



CÍNTIA MARIA ALVES AVELAR

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DA DOENÇA NO MUNICÍPIO DE
LAVRAS – MG**

LAVRAS – MG

2018

CÍNTIA MARIA ALVES AVELAR

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE AS
NOTIFICAÇÕES DA DOENÇA NO MUNICÍPIO DE LAVRAS – MG**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso
de Administração Pública, para obtenção do título
de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora

DRA. Júlia Moretto Amâncio

LAVRAS - MG

2018

CÍNTIA MARIA ALVES AVELAR

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE AS
NOTIFICAÇÕES DA DOENÇA NO MUNICÍPIO DE LAVRAS – MG**

**PUBLIC POLICIES OF HIV / AIDS: A CASE STUDY ABOUT NOTIFICATIONS OF
THE DISEASE IN LAVRAS - MG**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de
Administração Pública, para obtenção do título de
Bacharel em Administração Pública.

APROVADA em 03 de julho de 2018.

Dra. Júlia Moretto Amâncio (Orientadora) - UFLA

Dr. Dênis Renato de Oliveira - UFLA

Dr. Gustavo Costa de Souza - UFLA

DRA. Júlia Moretto Amâncio

Orientadora

LAVRAS –MG

2018

À minha mãe Maria Aparecida e ao meu irmão, Leandro,
que são o motivo pelo qual continuo a seguir em frente.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, a vida por ter me dado uma família tão maravilhosa;

Agradeço à minha mãe Maria Aparecida e ao meu irmão Leandro, que sempre me incentivaram aos estudos;

As amigas e companheiras de jornada que estiveram ao meu lado nos melhores e piores dias, muito obrigada principalmente à Silvana, Natiele, Elisabeth, Ana Beatriz, Camila e Thais;

À Universidade Federal de Lavras, por ter me acolhido e feito com que eu olhasse o mundo sob outra perspectiva;

Aos meus professores, com destaque à Júlia Moretto Amâncio, minha orientadora e meu exemplo de ser humano e ao professor André Moreira Pinto;

A todos os professores da UFLA que contribuíram para minha formação;

Ao meu pai e meu irmão Michael.

Muito obrigada!

RESUMO

A epidemia de HIV/Aids deve ser compreendida pelas mais diversas dimensões como a biológica, social, cultural, política, econômica e geográfica. Fato que demanda o conhecimento da sua dispersão em uma região, podendo assim, auxiliar em intervenções específicas evitando o agravo da doença. O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo de caso sobre o panorama dos últimos anos de notificações e óbitos de HIV/Aids na cidade de Lavras – MG. Junto a Secretaria Municipal da cidade, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), foram levantados os dados de notificações e óbitos de pacientes soropositivos do ano de 2007 a 2018. A partir destes dados foi determinado o cenário para as categorias quanto ao sexo (feminino e masculino), raça (preta, parda e branca) e faixa etária. O panorama do HIV/Aids nos últimos doze anos na cidade de Lavras - MG assemelha-se com o encontrado no resto do País. As notificações foram crescentes nos últimos anos, com pico de pacientes soropositivo no ano de 2015 (com 42 notificações), a maioria dos soropositivos são pessoas de raça branca, seguida por pardas e negras, acima dos 30 anos de idade; e, quanto ao sexo, os homens são maioria em contaminação pelo vírus HIV. O cenário de óbitos não difere muito dos dados de notificações, onde os números foram descentes e ocasionadas em sua maioria em pessoas brancas. Os casos de HIV/Aids na cidade de Lavras – MG foram crescentes e dinâmicos nos últimos anos e este estudo serve como subsídio para as instituições no planejamento e na definição de políticas públicas voltadas para doença.

Palavras – chave: epidemia, HIV, políticas públicas.

ABSTRACT

The HIV / AIDS epidemic must be understood in the most diverse biological, social, cultural, political, economic and geographical dimensions. This demands the knowledge of its dispersion in a region, and thus, it can help in specific interventions avoiding the aggravation of the disease. The objective of this study was to carry out a case study on the panorama of recent years of HIV / AIDS reports and deaths in the city of Lavras - MG. The data of reports and deaths of seropositive patients from the year 2007 to 2018 were collected from the Municipal Secretary of the city through the Sinan Net Information System (SINAN Net). From these data the scenario was determined for the categories (female and male), race (black, brown and white) and age group. The HIV / AIDS panorama in the last dozen in the city of Lavras, MG, resembles that found in the rest of the country. The notifications were increasing in the last years, with a peak of seropositive patients in the year 2015 (with 42 notifications), the majority of the positive cases are found in people of white races, followed by browns and blacks, above the 30 years of age; and, in terms of sex, men are the majority in contamination with the HIV virus. The Death Scenario does not support much of the reported data, where the numbers were descending, and mostly caused by white people. The cases of HIV / AIDS in the city of Lavras - MG have been increasing and dynamic in recent years, and this study serves as a subsidy for institutions in the planning and definition of public policies aimed at disease.

Key - words: epidemic, HIV, public policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 em Lavras.....	26
Figura 2. Notificações de casos de HIV-AIDS nos anos de 2007 a 2018 quanto a categorias de raças em Lavras.....	27
Figura 3. Notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça preta em Lavras.....	28
Figura 4. Notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça parda em Lavras.....	28
Figura 5. Notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça branca em Lavras.....	29
Figura 6. Total de notificações nos anos 2017 a 2018 quanto ao sexo feminino e masculino em Lavras.....	30
Figura 7. Notificações de casos de HIV/Aids na cidade de Lavras – MG nos anos de 2007 a 2018, quanto ao sexo feminino e masculino em Lavras.....	31
Figura 8. Óbitos de pacientes soropositivo nos anos de 2007 a 2018 em Lavras.....	32
Figura 9. Óbitos de pacientes soropositivo nos anos de 2007 a 2017, por raça em Lavras.....	32
Figura 10. Óbitos de pacientes soropositivo nos anos de 2007 a 2017, para raça preta em Lavras.....	33
Figura 11. Óbitos de pacientes soropositivo nos anos de 2007 a 2017, para raça parda em Lavras.....	34
Figura 12. Óbitos de pacientes soropositivo nos anos de 2007 a 2017, para raça branca em Lavras.....	34
Figura 13. Notificações de casos de HIV-AIDS nos anos de 2007 a 2018 por faixa etária em Lavras.....	35

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REREFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3. METODOLOGIA.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram detectados na África e nos Estados Unidos e a epidemia passou a adquirir importância no decorrer do decênio de 1980. A partir de então, os primeiros estudos feitos pelos peritos do Center for Disease Control and Prevention (CDC) em Atlanta, nos Estados Unidos da América – EUA chegaram a uma definição para a doença, considerando a presença de uma doença diagnosticada de modo confiável, indicando uma deficiência subjacente no sistema imunológico; e, a deficiência imunológica não era ocasionada por drogas, não se devia a certos tipos de câncer, não tinha a ver com doenças congênitas ou outras causas conhecidas.

Somente entre os anos de 1982 e 1985 descobriram o vírus responsável pela doença (Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV). Assim, desenvolveram testes para a detecção dos anticorpos contra o vírus. Portanto, em 1985, o COC expandiu sua definição de caso de AIDS, assim incluindo: algumas outras infecções oportunistas e tipos de câncer do tecido linfático em portadores do HIV ou que apresentaram resultado positivo em seus exames de detecção de anticorpos contra o HIV (SANTOS et al., 2012).

Os estudos sobre a AIDS avançaram no campo científico e medicinal. Novos fármacos foram descobertos, houve aumento da acessibilidade à terapia antirretroviral culminando na melhora da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV.

Todavia, ao lidar e analisar o ser social (que carrega essa doença crônica) em suas relações com os demais grupos, encontram-se preconceito e desinformação da sociedade, que, ainda leiga sobre esse assunto, abstém-se da responsabilidade diante desse problema de saúde pública.

O presente estudo surgiu frente à necessidade de consolidação dos dados ambulatoriais de portadores de HIV⁺ ou AIDS atendidos no Ambulatório Médico Especializado (AME). Através da obtenção dos dados de notificações da doença no município de Lavras, analisar a frequência da incidência da infecção pelo vírus quanto à raça, idade e gênero. E diante dos resultados, interpretar como a Política Nacional de DST/AIDS é aplicada no município e principalmente, se há efetividade na sua aplicação.

A Política Nacional de DST/aids, foi estabelecida em 1999. O documento orienta as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos

direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/ aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

Entretanto, sabe-se que um dos maiores problemas na gestão das políticas públicas brasileiras é a falta de avaliação das mesmas. Sem o devido feedback, os gestores não conseguem avaliar se uma política pública foi aplicada com sucesso, ou seja, surtiu efeito. A necessidade de promover ajustes, reorganizar ações e estabelecer novos procedimentos faz parte dessa contínua construção-prática-reconstrução de uma política pública.

É preciso atentar-se nas modificações e mudanças ocorridas durante o processo de implementação da política pública, seja no campo do saber técnico-científico, seja no campo do desenvolvimento de ações e estratégias de intervenção. Avanços e retrocessos constituem a formação da política pública, que não é linear. Esse processo é fundamental para que política pública adotada seja adequada aos HIV⁺ e portadores de AIDS.

Partindo do pressuposto de que todas as políticas públicas são financiadas pelo e para o povo, é dever investigar se tal investimento público gerou seu planejado resultado. Analisar, durante um intervalo de tempo, as notificações de pacientes soropositivos na cidade de Lavras, Minas Gerais, e número de óbitos, é uma forma indireta de demonstrar a efetividade do emprego das políticas públicas de Aids no município.

A partir dessa análise, pode-se abrir a discussão sobre o andamento da ação pública perante a doença. Além disso, é possível discutir sobre a possibilidade de melhorias nas ações voltadas a essa doença crônica.

O município é o palco onde a política pública desdobra-se e é nele que a vemos acontecer na prática. Ao analisar o micro, sabe-se se as metas e objetivos macros foram concretizados. Sabe-se também da funcionalidade do projeto e dos desafios frente aos desvios encontrados.

Assim, o objetivo desse estudo de caso é avaliar o cenário dos casos de HIV/Aids no município de Lavras, Minas Gerais, entre os anos de 2007 a 2018. E através dos dados coletados, quantificar:

- a) Novas notificações anualmente de pacientes soropositivo;
- b) Categorização das notificações quantos ao gênero, raça e faixa etária;
- c) Número de óbitos de pacientes com HIV/AIDS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

AIDS NO MUNDO E NO BRASIL

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mais conhecida pela sigla em inglês AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), é uma doença crônica com números crescentes de infectados, um problema de saúde pública que preocupa os governos devido ao alto custo da terapia antirretroviral, sequelas físicas e emocionais e elevados índices de mortalidade (KOURROUSKI, 2008).

A Aids surgiu no mundo na década de 80 e foi considerada uma pandemia pois atingiu simultaneamente os cinco continentes do globo (AMARO, 2005).

Uma doença caracterizada pela disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), causando a diminuição dos linfócitos T CD4, que são células responsáveis em parte pela defesa imunológica do organismo. Fato que propicia o aparecimento das infecções oportunistas, chamadas doenças indicadoras e/ou manifestações que são definidoras da Aids (BRASIL, 2010; COLOMBRINI et al., 2004).

O desenvolvimento da aids pode ser dividida em três estágios: infecção aguda que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, entretanto a maioria não é diagnosticada devido à semelhança com outras infecções virais, em que encontramos o pico da carga viral e o menor nível de células T CD4. Na segunda etapa o paciente entra em uma fase de infecção assintomática, de duração variável de alguns meses a alguns anos, os níveis de células T CD4 podem estar estáveis ou em declínio. O estágio que apresenta sintomas, da qual a aids é a sua manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentando alterações da imunidade, com o surgimento das infecções oportunistas e diminuição dos níveis de células T CD4 (BRASIL, 2010).

Os dados mundiais da doença disponibilizados em 2011 pelo Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) relatam que aumentou o número de pessoas vivendo com HIV, chegando a estimados 34,0 milhões de soropositivos. Houve um crescimento de 17% a partir de 2001. Essa situação é consequência da maior acessibilidade à terapia antirretroviral, assim, a longevidade dos portadores do vírus expandiu. O acesso à medicação pelos infectados fez também que o número de óbitos diminuísse: de 2,2 milhões de óbitos em 2000 para uma estimativa de 1,8 milhão em 2010 (UNAIDS, 2011).

No Brasil, de acordo com Villarinho, Padilha, Berardinelli, Borebstein, Meirelles e Andrade (2013), os primeiros casos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram identificados no período em que o país passava pela transição do regime militar para a democracia. Com a reforma sanitária, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, os primeiros planejamentos por parte do governo para tratar dos casos da AIDS foram esboçados (PAIM, 2008).

Conforme a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015), na década de oitenta, a maior parte dos cidadãos eram excluídos do direito à saúde. A saúde pública, por sua vez, baseava-se na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que pagavam pelo serviço, prevalecendo à lógica de contraprestação e da cidadania regulada.

Ainda segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015), a reforma sanitária tinha como princípio fundamental a saúde pública como direito universal de todo cidadão, independente de contribuição, de ser trabalhador ou não, sem discriminação. A proposta de um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral preventivo e curativo a todos. A consolidação da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde aconteceu em conjunto com as primeiras ações do governo frente à epidemia de Aids, foi, dessa maneira, um processo entrelaçado.

É importante ressaltar que o setor público só tomou providências em relação aos casos da doença após vários esforços e pressão exercida pelos grupos afetados. Segundo Rocha (2003), o surgimento das políticas públicas de AIDS deve-se à mobilização social que cobrou dos governos municipais e estaduais um posicionamento frente à afecção do vírus.

Especificamente no estado de São Paulo, no ano de 1982, foram identificados os primeiros casos da doença e, conseqüentemente, foi onde surgiram as primeiras medidas oficiais do governo. Conforme Castro-Silva (2007), a primeira Organização Não Governamental (ONG) com ações voltadas à infecção HIV/AIDS no Brasil foi fundada em 1985 – Grupos de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA). E, de acordo com os autores, nesse mesmo ano, foram criados os Programas Estaduais de DST/AIDS em 10 dos 26 estados brasileiros.

O GAPA, segundo o site do município de Porto Alegre “viva o GAPA”, tem como objetivo acolher o portador de vírus, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade, disponibilizando uma ajuda psicossocial e jurídica. Sendo uma organização do Terceiro Setor,

enquadra-se na especificação de Organização Sem Fins Lucrativos e atua, em alguns municípios do país, disseminando informações de como prevenir a infecção pelo vírus, como também executando vigias noturnas para tentar abordar grupos de risco nas zonas periféricas.

Ainda segundo o site da ONG em Porto Alegre, o GAPA age em três vieses diferentes: prevenção; atenção e acolhimento; controle social sobre políticas públicas.

Na prevenção são elaboradas: campanhas informativas e educativas, grupos de trabalho e oficinas com populações mais afetadas, palestras e oficinas para escolas e empresas, intervenção em espaços públicos, disponibilização de matérias, livros, vídeos no Centro de Informação e Documentação (maior acervo da Região Sul sobre a história da AIDS).

No segundo viés há o plantão de acolhimento pessoal e telefônico, visitação Hospitalar para pessoas com AIDS, atendimento psicossocial e terapêutico, atendimento e aconselhamento jurídico e grupos de Apoio.

No terceiro e último viés, há a atuação junto ao Conselho Estadual de Saúde do RS, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Municipal de Direitos Humanos, Conselho Municipal de Direitos da Mulher.

Segundo o Ministério da Saúde, 1999:

A luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação - estado e sociedade - esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. Essa característica de formulação e definição de estratégias de prevenção e assistência em parceria com a sociedade civil e a comunidade científica faz parte da história da aids no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2011, foram notificados, de 1980 até junho de 2011, 608.230 casos de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, dos quais 56% estão concentrados na região sudeste do país e o estado de Minas Gerais tem 42.283 casos de aids registrados no mesmo período.

A razão do sexo masculino para feminino vem diminuindo ao longo da série histórica. Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de aids no sexo masculino para cada um

caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada um em mulheres. Em relação à taxa de mortalidade, o Boletim também sinaliza queda. Em 12 anos, a taxa de incidência baixou de 7,6 para 6,3 a cada cem mil pessoas. A queda foi de 17% (BRASIL, 2011).

A gravidade e caráter pandêmico da doença impulsionou o governo a veicular informação sobre a prevenção, na tentativa de evitar uma maior dispersão.

[...] o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais. O sucesso do Programa, reconhecido mundialmente, dá-se não só pela oferta universal e gratuita dos antirretrovirais, mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica. (SZWARCOWALD, 2011, p.27).

No início, a aids foi associada aos grupos de riscos marginalizados pela sociedade: homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo. Todavia, a doença passou a outros grupos que antes eram minoria da afecção da doença como as mulheres que, quando grávidas, podem transmitir a infecção à seus filhos (SCHAURICH, 2006).

O uso da expressão “grupo de risco” que marcou a construção social e histórica da aids, implicando a discriminação, preconceito e exclusão do indivíduo infectado, teve outro reflexo negativo, pois negligenciou a possibilidade de outras pessoas, fora destes grupos, se contaminarem. Ao contrário do que se pensou inicialmente, a infecção pelo HIV não se limita a grupos distintos, mas a comportamentos adotados, sendo então utilizada atualmente a denominação de comportamento de risco (PARKER, 2000).

De acordo com Martins et al. (2009), a aids é uma doença marcada pelo estigma, preconceito e discriminação, que são reflexos da falta de informação sobre a ação do vírus da doença. Dessa maneira, é grande a quantidade de pessoas infectadas que não revelam a soropositividade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o movimento de combate à AIDS começa a estruturar-se em nível federal efetivamente em 1987, com a criação da Comissão Nacional de AIDS. Nesse ponto também começaram as desvirtuações do projeto inicial, uma vez que o plano começou a tomar forma centralizadora, distanciando-se das ações estaduais e municipais.

Andrade (2007) pontua fato importante e influenciador às políticas da DST/AIDS, ao mesmo tempo em que as mesmas eram desenvolvidas no país, acontecia mudanças políticas impactantes, que foi a aprovação da Constituição Federal de 1988 e, especificamente na área da saúde, a autorização do Sistema Único de Saúde. Assim, o SUS passa a distribuir medicamentos aos pacientes soropositivos, tanto no tratamento das doenças oportunistas, quanto no combate do próprio vírus HIV. A terapia com tais medicamentos ampliou o tempo de sobrevivência dos portadores da doença (SILVA, 2009).

Em 1988, o dia primeiro de dezembro, segundo Marques (2002), foi escolhido como dia internacional da luta contra a AIDS, em nível global e adotado também no Brasil como data focal para campanhas de prevenção, informação e conscientização sobre a doença.

Como se pode observar, várias foram as políticas de saúde estruturadas na década de 1980, decorrente do surgimento da AIDS. Não há como deixar de mencionar o período histórico vivenciado no Brasil, pois, com o fim da ditadura militar, um novo cenário político nacional apresentava-se com as eleições presidenciais e novos dirigentes políticos, sinalizando uma mudança significativa nas políticas de saúde e um retrocesso importante nas ações já estabelecidas em resposta à epidemia da AIDS. (FONSECA, 2007, p. 333).

O cenário instável da política brasileira e o perfil do mandato de José Sarney fomentaram o estigma e preconceito aos portadores do HIV. O governo do então presidente representou um retrocesso às políticas de AIDS, “uma vez que desarticulou as ações já iniciadas pelo Programa Nacional e desintegrou significativamente a relação entre governo federal, estados, ONG e demais instituições envolvidas, além de promover campanhas de caráter moralista.” (MALISKA, PADILHA, VIEIRA, BASTIANI, 2009, p.85).

Em 1990, após a crise política, inicia-se uma nova etapa das políticas públicas de AIDS no Brasil. Essa fase evolui até os dias atuais. Temporão (2008) afirma que essa nova fase foi marcada pela mudança dos dirigentes dos Programas de Saúde, reformulação de estratégias, reconciliação das ações nos três níveis, visando à aproximação das ações federais, estaduais e municipais. Formulação de acordos e convênios internacionais que passaram a subsidiar a assistência e prevenção.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL

No ano de 1993 o governo brasileiro acordou junto ao Banco Mundial o primeiro empréstimo para financiar o “Projeto AIDS I” – 1994 a 1998. Esse projeto visou à implantação e estruturação de serviços assistenciais, de acordo com Villarinho, Padilha,

Berardinelli, Borebstein, Meirelles e Andrade (2013). Logo após a implementação do Projeto AIDS I:

[...] o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o “Projeto AIDS II”, cuja vigência foi de 1998 a 2003. O projeto tinha como objetivos reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS” (SOUTO, 2003).

O Ministério da Saúde (1999) define o Programa Nacional de DST/Aids como o conjunto de ações sistematizadas para o tratamento e prevenção da Aids. Por meio de políticas públicas e mobilização social promoverem à saúde; a proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids; a prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; o diagnóstico, o tratamento e a assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids; e o desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

De acordo com o Ministério da Saúde, 1999, a assinatura do acordo de empréstimo para financiamento do governo brasileiro com o Banco Mundial, denominados Projetos Aids I (1994-1998) e Aids II 1998 -2002, possibilitou a consolidação do Programa Nacional de DST/Aids que tem como objetivos:

Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST;

Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids;

Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.

Os objetivos específicos que se desdobram são:

Promover a adoção de práticas seguras em relação as DST;

Promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;

Aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;

Promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;

Reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;

Assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;

Promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;

Promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas.

Segundo o Ministério da Saúde (1999) a diferença entre o Projeto Aids I (1994 -1998) e o Projeto Aids II (1998 - 2002) é que o segundo propôs um novo termo de cooperação: integrar e articular melhor as ações e construir a sustentabilidade e o fortalecimento institucional dos distintos gestores. Consolidando o controle social para garantir a continuidade das ações. Fato que exigiu apoio político, melhor alocação dos recursos e revitalização do sistema público de saúde.

Conforme Fonseca (2005) após os consecutivos projetos AIDS I e II serem avaliados quanto ao desempenho e eficiência, novamente, o governo brasileiro e o Banco Mundial firmaram novo acordo para a execução do Projeto AIDS III, com vigência entre 2003 e 2006. Diferentemente dos dois primeiros, o Projeto AIDS III objetivou estreitar os laços entre as ações federais, estaduais, municipais e a sociedade civil. Uma vez que o ponto focal de todo o projeto se baseia no paciente soro positivo, que habita as cidades, o projeto federal não pode falhar ao transpassar os níveis de governo.

É no nível municipal onde os pacientes utilizam os serviços oferecidos pelas políticas públicas. Assim, é de extrema importância que haja coesão entre as ações programadas, planejadas e executadas. Além disso, o Projeto AIDS III objetivou o desenvolvimento tecnológico e científico buscando alternativas para o controle da DST, a acessibilidade ao diagnóstico precoce e a melhoria no tratamento do portador do vírus.

Grangeiro, Escuder, Castilho (2010) explicam que o Projeto AIDS III previa o repasse dos investimentos aos municípios, para que os mesmos utilizassem o subsídio de acordo a realidade local. O subsídio passou a ser utilizado com maior autonomia pelos agentes municipais e o valor do mesmo dependeria do número de casos da doença, da capacidade estrutural dos postos de atendimento e da capacidade gestora das secretarias de saúde.

Fonseca (2005) destaca a obrigatoriedade da elaboração dos Planos Operativos Anuais (POA) pelos “executores das ações” voltadas à AIDS. No POA, constavam as diretrizes das ações deveriam articular-se aos planos do Ministério da Saúde e Banco Mundial. O POA passou a ser chamado de Plano de Ações e Metas em 2002. O PAM é a ferramenta que planeja monitora e avalia as ações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O PAM visava, antes de tudo, que as ações fossem empregadas de acordo com a realidade de cada ambiente. Dada à diversidade do país, mesmo com um Plano Federal bem elaborado, as ações implementadas em cada pequeno município deveriam ser ímpares e adequadas.

O PAM dividia-se nos seguintes tópicos:

- Caracterização da unidade territorial
- Diagnóstico epidemiológico e das ações em DST/HIV/AIDS
- Avaliação da capacidade institucional/gerencial
- Elaboração do plano de ações e metas para o período de um ano.

Com isso, o governo pretendia melhorar a qualidade dos serviços públicos ofertados aos portadores do HIV, diminuir a transmissão da doença, fomentar a população em risco a procurar o exame para o diagnóstico e início do tratamento, reduzir a discriminação à doença, melhorar a gestão e tornar mais sustentável as medidas tomadas. (VILLARINHO, PADILHA, BERARDINELLI, BOREBSTEIN, MEIRELLES e ANDRADE, 2013).

Galvão (2002) pontua o Banco Mundial como maior financiador das ações vinculadas à AIDS no Brasil, ressaltando os desafios encontrados nas opiniões que divergiam entre Banco e os Gestores públicos brasileiros. O financiador defendia foco nas ações preventivas, já os agentes públicos priorizavam serviços clínicos de alta complexidade e distribuição gratuita de antirretrovirais.

Grangeiro, Escuder, Castilho (2006) explicam que, nessa época, 1995-1996, a sociedade civil exerceu forte pressão nos governos cobrando deles o acesso universal ao

tratamento da AIDS. Desde 1992 o país já fornecia gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia. A partir de 1995 a didanosina e a zalcitabina foram incorporados à lista de medicamentos gratuitos oferecidos aos HIV positivos.

A Lei número 9.313 de 13 de novembro de 1996 prevê a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS.

Tal proposta terapêutica, denominada “High Active Antiretroviral Therapy” (HAART), veio proporcionar grande aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde no cuidado aos pacientes (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010, p. 230-237).

O Ministério da Saúde adotou, em 2005, o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, onde a patente foi quebrada. Essa quebra de patentes e adoção de um medicamento de segunda linha foi necessária para continuidade do programa. (GRANGEIRO, TEIXEIRA, BASTOS, TEIXEIRA, 2006). O Ministério da Saúde disponibiliza hoje com 16 antirretrovirais diferentes, o que ocasionou a diminuição das infecções oportunistas.

De acordo com o Ministério da Saúde, 2010, a estruturação assistencial voltada à AIDS organiza-se nos seguintes postos:

- Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) – responsabilidade das coordenações estaduais e municipais.
- Hospitais-dia (HD) - responsabilidade das coordenações estaduais e municipais.
- Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) – responsabilidade do Programa Nacional em DST/AIDS.
- Hospitais convencionais

Dentre os critérios de implantação dos SAEs estão: situação epidemiológica do local, população-alvo a ser atendida, objetivos do projeto, estrutura física e orçamento financeiro.

As principais atividades executadas pelos serviços vinculados ao atendimento do soropositivo são:

- Cuidados de enfermagem

- Orientação e apoio psicológico
- Atendimento em infectologia
- Ginecologia
- Pediátrico
- Odontológico
- Controle e distribuição dos antirretrovirais
- Orientações farmacêuticas
- Realização de exames de monitoramento
- Distribuição de insumos de prevenção
- Atividades educativas para adesão ao tratamento
- Prevenção e controle das DST e AIDS

A Portaria nº 291 de 17 de junho de 1992 inclui a assistência à AIDS no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade em nível hospitalar. Assim, houve o credenciamento dos hospitais convencionais para a internação dos pacientes soropositivos. À época, grande era o número de pacientes infectados com o vírus em situação avançada da doença. Fez necessário aumentar o número de hospitais credenciados, medicamentos, profissionais da saúde e delimitação de condutas terapêuticas. No ano de 1998 existiam 338 hospitais credenciados à Portaria 291, atualmente são 382.

Ainda segundo dados de 2009 do Ministério da Saúde, as Portarias Ministeriais nº 93 de 31/05/1994 e nº 130 de 03/09/1994 normatizaram sobre a modalidade de atendimento do Hospital-Dia. Esse serviço oferece pagamento diferenciado e estabelece parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional nos hospitais conveniados para o atendimento e internação do paciente. Há 77 unidades de Hospital-Dia no país.

Já a Assistência Domiciliar Terapêutica é destinada às internações de maior duração, englobando cuidados curativos e paliativos, por meio de visitas domiciliares, com 48 unidades em todo território brasileiro, segundo dados do ministério da saúde de 2009.

Existem também os Centros de Testagem e Aconselhamento que disponibilizam os testes de triagem do vírus HIV e encaminham os pacientes soropositivos à assistência e tratamento. Os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) oferecerem os testes de triagem do vírus HIV gratuitamente, confidencialmente e de forma anônima. Há necessidade

do teste nos casos de suspeita, transfusões e doação de órgãos e sêmen. Atualmente os COAS são chamados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), pois, além dos testes de triagem, são passadas informações de prevenção e aconselhamento daqueles que estiveram sob maior risco de infecção. Os CTAs, 383 unidades em todo país, são de responsabilidade dos estados e municípios, que devem geri-los da melhor maneira possível, visando adaptá-los a realidade local de cada cidade.

Os CTAs devem, por lei, serem:

- Acessíveis
- Gratuitos
- Situar-se em locais de fácil acesso para a população
- Possuir unidades em locais onde há população de risco
- Manter o sigilo dos pacientes
- Encaminhamento dos soropositivos ao tratamento

De acordo com informações de Ministério da Saúde, 2010, a distribuição dos antirretrovirais é feita pelas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). As UDM acompanham e monitoram os pacientes, de forma individual e coletiva, informando sobre os cuidados necessários e a interação com outros medicamentos e doenças. São 668 UDM em todo país. Há também, 104 laboratórios cadastrados para a contagem de linfócitos e da carga viral dos pacientes, visando o melhoramento contínuo e qualidade de vida do portador.

De acordo com Jannuzzi (2016), avaliar políticas públicas:

É um empreendimento técnico-científico que se vale de métodos de pesquisa social para investigar a situação, problemas e diferentes aspectos da gestão de um programa público ao longo do seu ciclo de vida. Da concepção à entrega de bens e serviços para usufruto dos públicos-alvo visados, considerando o contexto organizacional e político em que ele se insere, com a finalidade de informar, em tempo, as necessidades de aprimoramento de suas atividades e produtos (Jannuzzi 2016, 74).

Jannuzzi (2016) tipifica a avaliação de políticas públicas e métodos em:

- **Avaliação da necessidade do programa:** pertinência do programa na agenda de políticas públicas.

- Análise documental, estudos comparativos, estudos institucionais típicos da Ciência Política, avaliação econômica;
- **Avaliação de desenho:** verifica se o programa de fato representa o melhor modo de intervenção para resolução do problema, considerando: relações intergovernamentais, distintas capacidades de gestão e controle, etc.
 - Revisão de documentos, técnicas de planejamento de projetos, comparação com outros modelos de intervenção semelhantes;
- **Avaliação de processo:** avaliação da implementação do programa; cobertura do público-alvo atendido, qualidade dos serviços oferecidos, dificuldades na operação do programa.
 - Matriz político-ideológica que apoia as ações dos programas – arranjos de implementação, capacidades estatais (Draibe, Gomide e Pires). Técnicas variadas de coleta de dados oriundas da pesquisa social (qualitativo e quantitativo).
- **Avaliação de resultados e impactos:** realizada, idealmente, quando problemas de gestão e implementação já foram resolvidos; busca de respostas para as seguintes perguntas: O problema social que estimulou a criação do programa foi solucionado? Qual a contribuição do programa para isso? O programa deve continuar, ser expandido ou descontinuado?
 - Entrevistas com agentes institucionais, com usuários, grupos de discussão, pesquisas amostrais, estudos comparativos, desenhos experimentais.
- **Avaliação da eficiência:** ex post, depois da implementação; custo da operação do programa legitima-se pelos efeitos obtidos?

3. METODOLOGIA

O estudo de caso é descritivo, uma vez que, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2005) observam-se e exploram-se as características de um cenário, analisando-o. Pois, de acordo com Gil (1994), os estudos descritivos são ferramentas para a aplicação prática.

Através de dados coletados pode-se aplicar a estatística para real análise. Segundo Cordeiro (2006) a estatística é a ciência de aprendizagem a partir de dados, é o processamento e análise de dados para obtenção de informação.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) é um software do governo que foi desenvolvido para ser utilizado pelos pontos de digitação que não possuem uma ligação Internet estável. A fim de permitir que as mesmas cadastrem os formulários e acompanhem o andamento do processo de instalação.

O Sinan Net tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de Governo. Por meio de uma rede informatizada, apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Os dados desse trabalho são secundários e foram obtidos pelo SINAN net, acessado em 23/01/2018. As informações de notificações e óbitos de pacientes com HIV/AIDS no município de Lavras foram analisadas quantitativamente, por meio da frequência das notificações, e qualitativamente, através de uma interpretação da oscilação e dinamismo dos dados.

Através dos dados coletados estimou-se a frequência de novas notificações e óbitos de pacientes soropositivo anualmente e também o acumulado dos últimos 12 anos. A partir de então, foi realizado a categorização das notificações, para melhor descrição dos dados, quanto ao:

- a) Gênero: feminino e masculino;
- b) Raça: preta, parda ou branca;
- c) Faixa etária: 15 - 19; 20 - 29 e >30 anos.

Os dados ilustram a realidade da DST/AIDS do município de Lavras dos anos de 2007

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Figura 1 revela os dados de novas notificações de pacientes soropositivo dos últimos 12 anos da cidade de Lavras – MG. Desde o ano de 2007 os dados de notificações de HIV/AIDS foram crescentes com maior ressaltado no ano de 2015. Essa taxa de crescimento é preocupante devido ao fato da Aids ser uma doença infecciosa e sem cura. Estatísticas como essa colocam o Brasil como o país com o maior número de casos notificados acumulados de HIV/AIDS em todo o mundo. Mundialmente 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV em 2016, dessas, 20,9 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral até junho de 2017 e 1 milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em 2016 (UNAIDS, 2017).

Observando ainda os dados de notificações na Figura 1, após o pico de casos (ano de 2015) houve quedas no número de notificações nos anos seguintes. Resultado positivo para a cidade de Lavras, visto que após o momento de maior número de notificações dos últimos 12 anos, é possível afirmar que as políticas públicas, campanhas de prevenção e conscientização foram eficientes.

A coleta de informações para conhecimento desses dados é um dos principais componentes da vigilância epidemiológica, uma vez que a informação (notificação) é destinada à tomada de decisão, contribuindo para o processo: informação-decisão-ação no processo de implementação de políticas públicas. A importância do levantamento das notificações consiste na comunicação da ocorrência da doença ou agravamento à saúde, visando à adoção de medidas de intervenção. Assim, todo cidadão tem a responsabilidade formal de notificar a infecção pelo vírus, devido ao caráter compulsório da notificação, para o estabelecimento de medidas de controle da doença.

Como já informado, no Brasil, a AIDS tornou-se doença de notificação compulsória, por meio da Portaria/MS nº 542, em 22 de dezembro de 1986. Logo, os dados coletados sobre doenças, agravamento e evento de saúde pública são incluídos no Sistema de Informação de Agravamento de Notificação, para fins de vigilância epidemiológica.

Entretanto, estima-se que nos dias atuais 600 mil pessoas no Brasil vivam com o HIV ou já tenham desenvolvido a AIDS. O HIV entra no organismo humano e pode ficar incubado por muitos anos sem que o indivíduo apresente nenhum sintoma ou sinal de doença. Esse período gira em torno de oito anos. A AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, sendo que uma pessoa pode passar muitos anos com o vírus sem apresentar sintoma algum.

Assim, muitos vivem em sociedade sem ter seu caso notificado para o sistema de saúde pública.

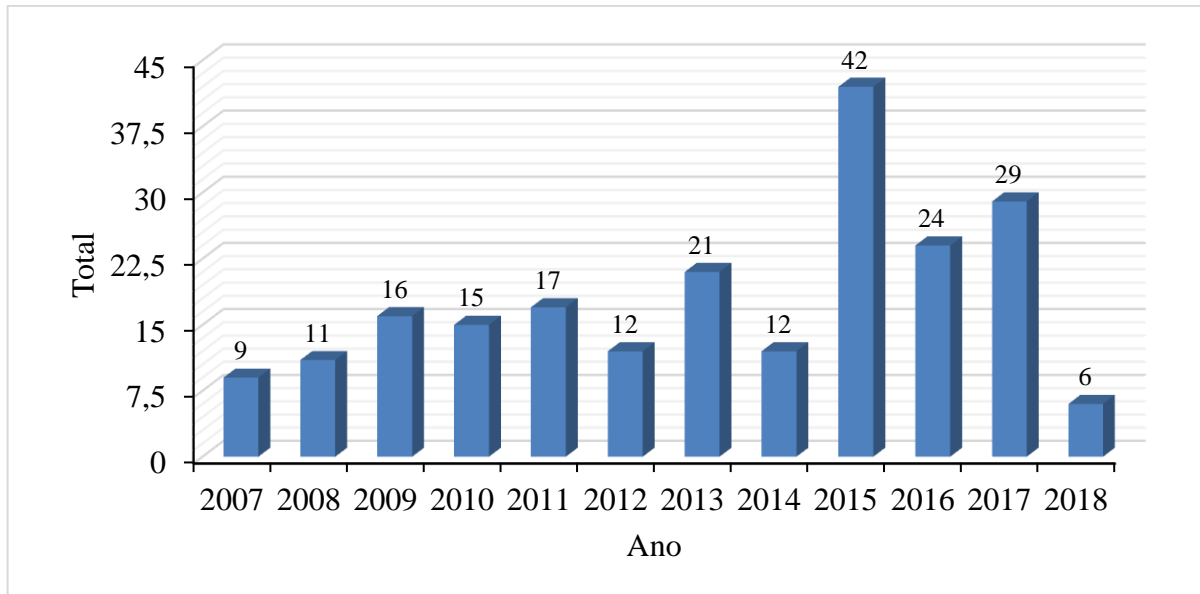


Figura 1. Dados anuais de casos de notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 em Lavras - MG (SINAN, 2018).

Na Figura 2, observa-se que o número de notificações de soropositivos nos anos de 2007 a 2018 teve na sua maioria cidadãos de raça branca, seguido da parda e preta. Historicamente, os primeiros casos de AIDS no Brasil foram notificados por homens, brancos e de elevada escolaridade, que residiam em grandes cidades (região Sudeste). Assemelhando-se com o cenário atual, em que os dados levantados mostram a predominância de pessoas de raça branca com maiores casos de HIV no município de Lavras.

A Aids tem se apresentado como uma epidemia mundial que assume características peculiares nos diversos grupos culturais onde emerge. Essa epidemia deve ser encarada como um produto de diferentes culturas e interações sociais complexas.

Questões como desigualdade social, a inequidade na distribuição de recursos econômicos, a concentração de renda entre os diversos grupos populacionais nos países, estados e municípios fazem com que a epidemia apresente tendência de dispersão entre os fragmentos populacionais de maior vulnerabilidade, o que representa um desafio para o controle e prevenção da doença.

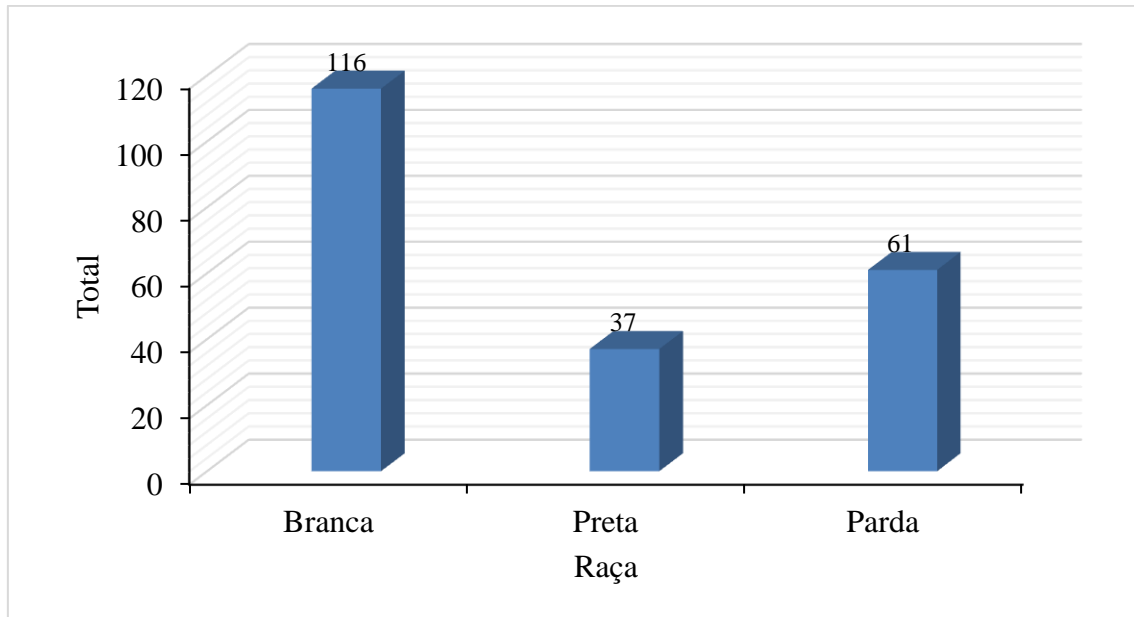


Figura 2. Notificações de casos de HIV-AIDS nos anos de 2007 a 2018 quanto a categorias de raças em Lavras - MG (SINAN, 2018).

Nas Figuras 3, 4 e 5 observa-se a frequência anual de notificação de HIV/AIDS dos anos de 2007 a 2018 para as raças preta, parda e branca respectivamente. Na Figura 3, até o ano de 2011 o número de notificações foi crescente, a partir de então ocorreu redução, chegando ao valor máximo em 2016 com seis notificações. Na cidade de Lavras, pessoas autodeclaradas pretas são a minoria no caso de notificação de portadores de HIV. Na Figura 4 e 5, os anos que apresentaram maiores notificações de casos de HIV positivo foram os de 2015 e 2017. O panorama entre as classes raciais chama a atenção, pois consegue demonstrar o grupo que mais teve frequência de Aids em Lavras: as pessoas autodeclaradas de raça branca.

No entanto, desde o surgimento da Aids, seu perfil vem se mostrando dinâmico. Apesar do início que o maior número de infectados eram em grupos restritos, com o passar do tempo a infecção disseminou-se, atingindo pessoas de diferentes idades, sexos, opções sexuais, raças e classes sociais. O que antes era considerada uma doença entre os homossexuais, passou para o fenômeno de “heterossexualização” – disseminação do HIV/Aids entre os heterossexuais, e “feminização” – visto que a mudança na principal forma de disseminação, seja a transmissão por contato heterossexual, levando o crescimento de HIV/Aids entre mulheres, como também para as crianças.

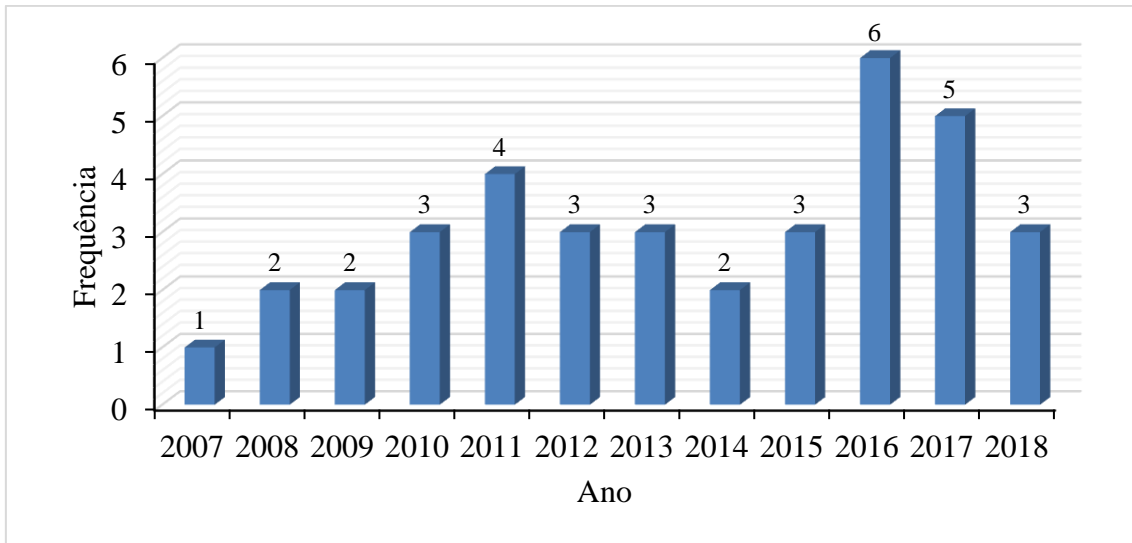


Figura 3. Frequência de notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça preta em Lavras - MG (SINAN, 2018).

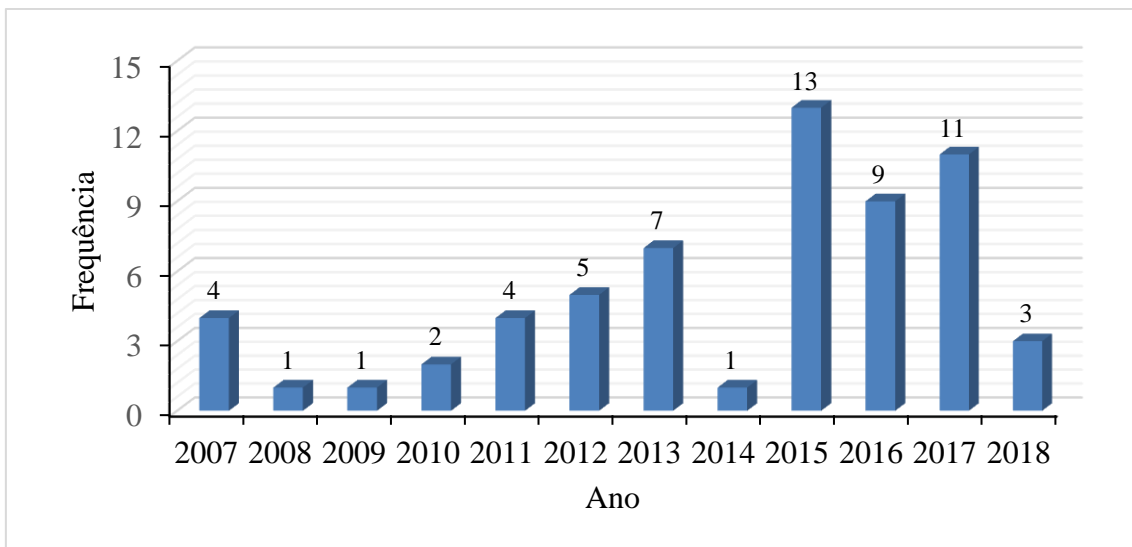


Figura 4. Frequência de notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça parda em Lavras - MG (SINAN, 2018).

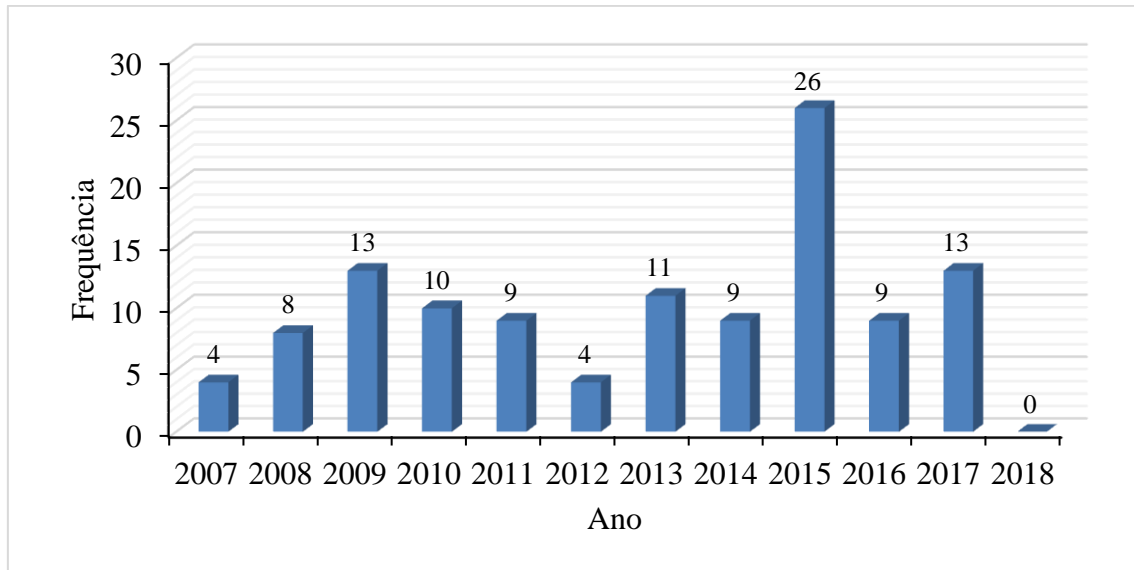


Figura 5. Frequência de notificações de HIV-AIDS de 2007 a 2018 para a raça branca em Lavras - MG (SINAN, 2018).

O levantamento e estudo de casos de HIV/Aids em cidades de interiores e microrregiões é fundamental, pois, o agravo atual da Aids está voltado para as cidades distantes dos grandes centros. Fato esse que levou o Brasil a ser considerado um dos países com maior número de notificações de Aids em todo o mundo. Em 2011, foram notificados 608.230 casos de Aids no país. Somente no ano de 2010, foram detectados 34.218 casos novos de Aids.

Deve-se ressaltar que a distribuição da doença que antes predominava em classes sociais mais altas passou a prevalecer nos estratos sociais menos favorecidos do país. Outra tendência, já observada nessa dinâmica, que contribuiu para o aumento de notificações, é o crescimento de infectados entre os usuários de drogas injetáveis. E assim, em poucos anos, a epidemia se transformou em uma pandemia. Logo a Aids tem sido descrita como uma epidemia multifacetada, não possuindo um único perfil epidemiológico, mas um mosaico de subepidemias regionais motivadas por desigualdades socioeconômicas, afetando as classes menos favorecidas.

Os casos de notificação quanto ao sexo feminino e masculino na cidade de Lavras assemelha-se com o cenário brasileiro, onde a maioria dos casos é do sexo masculino, 130 notificações para homens e 84 para mulheres, no período de 2007 a 2018 (Figura 6).

As notificações acumuladas de HIV/Aids para o sexo masculino correspondem a 61% dos casos de Lavras. De acordo com o último Boletim Epidemiológico (ano base de 2010), no

Brasil, foram notificados (pelo Sinan, SIM, Siscel/Siclom) 608.230 casos de aids acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino.

O que vem chamando atenção nos dados nacionais é que em 1985, dentre as novas infecções pelo vírus HIV nos homens e mulheres, para cada 26 casos de aids em homens, havia um caso em mulheres. Em 2010, tal relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Cenário que se repete na cidade de Lavras, em que as novas notificações para o sexo feminino, a cada ano, são superiores a anos anteriores. O que chama atenção, no ano de 2013, os casos em mulheres foram maiores que em homens (Figura 7).

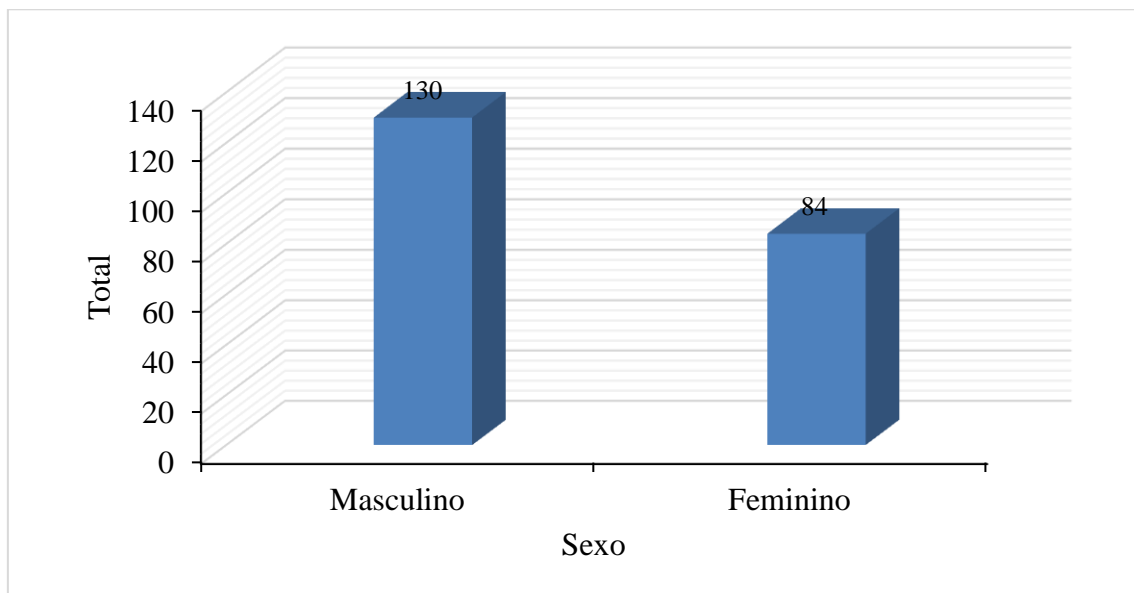


Figura 6. Total de notificações nos anos 2007 a 2018 quanto ao sexo feminino e masculino em Lavras - MG (SINAN, 2018).

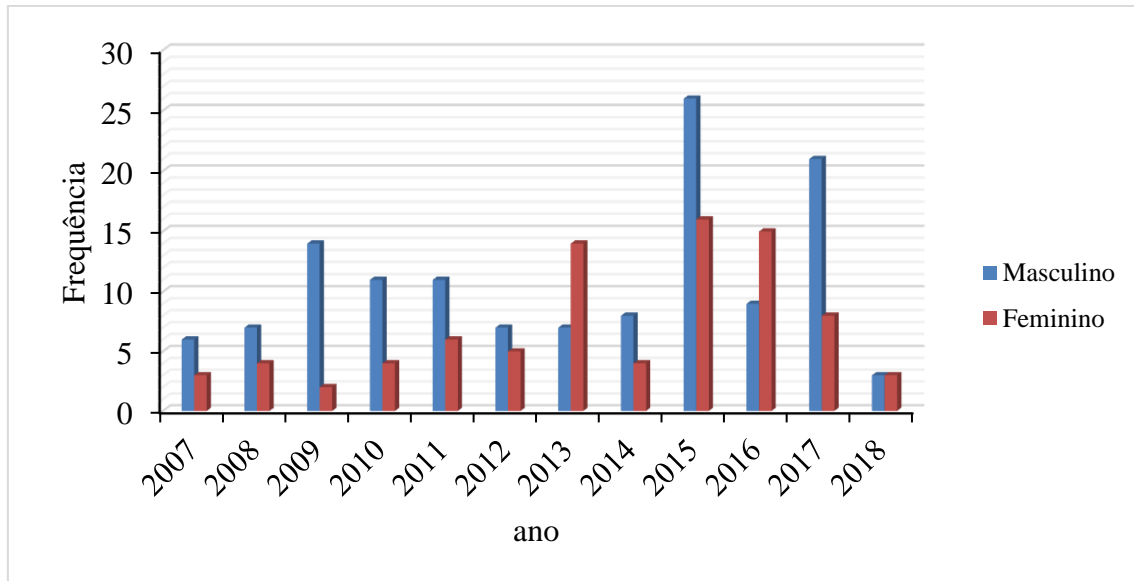


Figura 7. Notificações de casos de HIV/Aids nos anos de 2007 a 2018, quanto ao sexo feminino e masculino em Lavras - MG (SINAN, 2018).

A taxa de mortalidade de pacientes com HIV/Aids no município de Lavras nos anos de 2007 a 2018 teve variações, com maiores números de óbitos para ano de 2007, com sete mortes de pacientes soropositivo. A partir desse ano, os casos de óbitos foram decrescentes (Figura 8). Seria relevante analisar quais ações foram executadas nesse período que ocasionaram na redução de notificação e óbitos, pois esse levantamento mapearia as iniciativas que deram certo e que devem continuar para trazer mais benefícios ao programa.

Toda rede de investimento voltada para HIV/Aids pode trazer benefícios sociais e para saúde pública da cidade, desde prevenção, diagnóstico precoce e os tratamentos.

O diagnóstico precoce pode possibilitar uma assistência adequada ao portador do vírus, controlando o desenvolvimento da AIDS. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto da epidemia na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite também conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento.

Há populações que são fortemente estigmatizadas e historicamente excluídas dos serviços, como, por exemplo, travestis, profissionais do sexo masculino e feminino, usuários

de drogas, homossexuais, jovens em situação de rua. É importante a promoção e a ampliação do acesso ao serviço a essas pessoas, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico com aconselhamento.

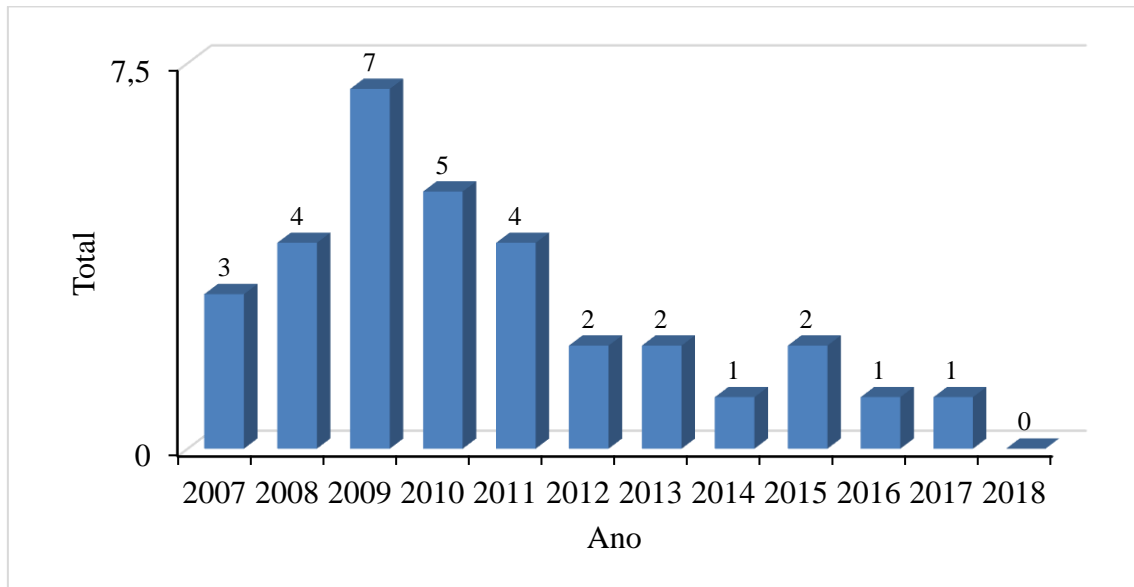


Figura 8. Óbitos nos anos de 2007 a 2018 de portadores de HIV-AIDS em Lavras - MG (SINAN, 2018).

Semelhantemente aos dados de notificação, os óbitos entre as raças também foi maior para pessoas de raças autodeclaradas brancas, com valor 100% maior do que os óbitos dos soropositivos de raças parda e preta.

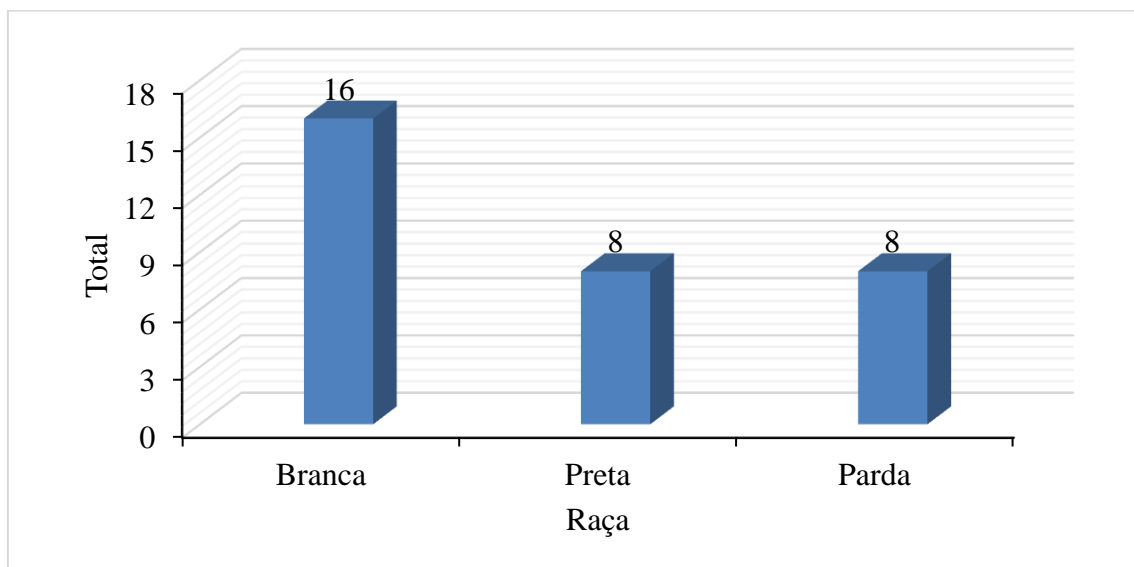


Figura 9. Frequência dos óbitos nos anos de 2007 a 2017 de portadores de HIV-AIDS, por raça em Lavras – MG (SINAN, 2018).

As Figuras 10, 11 e 12 apresentam os óbitos durante os anos de 2007 a 2017, dentro dos grupos raciais. Observa-se na Figura 10 que o ano de 2014 foi aquele com maior pico de notificação, quatro mortes de pessoas pretas portadoras de HIV/Aids. Para as pardas (Figura 11) o maior foi em 2016, com três notificações. Enquanto, para as brancas, houve dois momentos de pico, nos anos de 2009 e 2015, além de ser o único grupo que apresentou maior homogeneidade nas notificações de morte durante o período levantado (Figura 12).

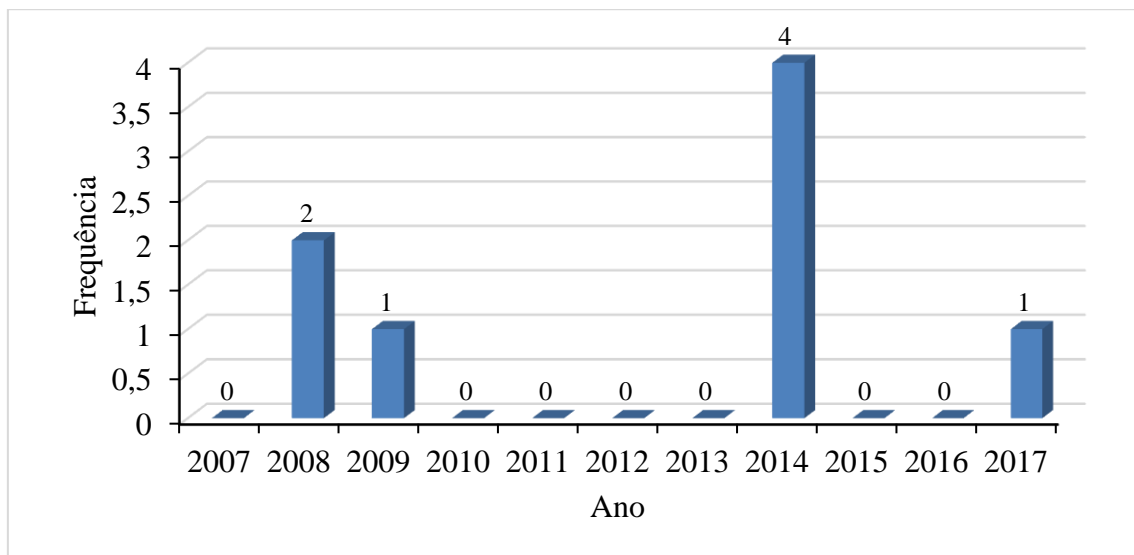


Figura 10. Frequência dos óbitos nos anos de 2007 a 2017 de portadores de HIV-AIDS, para raça preta em Lavras – MG (SINAN, 2018).

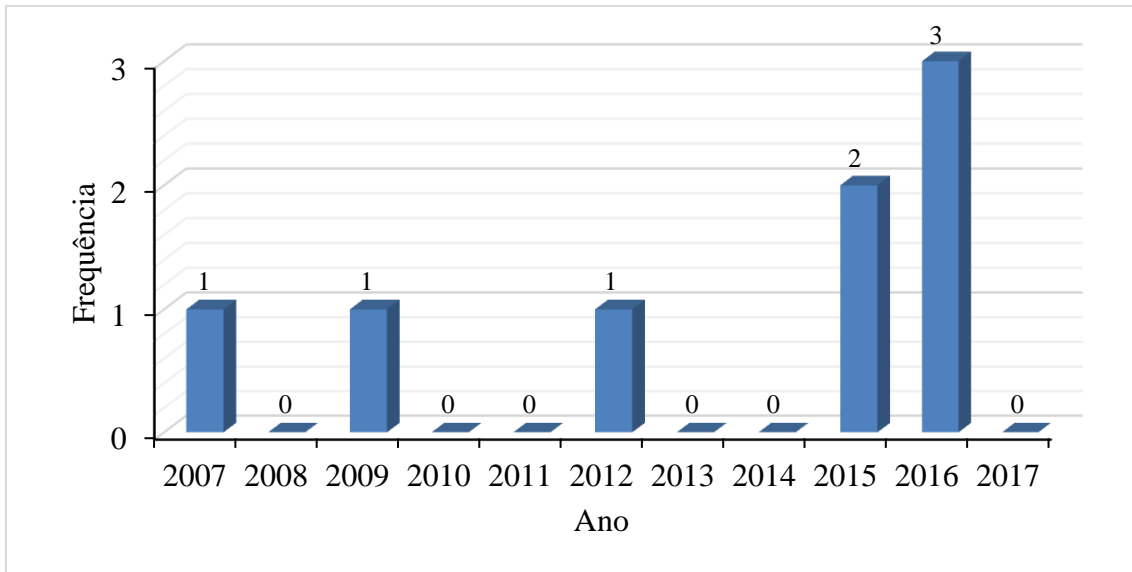


Figura 11. Frequência dos óbitos nos anos de 2007 a 2017 de portadores de HIV-AIDS, para raça parda em Lavras - MG (SINAN, 2018).

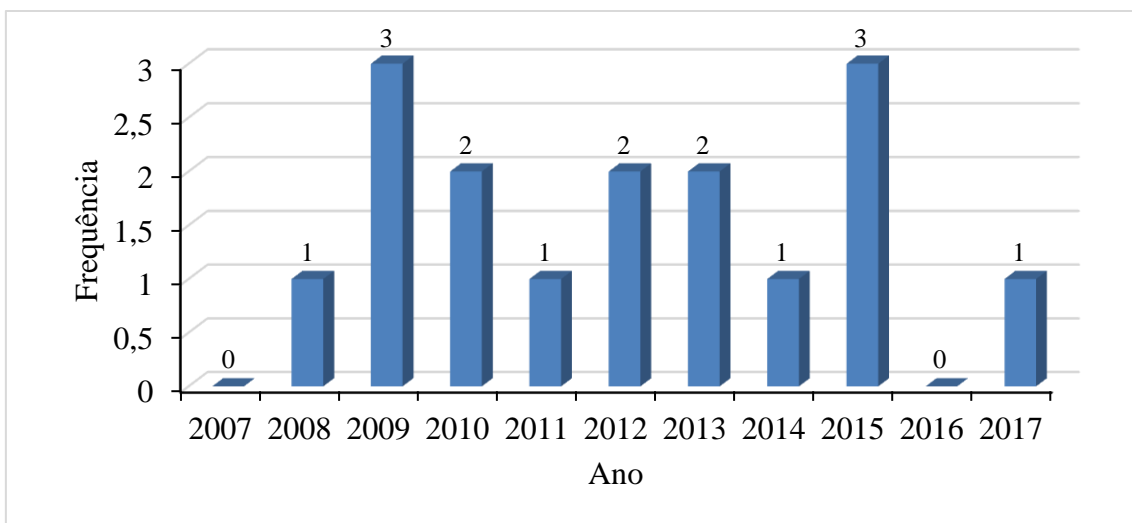


Figura 12. Frequência dos óbitos nos anos de 2007 a 2017 de portadores de HIV-AIDS, para raça branca em Lavras - MG (SINAN, 2018).

A população com faixa etária maior que 30 anos representa a faixa etária mais atingida pela infecção no município de Lavras, assim como no restante do país, (Figura 13). O segmento dos mais jovens compreende um dos grupos mais expostos ao HIV por manter o maior número de parceiros eventuais sem usar preservativo (PAIVA et al., 2003).

A faixa etária mais atingida pela AIDS também se refere à população economicamente ativa trazendo uma perda substancial em mão de obra para o país. Acima de 50 anos observa-

se que há um número reduzido de infecções por HIV, uma vez que há 20 anos, quando surgiu a epidemia, estas pessoas já haviam passado da faixa etária de risco. No entanto, em um futuro próximo pode haver um aumento na incidência de AIDS na população idosa, devido à maior expectativa de vida das pessoas atualmente infectadas.

Logo, o investimento em campanhas preventivas, em escolas e comunidades, dirigidas a crianças e adolescentes é de extrema importância na redução da infecção pelo HIV nas camadas mais jovens da população. Pois, nesta faixa etária, o comportamento sexual ainda está em fase de formação, o que possibilita um sucesso maior em ações educativas. Em contrapartida, as campanhas educativas e informativas dirigidas à população adulta enfrentam o desafio de alterar um comportamento sexual pré-estabelecido. E, para alcançarem sucesso os programas de prevenção precisam trabalhar com orientação educativa, disponibilizar os testes sorológicos, facilitar o acesso aos serviços de tratamento da dependência de drogas e equipamento estéril de injeção.

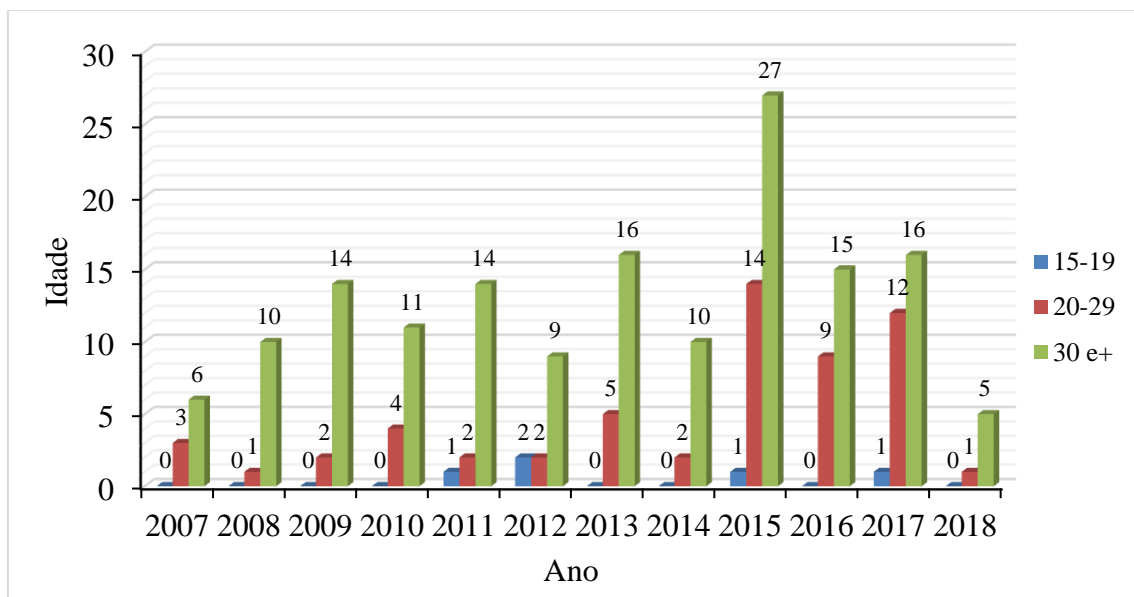


Figura 13. Frequência de notificação de casos de HIV-AIDS nos anos de 2007 a 2018 por faixa etária em Lavras - MG (SINAN, 2018).

O conhecimento da situação da disseminação do vírus HIV e casos de AIDS na cidade de Lavras são importantes para os planos de políticas públicas do município, pois o dinamismo das notificações entre homens e mulheres, a prevalência das ocorrências entre as

peessoas com mais de 30 anos e a diminuição de óbitos demonstra a eficácia das estratégias governamentais para a saúde do portador do vírus.

Contudo, a epidemia do HIV/Aids representa, ainda hoje, um grande desafio para a saúde pública. Durante os mais de trinta anos da doença no Brasil, veem-se profundas desigualdades sociais em nosso país. A população brasileira foi atingida pelo vírus de forma complexa, instável, disforme e variável. Assim, medidas de prevenção isoladas e fragmentadas se mostraram insuficientes para conter a transmissão e controlar a epidemia.

A Lei Federal 9.313, de 13 de novembro de 1996, é uma conquista da sociedade brasileira organizada, pois garante o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral no Brasil. Foi também estruturado o acesso da população aos exames de monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, bem como aos insumos e ações de prevenção. Tais conquistas são construídas, no Brasil, em sintonia com princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e participação social.

Essas dimensões se desdobram em distintos campos de ação na experiência brasileira de luta contra a epidemia, construindo inclusão, combate ao estigma e respeito a todos. Envolve, também, um conjunto de ações que vão desde os aspectos relacionados à prevenção, acolhimento, aconselhamento, autocuidado e monitoramento nas diferentes fases de evolução da doença, até os aspectos clínicos, psicossociais, econômicos e epidemiológicos, direcionando essas ações para a valorização da vida e propiciando qualidade no viver das pessoas portadoras do HIV/AIDS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou caracterizar e ilustrar a ocorrência de notificações de pacientes soropositivo e óbitos de HIV/Aids na cidade de Lavras dos últimos 12 anos. Período de tempo relativamente curto em relação ao início da epidemia da doença no Brasil, nos anos 80. Todavia, para o município de Lavras, o SINAN disponibiliza dados apenas de 2007 a 2018. Apesar da limitação de dados disponíveis, as notificações estudadas desse período de tempo permitem avaliar o comportamento da disseminação do vírus na sociedade lavrense.

À medida que se mantem a disseminação do vírus da AIDS em uma comunidade faz-se importante o levantamento dos dados das novas notificações, bem como a sua divulgação. Uma vez que tal informação pode auxiliar aos gestores públicos no plano de políticas públicas voltadas para pessoas soropositivas. Além disso, pode-se avaliar a eficiência das campanhas e práticas em prol da prevenção da doença já realizadas.

Com a análise dos dados de notificações de soropositivos em Lavras dos últimos doze anos (de 2007 a 2018) observou-se que houve dinamismo nas notificações anuais da doença, no entanto, crescente ao longo do tempo estudado. Prevalece notificações de casos para pessoas brancas, com faixa etária acima dos 30 anos e homens. Os óbitos de pacientes soropositivo são decrescentes, fato que demonstra efetividade do tratamento antirretroviral nos pacientes HIV+ do município, traduzido na maior longevidade dos pacientes portadores da doença.

A maior incidência de notificações de HIV/Aids na cidade de Lavras ocorre em homens de raça branca e acima de 30 anos. O conhecimento dos grupos que prevalecem a contaminação do vírus é essencial para mapear os fatores de risco. Assim, direcionar a essa agremiação maior atenção na inserção de ações voltadas a prevenção e tratamento do HIV/Aids.

Não foi possível analisar precisamente os pacientes soropositivos da cidade de Lavras devido à falta de informações necessárias à caracterização e especificação dos grupos. Faltam informações socioeconômicas, sobre a contaminação vertical (que é a transmissão do HIV de mãe para filho) e mapeamento geográfico. Informações essas que seriam de extrema importância na elaboração de políticas públicas de prevenção e tratamento da doença. Tais informações que hoje são inexistentes como: dados socioeconômicos, mapeamento geográfico da infecção e transmissão vertical, podem ser futuramente coletados para dar suporte à

tomada de decisão das políticas públicas voltadas à Aids no município. E assim, serem mais acertadas no alcance do objetivo maior: erradicar a doença.

Por fim, a análise dos dados estatísticos desse estudo permitiu com que fosse descrita a disseminação do vírus HIV na cidade de Lavras ao longo de 12 anos. O estudo revelou que a disseminação da doença no município assemelhou-se com a ocorrida no resto do país: queda no número de óbitos ocasionados pelo HVI, maior longevidade dos portadores do vírus, expansão da doença a grupos que, no início da infecção, não eram o mais afetados, como: mulheres, heterossexuais e crianças. Concentração da infecção em homens, acima dos 30 anos e brancos.

Informação que permite ampliar a visão sobre o panorama da doença no município e fornecer subsídio para órgãos de planejamento e definição de políticas públicas voltadas para prevenção e tratamento dos pacientes vivendo com HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde Soc.*, São Paulo, p. 89-99, 2005.

ANDRADE LOM. Evolução das Políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 271-7. 277. In: Andrade LOM, Barreto ICHC, organizadores. *SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Anexo II – O perfil dos SAE 2000 [acesso em 10 maio 2018]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/assistencia/AIDS1/relativ>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Resolução 272/2002 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2002. Disponível em:

<http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=98:resolucao-cofen-2722002&catid=36:resolucoes&Itemid=43>. Acesso em: 21 de maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST, Ano VIII, n 01- 26 a 52 semanas epidemiológicas de julho a dezembro de 2010 e 01 – 26 semanas epidemiológicas de janeiro a junho de 2011. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [legislação na internet]. Diário Oficial da União 1996. [acesso em 06 jun 2018]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122864>.

Boletim Epidemiológico. Aids no Brasil: epidemia concentrada e estabilizada em populações de maior vulnerabilidade. Volume 43 No 1 – 2012. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-8-a-10-Aids-no-Brasil.pdf>> acesso em: 25 maio. 2018.

CASTRO-SILVA CR, HEWITT WET, CAVICHIOLI S. Igualdades e dessimetrias: a participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. *Psicol Soc* 2007;19(2):79-88.

COLOMBRIN, M. R. et al. *Enfermagem em infectologia: cuidados com o paciente internado*. São Paulo: Atheneu, 2004.

COLOMBRINI, M. R.; CECCATO, L. M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.40, n.4, p.576-581, 2006.

CORDEIRO, G.M.. *O Amadurecimento da Pesquisa e Ensino de Estatística no Brasil*. arScientia, 2006.

DRAIBE, Sonia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA e CARVALHO (org.) *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

FIOCRUZ. Introdução. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em maio 2018.

FONSECA MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):333-43.

FONSECA AF. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

FORMOZO GA, OLIVEIRA DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm* 2010;63(2):230-237.

GALVÃO J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. *Cad Saúde Pública* 2002;18:213-9.

GRANGEIRO A, ESCUDER MML, CASTILHO EA. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):430-41.

GRANGEIRO A, TEIXEIRA L, BASTOS FI, TEIXEIRA P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(supl):2-12.

GOMIDE, A. & PIRES, R., 2014. Capacidades Estatais e Democracia: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: Ipea.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. *Planejamento e Políticas Públicas – PPP*, no 36, Jan/Jun, IPEA, 2011. <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/issue/view/30>

JANNUZZI, Paulo de Martino. Métodos de pesquisa social aplicados à Avaliação de Programas. In: *Monitoramento e Avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.

KOURROUSKI, M. F. C. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MALISKA ICA, PADILHA MICS, VIEIRA M, BASTIANI J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. *Rev Gaúch Enferm* 2009; 30(1):85-91.

MARQUES MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist Ciênc Saúde–Manguinhos* 2002;9(1):25-59.

MARTINS, R. J. et al. Percepção de Pacientes HIV- positivo de um centro de referência em relação à tratamentos de saúde. *J Bras Doenç Sex Transm.*, Rio de Janeiro, p. 107-110, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviços de assistência ambulatorial em DST/HIV e AIDS e Serviços de assistência especializada em DST/HIV e AIDS (SAE). Brasília, DF: O ministério; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/AIDS. Série Manuais, nº 70 [acesso em 27 maio 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ADT_2007.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. AIDS vinte anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional. Adaptado do texto original

de Kenneth Camargo. [acesso em 12 maio 2018]. Disponível em: http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília, DF: O Ministério; 2008.

PAIM JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2008. PAIVA, V. ; VENTURI, G. ; FRANÇA-JUNIOR, I.; LOPES, F. Uso de Preservativos: Pesquisa Nacional Ministério da Saúde!IBOPE, Brasil - 2003. Disponível em <http://www.aids.gov.br/bibliotecalibopec_2003/briefing2.doc > Acesso em 20 maio. 2018.

PARKER, R. G. Na contramão da AIDS- sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 487 p.

Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO IBGE. < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lavras/panorama> > acessado em 23/01/2018.

<https://www.vivaogapa.minhaportoalegre.org.br/#block-3157> acessado em 20/03/2018.

ROCHA S. AIDS: uma questão de desenvolvimento?. In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.34-40.

SANTOS, A. T. O.; ALMEIDA, A. A.; BISPO, T. C. F.; CARDOSO, A. C. C. Novos avanços relacionados ao HIV/AIDS. Revista enfermagem contemporânea. Salvador, dez. 2012.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-462, 2006.

SILVA ALCN, WAIDMAN MAP, MARCON SS. Adesão e não adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. Rev Bras Enferm 2009;62(2):213-220.

Secretaria de estado da saúde. Coordenação estadual de DST/AIDS [homepage na internet]. Manual de boas práticas para Unidades Dispensadoras de Medicamentos ARV [acesso em 27 dez 2010]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linhaguia/manuais/manual_de_boas_praticas_031008_net.pdf

SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Publicado: Segunda, 07 de Março de 2016, 21h33 | Última atualização em Quarta, 20 de Abril de 2016, 11h16. Disponível em < <http://portalsinan.saude.gov.br/sinan-net> > acessado em 23/01/2018.

SOUTO MC. Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]-Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

SZWARCWALD CL, CASTILHO EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. Cad Saúde Pública 2011; 27(suppl1):4-5.

UNIAIDS. RESUMO INFORMATIVO, 2017. Disponível em < https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf > Acesso em 20 maio.2018

VILLARINHO, M.; PADILHA, M.; BERARDINELLI, L.; BOREBSTEIN, M.; MEIRELLES, B.; ANDRADE, S. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 271-7.

TEMPORÃO JG. Editorial. In: Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/HIV/AIDS. Resposta Positiva: A experiência do Programa Brasileiro de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.