

As Prioridades Governamentais na Prevenção do HIV/AIDS

MARTHA AINSWORTH

As políticas públicas têm-se demonstrado uma arma efetiva na contenção da epidemia do HIV/AIDS. Os governos podem exercer um impacto decisivo ao oferecer incentivos para que as pessoas mais propensas a difundir o HIV adotem comportamentos mais seguros.

NÃO SE encontrou ainda a cura para o vírus da AIDS, e está longe a descoberta de uma vacina efetiva. A chave para se sustar a epidemia da AIDS nos países em desenvolvimento é prevenir a infecção pelo HIV mediante a mudança de comportamentos individuais. Que medidas se devem tomar para estimular essa mudança e a quais delas os governos deverão dar prioridade?

A chave é a mudança de comportamento

As características biológicas do HIV determinam, até certo ponto, o ritmo em que ele se espalha, mas o comportamento humano desempenha um papel crítico na transmissão. Pessoas que têm muitos parceiros sexuais e não usam preservativos e pessoas que se injetam drogas e compartilham equipamentos de injeção não-esterilizados correm o risco maior de contrair o HIV e sem saber infectar outras pessoas. Tipicamente, o vírus primeiro se espalha em uma série de pequenas epidemias entre os integrantes de grupos de comportamento de altíssimo risco; depois, difunde-se mais lentamente a partir deles para indivíduos de risco menor na população como um

todo. A rapidez e a profundidade com que a epidemia do HIV/AIDS se alastra em determinada população dependem em grande parte da intensidade com que as pessoas que têm muitos parceiros sexuais se misturam com outras de menos parceiros.

O relatório do Banco Mundial *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic* constata que as pessoas envolvidas em comportamento de alto risco agem no sentido de reduzir o seu risco de contrair e difundir o HIV quando dispõem de conhecimento e dos meios para fazê-lo e contam com o apoio da comunidade. O relatório destaca três estratégias para reduzir o comportamento de risco: fornecimento de informações, redução dos custos do comportamento mais seguro e elevação dos custos do comportamento de risco.

Conscientização. O conhecimento da penetração da infecção do HIV em uma comunidade, de como o vírus é transmitido e de como se pode evitar contrai-lo induzirá algumas pessoas a se comportar de maneira mais segura — por exemplo, passando a usar preservativos, a reduzir o número de parceiros sexuais, a esterilizar o equipamento de injeção ou a evitar o compartilhamento de agulhas. Na Tailândia, acredita-se que o anúncio em 1989 de que 44% das profissionais do sexo na cidade de Chiang Mai ao norte do país estavam infectadas com o HIV contribuiu para aumentar o uso de preservativos antes mesmo do lançamento de programas governamentais em larga escala. O uso de preservativos por parte dos jovens adultos nos EUA dobrou no final da segunda metade dos anos 80 devido à crescente conscientização do risco de contração do HIV.

Mas é improvável que apenas o conhecimento altere o comportamento individual de forma que baste para deter a epidemia do HIV/AIDS. Muitos dos indivíduos que se envolvem em comportamento de alto risco tendem a tomar decisões com base no que percebem como risco próprio de contrair o

HIV, ignorando os riscos a que as suas ações expõem os outros. Mesmo considerando o seu próprio risco de infecção, muitas pessoas persistem em comportamentos de risco porque os custos do comportamento mais seguro são claros e imediatos, mas os seus benefícios são incertos e distantes.

Redução dos custos do uso do preservativo e do comportamento seguro da injeção. Os preservativos são altamente efetivos para prevenir a transmissão do HIV, mas acarretam custos — não apenas o dinheiro e o tempo gasto em comprá-los, mas a inconveniência e o constrangimento e, para certas pessoas, a redução do prazer. A redução desses custos incitará mais pessoas a usar preservativos e levará a taxas mais baixas na transmissão do HIV. Em Kinshasa, República Democrática do Congo, um programa que ofereceu preservativos grátis às profissionais do sexo, tratamento para outras doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento e discussões de grupos teve resultados impressionantes. Apenas cerca de 11% daquela categoria de profissionais tinham usado “ocasionalmente” preservativos antes do programa; com a sua implementação, mais de dois terços relataram o seu uso de forma “coerente”. A incidência do HIV — o número de novos casos ao longo do tempo — caiu em dois terços. Ao mesmo tempo, a comercialização em massa de preservativos altamente subsidiados — conhecida como “comercialização social” — aumentou em Kinshasa a disposição dos clientes de usá-los. Sessenta países em desenvolvimento estão hoje com programas de comercialização social em andamento, tanto por razões de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de infecção do HIV como para fins de planejamento familiar.

Os usuários de droga por injeção enfrentam custos substanciais para adotar comportamento mais seguro. Para os verdadeiramente dependentes é muitas vezes difícil entrar nos programas de tratamento de

Martha Ainsworth, dos EUA, é economista sênior do Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento do Banco Mundial. É co-autora de *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*.

droga e doloroso suportá-los; daqueles que se submetem a esses tratamentos, entre 70 e 80% tipicamente retomam o uso da droga um ou dois anos depois. A escassez de equipamento de injeção esterilizado é uma das razões mais importantes para o seu compartilhamento por parte dos usuários de drogas, o que contribui para a difusão do HIV e de outras doenças veiculadas no sangue. A disponibilidade de equipamento de injeção esterilizado sofre grandes restrições em muitos países; a sua posse pode ser ilegal e levar à prisão.

Os programas de "redução do dano" diminuem esses custos e aumentam o comportamento seguro de injeção entre pessoas que não podem parar de se injetar drogas. Eles incluem medidas como a legalização de compra no balcão de agulhas e seringas, distribuição de produtos esterilizantes, troca de agulhas, divulgação por colegas educadores e referências para o tratamento da dependência. Os programas de troca, que fornecem equipamento novo e esterilizado em troca daqueles usados, reduzem o compartilhamento de agulhas e retiram as usadas de circulação. Credita-se a esses programas a manutenção dos níveis de infecção pelo HIV abaixo dos 5% entre os usuários de droga de cidades como Glasgow, Escócia, e Tacoma, EUA, enquanto as taxas de infecção subiram até 40% ou mais em cidades vizinhas. Em Kathmandu, Nepal, um programa que oferecia a troca de agulhas, produto esterilizante, educação e atendimento médico aos usuários de droga por injeção baixou a frequência da injeção em um terço e o número de injeções inseguras pela metade; a prevalência do HIV permaneceu baixa — menos de 2% dos usuários de droga por injeção — enquanto a prevalência do HIV entre os usuários de droga na Índia e no Mianmar disparou para 60% ou mais. As avaliações desses programas não constataam que eles encorajam as pessoas a começar a se injetar drogas, mas existem provas substanciais de que eles reduzem os tipos de comportamento que difundem o HIV.

Elevação dos custos do comportamento de risco. Uma estratégia alternativa para reduzir o comportamento de risco é torná-lo ilegal, mais difícil ou mais custoso — por exemplo, pela colocação em prática de leis contra o sexo comercial ou o uso da droga ou pela redução da oferta da droga. Essa estratégia pode agradar a muitas pessoas, porque a prostituição e o uso de drogas que provocam a dependência apresentam externalidades substanciais negativas para o restante da sociedade — a difusão de doenças sexualmente transmissíveis e veiculadas no sangue, o aumento da criminalidade e a elevação dos custos para o cumprimento da lei e o encarceramento. Mas as tentativas de proibir ou regulamentar esses comportamentos são caras e difíceis de colocar em prática e raramente têm sucesso em eliminá-los ou controlá-los. A proibição pode desencorajar algumas pessoas, mas acaba levando outras para a "marginalidade", onde é mais difícil os programas de saúde pública

atingi-las, e o problema termina assumindo novos contornos. Cingapura tentou erradicar a prostituição fechando as "zonas", mas os bordéis surgiram nas áreas residenciais. A legalização da prostituição torna o segmento do mercado do sexo comercial mais fácil de ser alcançado e regulamentado, mas tende a elevar os preços dos serviços sexuais regulamentados, dando origem a um mercado paralelo de custo mais baixo de profissionais do sexo não regulamentados, que são mais difíceis de se alcançar. A regulamentação oficial da prostituição em Melbourne, Austrália, fez o número de bordéis declinar em dois terços, mas o preço do sexo nos bordéis subiu e o número das prostitutas mais baratas que "faziam trottoir" aumentou.

Da mesma forma, tentativas de restringir o suprimento de drogas ou de colocar os viciados na cadeia podem não apenas falhar na diminuição do ritmo de transmissão do HIV como podem gerar efeito contrário. Os esforços para controlar o fumo do ópio em Bangcoc e Calcutá induziram os viciados a mudar do fumo para a injeção de heroína, aumentando o risco de transmissão do HIV. A ameaça de prisão é notoriamente ineficaz para fazer os dependentes abandonarem a droga; o HIV se expande com grande rapidez entre os detentos que continuam a se injetar drogas usando agulhas compartilhadas, equipamento improvisado como bicos de caneta esferográfica e tubos de borracha, difíceis de esterilizar.

É difícil medir-se o impacto da elevação dos custos do comportamento de risco na transmissão do HIV, porque esse comportamento é muitas vezes clandestino. O sexo comercial ou a injeção de drogas por si próprios não espalham o HIV, mas sim o não-uso de preventivos e o compartilhamento de agulhas e seringas não-esterilizadas. Dados os custos elevados de se fazer cumprir a lei, a possibilidade de que o comportamento inseguro possa de fato aumentar como resultado das proibições e a comprovação de que as pessoas adotam comportamento mais seguro quando os incentivos são cor-

retos, os programas que reduzem os custos do comportamento mais seguro tendem a ser mais efetivos em razão dos custos na prevenção da transmissão do HIV.

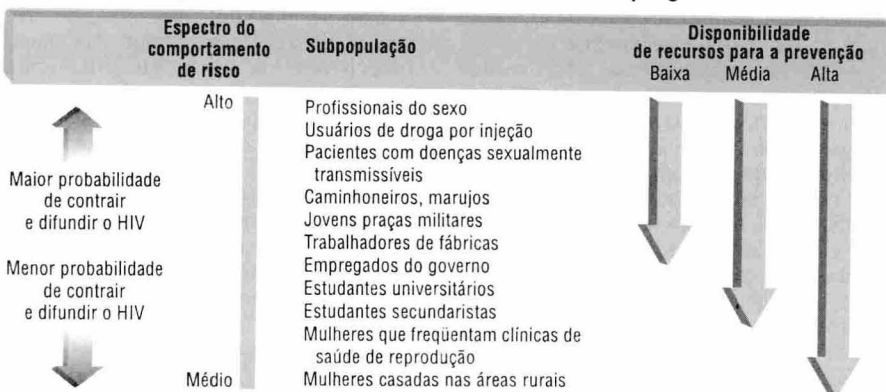
Prioridades do governo

Diante das consequências atroz do HIV/AIDS, são poucos os que discordam da necessidade que os governos dos países em desenvolvimento têm de conter a epidemia. Mas esses governos enfrentam numerosas demandas prementes e a escassez de recursos. Que atividades deverão receber prioridade?

Os governos têm duas responsabilidades básicas na prevenção da difusão do HIV/AIDS: reduzir as externalidades negativas do comportamento de alto risco e produzir bens públicos (ver, neste número, *Enfrentando a AIDS*). É possível que algumas sociedades queiram fazer mais do que isso e tenham dinheiro para fazê-lo. Mas essas duas atividades, essenciais para estancar a epidemia, são prioridades para todos os governos porque, sem a sua ação, os indivíduos e as empresas particulares careceriam de incentivo para fazer o que é necessário. Os governos também têm a responsabilidade de proteger o pobre, que na maioria dos países será melhor atendido pelas medidas que impedem a infecção entre os indivíduos de alto risco.

Prevenindo o HIV entre os mais propensos a espalhá-lo. Em razão das externalidades negativas do comportamento de alto risco, os governos deverão empenhar-se a fundo na prevenção entre as pessoas mais inclinadas a contrair e difundir o HIV. Medidas preventivas que atinjam pessoas com muitos parceiros sexuais, por exemplo, contribuirão para proteger mais a população geral da infecção do que medidas preventivas voltadas para pessoas que têm poucos parceiros sexuais. Um programa para profissionais do sexo em Nairóbi, Quênia, ilustra de maneira intensa esse ponto. Mediante o tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis de 500 profissionais do sexo

Gráfico 1
Disponibilidade de recursos e cobertura do programa

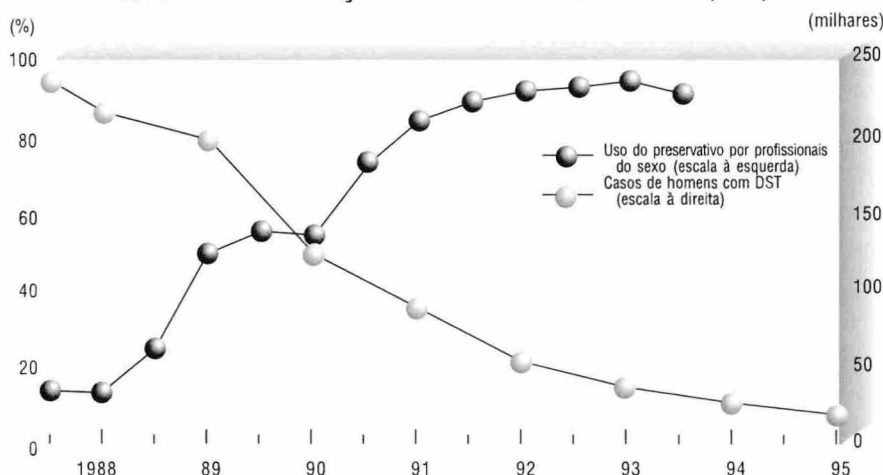


Fonte: World Bank. *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*. New York, Oxford University Press for the World Bank, 1997.

Nota: Este é apenas um exemplo hipotético e não pretende refletir a situação de qualquer país em particular.

Gráfico 2

O aumento do uso de preservativos pelas profissionais do sexo na Tailândia faz declinar as doenças sexualmente transmissíveis (DST)



Fonte: Rojanapithayakorn, Wiwat & Hanenberg, Robert. The 100% condom program in Thailand. *AIDS*, 10(1):1-7, 1996.

e o aumento do uso do preservativo em seu meio para 80%, o programa impediu 10 mil infecções de HIV por ano entre os seus clientes e as mulheres e outros parceiros desses clientes. Se, porém, o uso do preservativo fosse aumentado para 80% em um universo igual de homens tomados aleatoriamente da mesma comunidade, teriam sido evitadas apenas pouco menos de 100 infecções por ano.

Portanto, no estabelecimento de prioridades as medidas de prevenção deverão concentrar-se primeiro na prevenção entre pessoas com o mais alto risco de transmitir o HIV (gráfico 1). À medida que recursos adicionais se tornarem disponíveis, o trabalho da prevenção poderá ser progressivamente estendido para as pessoas com menos probabilidade de difundir o vírus.

As simulações mostram que em países em que os níveis de infecção pelo HIV são baixos, a prevenção da transmissão entre aqueles com comportamento de altíssimo risco pode ser suficiente para impedir a difusão de uma epidemia. Mesmo em países em que o HIV já está espalhado, provavelmente a estratégia mais efetiva em função dos custos é a de conter a difusão do HIV, ainda que se tenha de atingir um grupo muito maior para fazer os níveis de infecção baixarem rapidamente.

Direta ou indiretamente, os governos dos países em desenvolvimento *podem* implementar esses programas com êxito em larga escala. Na Tailândia, um programa multifacetado aumentou o uso de preservativos nos bordéis para mais de 90% das profissionais do sexo (gráfico 2). Ao mesmo tempo, o número de pacientes com outras doenças sexualmente transmissíveis, como gonorréia e sífilis, caiu em 90%. A infecção pelo HIV entre jovens praças do exército alcançou seu pico de 4% em 1993; desde então caiu para mais da metade. Outros países, como o Brasil e a Índia, tiveram êxito em atingir aqueles de comportamento de altíssimo risco aliciando

organizações não-governamentais, que muitas vezes são mais flexíveis e desfrutam de maior acesso aos participantes-alvo dos programas, o que lhes dá melhores condições para implementá-los.

Apesar desses sucessos, as provas disponíveis sugerem que a maioria dos países não atingiu o grosso das pessoas de comportamento de altíssimo risco.

- Em levantamentos realizados em sete países africanos atingidos duramente pela epidemia, perguntou-se aos pesquisados como eles poderiam se proteger a si mesmos para não contrair a AIDS. Dos pesquisados que tinham tido recentemente um parceiro sexual casual, somente 40-70% nomearam o preservativo como um meio de proteção.

- Pensa-se nos militares como um grupo de alto risco na contração e difusão do HIV pela frequência com que permanecem aquartelados longe de seus familiares. Um estudo sobre as medidas de prevenção de HIV/AIDS nos meios militares de 50 países industrializados e em desenvolvimento constatou que um quinto das autoridades militares não distribui preservativos e que a maioria das outras os distribui gratuitamente, mas apenas a pedido.

- Uma pesquisa dos Assessores do Programa por País da Unids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) para 32 países em desenvolvimento constatou que os esforços públicos e privados de prevenção do HIV raramente alcançam sequer a metade dos grupos de comportamento de alto risco. Na verdade, muitos governos impediram que os esforços de prevenção atingissem os usuários de drogas por injeção e os homossexuais masculinos.

Fornecendo informações. Os governos também precisam investir em bens públicos essenciais para o controle do HIV: monitorar a infecção e o comportamento, fornecer informações sobre como o HIV pode ser transmitido e prevenido e avaliar os custos e os efeitos das diferentes

abordagens. Da mesma forma, os doadores bilaterais e multilaterais têm a responsabilidade de investir em informações que constituem um bem público "internacional": pesquisa médica sobre uma vacina que possa ser efetiva nos países em desenvolvimento; tratamentos de baixo custo e efetivos para a AIDS em países de baixa renda; e avaliação da efetividade em função dos custos de intervenções comportamentais e médicas no campo.

Os fatos disponíveis sugerem que, para os esforços de prevenção serem bem-sucedidos, muitos países precisam investir em informação sobre o tipo e a distribuição do comportamento de risco na população e, entre aqueles de comportamento de risco, sobre a prevalência da infecção do HIV. Todavia, menos de 20 países em desenvolvimento realizaram pesquisas sobre o comportamento sexual. Em 1995, um quarto de todos os países em desenvolvimento ainda não tinha iniciado a monitoração sistemática da prevalência do HIV. Mais de um terço dos 123 países estudados para o relatório *Confronting AIDS* não dispunha de informações sobre a prevalência do HIV nas populações com comportamento de alto risco nos últimos cinco anos. E, o que é igualmente crítico, pouquíssimos estudos tinham tentado medir os custos e os efeitos dos programas e quase nenhum incluía a prevenção de infecções secundárias como um de seus benefícios.

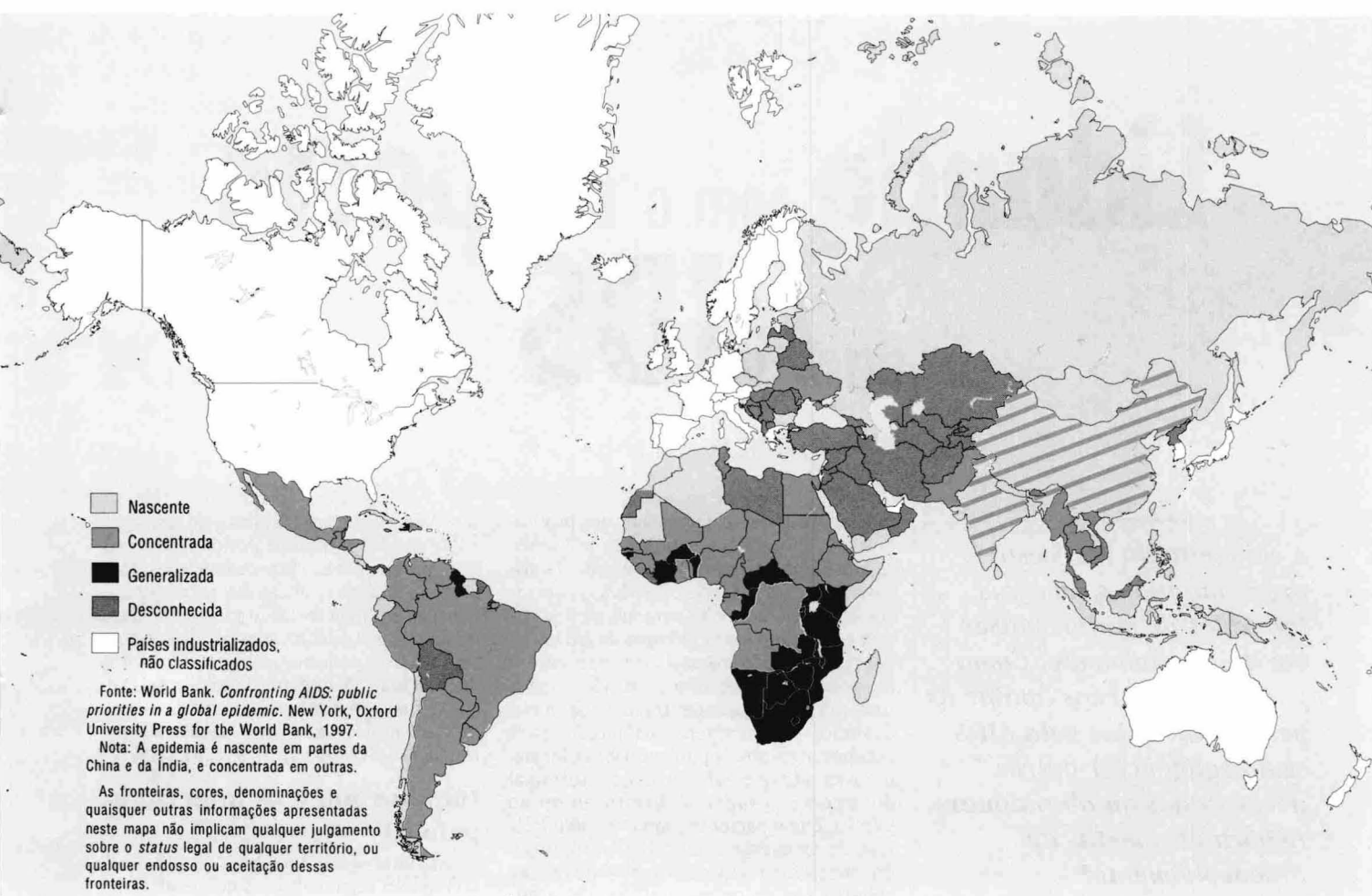
A necessidade de ação já

Os modelos epidemiológicos prevêm que entre 1996 e 2001 de 10 a 30 milhões de pessoas nos países em desenvolvimento serão infectadas pelo HIV. Mas esse quadro pode ser alterado. A rapidez na ação poderá salvar milhões de vidas. *Confronting AIDS* classifica os países em desenvolvimento pela extensão em que o HIV se difundiu entre as pessoas de comportamento de altíssimo risco e delas para a população geral (gráfico 3).

- Cerca de 2,3 bilhões de pessoas (metade da população do mundo em desenvolvimento) vivem em áreas em que a epidemia é "nascente" — ou seja, o HIV infectou menos de 5% das pessoas que se presume terem comportamento de alto risco. Bangladesh, Filipinas e Indonésia e a maioria dos países da ex-URSS, bem como vastas áreas da China e da Índia, se enquadram nessa categoria. A ação imediata para prevenir a infecção nos grupos de altíssimo risco pode afastar a difusão da epidemia.

- Cerca de 1,6 bilhão de pessoas vivem em países com epidemias "concentradas" — ou seja, mais de 5% dos indivíduos de altíssimo risco foram infectados pelo HIV, mas a taxa da infecção para o restante da população é ainda baixa. A maior parte da Indochina, da América Latina, da África ocidental, bem como a província da Yunnan, da China, e cerca da metade da Índia, têm epidemias concentradas. A experiência da Tailândia mostra que ação concertada focalizada nas pessoas com comportamento de altíssimo risco pode

Estágio da epidemia da AIDS nos países em desenvolvimento



ter impactos imediatos, mesmo em caso de epidemias concentradas.

• Cerca de 250 milhões de pessoas vivem em países com epidemias “generalizadas”. A taxa da infecção do HIV nesses países é elevada nos grupos de comportamento de altíssimo risco, e 5% ou mais das mulheres que visitam clínicas pré-natais estão infectadas, o que indica que o HIV está amplamente difundido na população geral. A maioria dos países da África oriental e meridional, alguns poucos países da África ocidental e a Guiana e o Haiti se encaixam nessa categoria. Esses países devem lidar com o impacto da grave epidemia da AIDS, ao mesmo tempo em que mantêm fortes programas de prevenção, sobretudo entre aqueles com maior probabilidade de difundir o vírus.

Mobilização do apoio político

Na prática, em todos os países que hoje enfrentam uma grave epidemia de AIDS

algum dia se ouviu dizer: “Isto não pode acontecer aqui!” De início, as autoridades negaram que os tipos de comportamentos responsáveis pela transmissão do vírus existissem em suas culturas e incriminaram os estrangeiros. Mas estavam erradas.

Não é difícil entender por que a negativa é uma resposta tão comum. Quando somente algumas pessoas apresentam a doença, as autoridades e o público têm dificuldade em perceber a urgência das medidas preventivas; os programas necessários para impedir a transmissão do vírus são muitas vezes objeto de controvérsia; e outros problemas de desenvolvimento parecem mais prementes. Infelizmente, a negativa rouba da sociedade um tempo precioso durante o qual a ação prematura e focalizada poderia afastar a epidemia. Como normalmente a infecção pelo HIV é seguida por um longo período assintomático — de oito a 10 anos —, à época em que um número significativo de casos de AIDS aparece e o público desperta para a ameaça do HIV/AIDS, muitas pessoas já foram infectadas. Nesse ponto, a prevenção da epidemia é mais custosa e mais difícil.

Programas que visam a prevenir o HIV entre os grupos de comportamento de altíssimo risco são controversos mas salvam vidas. Sem eles, a epidemia não poderá ser sustada. As respostas emocionais não são uma boa linha de conduta para se lidar com este problema de saúde pública. O público precisa entender que a maneira mais efetiva de prevenir uma epidemia que pode acabar afetando a todos nós de alguma maneira é estimular os mais propensos a contrair e espalhar o HIV a que adotem comportamentos mais seguros. A estigmatização e a discriminação desses indivíduos são contraproducentes. Somente enfrentando essas difíceis questões os países em desenvolvimento conseguirão neutralizar o trágico impacto da AIDS. **F&D**

Este artigo baseia-se no relatório de pesquisa de política do Banco Mundial, Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic. New York, Oxford University Press for the World Bank, 1997.