao tratamento no SUS. Mesmo com a oferta de locais alternativos de testagem, unidades móveis e e-testing, se o programa atingir apenas os HSH considerados de baixo risco, considera-se que o programa não obteve sucesso. Nesse sentido, deixar a definição inicial de HSH mais ampla, aumenta a possibilidade de encontrar os HSH de maior risco. A efetividade do programa se dará quanto mais HSH de maior risco for alcançado, sendo ele o homem que se assume como HSH e que pratica relações sexuais com frequência e/ou praticou recentemente.

A importância do programa encontra-se na testagem. Aumentar a adesão ao tratamento no SUS, dos HSH testado positivo, não significa que o programa obteve sucesso. O aumento do tratamento pode não ser um indicador confiável, pois ainda podem existir muitos HSH soropositivos que desconhecem sua condição sorológica por não terem sido alcançados pelo programa e, portanto, nunca terem realizado o teste anti-HIV. O importante é que os HSH passem a realizar o teste com frequência e sejam monitorados, para que a incidência de soropositivo entre os HSH se mostre decadente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é raro deparar-se com planejamentos governamentais elaborados a partir de projeções ou hipóteses que não estão baseadas na realidade atual. Com isto em vista, o presente trabalho descreveu um cenário epidemiológico e apresentou os estudos da economia da saúde, como forma de avaliar a eficiência, efetividade e eficácia das políticas públicas de saúde praticadas pelo governo.

“Ignorar a evolução e as contradições do processo de mudanças [...] constitui uma grave lacuna na capacidade de reflexão sobre as condições de vida [...] da população brasileira [...]. Além disso, dificulta a utilização de instrumentais adequados para a formulação e dispêndio de recursos socialmente eficazes”. (IBGE, p. 27)

Como visto, a epidemia da AIDS no Brasil, apesar de estável, se encontra concentrada em algumas populações-chave. Tais populações-chave apresentam altas taxas de prevalência do HIV, além de atuarem importante papel na disseminação do vírus. As ações de combate à AIDS, se não efetivas no alcance dessas populações, podem vir a desestabilizar as taxas de prevalência da epidemia na população geral, hoje estáveis.

Tendo esse problema em vista, foram apresentados os estudos da economia da saúde, como forma de analisar a efetividade e a eficiência das ações de atenção ao HIV/AIDS. Na seqüência, foram expostas as mais recentes ações previstas pela Secretaria Municipal de Curitiba referentes ao combate à AIDS entre populações-chave. Foram, ainda, apontadas as principais atividades exercidas pelo COA – Centro de Orientação e Aconselhamento, principal instituição curitibana de atenção à AIDS.

Este estudo objetivava a avaliação, em termos econômicos, das ações de saúde em Curitiba, no que se refere à atenção ao HIV/AIDS. A avaliação econômica consistiu em realizar análises baseadas nos estudos da economia da saúde, com o intuito de discutir a efetividade e eficiência das ações praticadas. Foram abordadas as novas ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS previstas pela SCM e seus possíveis impactos sobre as atividades do COA. A avaliação desejava discutir os possíveis desfechos das ações, em relação as suas metas e objetivos propostos.

Uma análise mais aprofundada dos custos das intervenções não pode ser praticada, por falta de informações. O programa “A Hora é Agora”, até o presente

momento, não foi implantado, o que impede o levantamento de dados relativos a custos ou benefícios. São desconhecidos, ainda, os resultados das intervenções e seus reais impactos sobre a realidade atual. Assim, o uso dos métodos de avaliação econômica apresentados nesse trabalho se torna impraticável.

De qualquer maneira, entende-se que o estudo foi efetivo no alcance de seus objetivos. A avaliação econômica realizada foi capaz de discutir os possíveis desfechos das intervenções relacionadas ao HIV/AIDS em Curitiba. Foram abordados os possíveis impactos das intervenções sobre as atividades do COA. Ainda, discutiu-se sob quais condições o programa poderia ser considerado de sucesso.

REFERÊNCIAS

NITA, Marcelo E. SARTI, Flavia M. MORAES, Flavio F. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 600 p.

BERGER, Marc L. **Custo em Saúde, Qualidade e Desfechos: O Livro de Termos da ISPOR.** Brasil: ISPOR, 2009. 278 p.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **A Economia da Saúde.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 736 p.

KERR, Ligia R.F.S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, Ceará, v. 27, p.427-435, jan. 2013. Disponível em: <http://brazil.drclas.harvard.edu/files/drclasbraziloffice/files/kerr_hiv20among20msm_kerr20rds-1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BARBOSA JR., Aristides et al. Trends in the AIDS epidemic in groups at highest risk in Brazil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p.727-737, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/03.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de Definição de Casos de AIDS em Adultos e Crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf>. Acesso em: 30 out. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **AIDS no Brasil.** Brasília, dez. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Saúde Legis - Sistema de Legislação de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 18 out. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **História da AIDS.** 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

GUIMARÃES NETO, Leonardo. Desigualdades e Políticas Regionais no Brasil: Caminhos e Descaminhos. **IPEA: Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 15, p.41-99, jun. 1997. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/123/125>>. Acesso em: 25 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/coletanea2012/links/ONU/ONU%2011.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

SUS OFERECERÁ TESTE RÁPIDO PARA AIDS POR FLUIDO ORAL. Brasília: Ministério da Saúde, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/12/sus-oferecera-teste-rapido-para-aids-por-fluido-oral>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 out. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Volume I - Aids/ Hepatites Virais**. 5 ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

RIO DE JANEIRO. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, n. 25, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST: Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013**. Brasília, 2013. 64 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília, 2011. 125 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html>. Acesso em: 17 ago. 2014.

RIO DE JANEIRO. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Brasil em números**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-320, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/brasilnumeros/Brasil_numeros_v20_2012.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/.../principios_de_yogy...>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006**. Brasília: ANVISA, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em 14 out. 2014.

ANEXOS

[Anexo 01 – Formulário de Atendimento do SI-CTA]

[Anexo 02 – Termo de Busca Consentida]