

Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença

Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease
Políticas de salud pública para la epidemia del SIDA y la atención a personas con la enfermedad

**Mariana Vieira Villarinho¹, Maria Itayra Padilha², Lina Márcia Miguéis Berardinelli³,
Miriam Susskind Borenstein², Betina Horner Schlindwein Meirelles², Selma Regina de Andrade¹**

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Florianópolis-SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem,
Departamento Médico Cirúrgico. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Submissão: 05-06-2011 **Aprovação:** 07-03-2013

RESUMO

Objetivou-se identificar as principais políticas públicas sobre HIV/AIDS no cenário brasileiro, a partir de 1980 e refletir sobre seu impacto na assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS. A partir dos descritores políticas públicas de saúde, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e assistência integral à saúde, obtive-se uma amostra de 23 artigos, nas bases de dados Medline e Lilacs. Após análise, verificaram-se dois momentos: o primeiro, do surgimento das políticas públicas em resposta à epidemia da AIDS; e o segundo, de melhoria da assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS. Apesar dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no país, há ainda um complexo caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to identify the major public policy on HIV/AIDS in Brazilian society, since 1980; and to reflect on their impact on the assistance for people living with HIV/AIDS. Descriptors: public health policies, Acquired Immunodeficiency Syndrome and integral health care, we obtained a sample of 23 articles in Medline and Lilacs data bases. After analysis, there were two moments: first, the emergence of public policies in response to the AIDS epidemic, and second, to improve care for people living with HIV/AIDS. Despite the significant advances achieved in terms of public health policies in Brazil, there is a complex way in the pursuit of quality of care for people with HIV/AIDS.

Key words: Public Health Policies; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Integral Health Care.

RESUMEN

Los objetivos del estudio fueran identificar las principales políticas públicas sobre el VIH/SIDA en la sociedad brasileña, a partir de 1980, y reflexionar sobre su impacto en la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA. Con los siguientes descriptores: políticas de salud pública, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la atención integral de salud, se obtuvo una muestra de 23 artículos en las bases de datos Medline y Lilacs. Tras el análisis, hubo dos momentos: en primer lugar, el surgimiento de las políticas públicas en respuesta a la epidemia del SIDA, y en segundo lugar, mejorar la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA. A pesar de los importantes avances logrados en materia de políticas de salud pública en el país, todavía hay un complejo camino en la búsqueda de la calidad de la atención para las personas con VIH/SIDA.

Palabras clave: Políticas de Salud Pública; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Atención Integral de Salud.

INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/AIDS surgiu em uma época em que as autoridades sanitárias mundiais supunham que as doenças infecciosas estavam controladas, em função das tecnologias e do saber médico moderno. A pandemia suscitou comportamentos e respostas coletivas, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos. No Brasil - como um problema de saúde que evoluiu demonstrando contradições sociais, econômicas e culturais - o HIV/AIDS constitui-se em uma temática bastante relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública⁽¹⁾.

Fonseca (2005) 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⁽²⁾. E 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⁽²⁻³⁾. Assim, a análise da elaboração das respostas políticas à epidemia do HIV/AIDS no Brasil constitui um espaço importante, abrangente e necessário de investigação.

A evolução das políticas públicas 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 diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais⁽⁴⁻⁵⁾.

Diversos estudos⁽⁶⁻⁷⁾ apontam diferentes momentos na história do HIV/AIDS no Brasil, as quais 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 país. Caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, acompanhada de uma onda de medo, estigma e discriminação⁽⁸⁾. Na falta de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais.

Com o surgimento de uma resposta 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 do país⁽⁹⁾. É preciso, no entanto, frisar que a abordagem estava cada vez mais burocrática, o que não agradou as organizações não governamentais, que queriam uma resposta rápida e agressiva⁽¹⁾.

A terceira fase na evolução das políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/AIDS, corresponde ao período de 1990 a 1992, marcada por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando ainda mais clara a dificuldade de sustentar uma resposta em longo

prazo à epidemia⁽⁴⁾. Finalmente, a quarta fase, que se estende de 1993 até o presente momento, caracteriza-se pela reorganização do PNDST/AIDS no Ministério da Saúde e pela efetivação da política de controle da epidemia, decorrente dos empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro⁽¹⁰⁾. Os acordos internacionais até então firmados com o Banco Mundial, a partir de 1993, passaram a ser os grandes mantenedores de ações programáticas, dentre as quais, destacam-se àquelas referentes aos Programas Assistenciais às pessoas com HIV/AIDS⁽¹¹⁾.

No que se refere à assistência às pessoas com HIV/AIDS no Brasil, ao longo das últimas décadas da epidemia, o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde⁽²⁾. A elaboração dessas políticas voltadas ao HIV/AIDS culminou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como teve um papel preponderante na organização dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS⁽¹²⁾.

Diante do exposto, e com o intuito de contribuir com o reconhecimento e fomentar o debate em torno das políticas públicas de saúde e de sua influência à atenção a saúde das pessoas com HIV/AIDS, o presente estudo tem como objetivo identificar as principais políticas públicas para o HIV/AIDS, no cenário brasileiro, a partir da década de 1980, dado ao surgimento da epidemia, assim como refletir sobre seu impacto na assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica para analisar a produção científica sobre as políticas públicas de saúde acerca do HIV/AIDS, a partir da década de 1980, dado o surgimento da AIDS neste período. Para realização desta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que esta permite visualizar e aprofundar o estado da arte referente à temática. Entende-se que as fontes documentais são fundamentais para construir a história, uma vez que possibilitam realizar a análise dos dados e confirmar ou rejeitar hipóteses, de modo a garantir a objetividade e a intersubjetividade da pesquisa⁽¹³⁾.

Para o alcance do objetivo foi realizado um levantamento dos artigos publicados que versavam sobre a temática - políticas públicas de saúde voltadas ao HIV/AIDS - nas bases de dados Medline e Lilacs, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): políticas públicas de saúde, síndrome da imunodeficiência adquirida, assistência integral à saúde. A partir da combinação desses descritores foram localizadas 86 produções. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, disponíveis *on-line* e publicados em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos editoriais, resumos de anais, teses, dissertações, TCC, assim como publicações que não se enquadraram com a temática, políticas públicas de saúde voltadas ao HIV/AIDS. Estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez. Assim, a amostra final foi constituída por 23 estudos.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2010. Após a coleta, procedeu-se à leitura atenta

do material, com a intencionalidade de contextualizar as políticas públicas e avaliar seu impacto para a assistência às pessoas com HIV/AIDS. Para a análise dos dados, utilizou-se a abordagem documental⁽¹⁴⁾, que tem por objetivo representar a informação que consta nos documentos de outra forma, permitindo transformar um documento primário em secundário.

A partir da análise dos textos e documentos, buscou-se interpretar os principais fatos que marcaram a evolução histórica destas políticas, o que nos permitiu identificar dois importantes momentos: o primeiro, de surgimento das políticas públicas em resposta a epidemia da AIDS, e o segundo, de busca da qualidade da assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS, a partir dessas políticas.

Este estudo não necessitou ser submetido a um comitê de ética em pesquisa, por ser uma pesquisa documental e ter utilizado apenas fontes de domínio público para sua concretização, porém os pesquisadores seguiram rigorosamente os cuidados éticos na busca, análise e discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Implantação e consolidação das políticas públicas de saúde em resposta à epidemia da AIDS

No Brasil, a luta contra a AIDS iniciou-se numa época de redemocratização do país e de grande discussão no campo da saúde, em que os movimentos da reforma sanitária começam a se fazer sentir no país, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988⁽¹⁵⁾.

A rápida disseminação do HIV na década de 1980 foi bastante evidente e, à medida que surgiam casos novos, as primeiras iniciativas de políticas públicas em respostas a epidemia da AIDS foram sendo elaboradas, a partir da mobilização social e dos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal⁽⁵⁾.

O estado de São Paulo, o primeiro a registrar casos da doença, tornou-se palco das primeiras mobilizações de grupos sociais, bem como das primeiras iniciativas e articulações oficiais em relação à AIDS.

Em 1985 foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/AIDS no país – Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e criaram-se os Programas Estaduais de DST/AIDS em 10 estados⁽¹⁶⁾. O Ministério da Saúde passou a veicular campanhas sobre as várias formas de prevenção da doença, recomendando o uso de preservativos; seringas, agulhas e outros instrumentos esterilizados e individuais; controle da qualidade do sangue e hemoderivados e, finalmente, campanhas de informação à comunidade.

Ainda no âmbito das políticas públicas na luta e controle à epidemia da AIDS, 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 ARV, mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica⁽¹⁷⁾.

Nesse mesmo ano, a AIDS passa a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória no País, pela Portaria nº 1.100 de 24 de maio de 1986. Começa também a se estruturar movimento de combate a AIDS em nível federal, com a criação da Comissão Nacional de AIDS, só foi efetivamente instalada e posta em prática em 1987. Embora os preceitos do PN-DST/AIDS defendessem a saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do estado, assim como a universalização do atendimento através de ações desenvolvidas nas três esferas governamentais, infelizmente este Programa foi assumindo uma posição centralizadora, distanciando-se tanto dos programas estaduais, como da sociedade civil organizada⁽⁹⁾.

No Brasil, a adoção de políticas pública de saúde voltadas à epidemia da AIDS aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 e, especificamente no campo da saúde, a aprovação do SUS⁽³⁾. Nessa época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a zidovudina, mais conhecidas como AZT. Este inibidor da transcriptase reversa (ITR) abriu novas perspectivas terapêuticas ao ampliar o tempo de sobrevivência do paciente HIV positivo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde instituiu o dia 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. Esta data também passou a ser observada no Brasil, criando-se uma oportunidade para divulgar informações sobre a AIDS e realizar campanhas educativas^(1,9).

Como pode-se 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⁽⁶⁻⁷⁾, 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, que alimentavam ainda mais o estigma e o preconceito ao indivíduo portador da doença⁽⁸⁾.

A crise política que sucedeu a essa fase deu lugar a uma nova mudança dos dirigentes dos Programas de Saúde e, no caso da AIDS, uma reformulação de estratégias que se traduziu em uma nova etapa, que vem evoluindo até os dias atuais. A nova direção do PN-DST/AIDS foi recuperando progressivamente o relacionamento com as demais esferas de governo e a sociedade civil organizada, formulando acordos e convênios internacionais que passaram a subsidiar ações de assistência e prevenção⁽¹⁰⁾.

A década de 1990, mais especificamente o ano de 1993, foi marcada por negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “Projeto AIDS I”, que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. Após sua

implementação, o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o “Projeto AIDS II”, cuja vigência foi de 1998 a 2003 e 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⁽²⁰⁾.

A partir das avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/AIDS firmaram novo convênio, denominado “Projeto AIDS III”, cujo período de execução foi de 2003 a 2006. Este tinha como objetivos o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/AIDS oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País⁽²⁾.

No Projeto AIDS III foi recomendado que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para estados e municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS. Nessa modalidade de repasse, um conjunto de municípios deveria receber recursos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DST, a partir de critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde⁽²¹⁻²²⁾.

Ainda em relação aos projetos AIDS, os conveniados eram denominados “executores das ações” e elaboravam Planos Operativos Anuais (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial. O POA foi regulamentado pela Portaria Nº 347 de 25 de março de 1993, mantendo-se em vigor do início do convênio com o Banco Mundial até o ano de 2001, sendo que a partir de 2002 foi instituído o Plano de Ações e Metas (PAM)⁽²⁾.

De acordo com a Portaria Nº 2314 de 2002, o PAM era um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a ser implementado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde selecionadas para receber recursos do incentivo. Este deve ser considerado um instrumento de integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de AIDS, de modo que o Programa Nacional de DST e AIDS alcançasse respostas positivas e coerentes com as características da epidemia das diferentes regiões do país⁽¹⁰⁾. O plano era apresentado em quatro tópicos, que se iniciavam pela caracterização da unidade territorial, diagnóstico epidemiológico e das ações em DST/HIV/AIDS, avaliação da capacidade institucional/gerencial e elaboração do plano de ações e metas para o período de um ano⁽²⁾.

Essa política pública de incentivo visava à implementação de políticas na área de HIV/DST/AIDS, apresentando como principais diretrizes: a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas com HIV/AIDS e outras DST; a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST; o aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV; a redução do estigma e da discriminação; a melhoria da gestão e sustentabilidade das ações; o aumento da cobertura das

ações de prevenção para populações vulneráveis e população em geral e a promoção do controle social⁽²⁾.

Como se pode observar, várias foram as políticas públicas trabalhadas em torno do HIV/AIDS no Brasil e estas tiveram importantes financiamentos do Banco Mundial, apesar dos pontos de divergência entre a política nacional e a ideologia de custo-efetividade do Banco, que defendeu a expansão de intervenções preventivas em detrimento de serviços clínicos de alta complexidade e estratégias assistenciais mais dispendiosas, como a distribuição gratuita de antirretrovirais⁽²³⁾.

Considerando a pressão política promovida pela sociedade civil que, respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, requeria o acesso universal ao tratamento da AIDS, já em 1992 o Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia de pacientes cadastrados em serviços de referência. A partir de 1995, foram incorporados também a didanosina (ddl) e a zalcitabina (ddC)⁽¹⁹⁾.

Em 1996, o Brasil promulgou a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS, mesmo contra as recomendações e as advertências do Banco Mundial⁽²⁴⁾. Tal proposta terapêutica, denominada “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART), veio proporcionar grande aumento na sobrevida 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⁽²⁵⁾.

Em 2005, devido a falta de acordo com laboratórios fabricantes decorrente ao alto custo do medicamento, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando desta forma a quebra de patentes. Tal medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à epidemia da AIDS, permitindo assim que muitos pacientes HIV positivos fossem beneficiados por essa política⁽¹⁹⁾. Hoje são distribuídos 16 antirretrovirais diferentes pelo Ministério da Saúde, com uma diminuição drástica das infecções oportunistas⁽²⁴⁾.

É importante reconhecer que os empréstimos concedidos pelo Banco Mundial ao Brasil foram essenciais à promoção das políticas públicas nacionais voltadas a epidemia da AIDS. Tais investimentos permitiram a estruturação de uma rede assistencial em diversas regiões do país, com destaque para os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais⁽¹²⁾.

Políticas Públicas de Saúde em benefício à assistência das pessoas com HIV/AIDS no Brasil

As políticas públicas vigentes no Brasil em relação à epidemia da AIDS têm como foco prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com o HIV/AIDS. Nessa perspectiva foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à AIDS em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de

Alta Complexidade (SIPAC). Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais para internação dos pacientes portadores do HIV/AIDS⁽¹²⁾.

O crescente aumento de casos notificados gerou na época uma grande demanda para internação de pacientes portadores de HIV/AIDS e fez-se necessária a presença de ações que compreendiam desde o credenciamento de hospitais ao desenvolvimento de Programa de Alternativas Assistenciais, para a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos, assim como a capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes⁽¹²⁾.

Dando prosseguimento às adequações as regulamentações da assistência prestada em nível hospitalar ao paciente com HIV/AIDS, foram estabelecidos ainda critérios mínimos de infraestrutura e da equipe multidisciplinar para o credenciamento desses serviços. Na regulamentação dos hospitais pode-se observar a mudança de paradigma da AIDS como doença potencialmente letal para uma enfermidade prolongada, o que já demonstrava os reflexos da terapia antirretroviral instituída no ano de 1996⁽¹⁸⁾. Em 1998, já existiam 338 hospitais convencionais credenciados no Brasil, que atualmente são 382^(12,26).

No que diz respeito à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/AIDS, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial crescente. Desta forma, o Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implantação da ADT ficou sob a responsabilidade do Programa Nacional DST/AIDS, enquanto que a implantação do SAE e do HD foi delegada às coordenações estaduais ou municipais⁽²⁷⁾.

Segundo dados do Programa de DST/AIDS, em março de 1996 existiam 33 SAE em todo o país; no entanto, a Coordenação Nacional em DST/AIDS observou que estes serviços funcionavam sem definição de critérios. A partir destas constatações, decidiu-se que a implantação desses serviços seria autorizada pela Coordenação Nacional em DST/AIDS mediante a exigência de alguns critérios pré-definidos, contemplando questões referentes a situação epidemiológica do local, população-alvo a ser atendida, objetivos do projeto, estrutura física e orçamento financeiro⁽¹²⁾.

Em 2009, o Brasil alcançou um total de 644 serviços implantados nos municípios que recebem recursos, bem como outros municípios que por seu perfil epidemiológico, capacidade de gestão e/ou localização estratégica de referência. Algumas das principais atividades realizadas por esses serviços são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimento em infectologia, ginecologia, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção, assim como atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das DST e AIDS⁽²⁶⁾.

Outra modalidade de assistência às pessoas com HIV/AIDS são os serviços de Hospital-Dia (HD), iniciados no Brasil, decorrente das políticas públicas no final da década de 80. A implantação desse serviço no contexto do Programa de

Alternativas Assistenciais respondeu à crescente demanda de assistência e à limitada resolatividade da rede pública hospitalar. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias Ministeriais nº 93 de 31/05/1994 e nº 130 de 03/09/1994, legitimou essa modalidade de atendimento, atribuindo pagamento diferenciado e estabelecendo parâmetros de estrutura física, resolatividade diagnóstica e capacidade operacional dos Serviços⁽²⁶⁾.

A dinâmica para a implantação de HD foi a mesma ao processo adotado para implantação de SAE, e pelas mesmas dificuldades em relação ao processo de expansão e qualificação destes Serviços, a CN-DST/AIDS centralizou no início de 1997 o repasse de recursos para implantação de HD. Atualmente, estão cadastradas na CN-DST/AIDS 77 unidades de HD no país⁽²⁶⁾.

Ainda em relação às estruturas de assistência às pessoas com HIV/AIDS, a Assistência Domiciliar Terapêutica foi implantada como uma modalidade de assistência inovadora na época, considerando o contexto assistencial da AIDS e o cenário da saúde pública no país. Esse serviço, é referência para o encaminhamento de internações de longa duração, compreendendo desde cuidados curativos a paliativos⁽²⁷⁾, por meio de visitas domiciliares. Os primeiros serviços foram habilitados em 1996, sendo que atualmente se encontram cadastrados na CN-DST/AIDS 48 unidades de ADT no Brasil⁽²⁶⁾.

Outra modalidade de serviço que se situa tanto na assistência quanto na prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento, que têm como papel promover a identificação precoce de pacientes HIV positivo para o imediato encaminhamento à rede de assistência, além da atuação em ações de prevenção⁽²⁸⁾.

No Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram disponibilizados para uso de rotina nos bancos de sangue a partir de 1987. São recomendados em algumas situações, como a triagem de sangue para transfusões, para a doação de órgãos e/ou sêmen, para confirmar o diagnóstico diante das diferentes manifestações clínicas da AIDS, bem como para determinar a prevalência de infecção na comunidade.

Visando absorver a demanda dos testes oferecidos pelos bancos de sangue, foram criados inicialmente os Centros de Orientação e Apoio Sorológico, conhecidos como COAS, os quais passaram a oferecer exames de HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, tendo também como finalidade a educação e o aconselhamento daqueles que estivessem sob maior risco de infecção⁽²⁸⁾.

Passado dez anos desde a criação do primeiro COAS, este passou a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e recursos para a implantação de novos CTA foram descentralizados para estados e municípios, que tiveram que se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação de gerentes e profissionais dos serviços⁽²⁸⁾.

De acordo com as diretrizes traçadas pela Coordenação Nacional, os serviços oferecidos pelos CTA devem seguir os princípios de acessibilidade e gratuidade, estando situados em lugares de fácil acesso para a população, principalmente, para os segmentos populacionais mais vulneráveis. Estes serviços de testagem e aconselhamento são baseados no anonimato flexível e os resultados devem estar disponíveis em tempo hábil para que garantir o encaminhamento dos indivíduos HIV

positivos aos serviços de referência assistencial, onde terão acesso ao tratamento⁽²⁸⁾.

No início do ano de 2000, a ênfase nacional passou a ser a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços da Atenção Básica. No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTA passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. Atualmente, espera-se que os CTA possam oferecer a população os testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C. De acordo com diagnóstico situacional dos CTA do Brasil, publicado em 2008, foram identificados 383 CTA implantados em todo país⁽²⁸⁾.

Outros serviços assistenciais mais recentes foram criados, como as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais, bem como o acompanhamento e monitoramento dos pacientes⁽¹²⁾. As UDM têm como atividades o atendimento individual e coletivo, que pode ser realizado em uma consulta com o profissional farmacêutico, onde são prestadas informações sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários ao tratamento. Também são desenvolvidas ações de acompanhamento farmacoterapêutico, em que são estudadas a condição, a história clínica e terapêutica da pessoa com HIV/AIDS, incluindo presença de doenças de base e outros medicamentos que se esteja tomando⁽²⁹⁾. Atualmente o Brasil conta com 668 UDM cadastradas, alocadas das mais variadas maneiras, podendo estar junto aos SAE, Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospital Dia, Farmácias Básicas Municipais, entre outros⁽²⁶⁾.

Ainda em relação aos serviços de assistência às pessoas com HIV/AIDS o PN-DST/AIDS implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV. Atualmente existem 104 laboratórios cadastrados, visando ao monitoramento da evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, decorrente da introdução das terapias antirretroviral e preventivas de infecções oportunistas⁽²⁶⁾.

Apesar dos inúmeros serviços de assistência à saúde às pessoas com HIV/AIDS e das políticas públicas de combate à AIDS representarem um nível de excelência e terem o reconhecimento internacional, ainda apresentam grandes desafios em sua execução. A destacar, a necessidade de integração de todas as esferas de atenção, para que seja oferecido um serviço de prevenção e assistência de maior qualidade^(11,30). A estruturação de uma rede assistencial em HIV/AIDS contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade não tem

sido suficiente para garantir a integralidade da atenção à saúde. Verifica-se a necessidade de descentralização do financiamento e gerência das atividades do Programa Nacional de DST e AIDS para estados e municípios, bem como a expansão das ações de assistência ambulatorial para a rede básica de saúde⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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. A decisão do Governo Federal em assumir oficialmente o HIV/AIDS como um problema de saúde pública resultou de pressões de estados e municípios onde crescia a epidemia, da mídia nacional e de grupos militantes que se formaram inicialmente. A sociedade, por meio das ONG, mídias entre outros grupos organizados, 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 plenitude.

Com este estudo foi possível perceber que há no Brasil inúmeros esforços garantidos em lei e diversos incentivos do Governo Federal para que, efetivamente, tais políticas públicas rompam barreiras de diversas ordens e amplifiquem o escopo legal, de modo a promover, na prática, a melhoria das condições de assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS, por meio de uma ampla rede, com um emaranhado de nós que sustentem e assegurem o exercício amplo do direito à saúde.

Apesar disso, no cotidiano da assistência existem muitas barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado e integral, que vise à promoção da saúde, seja pelas enormes diversidades regionais, seja pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais. A descentralização, talvez seja o maior desafio de todos, para que a luta contra o HIV/AIDS contemple, além das diferenças culturais, regionais e sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais.

Finalizando, percebe-se que, a despeito dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, há um longo e difícil caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, no qual a superação das iniquidades e das desigualdades apresenta-se como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público.

REFERÊNCIAS

1. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2002;9(1):25-59.
2. 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.
3. Andrade LOM. Evolução das Políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus.

- In: Andrade LOM, Barreto ICHC, organizadores. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
4. Parker R. Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.
 5. 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.
 6. 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.
 7. Costa R, Padilha MICS, Vieira M, Maliska IA, Bastiani J. La contribución de la Enfermería brasileña para la producción de conocimiento sobre el Sida. *Index enferm* 2009;18(1):70-74.
 8. 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.
 9. 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 out 2010]. Disponível em: http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm
 10. 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.
 11. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(suppl):70-79.
 12. 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 set 2010]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/assistencia/AIDS1/relativ>
 13. Padilha MICS, Borenstein MS. O método da pesquisa histórica na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(4):575-84.
 14. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas *Rev Brasileira História Ciências Sociais* 2009;1(1):1-15
 15. 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.
 16. Castro-Silva CR, Hewitt WET, Cavichioli S. Igualdades e desigualdades: a participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. *Psicol Soc* 2007;19(2):79-88.
 17. Szwarcwald CL, Castilho EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(suppl 1):4-5.
 18. 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.
 19. Grangeiro A, Teixeira L, Bastos FI, Teixeira P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(suppl):2-12.
 20. 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.
 21. 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.
 22. Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(9):2134-44.
 23. Galvão J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. *Cad Saúde Pública* 2002;18:213-9.
 24. Brasil. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe 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 jul 2010]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122864>.
 25. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm* 2010;63(2):230-237.
 26. 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.
 27. 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 dez 2010]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/manual_rotinas_AD_T_2007.pdf
 28. 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.
 29. 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/manual_de_boas_praticas_031008_net.pdf
 30. Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* 2006;22(11):2369-78.