

COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AÍDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS

UNDERSTANDING THE AIDS PANDEMIA IN THE LAST 25 YEARS

Agnes Caroline S Pinto¹, Patrícia NC Pinheiro², Neiva FC Vieira³, Maria Dalva S Alves⁴

RESUMO

Introdução: a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) ao longo desses anos vem mudando o seu perfil, e o conhecimento da trajetória da pandemia da aids é algo que nos chamou muito a atenção. **Objetivo:** compreender a pandemia da aids no Brasil, nesses 25 anos de existência. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva, com caráter documental, que utilizou como fontes os artigos das bibliotecas virtuais e livros, num total de 34 referências no período de novembro a dezembro de 2006. O estudo da epidemia levou em consideração aspectos envolvidos desde o seu surgimento no Brasil, na década de 1980, articulado com as políticas públicas envolvidas nesta pandemia, bem como o surgimento do HIV, a introdução dos anti-retrovirais e as novas tendências: interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização e, mais recente, juvenização, até os dias atuais. **Resultados:** foram divididos em quatro tópicos: a origem do HIV, as novas tendências: o que mudou? os medicamentos anti-retrovirais e as políticas públicas. A partir desses achados, revelou-se que as respostas oficiais à aids, desde o seu surgimento no Brasil, configuraram-se em diferentes estádios e estabeleceram, com muita dificuldade, políticas cuja característica principal está na participação da sociedade. **Conclusão:** considera-se a partir deste estudo que o compromisso político e a real mobilização das comunidades locais só poderão ter sucesso e fazer uma grande diferença, mesmo no contexto difícil das nações em desenvolvimento seriamente atingidas pela pandemia, caso exista a conscientização popular.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, epidemiologia, políticas públicas

ABSTRACT

Introduction: along the years the acquired immunodeficiency syndrome (aids) has been changing its profile, and gaining knowledge of the path of the aids pandemic is something that called a lot of attention to us. **Objective:** understand the aids pandemic in Brazil over the twenty-five years of its existence. **Methods:** it is a descriptive research, with documental approach, which used virtual libraries and books's articles as sources, with a total of 34 references in the months of November to December of 2006. The study of the epidemic considered the aspects involved form when it first appeared in Brazil, in the decade of 1980, together with the public politics involved in this pandemic, as well as the appearance of HIV, the introduction of the anti-retrovirus and the new tendencies: interiorização, feminização, heterosexual, pauperização and, more recently juvenização. **Results:** they were divided in four topics: the origin of HIV, the new tendencies: what changed?, the anti-retrovirus medicines and the public politics. Based on the data, it was found that the official responses to aids, since its breakthrough in Brazil, are found at different stages and, with a lot of difficult, it was established politics whose main characteristic is the participation of the population. **Conclusion:** from this study it is considered that the political commitment and to the local communities' real mobilization will only be successful and make great difference if there is an understanding on the behalf of the population.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome, epidemiology; public policies

INTRODUÇÃO

A pandemia da aids tornou-se um ícone de grandes questões que afligem o planeta, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial. Constitui-se, por conseguinte, um fenômeno, cuja forma de ocorrência, nas diferentes partes do mundo, configura-se como epidemias regionais com características e determinantes próprias¹.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da aids^{2,3}.

Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política^{3,4}.

Para podermos fazer uma reflexão sobre a situação da aids no mundo, vamos ressaltar alguns dados: diariamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV e desde o início da epidemia 20 milhões de pessoas faleceram e até 2010 a doença terá deixado na orfanidade 25 milhões de crianças. Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes em todo o mundo⁵.

Já no Brasil, os primeiros casos de aids confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo, e, desde o início da década de 1980 até hoje, existem aproximadamente 600 mil brasileiros com o vírus da aids². Do total de casos de aids, mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul, observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, apresentando queda da taxa em 2004².

Autores que fazem análise das tendências da epidemia e seus rumos no Brasil identificaram três direções importantes. Em primeiro lugar, há relativa tendência de expansão do número de casos entre as populações com baixo nível de renda e escolaridade, atingindo camadas sociais sem nenhuma ou quase nenhuma proteção social, tendência que é denominada por alguns autores como a “pauperização” da epidemia brasileira. Em segundo lugar, apesar de os casos se concentrarem nas áreas urbanas e regiões metropolitanas, verifica-se um processo de interiorização

¹ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará

² Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará

³ Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará

⁴ Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará
Financiado pela FUNCAP

da infecção no País, para municípios de médio e pequeno porte. Por último, e talvez o mais grave, consubstanciando a assim chamada feminização da epidemia, cresce significativamente o número de mulheres infectadas pelo HIV⁶. Isso decorre do fato de as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis^{3,7,8}.

Como conseqüência, a epidemia mostra hoje um “quadro marcado pelos processos de heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização”⁹. Apesar dos números notificados, no entanto, existe a tendência geral de estabilização no número de casos da epidemia, malgrado elevação do número de casos entre mulheres jovens de baixa renda e escolaridade, e entre os homossexuais jovens.

Segundo a Coordenação Estadual de DST/aids do estado do Ceará, o primeiro caso de aids identificado neste estado foi em 1983. De 1983 até agosto de 2006, segundo o Boletim Epidemiológico, foram notificados 6.923 casos de aids, dos quais o ano de 2005 foi o que apresentou o menor número: 253 casos novos. Este número total de casos coloca o Ceará no terceiro estado do Nordeste em número de casos. No início da epidemia até o primeiro trimestre de 2006, 18 municípios não haviam notificado casos, passando para 17 municípios, ou seja, a doença continua em expansão neste estado¹⁰.

A resposta nacional à prevenção do HIV é o trabalho que vem sendo executado tanto pelo governo quanto pela sociedade civil há quase duas décadas, com o objetivo de superar o maior número possível de obstáculos impostos pela doença, desde o início da epidemia até os dias de hoje¹¹.

Hoje o Programa Nacional de DST e aids, juntamente com seus parceiros, atua nos 27 estados da Federação, no Distrito Federal e em 390 municípios, que apresentam 80% do número de casos de aids no país. Os objetivos do Programa Nacional de DST e aids são: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST; ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST; e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/HIV/aids¹².

Diante de tantas mudanças observadas no cenário da pandemia da aids, surgiu o interesse em fazer um levantamento bibliográfico, no sentido de compreender e investigar esse novo panorama da aids, que hoje está na sua terceira década de existência e o que nos parece é que a sua urgência, em comparação com os primeiros 15 anos, vem desaparecendo, ou seja, a população começou a enxergar a aids como uma doença crônica. Então, este estudo será de grande importância no sentido de mostrar como realmente está a aids no Brasil e servir como fonte na formulação de novos documentos para a pesquisa científica.

OBJETIVO

Compreender a partir da literatura o panorama da aids nos últimos 25 anos.

MÉTODOS

O tipo de estudo que mais bem se adapta aos objetivos da pesquisa realizada é o baseado na abordagem exploratória e descritiva com caráter documental. Segundo Gil, esses tipos de estudo citados proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, e descrevem as principais características de uma população¹³.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, por estar interessada em descobrir e observar as mudanças ocorridas no período citado. O estudo também apresenta um caráter exploratório, ao buscar familiarizar-se com o fenômeno da epidemia da aids ou obter uma nova percepção da patologia¹⁴.

O caráter documental, que também caracteriza a pesquisa, é um tipo de estudo descritivo, que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações para análise e síntese de informações não-vivas¹⁵.

A pesquisa foi desenvolvida na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFC, com o auxílio de artigos científicos localizados nas bases de consulta – Lilacs, SciElo e Medline –, a partir dos descritores ou palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, origem, epidemiologia, vírus da imunodeficiência adquirida e anti-retrovirais, no período de novembro a dezembro de 2006, como parte das atividades desenvolvidas durante as 64 horas da disciplina – Metodologia da Pesquisa II, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Foram identificados 34 artigos que contemplaram o objeto do estudo, os quais foram analisados de acordo com a temática em foco e agrupados consoante com as divergências e convergências que os autores tiveram acerca do panorama da aids nos últimos 25 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contemplando o objetivo proposto para esta pesquisa, os resultados foram divididos em quatro tópicos: a origem do HIV, as novas tendências: o que mudou?, os medicamentos anti-retrovirais e as políticas públicas, que facilitarão o entendimento sobre a caracterização da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no Brasil e no mundo.

A Origem do HIV

De acordo com o Programa Nacional de Aids, a infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX. Os relatos iniciais contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus do macaco. Algumas experiências comprovam que o elo perdido na passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado com a questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África. A doença, então levada para pequenas comunidades da região central, disseminou-se pelo mundo todo com a globalização².

Esse relato da transmissão é confirmado por diversos autores, dos quais um admitiu que o vírus da aids tivesse passado do

macaco (principalmente o macaco verde) para o homem pelo contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas populações ingerir como alimento a carne de macaco mal cozida, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções) o vírus causal da doença¹⁶. Um grande estudioso na área e alguns seguidores, em seu artigo sobre aids e sua origem, admitiu como correta a hipótese de que o vírus precursor tenha passado de primatas para o homem, mas permanece sem explicação plausível o mecanismo pelo qual isso teria ocorrido^{16,17}.

Uma questão, porém, precisa ser respondida: onde surgiram os primeiros casos de aids? Em meio a essa pergunta, dois autores têm uma mesma opinião de que, embora os primeiros casos clínicos de aids tenham sido detectados em maio de 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em doentes do sexo masculino e homossexuais com quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi, uma análise retrospectiva, clínico-epidemiológica, puderam reconhecer a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Supõe-se, portanto, que o HIV tenha origem africana^{3,16}. Um relevante estudioso na área, ao escrever o seu artigo, concorda em parte com os autores há pouco citados, pois afirma que a origem do HIV-2 é, com certeza, africana, mas o problema da origem do HIV-1 continua ainda indefinido¹⁸.

E hoje, 25 anos após os primeiros casos de aids virem a público, cientistas confirmam que o vírus HIV que atinge os humanos realmente veio dos chimpanzés selvagens, naturais de Camarões².

Com relação à origem, concluímos que os autores em sua maioria (quatro) defendem a noção de que a aids se tenha originado do macaco ou de outros primatas africanos e somente um autor discorda desta afirmação, em parte, pois, segundo este, somente o HIV-2 é realmente africano.

As novas tendências: o que mudou?

Inicialmente, a aids foi considerada uma doença que atingia, preferencialmente, a população de homossexuais masculinos, o que foi unânime nos artigos e livros de vários autores consultados^{19, 2}.

Em relação, no entanto, à situação descrita, muitos boletins epidemiológicos ao longo desses 25 anos nos mostram que a realidade mudou e é a partir deste ponto que vamos descrever as tendências da epidemia.

Ao analisarmos os casos de aids por categoria de exposição, observamos que, entre os casos de aids masculinos, a população de homens que fazem sexo com homens foi a mais atingida no início da epidemia, chegando a apresentar cerca de 50% dos casos^{2,20}. Já na década de 1990, observou-se uma estabilização nesta categoria, representando, proporcionalmente, 18% dos casos.

Em contrapartida, nesta mesma década, observou-se o crescimento progressivo dos casos de transmissão heterossexual, atingindo, no ano de 1999, 32% dos casos. E hoje, no século XXI, os dados do Boletim Epidemiológico só vêm confirmar que a transmissão heterossexual masculina vem aumentando, de forma que

em 2005 foi registrado o maior percentual dessa categoria, com 44,2% dos casos.

Uma conseqüência do aumento dos casos de aids masculinos, em razão da transmissão heterossexual, é o aumento dos casos em mulheres. Desde o início da epidemia, a transmissão sexual vem apresentando mais de 75% dos casos de aids em mulheres, chegando em 2005 a 94,5%.

A razão de casos entre homens e mulheres variou de 6,5 casos, em média, no período de 1980 a 1990, para menos de dois casos masculinos para cada caso feminino desde 1999^{2,20}. E hoje, essa razão é de 1,4, o que podemos chamar de feminização e heterossexualização da epidemia, que é citada por vários autores^{3,5,7,8}.

Analisando-se a escolaridade como variável indicadora de condição sócio-econômica dos casos de aids, observa-se que a epidemia de aids no Brasil se iniciou na população de maior condição sócio-econômica, em indivíduos de mais de oito anos de escolaridade, mas hoje, como o maior número de casos se encontra em indivíduos com menor escolaridade, tem sido denominada de pauperização^{3,7-9,21}.

Outro aspecto importante a ser considerado como tendência da epidemia é o processo de interiorização. Na década de 1980, a epidemia era restrita aos centros metropolitanos. Na presente década, 70% dos municípios brasileiros já tiveram pelo menos um caso de aids registrado. Enquanto nos grandes centros ocorre uma desaceleração do crescimento, nos municípios menores a epidemia está em fase de expansão, e esta realidade foi descrita pelos autores há pouco citados e pelo Boletim Epidemiológico 2006, com exceção de dois grandes estudiosos, no sentido de que eles acham que não é possível apontar intensa interiorização da epidemia em virtude da tomada urbana da população brasileira nos últimos 40 anos²⁰.

Diante do que foi exposto, podemos concluir que nove autores citados anteriormente, embasados também pelos boletins epidemiológicos, concluem e concordam com a nova realidade da aids no país, que atinge principalmente as mulheres de baixa renda com a forma de transmissão principal sendo a heterossexual, maior do que a dos usuários de drogas injetáveis. Apenas com relação ao processo de interiorização é que dois autores em seu artigo discordam dos demais.

Segundo Parker, considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que o vírus tenha chegado ao país em meados da década de 1970, sendo primeiramente disseminado nas áreas metropolitanas do Centro-Sul, depois se dirigindo para as diversas regiões do Brasil. A maioria das ocorrências concentrava-se no Sudeste, ainda hoje prevalecendo essa estatística, de acordo o Boletim Epidemiológico de 2006, o qual, até junho de 2006, mostra-nos que, dos casos de aids, 62,3% concentram-se na região Sudeste, seguida das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Nota-se, porém, que as maiores taxas de incidência estão na região Sul, enquanto a incidência na região Sudeste se mantém estabilizada²².

Os medicamentos anti-retrovirais

Em 1986, surgiu o primeiro medicamento contra a aids, o AZT, mas apenas em meados de 1992 foi que o governo federal autori-

zou a distribuição gratuita da medicação ao portador de HIV e pacientes com aids, o que pode ser confirmado por diversos autores e também pelo Ministério da Saúde^{2,22, 23}.

A distribuição dos anti-retrovirais (ARV) permitiu reduzir em 50% a mortalidade por aids no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, o que reflete melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

A produção de medicamentos para aids tornou o programa brasileiro de distribuição de medicamentos auto-sustentável. No início da década de 1990 foi distribuída apenas a zidovudina e, hoje, são distribuídos 16 anti-retrovirais diferentes pelo Ministério da Saúde, conferindo uma diminuição drástica das infecções oportunistas, como, por exemplo, a tuberculose^{3,11}.

E o que hoje podemos comemorar com relação aos ARV é que a sobrevivência dos pacientes com aids que, em 1995 era de 18 meses após o diagnóstico, aumentou para 56 meses, em adultos, e para 67 em menores de 13 anos, e sua distribuição gratuita desde 1996 para toda a rede SUS².

Diante desta descrição da história dos ARV no Brasil, observamos que os autores citados possuem uma posição semelhante com relação ao tema, visto que foram embasados para a formulação de seus textos nos dados do Ministério da Saúde. Um estudo recente, no entanto, realizado por três autores, mostrou que a política de acesso universal no Brasil não é sustentável com as atuais taxas de crescimento do produto interno bruto, sem que o País comprometa investimentos em outras áreas²⁴.

Políticas públicas: como se desenvolveram ao longo desses anos?

O HIV/aids, epidemia que surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e pelo saber médico moderno, suscitou comportamentos e respostas coletivos, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos. No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, o HIV/aids constituiu-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública²⁵.

Parker mostra a complexidade e o dinamismo da epidemia do HIV/aids no Brasil e no mundo, salientando as grandes mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos, bem como a evolução das respostas sociais e políticas. Argumenta que, em virtude da urgência, as ações adotadas para responder à epidemia foram pouco avaliadas, apesar da tradição brasileira de análises críticas das políticas públicas em geral. Assim, a análise da elaboração das respostas políticas à epidemia de HIV/aids no Brasil constitui um espaço importante, abrangente e necessário de pesquisa²².

A evolução das políticas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas, considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação à doença, a participação de segmentos sociais e institucionais dife-

rentes na formação das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais.

As pesquisas realizadas pelo autor há pouco citadas apontam quatro fases na história do HIV/aids no Brasil, as quais, segundo ele, cruzaram-se de inúmeras formas com a história mais ampla da vida política no país. A primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, e caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, junto com uma onda de medo, estigma e discriminação. Na falta, porém, de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir de baixo, das comunidades afetadas e de setores progressistas, chegando até à formação das primeiras organizações não-governamentais²².

Com o surgimento de uma resposta no patamar federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no Brasil parece estender-se aproximadamente de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de DST/aids (PNDST/AIDS) mudou pela primeira vez os seus dirigentes, seguindo as mudanças políticas no período do governo Collor. É preciso, no entanto, frisar que essa abordagem estava cada vez mais técnica, o que não agradou as organizações não-governamentais, que queriam uma resposta rápida e agressiva²².

A terceira fase na evolução da resposta política à epidemia de HIV/aids, ainda segundo o autor, no Brasil, corresponde ao período de 1990 a 1992, que foi marcado por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando clara a dificuldade de sustentar uma resposta em longo prazo à epidemia, também ocorrendo um antagonismo crescente entre o Programa Nacional e todos os outros setores envolvidos com a resposta à epidemia²².

A quarta fase, assim chamada pelo autor, ocorre de 1992 até o presente momento, período que se caracteriza pela reorganização do PNDST/Aids no Ministério da Saúde e pela efetivação da política de controle da epidemia.

Por sua vez, Galvão apresenta, tendo como referencial a periodização sugerida pelo autor anteriormente citado, uma proposta igualmente relevante de identificação de fases diferentes na evolução dessas respostas no Brasil, dando ênfase às da sociedade, ou seja: 1981 a 1982, quando a aids era conhecida no Brasil apenas pela imprensa; 1983 a 1984, quando se tornou uma realidade para o Brasil; 1985 a 1989, período denominado pela autora como “anos heróicos”, por envolver diferentes iniciativas no confronto com a aids, muitas delas mais pessoais que institucionais; 1990 a 1991, fase marcada por modificações no cenário brasileiro de respostas à epidemia, com mudanças no Programa Nacional; e 1993 a 1996 (ano do término de sua análise), período marcado pela implementação de um novo modelo de gerência da epidemia de HIV/aids, com os empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro³.

Com relação aos dois autores anteriores, o terceiro autor entende que a evolução das políticas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil foi se estruturando em estádios que ele classificou em cinco períodos²³.

Segundo o mesmo autor, a primeira fase está compreendida entre os anos de 1970 até 1982, caracterizada como a “pré-histó-

ria” da aids no Brasil. Com essa expressão, Berridge denomina “pré-história da aids” o período em que estão presentes os aspectos sociais, políticos e culturais nos quais a doença se inseriu. E esse período é aquele que antecede ao conhecimento público e institucional sobre o HIV/aids e quando ocorre no campo da saúde a reforma sanitária, que foi essencial para a mudança da assistência à saúde no país²³.

Como segunda fase, o autor considerou o período de 1983 a 1986, propondo como elementos norteadores as seguintes questões: reconhecimento da aids pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros; instalação das primeiras respostas oficiais à aids nos estados, tendo como exemplo pioneiro o Programa Estadual de São Paulo; reconhecimento oficial da aids, pelo governo brasileiro, como um problema de saúde pública, mas sem articular uma resposta nacional de peso à epidemia e indo a reboque dos estados; e articulação das forças sociais e políticas para pressionar o estado e participar na elaboração de políticas ao HIV/aids. Então, diante das primeiras mobilizações sociais e quando centenas de casos já tinham sido detectados, é que o ministro da Saúde criou o Programa Nacional de DST/Aids, em 1985, assumindo assim a aids como um problema emergente de saúde pública²³.

A terceira fase, que o autor entende ser de 1987 a 1989, é aquela em que o Programa Nacional de DST/Aids foi realmente instalado e configurado. A coordenação nacional centralizou as ações e afastou-se dos programas estaduais e das ONG. Estas, por sua vez, fortaleceram-se ao longo dos anos e exerceram um papel importante na discussão e no enfrentamento de questões importantes com o Programa Nacional. A resposta oficial no plano nacional, no enfrentamento à epidemia de aids, finalmente começou a ser constituída, isso quase 2 anos depois que o ministro da Saúde a reconheceu como um problema de saúde pública emergente no país (maio de 1985).

A quarta fase, referida de 1990-1992, ou seja, o período Coltor, apesar de o referido tempo ser apontado como retrocesso na implantação das diretrizes e princípios importantes no combate à epidemia. Foi nesse tempo também que a distribuição gratuita da medicação foi autorizada pelo governo federal, um fato de grande avanço²³.

Ainda consoante a esse autor, a fase final de 1993 até o momento foi entendida como aquela em que os acordos internacionais, principalmente aqueles com o Banco Mundial, firmados a partir de 1993, passaram a ser os grandes mantenedores das ações programáticas referentes ao confronto com o HIV/aids. E, ao mesmo tempo que incentivaram e financiaram projetos de variadas entidades e de segmentos da sociedade brasileira, os recursos disponibilizados por esses empréstimos ajudaram a estimular um novo perfil de relação com o Programa Nacional, sendo, a partir de então, o Banco Mundial o grande financiador dos projetos dessas entidades^{3,23}.

Então, podemos assinalar que existe um consenso com relação à história das políticas públicas no Brasil. Outro ponto importante é o fato de que esses autores vieram a preencher em muito essa lacuna, constituindo marcos importantes no estudo relativo ao impacto social e à política de respostas à epidemia de HIV/aids no Brasil. Apesar de não discordarem entre si, porém, os autores

dividiram as fases das respostas à epidemia, de acordo como a percepção de cada um, o que não significa fatos diferentes, apenas eles os dividiram da forma que lhes foi mais adequada.

CONCLUSÃO

Considerando que o HIV/aids aportou no Brasil no início da década de 1980, período de intensa mobilização política e social, as respostas iniciais à epidemia deram-se de formas diversas em diferentes estados brasileiros e parece-nos que a tomada de decisão do Governo Federal em assumir oficialmente ao HIV/aids como um problema de saúde pública resultou de pressões de estados e municípios onde a epidemia crescia, da mídia nacional e de grupos militantes que se formaram inicialmente junto às respostas oficiais. E essa reflexão pode ser observada no tópico das políticas públicas, o qual retratou claramente as respostas políticas dos diversos agentes sociais no Brasil.

A sociedade, por meio das ONG, Igreja, mídia e outros grupos organizados, considerando o período em análise, passou a exercer importante função na formulação das políticas públicas com relação à aids no Brasil. Esse perfil foi-se fortalecendo na primeira década da epidemia no país, à medida que a sociedade também se fortalecia diante do processo de participação, pressão e cobrança de seus direitos, embora ainda hoje não os exerça em sua plenitude.

Com relação a tudo o que foi exposto sobre a história dos ARV no Brasil, vimos que, apesar de todos os avanços conseguidos durante esses 25 anos de epidemia, em termos de tratamento, melhoria da qualidade de vida e prognóstico, não se pode esquecer que a aids continua sendo uma doença incurável. A descoberta tardia em relação a ser soropositivo, além de piorar o prognóstico, causou e continua causando danos irreversíveis em termos de não-prevenção, à medida que o indivíduo infectado permanece longos anos transmitindo o HIV, sem estar ciente de sua situação, expondo a risco um número considerável de pessoas.

Nesse contexto, a informação e a prevenção da infecção permanecem essenciais, principalmente com relação à população jovem, faixa na qual, como vimos, o número de casos de aids vem crescendo, e sabemos que a oportunidade para prevenir existe dentro das escolas, grupos de apoio e no próprio bairro, mas, para isso, a sociedade tem de se mobilizar e acreditar no seu poder de mudança.

A principal lição aprendida, entretanto, foi a de que, com o compromisso político e a real mobilização das comunidades locais, poderemos ter sucesso e fazer uma grande diferença, mesmo dentro do contexto difícil das nações em desenvolvimento seriamente atingidas pela pandemia.

O desafio da descentralização talvez seja o maior de todos, ou seja, que a luta contra o HIV/aids, mediante programas e estratégias estaduais e municipais, contemple, além das diferenças culturais, regionais e sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação destes.

No que tange aos profissionais da área da saúde, o bem assistir aos portadores de HIV/aids exige profissionais críticos, com a competência técnica e o conhecimento da política de saúde para

lutar por um modelo de sociedade que assegure os direitos dos cidadãos, independentemente de sexo, cor ou raça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública* 2000; 16: 89-102.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5.
- Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.
- Julião TC. O Cotidiano de Mulher e a Prevenção de AIDS. Fortaleza: FCPC; 1999.
- 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.
- Vermelho LL, Barbosa HSR, Nogueira AS. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cad de Saúde Pública* 1999; 15(2): 369-379.
- Chiriboga CDR. Introducción Mujer y Sida: Conceptos sobre el tema. In Rico B, Vadele S, Allen B, Liguori AS. Situación de las mujeres y el vih/sida en américa latina. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997. p 93-113.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(Suppl 1):7-21.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald, CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2000; 32: 207-217.
- Ceará, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas Públicas em Saúde. Núcleo de epidemiologia. Informe Epidemiológico AIDS. Fortaleza-CE: 20 de agosto /2006.
- Passos MRL. Dessesologia, DST. 5ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
- Campos RB, Moherdau F. O papel do programa nacional no controle das DST e AIDS. In: Passos MRL. Dessesologia, DST. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.895-911.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa? São Paulo: Atlas; 1991. p.40-50.
- Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makdow books; 1996.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1993.
- Veronesi R. Tratado de Infectologia. 8ª ed. Focaccia R, Dietze R, co-editores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- Forattini OP. Aids e sua origem. *Rev de Saúde Pública* 1993; 27(3): 3-12.
- Grmek M. O enigma do aparecimento da aids. *Estud Av* 1995; 9(24): 229-239.
- Ellerbrock TV. Epidemiology of women with AIDS in the United States, 1981 Through 1990: a comparison with heterosexual men with AIDS. *Jama*1991; 265: 2971-2975.
- Chequer P, Castilho EC. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R. Políticas, Instituições e aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p.17-22.
- Antonio DG, Bahamandes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1):1-3.
- Parker R. Políticas, Instituições e aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.
- Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da aids/HIV no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* 2002; 9(supl.0): 1-18.
- Granjeiro 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.
- Berridge V, Strong P. Aids and the relevance of history. *Social History of Medicine*, 1991; 4(1):129-138.

Endereço para correspondência:

AGNES CAROLINE SOUZA PINTO

Avenida Sargento Hermínio 2755, BL: E , Apto: 402, Monte Castelo, Fortaleza, CE.

CEP: 60350-550

Tel: 55 85 9629-1453

E-mail: agnespinto@hotmail.com

Recebido em: 25/02/2007

Aprovado em: 28/04/2007