

## TRINTA ANOS DE AVANÇOS POLITICOS E SOCIAIS E OS NOVOS DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA AIDS NO BRASIL

### THIRTY YEARS OF SOCIAL AND POLITICAL DEVELOPMENTS AND NEW CHALLENGES FOR CONFRONTING THE AIDS IN BRAZIL

### TREINTA AÑOS DE PROGRESO POLÍTICO Y SOCIAL Y NUEVOS RETOS PARA LA LUCHA SIDA EN BRASIL

Welynton Antônio de Souza<sup>1</sup>, Jessica Adrielle Teixeira Santos<sup>2</sup>, Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>3</sup>

#### RESUMO

O presente trabalho constitui-se de uma síntese histórica das três décadas de enfrentamento da Aids no Brasil, que teve como alicerce teórico artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e textos da legislação brasileira. Constata-se que a resposta do Governo Federal aconteceu quando a doença já se encontrava instalada no País, e embora grandes avanços tenham sido alcançados nos últimos anos, persistem muitos desafios, como minimizar o estigma da doença, melhorar a qualidade de vida das pessoas que (con) vivem com a doença, efetuar o diagnóstico precoce, articular as políticas públicas com a sociedade civil organizada, incorporação do

conceito de vulnerabilidade nas ações programáticas e diminuir situações de risco. Para tanto, é necessário que as políticas públicas levem em conta as novas demandas médicas e psicossociais, visando à integralidade e à melhoria crescente dos serviços prestados.

**Descritores:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; políticas públicas; revisão; artigo histórico.

#### ABSTRACT

This is a historical overview of three decades of coping with AIDS in Brazil, which had as its theoretical foundation papers and official documents of the Ministry of Health, and texts of Brazilian legislation. Notes that the federal government's response came when the disease was installed in the country, however, breakthroughs have been made in recent years, however, many challenges remain, such as "stigmatize"

<sup>1</sup> Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência. E-mail: [welsouth22@hotmail.com](mailto:welsouth22@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. E-mail: [jessicadrielle@yahoo.com.br](mailto:jessicadrielle@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. E-mail: [mlfoliveira@uem.br](mailto:mlfoliveira@uem.br)

the disease, improving quality of life of people live with the disease, early diagnosis; linkages between public policy and civil society, incorporating the concept of vulnerability and reduce risk situations. Therefore, it is necessary that public policies are linked to new medical and psychosocial demands, aiming to improve the completeness and increasing the services provided.

**Key- words:** Acquired Immunodeficiency Syndrome; Public Policies; Review; Historical Article

## RESUMEN

El presente trabajo constituye una revisión histórica de tres décadas de enfrentar el SIDA en Brasil, que tenía los papeles fundamento teórico y documentos oficiales del Ministerio de Salud y los textos de la legislación brasileña. Parece que la respuesta del Gobierno Federal se produjo cuando la enfermedad ya estaba instalada en el país, ya pesar de grandes avances se han hecho en los últimos años, aún quedan muchos retos, como "desestigmatizar" la enfermedad, mejorar la calidad de vida de las personas (con) vivir con la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz, articular las políticas públicas con las organizaciones de la sociedad

civil, incorporando el concepto de vulnerabilidad y las situaciones de reducción de riesgos. Para ello, es necesario que las políticas públicas tengan en cuenta las nuevas exigencias médicas y psicosociales, con el objetivo de mejorar la integridad y el aumento de los servicios prestados.

**Descriptor:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Políticas Públicas; Revisión; Artículo Histórico.

## INTRODUÇÃO

A aids é considerada uma doença emergente que mostrou ao mundo os limites da Saúde Pública e da medicina, pois na década de 1980 as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas poderiam ser controladas pela moderna tecnologia e conhecimento. Representa atualmente um dos maiores problemas de saúde, em função de seu caráter pandêmico e de sua gravidade, e os desafios para o seu controle extrapolam os limites da medicina e refletem no comportamento, a cultura e os costumes da humanidade<sup>1</sup>.

Em 1982 o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), de Atlanta, nos Estados Unidos da América (EUA), estabeleceu a primeira definição de caso de aids, orientando o processo de vigilância epidemiológica da doença.

No Brasil, a primeira definição de caso de aids em adulto foi estabelecida em 1987, e no ano seguinte foi estabelecida a primeira definição de caso de aids em criança, ambas baseadas nos critérios do CDC<sup>2</sup>.

A definição de caso de uma doença representa o conjunto específico de critérios aos quais um determinado indivíduo deve atender para ser considerado um caso da doença sob investigação. No caso específico da aids, as alterações clínico-epidemiológicas e laboratoriais constantes da doença fazem urgir a necessidade de constantes atualizações dos critérios de definição de caso<sup>2</sup>.

Devido a magnitude dos agravos ocasionado pela imunossupressão resultante da infecção pelo vírus, cientistas europeus e norte-americanos iniciaram uma corrida em busca de possíveis modos de combater o agente causador da nova síndrome, e o número crescente de pesquisas tornou a resposta da comunidade científica à aids uma das mais rápidas da história da ciência moderna<sup>1</sup>.

Paralelamente à resposta científica, observou-se a resposta social à doença, que clamavam por uma resposta das entidades governamentais e autoridades em saúde à nova doença, que atingia principalmente grupos

específicos e mais vulneráveis da sociedade. São exemplos dessa força social, organizações sociais feministas, de homossexuais, de usuários de drogas, de hemofílicos, de talassêmicos e de profissionais do sexo, ou seja, grupos sociais considerados mais expostos<sup>1,3</sup>  
4.

Considerando-se que assumir o enfrentamento da aids é estabelecer ações para um “alvo em movimento” e que em nenhuma outra parte do mundo a epidemia sofreu transformações tão profundas e rápidas como no Brasil, estabelecer pesquisas históricas sobre a doença possibilita o resgate de sua recente trajetória e ilumina o leque de opções para a natureza dos múltiplos fatores que promovem ou inibem efetivas políticas públicas e intervenções em saúde.

Assim, objetiva-se no presente estudo realizar um breve resgate histórico das políticas de enfrentamento da aids no Brasil, refletindo sobre os avanços alcançados, a partir da constatação do problema de saúde pública, e os principais desafios a serem enfrentados, como forma de contribuir para a discussão científica sobre o assunto.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Realizou-se uma investigação descritiva e analítica, por meio da técnica de investigação documental e bibliográfica, em textos de artigos científicos e de descrição de políticas públicas direcionados ao controle e enfrentamento da aids. A pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias, enquanto a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias<sup>5</sup>.

Foram utilizados como fontes primárias documentos do Ministério da Saúde e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a legislação nacional sobre o tema e outros documentos que direcionam o enfrentamento da aids desde o ano de 1980. Como fontes secundárias, recorreu-se a artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde e a livros que abordavam aspectos relacionados à temática.

Após a seleção dos textos que constituíram o alicerce metodológico do estudo, procedeu-se a uma análise de conteúdo dos documentos relacionados. A apresentação dos resultados foi dividida em duas unidades de análise.

Na primeira foi feita uma síntese dos avanços políticos brasileiros direcionados ao controle e enfrentamento da aids no âmbito da saúde e dos direitos humanos, bem como das importantes contribuições dos movimentos sociais; e na segunda unidade foram elencados os desafios a serem enfrentados, para facilitar a compreensão do leitor.

## **PERCURSO HISTÓRICO DAS TRÊS DÉCADAS DE ENFRENTAMENTO DA AIDS.**

No Brasil a aids só começou a ser encarada oficialmente como problema de saúde pública no ano de 1985, quatro anos depois dos primeiros registros da doença no País. Até então, o que se tinha eram esboços de ações, porém nada específico que tratasse o problema de forma clara e objetiva<sup>1, 4</sup>.

Entretanto, apesar dessa incipiência assistencial aliada ao desconhecimento público da infecção pelo HIV, os fatores políticos, sociais e culturais que mais tarde influenciaram essa história já implicavam uma rede dinâmica e intensa de mobilização social<sup>3</sup>.

Passados quatro anos da constatação do primeiro caso no país, apesar de o número de infectados crescer assustadoramente, o Governo

Federal brasileiro, acompanhando a tendência mundial, não assumia sua responsabilidade diante do quadro, considerando ser uma doença sem magnitude epidemiológica e circunscrita a grupos específicos da população, o que impedia sua caracterização como problema de saúde pública<sup>1</sup>.

Não obstante, com o avanço da epidemia, dos conhecimentos científicos sobre a doença, da pressão exercida pela imprensa e grupos organizados da sociedade, e a pressão sobre os hospitais privados para atenderem pacientes com aids, ficou visível a necessidade de o Estado estabelecer medidas de combate à nova epidemia.

Dessa forma, em 1985 foi criado o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS), considerado a primeira estratégia voltada ao combate à aids no Brasil. Esta iniciativa tornou-se referência mundial no tratamento e atenção à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>3</sup>.

A missão do PN-DST/AIDS era reduzir a incidência da infecção pelo HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que conviviam com a aids. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras do vírus e outras DST, de

redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV, de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade, de redução do estigma e da discriminação, melhoria da gestão e da sustentabilidade das ações de enfrentamento<sup>6</sup>.

Paralelamente às reações governamentais começaram a surgir as casas de apoio aos doentes com aids, como as organizações não governamentais (ONG), que representaram a resposta da sociedade civil organizada ao combate à epidemia, apesar de inicialmente assumirem um trabalho independente, mantiveram relações de cooperação com governos. As ONG têm realizado, no Brasil e no mundo, importante e significativo trabalho de assistência, produção de serviços sociais, de educação e saúde, acompanhamento das ações governamentais, diminuir o preconceito e análise da epidemia<sup>1, 3</sup>.

A sinergia entre ações do PN-DST/AIDS e os movimentos sociais possibilitou o fortalecimento da rede assistencial, a criação de serviços ambulatoriais especializados, de centros de testagem e aconselhamento sorológico e dos hospitais-dia, onde os

(as) pacientes permaneciam por determinado período e posteriormente retornavam às suas casas, o que facilitava o manejo clínico e ao mesmo tempo garantia uma melhor qualidade de vida a esse usuário (a)<sup>6</sup>.

Com o passar do tempo essas estratégias vêm se mostrando não apenas eficazes do ponto de vista da redução da mortalidade, mas também eficientes na economia de recursos, na medida em que os gastos com tratamento da aids em seus estágios iniciais consomem menos recursos que as repetidas internações dos (as) pacientes em estado grave.<sup>5</sup>

O apoio da classe artística também foi outro elemento de extrema importância na condução das políticas de enfrentamento da epidemia, pois por meio de sua visibilidade e de seu contato direto com os meios de comunicação procurava minimizar o estigma e o preconceito mediante campanhas educativas. Registros revelam que a partir dessas organizações a política de aids passa a ganhar força, tornando-se prioridade nas ações governamentais e assim garantindo financiamento estável para seu desenvolvimento<sup>4</sup>.

Importantes aspectos políticos, econômicos e sociais articularam-se para desenhar o perfil das respostas à

infecção no país. A articulação entre governo e sociedade civil no enfrentamento da epidemia da aids, resgata o movimento sanitário consagrado com a Constituição de 1988, quando foi estabelecido o SUS. Esse momento da história aliada à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, serviram de base para a criação e implementação dessa política, reconfigurando o sistema de saúde no cenário brasileiro e permitindo assim o acesso e a garantia, por lei, aos direitos universais de todos (as) os usuários (as) de saúde<sup>3</sup>.

No ano de 1986 surge o primeiro medicamento para tratamento da aids, o antirretroviral zidovudina (AZT), capaz de interferir na multiplicação do HIV no organismo; porém a resistência desenvolvida pelo vírus ao novo medicamento exigiu dos pesquisadores novas alternativas. Foi então que se passou a utilizar a terapia medicamentosa combinada conhecida popularmente como “coquetel”, que proporcionou condições para que a aids deixasse de ser considerada uma sentença de morte e passasse a ser vista como um agravo crônico passível de tratamento a longo prazo<sup>7</sup>.

Como esses medicamentos eram caros, grande parte dos indivíduos infectados não tinha acesso a eles. Para

corrigir essa situação, a Lei n.º 9.313, de 1996, garantiu aos portadores do HIV e doentes com aids o direito de receber gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária para o tratamento, cabendo ao Ministério da Saúde padronizar os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção ou da doença. Dessa forma, o Brasil tornou-se o único país do mundo a financiar cem por cento do tratamento com a terapia antirretroviral (TARV)<sup>8</sup>.

Essa nova lei, sem sombra de dúvida, foi um grande avanço político, pois, reafirmou o texto da Constituição Federal e as diretrizes do SUS, e garantiu o direito do acesso à saúde aos indivíduos infectados pelo vírus. Não obstante, foram necessários quase 10 anos para que o acesso a farmacoterapia fosse disponibilizada gratuitamente, nesse período tantas vidas foram perdidas por inacessibilidade aos medicamentos antirretrovirais. Fatos como estes corroboram o já mencionado atraso histórico do Ministério da Saúde em desenvolver ações de enfrentamento da epidemia da aids.

Outra grande conquista foi a obrigatoriedade, estabelecida pela Lei 7.649, de 1987, do cadastramento dos doadores de sangue, bem como da realização de exames laboratoriais no

sangue coletado, entre eles o teste anti-HIV, mas foi somente em 1989 que esta lei foi operacionalizada, por meio da Portaria 721, do Ministério da Saúde, que estabeleceu as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados<sup>1</sup>.

Passada a surpresa inicial do surgimento da aids, em 1990 inicia-se um novo período na história da doença, pois, com a implementação da farmacoterapia, esta passou a ser vista como uma possível doença crônica, sem o peso das epidemias passadas<sup>1</sup>.

Esse período é caracterizado como a fase de reações à epidemia de aids, marcado por diversas formas de cooperação entre ONG brasileiras e o Programa Nacional de Aids, como um período em que os poderes públicos intervieram para coordenar e controlar as diferentes iniciativas de prevenção e promoção da saúde de indivíduos doentes. Esse cenário nacional foi impulsionado pelo “Aids I”, projeto em que o Banco Mundial, graças a acordo assinado em 1993, financiou atividades de combate à epidemia<sup>9</sup>.

Entre as mudanças ocorridas podem-se citar a Lei Federal N.º 9.656, de 1998, que obriga os planos de saúde a incluírem a aids como agravo tratável, quando for o caso. No ano de 2002 portarias ministeriais, garantem

incentivo financeiro aos estados e municípios que desenvolvam projetos relacionados ao enfrentamento da aids, tais como o Projeto Nascer, que tem como objetivos gerais reduzir a transmissão vertical do HIV e reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita, além de determinar a oferta da testagem para HIV e sífilis em todas as gestantes 10-12.

Ainda no ano de 2002, foi aprovada a Lei Complementar 10.409, que introduz e normatiza a redução de danos como estratégia de saúde pública; mas essa lei foi revogada pela Lei N.º 11.343, de 2006. Surgiu então o conceito de vulnerabilidade nas ações e políticas de saúde, como forma de substituir a noção de grupos de risco e a visão comportamentalista e culpabilizadora. O paradigma da “vulnerabilidade” torna-se a base de muitas das ações e estratégias nos campos governamental, acadêmico e da sociedade civil organizada, pois reconhece que conjunto de aspectos individuais (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical), sociais (acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais) e programáticas e/ou institucional (existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o

problema da aids) predisõem e direcionam o indivíduo para determinadas situações<sup>13, 14</sup>.

Como o crescimento do conhecimento médico-científico acerca da aids não acompanhava a redução do número de novos casos ganharam destaque os projetos de prevenção, que visavam motivar as pessoas a modificarem comportamentos considerados de risco<sup>3</sup>. Nessa perspectiva, o trabalho não se resume a passar informação, mas contribui para tornar as pessoas capazes de identificar suas próprias necessidades e ter possibilidades de dispor do conhecimento, na forma que quiserem e puderem, para assim ajudarem a si e aos outros no combate à epidemia <sup>14</sup>.

Considerando a importância da epidemiologia na criação de políticas públicas, o Ministério da Saúde criou, em 2004, o Monitoraids, um programa de monitoramento dos casos de aids no Brasil. Esse programa permite visualizar a distribuição geográfica e o comportamento epidemiológico da doença, servindo como base para a criação de novas iniciativas e políticas públicas de controle e combate à doença, tanto no âmbito regional quanto no nacional<sup>4</sup>.

Mais recentemente, em 2009, por meio da Portaria n.º 151, o

Ministério da Saúde passou a disponibilizar o teste rápido. Esse novo método de testagem busca detectar infecções pelo HIV que ainda não apresentam sintomas, para que seja tratada precocemente e barre a cadeia de contágio<sup>15</sup>. Entretanto, limitações estruturais, de recursos e insumos, impedem que esse recurso diagnóstico seja amplamente realizado na população em geral<sup>15</sup>.

Diante das inúmeras resoluções, portarias e leis que foram surgindo conforme a realidade epidemiológica da época, os efeitos do tratamento da epidemia foram se refletindo nos dados sobre a doença e as estimativas assustadoras vão dando lugar a dados animadores, comprovando a eficácia das iniciativas. Dados do Boletim Epidemiológico Aids 2010 reforçam a tendência de queda na incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos<sup>6</sup>, e também evidenciam a redução satisfatória da taxa de mortalidade desde meados dos anos 1990<sup>16</sup>.

Soma-se aos avanços na área da saúde a conquista de importantes garantias no âmbito dos direitos humanos, como o direito à licença para o tratamento de saúde, a possibilidade de o HIV positivo levantar os valores correspondentes ao Fundo de Garantia

por Tempo de Serviço (FGTS), a isenção de imposto de renda sobre aposentadoria e a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e a pacientes que por sua condição de saúde atual estejam inaptas a exercer sua função profissional<sup>4</sup>.

Apesar das importantes vitórias, ainda existem barreiras a serem vencidas, pois a ideia que permeia o imaginário brasileiro ainda é carregada de preconceitos e estigmas, e as ações de combate à situação epidemiológica, apesar de eficazes, apresentam-se, em muitos casos, orientadas para a culpabilidade e responsabilidade individual.

## **DESAFIOS ATUAIS: REFLETINDO SOBRE O NOVO PANORAMA DA EPIDEMIA DE AIDS**

Os desafios para o futuro das políticas públicas diante da aids no Brasil estão relacionados principalmente com a manutenção dos princípios éticos e de direito à saúde presentes nas propostas dessas políticas, igualmente frutos de incessante luta da sociedade brasileira por intermédio das ONG, da mídia e de instituições públicas<sup>1</sup>.

Envelhecer com Aids é algo que as gerações que contraíram a doença não consideravam possível nos anos

1980 e 1990. O tempo passou e, contra todos os prognósticos, conseguiram envelhecer, mas muitos têm seus problemas de saúde multiplicados, assim como os econômicos. Com a criação dos antirretrovirais, uma geração de pessoas portadoras do vírus sobreviveu e envelheceu e suas complicações de saúde são inéditas, assim como os efeitos colaterais a longo prazo da terapia, tornando a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas um desafio para os serviços de saúde.

Procurando relacionar o tratamento e a melhor qualidade de vida de indivíduos que fazem uso prolongado de terapia antirretroviral, inúmeros cientistas de todo o mundo, motivados pelo desafio da busca da cura da doença, vêm empreendendo esforços para a obtenção de medicamentos mais eficazes. Resultados recentes, divulgados por um grupo de pesquisadores da University of Massachusetts, prometem revolucionar a farmacoterapia da doença, pois, ao contrário das tentativas fracassadas para obtenção de uma vacina, eles apostam na identificação e destruição dos esconderijos do HIV no organismo, por meio de medicamentos altamente específicos<sup>17</sup>.

O atraso do diagnóstico também é uma realidade a ser superada, pois,

além de maior risco de morte, o desconhecimento da condição sorológica torna a situação preocupante, tendo-se em vista que estes portadores transmissores silenciosos da doença e conseqüentemente aumentam os gastos do sistema público de saúde. Visando aperfeiçoar as ações de diagnóstico e tratamento relacionados ao HIV, o Brasil tem investido na utilização de testes rápidos. Apesar disso permanece alto o número de pessoas que estão infectadas pelo HIV e não sabem da sua condição sorológica<sup>18</sup>.

A humanização do atendimento às populações vulneráveis é um exercício que requer envolvimento qualificado de todos - governo, ONG, sociedades médicas, profissionais de saúde, órgãos de saúde, escolas, empresas e a sociedade em geral, pois por trás das estatísticas, está o sofrimento de milhares de pessoas atingidas de diversas formas pela aids no Brasil; uns por viverem com o HIV, outros por acompanharem a luta destes ou por terem perdido companheiros, filhos, pais e amigos.

Outra preocupação é a incidência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas, seja por sexo desprotegido, seja pelo compartilhamento de seringas e/ou outros materiais com potencial de

transmissibilidade da doença. Apesar do Boletim Epidemiológico 2012 ter notificado apenas 25 casos nessa categoria, a subnotificação ainda é persistente. Assim, a implantação do Programa de Redução de Danos e/ou estratégias redutoras de danos em unidade locais de saúde, constituem meios de consolidar uma rede de enfrentamento à epidemia.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais também elenca uma série de desafios para o futuro, entre os quais: diminuir o número de novas infecções e mortes, com ênfase em populações vulneráveis; incrementar ações intersetoriais com vista à diminuição de riscos, considerando as desigualdades regionais; ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e outras DST; incrementar ações para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, bem como reduzir a coinfeção pela tuberculose; ampliar o acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde e apoio social, incluindo a atenção primária; dar sustentabilidade ao acesso universal ao tratamento; e ampliar as garantias de direitos humanos às pessoas que convivem com HIV/Aids<sup>18</sup>.

Tão importante como essas medidas de prevenção e controle é

necessário incentivar o incremento de atividades de prevenção no cotidiano dos serviços de saúde, que ainda são muito tímidos, pois, apesar das terapias medicamentosas, que garantem uma sobrevida maior ao indivíduo soropositivo, a aids é ainda uma doença incurável. Dessa forma, a promoção da saúde deve ser o alicerce de todas as ações desenvolvidas, por meio do qual todos os segmentos populacionais são informados dos riscos e modos de prevenção, diminuindo o preconceito e o estigma intrínsecos ao contexto sociocultural do país.

Pode-se dizer também que o desafio da prevenção está na implementação de propostas que atendam às necessidades de superar as desigualdades regionais no que concerne ao acesso aos insumos e à qualidade da atenção, assumindo que a epidemia assume em cada local e em cada subgrupo populacional<sup>18</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta breve análise da trajetória da aids nas três últimas décadas, pôde-se constatar que a resposta do Governo Federal à epidemia aconteceu de modo tardio, quando a doença já se encontrava instalada no País; entretanto é possível observar que houve muitos avanços no controle da epidemia da

aids, em ações de prevenção contra o HIV e de tratamento da doença, e em conquistas de direitos aos portadores da doença e às suas famílias. É também unânime a importância da atuação da sociedade civil organizada, que tem méritos por inúmeros avanços, sobretudo no que tange à desmitificação da doença e consolidação de ações voltadas para a melhoria na qualidade de vida do indivíduo soropositivo.

O surgimento da aids anulou a ideia que pairava na sociedade de que as doenças infecto-contagiosas haviam terminado e/ou fossem um flagelo das regiões onde predominasse a pobreza, e devido à natureza incurável da doença, evidenciou as limitações do saber médico-científico. Talvez o pânico maior causado pelo surgimento da aids tenha sido a percepção dessa limitação em uma medicina tida como poderosa.

Pode-se dizer que, diferentemente de outras epidemias passadas, a aids se beneficiou dos recursos disponibilizados pelas sociedades modernas, e em poucos meses/anos disseminou-se pelo mundo, atingindo magnitude inimaginável para a época. Por outro lado, na mesma velocidade com que se propagou tal epidemia, obtivemos significativos avanços, em relação tanto aos aspectos

clínicos da doença quanto às políticas públicas e garantias de direitos sociais.

As estatísticas comprovam que, apesar dos avanços significativos no enfrentamento da epidemia no País, esta continua também a avançar, adotando um perfil que caracteriza nossas diferenças sociais, econômicas e culturais, entre outras. Como outros problemas de saúde pública presentes no Brasil, a aids assumiu o papel de denunciar essa desigualdade<sup>1</sup>.

Entre os principais desafios discutidos, podemos mencionar a manutenção dos princípios éticos e de direito à saúde, acesso aos serviços de saúde e de assistência social de qualidade, obtenção de medicamentos mais eficazes; diagnóstico precoce; humanização do atendimento; incentivo a prática de redução de danos; diminuir o número de novas infecções e mortes, com ênfase em populações vulneráveis; incrementar ações intersetoriais com vista à diminuição de riscos, considerando as desigualdades regionais.

A Aids está longe de ser efetivamente controlada, mas a incorporação dos avanços alcançados até o momento subsidiaram e orientaram a caminhada para a superação dos desafios aqui elencados.

## REFERÊNCIAS

1. Marques MCC. A história de uma epidemia moderna. A emergência política da Aids/HIV no Brasil. Maringá: EDUEM, 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Critérios e definição de casos de aids em adultos e crianças./ Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
3. Galvão J. AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo Editora, 2000.
4. Camargo LA, Capitão CG. Uma Abordagem Histórica e Conceitual da AIDS: Novas Perspectivas, Velhos Desafios, 2010. Disponível em: <http://www.profala.com/artpsico110.htm>. Acesso em: 19 de fev. de 2011.
5. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindan JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. 2009; 1: 1-15.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/AIDS Princípios e Diretrizes. Brasília. 13-33,1999.
7. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. Revista Escola de Enfermagem USP 2006; 40(4): 576-81.
8. Brasil. Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm). Acesso em: 18 de fev. de 2011.
9. World Bank Operations Evaluation Department (OED) Brazil First and Second AIDS and STD Control Projects, Project Performance Assessment Report, Washington DC April 27, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.314, de 20 de dezembro de 2002. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/16461-2314.html>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002a. Cria o Projeto Nascermaternidades, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV e a mortalidade associada à sífilis congênita estipulando mecanismos de atendimento à parturiente e ao recém-nascido. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/le>

- gislacao/id2171.htm. Acesso em: 19 de fevereiro de 2011.
- 12.** Brasil. Lei 9.656 de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm). Acesso em: 18 de fev. de 2011.
- 13.** Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA / Relume - Dumará / IMS - UERJ, 1993. (História Social da AIDS, n. 1).
- 14.** Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface \_ Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(11): 11-24.
- 15.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS n. 151 de 14 de Outubro de 2009. Disponível em: <http://www.pncq.org.br/pdfs/portaria151-2009.pdf>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2011.
- 16.** Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet – Saúde no Brasil*, mai. 2011: 47-60.
- 17.** Steverson M. Afinal, a Aids tem cura? *Scientific American- Brasil*. n. 43 (edição especial), 2011, p. 46-51,.
- 18.** Brasil. Ministério da Saúde. Acesso universal no Brasil Cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010. Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais – CNAIDS, 2010.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2012-09-10  
Last received: 2013-01-17  
Accepted: 2015-01-22  
Publishing: 2015-01-30