



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

Pollyana Mendonça Tuppan

Taiwana Ferreira Nogueira

**POLÍTICAS PARA O TRATAMENTO PÚBLICO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO
BRASIL, 2010-2014.**

Rio de Janeiro

2015

Pollyana Mendonça Tuppan

Taiwana Ferreira Nogueira

POLÍTICAS PARA O TRATAMENTO PÚBLICO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO
BRASIL, 2010-2014.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Gláucia Lelis Alves

Rio de Janeiro

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

POLÍTICAS PARA O TRATAMENTO PÚBLICO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO
BRASIL, 2010-2014.

TUPPAN, Pollyana Mendonça

NOGUEIRA, Taiwana Ferreira

Políticas para o tratamento público a pessoas com HIV/AIDS no Brasil, 2010-2014.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio de Janeiro,

1.Política de saúde no Brasil e seus elementos históricos. 2.A Constituição sócio-histórica da AIDS. 3.Política Nacional de DST/AIDS.

Pollyana Mendonça Tuppan

Taiwana Ferreira Nogueira

POLÍTICAS PARA O TRATAMENTO PÚBLICO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO
BRASIL, 2010-2014.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Pr^a. Dr^a. Gláucia Lelis Alves

Pr^a. Dr^a. Luana Siqueira

Pr^a. Dr^a. Miriam Guindane

RESUMO

TUPPAN, Pollyana Mendonça e NOGUEIRA, Taiwana Ferreira. **POLÍTICAS PARA O TRATAMENTO PÚBLICO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO BRASIL, 2010-2014**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2015.

O presente estudo tem por objetivo central analisar as estratégias que foram e vem sendo construídas no âmbito da política de saúde, pós SUS, para a população com HIV/Aids. Tendo em vista como está sendo estruturada a política de saúde voltada para este segmento da população. Busca-se refletir através de uma revisão bibliográfica a partir de artigos, livros, leis e matérias de revistas elementos em que destaquem os principais acontecimentos desde o surgimento do vírus no Brasil até os dias de hoje. Dentro desta análise temos como finalidade incitar o debate sobre a política de tratamento público a pessoas com HIV/AIDS, e como a discriminação sobre estas pessoas são elementos associados à saúde, pois interfere de modo preponderante nas condições de vida e o combate passa a ser a garantia de uma melhor qualidade de vida, ressaltando a impossibilidade de pensar em saúde sem considerar a integralidade, a interdisciplinaridade, a atenção integral e o direito, que por vezes parece distante no cotidiano das ações e serviços em saúde. Deixando claro que existe tratamento e cuidados que deveriam ser ofertados a todos os acometidos pelo vírus HIV/Aids, porém isso não é possível já que essa doença é vista pelo Capital de forma monetária.

Palavras-chave: Política de Saúde, HIV/Aids, SUS, DST.

ABSTRACT

TUPPAN, Pollyanna Mendonça and NOGUEIRA, Taiwana Ferreira. PUBLIC POLICIES FOR TREATMENT FOR PERSONS WITH HIV / AIDS IN BRAZIL, 2010-2014. Rio de Janeiro, 2015. Work Completion of course (Diploma in Social Service) - School of Social Service, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2015.

This study is mainly aimed to analyze the strategies that have been and are being built as part of health policy, post SUS, for people with HIV / AIDS. Considering how it is being structured health policy aimed at this segment of the population. The aim is to reflect through a literature review from articles, books, laws and materials magazines elements that highlight the main events since the emergence of the virus in Brazil until today. Within this analysis we intended to incite discussion on the public policy of treatment for people with HIV / AIDS, and how discrimination of these people are elements associated with health, because it interferes predominantly in living conditions and the fight becomes ensuring a better quality of life, emphasizing the impossibility of thinking about health without considering comprehensiveness, interdisciplinary, equity of care and the right, which sometimes seems distant in daily activities and services in health. Making it clear that there is treatment and care that should be offered to all affected by HIV / AIDS, but this is no longer possible that this disease is seen by the state in monetary terms.

Keywords: Health Policy, HIV / AIDS, SUS, DST.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus por ter conseguido chegar até aqui e principalmente por guiar meu caminho e não me deixar desistir mediante as barreiras. Sei que é difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, sendo assim agradeço a todos de coração.

Agradeço aos meus pais Lucia Helena e Osvaldo Tuppan, que sempre estiveram presente me apoiando e me dando forças para que eu continuasse na luta durante essa etapa da minha vida, sei que foram anos muito difíceis, porém vocês sempre acreditaram na vitória e com isso sempre me senti segura para continuar.

Deixo um agradecimento especial também ao meu Noivo que por diversas vezes não me deixou desanimar, sempre esteve comigo nos momentos de estresse me dando muito amor e me incentivando na caminhada que por vezes me fez ficar distante dele ou não dar atenção devida.

Gostaria de agradecer também a minha orientadora Gláucia Lelis, por toda sua dedicação, sabedoria e conhecimento, pois graças a isso conseguimos montar nosso trabalho de conclusão de curso.

Não poderia deixar de agradecer principalmente a minha amiga Taiwana por todo o seu apoio e por me ajudar quando precisei, você foi um dos meus maiores alicerces nessa caminhada, obrigada por aceitar estar comigo nesse trabalho.

A todos os meus colegas e amigos, meu muito obrigada, pelas palavras de apoio, paciência, amizade e companheirismo. As pessoas que trabalham comigo que por diversas vezes me ajudaram e me ouviram mediante a tanta preocupação. Obrigada por tudo.

Por fim agradeço a UFRJ em especial a Escola de Serviço Social.

Pollyana Mendonça Tuppan

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente a Deus, pois acredito que se ele não estivesse ao meu lado, hoje eu não estaria aqui, terminando essa primeira, de muitas etapas na minha vida.

Seguidamente, agradeço aos meus pais pela educação que me foi fornecida, fazendo com que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Principalmente a minha mãe, o meu exemplo de guerreira e de perseverança. Ao meu irmão Kawan por todo amor e carinho. Eu posso afirmar com toda a certeza que vocês são à base de tudo, eu amo vocês!

Deixo também meu agradecimento especial ao meu amado namorado Gabriel Paltgraff, que esteve presente durante os bons e maus momentos, sempre me incentivando e apoiando nessa caminhada, por todo amor, carinho, companheirismo, pela compreensão nos dias que não pude dá-lo a devida atenção, em função da elaboração desse trabalho e pela paciência.

Gostaria de deixar minha gratidão às mulheres que muito contribuíram para minha formação profissional, as minhas professoras Mariléa Porfirio e Mariléia Inoue, e em especial a minha orientadora Gláucia Lelis, por toda a sabedoria transmitida e a atenção e paciência dedicada.

Agradeço também à amiga Pollyana, por ter me acompanhado em grande parte desta caminhada com trabalhos, estudos, etc. e por aceitar ser minha parceira neste trabalho de conclusão de curso.

Enfim, agradeço a todos que estiveram comigo no decorrer desta trajetória!!!

Taiwana Ferreira Nogueira

“[...] somos profissionais que chegamos o mais próximo possível do cenário da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos. O que para muitas profissões é relato, para nós é vivência, o que para muitos profissionais é informação, para nós são fatos, plenos de vida, saturados de história.”

(MARTINELLI, 1997, p.63).

LISTA DE SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AZT - Zidovudina

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEME – Central de Medicamentos

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Seguridade Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNS – Fundo Nacional da Saúde

GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção a Aids

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MES – Ministério da educação e Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SNI – Serviço Nacional de Inteligência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
Capítulo I Política de Saúde no Brasil e seus elementos históricos.....	03
1.1. A construção do Sistema Único de Saúde – SUS e aspectos contraditórios.....	15
Capítulo II A constituição Sócio - Histórica da AIDS.....	22
2.1. Aspectos Conceituais da Epidemia HIV/AIDS.....	28
2.2. Aspectos da Política para tratamento de HIV/AIDS no Brasil.....	30
Capítulo III Política Nacional de DST/AIDS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso disserta sobre as estratégias que foram e vem sendo construídas no âmbito da política de saúde pós SUS para a população com HIV/AIDS. Abordando sobre as políticas públicas de saúde e a Política Nacional de DST/AIDS.

As políticas públicas de saúde atuam no sentido de reforçar a concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988. Do mesmo modo, atuam em defesa da saúde pública, a favor do projeto da Reforma Sanitária e em defesa ao SUS, estabelecendo articulações com segmentos sociais que buscam a democratização da saúde. Desta forma, a indagação aqui levantada é: Quais as estratégias foram e vem sendo construídas no âmbito da política de saúde, pós SUS, para a população com HIV/AIDS?

Durante o desenvolvimento do trabalho são abordadas questões sobre: o interesse do Estado capitalista no desenvolvimento de políticas para a população com HIV/AIDS; como está estruturada a política de saúde considerando as demandas desse segmento; a falta de acesso a serviços; a discriminação da população desse segmento, além da Política Nacional de DST/AIDS.

É importante salientar que o interesse por esse tema veio a partir de uma curiosidade pessoal de ambas as autoras, devido à convivência com uma pessoa infectada pelo vírus (no ambiente de estágio), a qual sempre se queixava da dificuldade de acesso ao tratamento oferecido pelo SUS.

Visando analisar de forma mais fundamentada o tema, iniciou-se uma coleta de dados estatísticos no site do Ministério da saúde e por meio de uma pesquisa documental em artigos, textos e matérias publicadas em revistas, relatórios e boletins divulgados anualmente pelo Ministério da Saúde. A revisão bibliográfica versou sobre os seguintes temas, predominantemente: Política de Saúde, SUS, DST/Aids. Para nortear a fundamentação desse estudo foram utilizados autores como: *Behring, 2000; Bravo, 2007; Mota, 2010; Leite, 1999.*

Esse trabalho de conclusão de curso está estruturado em três capítulos, nos quais são apontadas algumas reflexões sobre a saúde e algumas particularidades da população com HIV/AIDS segundo dados do Ministério da saúde.

O primeiro capítulo contextualiza a política pública de saúde no Brasil juntamente com a política social. Ressaltando o interesse do Estado capitalista no desenvolvimento de políticas para a população com HIV/AIDS e como está estruturada a política de saúde considerando as demandas desse segmento.

No segundo capítulo foi feito um breve histórico do surgimento do vírus HIV e como está a epidemia no âmbito nacional. Dissertando sobre as discriminações sofridas.

No terceiro capítulo aborda sobre a Política Nacional DST/AIDS levando em conta as estratégias adotadas pelo SUS tendo em vista o enfrentamento dessa epidemia e a falta de acesso aos serviços.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS ELEMENTOS HISTÓRICOS

Neste capítulo abordaremos sobre a trajetória histórica da política de saúde no Brasil e discorrer sobre seus avanços e retrocessos em uma sociedade com interesses antagônicos cada vez mais acentuados, onde a luta da sociedade por democratização possibilita, ainda que de forma limitada, o alcance de alguns direitos relativos à saúde. Inicialmente, retratamos a questão da saúde no Estado, levando em conta a participação do SUS, através de estratégias e medidas construídas para atender a população com HIV/AIDS, e, por fim, retratando o surgimento e a trajetória dessa doença em âmbito nacional.

A Política de Saúde, segundo Bravo (2009), é compreendida a partir de três períodos históricos:

- Assistencialista, que antecede os anos de 1930, período no qual o Estado não reconhece a questão social como sua responsabilidade.
- Previdencialista, o qual sucede os anos de 1930, o Estado começa a assumir a questão social enquanto elemento de intervenção estatal; as políticas de saúde, as políticas sociais que atendem trabalhadores de carteira assinada/trabalhador formal e saúde pública para os informais.
- Universalista, apenas a partir da Constituição Federal de 1988, onde a saúde passa a ser direito de todos, porém ainda não, efetivamente, implementada.

Os anos 1920, segundo Bravo (2009), marcam uma tentativa de extensão de serviços por todo o país. Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista sanitário de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. (MENDES, 1993). A partir disso criam-se órgãos especializados na luta para o controle de endemias e medidas de imunização.

Em 1923 com a reforma de Carlos Chagas, houve a tentativa de ampliar o atendimento em saúde por parte do poder central, neste período foram colocadas questões sobre a saúde e higienização do trabalhador. O principal marco desse período foi em 24 de janeiro de 1923, aprovado pelo Congresso Nacional a Lei

nº4.682, Eloy Chaves, dando marco a Previdência Social no Brasil. A partir dessa Lei foram instituídas as CAP's – Caixa de Aposentadoria e Pensões.

Conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves, os fundos se relacionavam de mesmo modo com os serviços funerários e médicos:

- 1º - socorros médicos em caso de doenças em sua pessoa ou pessoa da sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- 2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- 3º - aposentadoria;
- 4º - pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Nos anos de 1930, segundo Bravo (2009) dar-se-á o início da intervenção estatal na saúde, onde a assistência médica era baseada na prática liberal e na filantropia.

Ainda nesse período as CAP's foram substituídas por IAP's (Instituto de Aposentadoria e Pensão), tinham como diferença que às CAP's cabia fornecer assistência médica obrigatória e permanente, os IAP's têm essa função como provisória e secundária; e quanto à natureza de financiamento, passam a ser tripartite com os IAP's, entre Estado, trabalhadores e empregados (MENDES, 1993).

Para Bravo (2009), a formulação da política de saúde no Brasil nos anos de 1930 foi organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública até os anos de 1960 foi predominante e suas características eram: ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. Em relação às populações urbanas a saúde teve como base a criação de condições sanitárias mínimas, todavia o mesmo não ocorreu com a população do campo, em que as receberam de forma restrita.

Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais.

Ainda sob influência do Plano SALTE, foi criado em 1953 o Ministério da Saúde, o qual tinha como objetivo de dedicar-se às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária, contudo seu objetivo não mudou a postura do governo.

Entre os anos de 1945 a 1964, foi consolidada a Política Nacional de Saúde que desde 1930 expressava uma necessidade de mudança na situação da saúde da população. Com relação à situação da saúde da população, ainda neste período observou-se que tal estratégia “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral” (BRAVO, 2001^a, p.23).

Com base nas pesquisas de Bravo (2006), a medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966. No período pós-1964 as forças democráticas são derrotadas, devido à instauração da ditadura militar, ocasionando o desfecho da crise, onde a burguesia dominou no Brasil. Então,

O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime (BRAVO, 2006, p.27)

No período da Ditadura Militar, em 1964-1965 ocorre à fusão dos IAP's, originando-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), o que caracterizou a Previdência Social. Nesta década, a previdência social, se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Com a reestruturação do setor, a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu.

Com a criação do INPS, consolidou-se a tendência de contratação dos serviços hospitalares privados, garantindo o mercado dos produtores privados dos serviços de saúde. No que tange ao financiamento da saúde, após a criação do INPS, a pequena participação da União, que já acontecia no período de existência dos Institutos, continuou a existir.

Neste período, segundo Oliveira e Teixeira (1986) foi implantado no país o modelo de privilegiamento do produtor privado, com principais características para o complexo previdenciário:

- ✓ “Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger quase toda população urbana, incluindo, após 1973, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;” (BRAVO, 2001, p. 94).
- ✓ “Ênfase na prática médica curativa individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.” (Ibidem)
- ✓ “Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;” (Ibidem)
- ✓ “Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;” (Ibidem)
- ✓ “Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.” (Ibidem)

E no ano de 1977, criou-se o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência Social), que procurou organizar, racionalizar e centralizar a previdência social na forma de administração juntamente com a lei do Sistema Nacional de Saúde, de 1975. Assim nesse período, foram criados os órgãos e institutos, tais como: DATAPREV; INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e o maior prestador de serviços da atenção médica e o CEME (Central de Medicamentos) que incentiva a competitividade dos laboratórios nacionais. (CHUPEL, 2005).

Vale ressaltar que as formas de compra de serviços médicos de terceiros, que até a década de sessenta pareciam como minoritárias a partir deste período este tipo de compra começa a aumentar. Isto resulta em um privilégio ao setor privado, onde podemos observar a partir de então, um aumento na construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento da previdência social, multiplicação de faculdades privadas de medicina, dentre outros. Desta forma, as

medidas de saúde pública se voltavam apenas às necessidades coletivas, uma vez que estas tinham um alto custo e uma baixa lucratividade para o setor privado.

No período entre 1974 a 1979, a política social, teve por objetivo, maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, com o intuito de dirigir as reivindicações e pressões populares. Todavia, no período do Estado Novo Getulista (1937-1945), através das crescentes intervenções dos poderes públicos nas questões trabalhistas, a questão social já havia deixado de ser “um caso de polícia” para ser reconhecida legitimamente como caso de política (MORAES, 1995). A questão social, só passa a ser questão social a partir do momento em que os operários vão para a rua lutar pelos seus direitos, quando a classe passa a se perceber como classe, logo a sociedade passa a ser dividida em classes, sendo claramente apresentada a apropriação diferenciada da riqueza social e da riqueza produzida crescendo assim os níveis de exploração e desigualdades, juntamente com a luta dos trabalhadores e as revoluções. Frente a isso, cabe ao Estado desenvolver estratégias para lidar e enfrentar esses problemas garantindo a estabilidade econômica e social.

A área da saúde então foi pioneira no processo de democratização do controle social, devido à efervescência política desde o final da década de 1970, bem como, à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, em prol de uma mudança do modelo médico assistencial privatista para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2005).

A Reforma Sanitária é fruto de contradições e da mobilização da sociedade brasileira diante de um estado conservador e assistencialista, reivindicando um Estado democrático, com políticas sociais, principalmente no setor saúde. A mesma foi fruto de lutas e mobilizações dos trabalhadores de saúde, articulado ao movimento popular, com o objetivo de reverter o sistema perverso de saúde vigente, e a proposição de um sistema único de saúde como uma estratégia, através da qual fosse possível um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas públicas e pela saúde (BRAVO, 2001).

Esta autora afirma ainda que na década de 1980, a saúde contou com a participação de novos atores, como os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos urbanos, na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas. Neste âmbito a saúde deixa de ser interesse apenas de uma categoria, assumindo uma dimensão política, vinculada à democracia onde suas principais propostas debatidas, foram:

a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p.25).

O Movimento Sanitário nasceu em meio ao regime autoritário, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Correia (2005, p.61) relata que:

reunia profissionais, intelectuais e lideranças políticas da área da saúde, vindos na maioria, do Partido Comunista Brasileiro, que, inspirado na reforma sanitária italiana, buscava a transformação do setor Saúde, pressupondo a democratização da sociedade e representando, assim, um foco de oposição ao regime militar.

No Brasil, as lutas em defesa da Reforma Sanitária questionavam o conceito reduzido de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), organização esta que foi instituída em 1948 e apresentava tal conceito como sendo “uma condição de equilíbrio ativo (que incluiu a capacidade de reagir a inevitáveis doenças) entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social” (BERLINGUER, 1996, p.70).

Essas lutas supracitadas apresentaram duas concepções diferenciadas, a primeira é a dimensão de saúde que se refere aos aspectos da assistência direta aos indivíduos, com ações de prevenção de doenças e a recuperação da saúde dos mesmos. A segunda é:

é a que diz respeito à saúde em si, de cada um e todos os indivíduos de uma sociedade na apreensão do seu grau de rigidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem

para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilização pela nação) em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes (RODRIGUES NETO, 2003, p.70).

Percebe-se que a relação entre o Estado e a sociedade civil vai transformando-se na década de 1980, pois os atores sociais que emergem na sociedade civil após 1970, à revelia do Estado criaram novos espaços e formas de participação e relacionamento com o poder político. Estes espaços foram construídos tanto pelos movimentos populares como pelas diversas instituições da sociedade civil que articularam demandas e alianças de resistência popular e de lutas pela conquista de direitos civis e sociais. O surgimento da sociedade civil brasileira está vinculado não apenas à emergência de movimentos sociais, mas ao processo pelo qual atores sociais modernos e democráticos surgiam, adquiriram uma nova identidade democrática e passaram a pressionar o estado e o sistema político a se adaptarem a uma nova concepção acerca da moderna institucionalidade democrática.

O Estado passa a reconhecer os movimentos sociais, e responder a algumas demandas, e estes por sua vez, negociam com o Estado através da política pública, “rompendo com a posição de costas para o Estado” (CORREIA, 2005. p.61) Isso tudo ocorre, devido à abertura política brasileira ocasionada nos anos 80, iniciando-se assim o processo de ruptura com o poder autoritário e centralizado do regime militar (vigente até então), cresce o ideário participacionista, em que os mais diversos setores organizados da sociedade buscam construir formas e encontrar instrumentos capazes de influenciar as administrações públicas no país.

Os anos de 1980 foram considerados momentos de institucionalização das práticas inovadoras para a saúde. A questão da saúde começou a ser discutida no Congresso a partir das propostas do movimento da Reforma Sanitária. O movimento sanitário, contando principalmente com a participação dos profissionais da saúde, defendia melhores condições de saúde e o fortalecimento do setor público. Foi a partir dessa década que a saúde assumiu um caráter político, onde grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas até finalmente elaborarem as propostas do movimento da reforma sanitária, que foram: “A construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a

justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.” (Zorzi; Mocinho, 2003, p. 50)

Em 17 de março de 1986 ocorre a VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde), aberta a sociedade. Foi o marco da política de saúde no Brasil e determinantemente na história do SUS. A VII CNS resultou em dois processos; um no executivo, a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. E no legislativo, na elaboração da Constituição Federal do Brasil (MENDES, 1993, p.30). O mais importante foi ter formado as bases políticas e técnicas para o debate sobre a seção “Da Saúde” na Constituição Federal.

Segundo Bravo, o relatório desta Conferência foi base para as negociações dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, neste sentido, no que diz respeito ao modelo de proteção social, a Constituição de 1988 é a mais progressista, onde a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, integram a Seguridade Social.

Na 8ª Conferência um dos eixos do debate foi à participação no SUS, tendo como perspectiva o controle social, e em seu relatório, a participação em saúde é definida como intervenções realizadas pelas forças sociais para possibilitar sua influência na formulação, execução e avaliação das políticas públicas no âmbito da saúde. Para Correia (2005) este processo seguiu em uma batalha entre os setores progressistas e os setores conservadores, até a garantia da saúde como direito de todos e dever do estado, a descentralização, o atendimento integral, a universalização, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a participação.

Para Arouca (1987), a VIII Conferência Nacional de Saúde criticou o conceito abstrato de saúde e doença difundido pela OMS, “além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social”. Com relação à Reforma Sanitária o autor completa (1987, p.41):

[...] pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe em nível da União, possa a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde.

Sendo assim, as lutas do Movimento Sanitário culminaram no reconhecimento por parte da Constituição no entendimento de “saúde como direito de todos e dever do Estado”, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Com a Constituição Federal de 1988, o país passa a contar com preceitos constitucionais, que consagram a opção por um Estado de Bem Estar Social, ou seja, um Estado do tipo Social Democrata, assim, a assistência à saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com princípios de universalidade, integralidade e equidade (COELHO, 2003, p.61).

As políticas de proteção social são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, onde as necessidades expressas pelos trabalhadores são reconhecidas e atendidas pelo Estado. Segundo Mota 2005, qualquer que seja os objetos específicos de intervenção, o escopo da seguridade depende do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho.

O processo de implementação das políticas de seguridade social constitui-se em um contexto contraditório na estratégia capitalista nos moldes da acumulação flexível e do ideário neoliberal que integra um complexo político – institucional denominado Política Social, que por sua vez, constituiu a base conceitual e política de Estado de Bem Estar Social / Welfare State. Pastorini (1997), ao analisar o conceito de política social contrapõe duas concepções. Na primeira denominada por ela de “perspectiva tradicional”, a política social é “concebida como um conjunto de ações por parte do aparelho estatal, que tende a diminuir as desigualdades sociais” (PASTORINI, 1997, p. 81). Sua função principal é a “correção” dos efeitos negativos produzidos pela acumulação capitalista. Nesta concepção a política social é entendida como concessão por parte do Estado para melhorar o bem-estar da população, cuja à solução para os problemas seria uma melhor redistribuição de renda ou uma distribuição “menos desigual” dos recursos sociais. A política social nesta ótica tem o papel de reestabelecer o equilíbrio social, via redistribuição de renda. Na segunda concepção, denominada por Pastorini “perspectiva marxista”, a política social é vista como uma unidade contraditória, e que tanto pode ser concessões, como conquistas, pois a análise da política social parte de três

elementos ou sujeitos protagônicos: “classe hegemônica, o Estado intermediador e as classes trabalhadoras.” (PASTOTINI, 1997, p. 86).

Assim, a tradição teórica que nos oferece uma visão mais ampla da interpretação dos fenômenos sociais, tais como o da política social e a democracia crítico-dialética. Nesta linha de análise a política social é interpretada como fenômeno contraditório, pois ao mesmo tempo em que responde positivamente aos interesses dos representantes do trabalho, proporcionando-lhes ganhos reivindicativos na luta constante contra o capital, atendendo também positivamente aos interesses da acumulação capitalista, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra e, em alguns casos, até desmobilizando a classe trabalhadora. Logo, o interesse do capital é sempre adequar às políticas de seguridade social aos seus interesses.

Para Mota (2010), os sistemas de proteção social são implementados através de ações assistenciais para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário, também para a manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa.

As políticas de proteção social são baseadas e referenciadas pelos sindicatos e partidos; porém nos meados dos anos 40 até final dos anos 70, onde ocorre uma crise no sistema capitalista, se vê então a necessidade de construir novas estratégias de relacionamento entre Estado, a sociedade e o mercado. Com isso, se fez necessário redefinir a seguridade social para adequá-la as novas necessidades do grande capital; destacando-se então as parcerias comunitárias, ONG's, atendendo as demandas sem ampliar os serviços públicos.

A partir dos anos 80, os trabalhadores brasileiros adquirem novos direitos, e ampliam o acesso a serviços públicos, usufruindo do aumento de benefícios como os da assistência social e saúde.

Para realizar sua reforma, as classes dominantes precisaram exercitar sua condição de dirigente, sitiando os projetos sociais dos trabalhadores, não somente através da força e coerção, mas confundindo seus referenciais, na proporção em que dotam de novos conteúdos as bandeiras políticas históricas dos trabalhadores brasileiros. Já o fizeram com a noção de cidadania, instituindo a figura do cidadão-consumidor; o mesmo acontece

com a banalização da solidariedade ou, ainda, com formas mistificadas de equidade. O que chama a atenção é a capacidade de operar um verdadeiro transformismo nos conteúdos das bandeiras da esquerda – de quem tem sido exemplar o atual governo – como é o caso da prioridade do social, da solidariedade, da prática associativa etc. (Mota, 2005, p.43)

Logo, esses são os argumentos utilizados pelo governo vigente para organizar uma reforma na previdência social, reorganizar a política de assistência social e racionalizar os programas de saúde.

Em relação ao texto constitucional, na área da saúde, Teixeira (1989, apud, BRAVO 2001, p. 26), aponta os principais avanços aprovados na Constituição:

1) O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existente entre segurado/não-segurado, rural/urbano; 2) as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; 3) Constituição do Sistema Único de saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; 4) a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; 5) proibição da comercialização de sangue e seus derivados;

Assim, após lutas e reivindicações da sociedade brasileira, e com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, confirmou-se o projeto da Reforma Sanitária, com a criação de um sistema único de saúde e seus princípios e diretrizes básicas.

1.1 A construção do Sistema Único de Saúde – SUS e aspectos contraditórios

Na década de oitenta, a crise econômica que se iniciou ainda no Regime Militar se agravou, e simultaneamente a sociedade brasileira experimenta um processo de transição democrática.

Nesta década, acontece o rompimento com o modelo implementado no pós-64, pois após o “milagre econômico”, tem-se o aumento da concentração de renda, a pauperização e precarização das condições de vida e de trabalho da população. (MOTA, 2010, p. 55)

Quanto à economia nos anos 80, há um aumento da dívida externa, elevação das taxas de juros e processo inflacionário. No mesmo momento, a

década de 80, traz um novo processo político, reestabelecendo o Estado democrático sob o símbolo de uma constituinte cidadã, buscando a ampliação dos direitos sociais.

O retorno ao Estado democrático redefiniu as novas regras políticas no Brasil, potencializando o quadro de luta política em torno de dois projetos diferenciados de sociedade, que segundo Coutinho (2000) são: modelo neoliberal definido pela classe dominante e modelo democrático-popular desejado pelas classes subalternas. Em 1986 na Assembleia Nacional Constituinte, esses dois projetos foram disputados, resultando na Constituição Federal em 1988, um projeto democrático popular pautado no Estado de Bem Estar Social. (TEIXEIRA, 2006, p.97)

Segundo BRAVO e MATOS 2005, a Constituição de 1988, consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, como a concepção de saúde como direito de todos e de responsabilidade do Estado.

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Além deste artigo, mais quatro relacionados à saúde foram integrados na Constituição Federal, que segundo BRAVO e MATOS (2005) podem ser resumidos da seguinte forma: integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único, a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com o controle social por parte da sociedade civil. E ainda indicou a participação do setor privado de forma complementar, preferencialmente por entidades filantrópicas e proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (BRAVO, 2007)

Art. 199, parágrafo 1º, do capítulo II, da Constituição, "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos".

Art. 227, do parágrafo 1º, que versa sobre o capítulo VII, o Estado admite a participação de entidades não governamentais na promoção de programas de assistência à saúde da criança e do adolescente.

Para concretizar o que estava referenciado na Constituição de 1988, foi promulgada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) que também pode ser considerada como um grande avanço para a política de saúde deste país. E ainda, podemos observar que algumas reivindicações do Movimento Sanitário foram contempladas, como o reconhecimento das determinações sociais no processo saúde-doença. E assim, de acordo com o art.3 da referida lei, a saúde passaria a ser caracterizada como:

Art.3: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressão a organização social econômica do País.”

Esta concepção ampliada de saúde considera na determinação do processo saúde-doença, uma série de condições coletivas de existência e ainda reconhece que, a saúde enquanto direito social (assim como o direito ao trabalho, ao salário justo entre outros), deve ser gerida e operacionalizada pelo Estado, “sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado” (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 223).

O Estado através das medidas institucionais tem o desejo de fortalecimento do setor público, e a redução do papel do setor privado em relação à prestação dos serviços de saúde. Estas medidas deveriam representar uma grande melhoria nas condições de vida da população, o que não ocorreu por estas medidas não terem sido operacionalizadas.

Apesar da importância da Reforma Sanitária na construção do SUS, evidencia-se a diminuição de seu espaço no interior dos aparelhos institucionais. Tanto que ao final da década de 1980, certas debilidades e incertezas foram colocadas em relação às propostas do Movimento Sanitário, tais como:

a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões como os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988. (BRAVO, 2009, p.99)

Assim, apesar do propósito de implementação de uma política de cunho universal, podemos observar que a mesma é promulgada em um momento totalmente adverso, no qual intencionalmente caminhávamos para a imposição de um plano econômico e político neoliberal o que dificultou em 1990, na introdução concreta dos preceitos apontados no SUS, chamamos assim de crise do Estado de bem-estar.

Neste contexto, aparecem dois grandes projetos societários de características antagônicas: o primeiro é um projeto que defende a construção de uma sociedade a partir de uma democracia restrita, ou seja, onde os direitos sociais e políticos dos cidadãos são restritos; o segundo é uma democracia de massa o qual permite uma “ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base.” (BRAVO e MATOS, 2001:198-199). Logo, podemos destacar na saúde, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

Apesar de o Projeto de Reforma Sanitária ter suas propostas legitimadas pelo SUS, este é questionado, pois se constrói a partir de uma proposta hegemônica. Já o Projeto privatista está fortemente ligado ao mercado e pela política de ajuste neoliberal, propondo que o Estado garanta apenas o mínimo para aqueles que não podem pagar e o setor privado seja responsabilizado pela garantia de atendimento à parcela da população que tenha acesso ao mercado.

A crise econômica e política do Estado eram entendidas como se fosse inerente à forma de administração do mesmo, logo foi sugerido que este mude sua forma de administração. Para isto seria necessário que o Estado se desresponsabilizasse das políticas sociais. Desta forma, na década de 1990, uma contra reforma de Estado foi sendo implementado gradualmente através da flexibilização de direitos dos trabalhadores terceirização de mão-de-obra e instabilidade funcional no setor público (BRAVO e MATOS, 2001), o que atingiu a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Estado, consolidando-se o projeto de saúde voltado para o mercado.

A Constituição Federal, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Logo, universalidade dos serviços e equidade na sua prestação são princípios consagrados constitucionalmente. Há também, princípios organizacionais em relação aos serviços de saúde pautados na descentralização dos serviços – redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, regionalização e hierarquização da rede – distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade, que são:

<p style="text-align: center;">Baixa Complexidade (Atenção Básica de Saúde)</p>	<p>é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade¹. Na infra-estrutura necessária para a atenção básica, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem saúde da família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.</p>
<p style="text-align: center;">Média Complexidade</p>	<p>ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.</p>
<p style="text-align: center;">Alta Complexidade</p>	<p>Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).</p>

Fonte: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007

¹ **Tecnologia de baixa densidade**, deixa subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

A participação social – institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área da saúde, com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo. Desta forma, verifica-se que a descentralização traz em si um desafio não só para todos os níveis de governo, mas também para a sociedade que passa a ter responsabilidade na implantação deste novo processo.

Para implementar o processo de descentralização surge inicialmente, a Lei nº. 9.080 de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde. Esta lei define o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”, a ser organizado, como antes declinado, de forma regionalizada, com direção única, nos termos do artigo 198, inciso I da Constituição Federal; em cada esfera de governo no âmbito estadual pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente.

Em seguida, a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, veio disciplinar a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação da comunidade se concretiza através da composição dos Conselhos de Saúde, que devem ser integrados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuário, com atuação na formulação de estratégias e controle da execução política de saúde, incluindo-se os aspectos econômicos financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Na composição dos conselhos a representação dos usuários deve ser paritária com os demais segmentos.

É importante salientar que segundo o site do Ministério da Saúde - MS, o SUS é integrado por duas instâncias colegiadas, em cada esfera de governo:

- Conferência de Saúde: tem como finalidade avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

- Conselho de Saúde: tem por finalidade exercer o controle social sobre a gestão do sistema estadual de saúde.

Ainda segundo o site MS o SUS se norteia por algumas doutrinas:

- I. A garantia de um atendimento universal (garantia de acesso às ações e os serviços de saúde por todos, independente de raça, cor, religião)
- II. A equidade, ou seja, todo cidadão é igual perante a assistência, e será atendido conforme as suas necessidades.
- III. A integralidade com a garantia de ações e serviços necessários para a promoção, proteção, tratamento e reabilitação a todo cidadão brasileiro que dele precisar, na unidade de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados.

Estas atividades podem ser, também, realizadas em visitas domiciliares e mediante ações coletivas, tendo em vista que tais atendimentos já foram pagos, através das contribuições sociais e dos impostos arrecadados. Portanto; é ilegal a cobrança de qualquer taxa ou contribuição dos usuários do SUS.

O financiamento do SUS nas ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para

financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos os prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS. (Ministério da Saúde – Brasil, 2014)

CAPÍTULO 2

A CONSTITUIÇÃO SOCIO-HISTÓRICA DA AIDS

A história da aids tem duas vertentes, uns dizem que surgiu a partir de um vírus chamado SIV, encontrado no sistema imunológico dos chimpanzés e outros macacos africanos, já existe uma outra informação de que esse vírus foi criado em laboratório a partir do interesse do capital na medicina curativa, o que podemos afirmar é que seus primeiros casos em humanos começaram a surgir nos Estados Unidos, no início da década de 1980, quase não havia conhecimento sobre tal doença e nem mesmo sobre sua transmissão, única coisa que havia de informação era o número cada vez maior de infectados, a AIDS era uma doença que afetava o sistema imunológico deixando o indivíduo sem defesa, causando a morte em pouco tempo. Nessa época a explicação sobre a doença circulava em torno das mais variadas hipóteses, alguns acreditavam ser uma espécie de câncer e que o contato com a doença fosse sistematicamente evitado.

Até 1983, a cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, só teve dois casos registrado. Mas em 1984 o número de cariocas doentes já havia saltado para 27. Na capital paulista, que registrara 28 casos até 1983, já havia 66 doentes em 1984 e 257 no ano seguintes (MORAIS DE SÁ e COSTA; 1994, p.17).

Os primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram em 1982 em um homossexual em São Paulo, mas as notícias de casos de doenças que afetavam o sistema imunológico já era anunciada pela mídia, já haviam atingido os brasileiros, causando pânico.

O país estava sob a presidência do general João Batista Figueiredo (1979 a 1984) que era chefe do Serviço de Inteligência (SNI). Foi um governo marcado pela crise social originada no período do milagre econômico marcado pela concentração de renda. Nesse período de busca pela democratização, possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ocorreram também diversos questionamentos de militantes do movimento homossexual que cobravam algum posicionamento do governo em relação a AIDS. O programa então tinha por objetivo, analisar a problemática e criar estratégias de combate e de prevenção da doença. Mesmo o Ministério de Saúde aprovando o programa, a AIDS era considerada pelo governo uma doença que não demandava atenção naquele momento.

O país a partir de então teve que se reestruturar formulando maneiras para que não ocorresse a contaminação e a exposição dos habitantes a tal doença que poderia ocorrer grandes estragos.

Os casos de AIDS ocorriam mais em usuários de drogas, homossexuais masculinos, prostitutas, hemofílicos e pessoas que precisavam de transfusão de sangue, esses foram nomeados como grupo de risco. Mas ao longo dos anos isso foi se transformando, em vez de atingir só esse grupo de risco, entretanto esse grupo havia os considerados culpados e até merecedores da doença, pois se infectaram devido a suas condutas irresponsáveis que fugiam dos padrões considerados normais. Mas em meio a tudo isso havia os que eram totalmente inocentes, como hemofílicos, os que fazem transfusões e claro o que nasciam com a doença. (GODOI,2013,p.24). Porém não devemos tratar a aids somente como preconceito, e sim levar em conta o interesse do capital e mazelas apresentadas na sociedade a partir desse sistema que vivemos, ou seja, a saúde precária e o interesse financeiro.

Não se pode esquecer que os acometidos pela doença muitas vezes sofriam com diversos preconceitos que resultava no abandono dos familiares e discriminação dos mesmos, além do preconceito sofrido em empregos, escolas, hospitais entre outros. Os familiares também eram vitimados, pelo fato da doença ser estigmatizada e muitas vezes estar ligado ao comportamento promíscuo, sendo assim os familiares não demonstravam laços com os doentes.

No Brasil em 1984 se estruturou o primeiro programa de controle da aids, seguida pela fundação do grupo de apoio a prevenção a aids (GAPA) primeira ONG do Brasil e América Latina na luta contra a aids. Alguns anos depois em 1985 ocorreu a criação do Programa Nacional de DST e AIDS. O Brasil correu contra o tempo se preparando para a doença não afetar o país de uma maneira tão forte, criando centros para orientação e esclarecimentos. O zidovudina (AZT) medicamento antirretroviral veio para impedir a multiplicação do vírus no organismo, proporcionando esperança entre a população com aids. O medicamento AZT começou a ser distribuído em 1990 no SUS. No entanto, o governo não disponibilizava uma quantidade que atendesse a todos e quem não tinha acesso teria que arcar com o custo que era elevado (HANAN,1994). Eles não matam o HIV, vírus causador da doença, ajudando a população ter uma melhor

qualidade de vida, pois o mesmo evita o enfraquecimento do sistema imunológico, sendo de suma importância o uso para aumentar o tempo de vida, o Brasil tem a patente de duas das fórmulas dos medicamentos ao tratamento da doença. (Portal DST/Aids – Brasil, 2014). Com isso os hospitais e os pacientes que não tinham acesso aos medicamentos viviam de doações, por exemplo, de medicamentos que já não eram mais utilizados por outras pessoas devido à suspensão médica ou ao óbito (Ibid.). Porém logo se inicia o processo para aquisição e distribuição gratuita do medicamento, e o Ministério da saúde inclui os procedimentos para o atendimento da aids na tabela do Sistema único de saúde (SUS).

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 (VILLARINHO *et al.*,2013,p,274).

Apenas alguns anos mais tarde em 1996, juntamente combinado com outros antirretrovirais, a aids deixa de ser uma doença que mata com pouco tempo e passa a ser uma doença tratável, dando ao indivíduo com aids um longo período de vida, se o mesmo possuir condição e adesão apropriada para o tratamento.

No Brasil com o tempo, aumenta os casos de aids em mulheres, sendo a proporção de uma mulher para cada dois homens, mostrando com isso a grande mudança do perfil da doença.

Em 2008 ocorreu a conclusão do processo de nacionalização do teste que é capaz de detectar o vírus HIV em apenas 15 minutos. Neste mesmo período surgem também algumas evidências que os antirretrovirais, podem ser usados para diminuir riscos de contaminação, podendo ser usado para profilaxia sendo ela pré ou pós-exposição ao vírus.

Devido a tal epidemia o Brasil passa a fabricar os antirretrovirais, facilitando assim o tratamento gratuito, pela criação do Programa Nacional de DST e aids, ligado ao Ministério da Saúde e as políticas que asseguram o acesso universal e gratuito a saúde. Constituição Federal de 1998 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080\1990 e ao tratamento como a Lei Federal nº 9.313\ 1996.

Milhares de pessoas só estão vivas no Brasil por causa dos antirretrovirais (ARV) usados no tratamento da aids e da disponibilidade desses medicamentos no Sistema Único de Saúde. Esta é a saga da incorporação de uma tecnologia inovadora combinada com a execução de uma política pública de acesso universal (SCHEFFER, 2012, p.13).

Em cada país o tratamento, reconhecimento e legislação sobre a aids é tratado da sua maneira. O Brasil, portanto, segundo Guimarães (2011) é um dos 63 países que não possui uma legislação especial para este caso, já em outros diversos países é crime transmitir e expor outras pessoas ao vírus.

Em 1º de dezembro foi assinada uma portaria pelo ministro da saúde, Leonardo Simão, passando a adotar este dia como O dia mundial da luta contra a aids.

Atualmente, segundo dados do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estimam aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. Entre os jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, a prevalência estimada em 2007 foi de 0,12% e 1,2% nos homens que fazem sexo com homens (HSH) da mesma faixa etária. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em estudos realizados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais em 2008/2009 foram de 5,9% entre usuários de drogas 2, 10,5% entre HSH3 e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Outro estudo, realizado mediante uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde/Fiocruz com usuários de crack em 2013, encontrou uma prevalência de 5,0%.

Desde 1980 até junho 2014, foram registrados no Brasil, 491.747 (65,0%) casos de aids em homens e 265.251(35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Com isso, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na

razão de sexo, que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013

A maior concentração dos casos de aids no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54,0% e entre as mulheres 50,3% do total de casos desde 1980 a junho de 2014. A taxa de detecção entre os indivíduos com até 9 anos de idade não apresenta diferença significativa segundo sexo, enquanto que, entre as demais faixas etárias, a taxa entre os homens é superior a das mulheres, sendo até 2,4 vezes maior no último ano para a faixa etária de 20 a 24 anos.

Entre os homens, observa-se um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos; destaca-se o aumento da taxa em jovens de 15 a 24 anos, observando-se, entre aqueles com 15 a 19 anos, um aumento de 120,0% e entre os de 20 a 24, de 75,9%, no período de 2004 a 2013. Entre aqueles com 35 a 39 anos e 40 a 44 anos, observa-se uma tendência significativa de queda da taxa, representando 21,9% e 23,6% de redução de 2004 para 2013, respectivamente. Nas demais faixas etárias, exceto as de crianças com até 9 anos, observa-se uma estabilização, sendo a maior taxa observada entre aqueles com 30 a 34 anos (56,5 casos para cada 100 mil habitantes).

É interessante notar que, a taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador *proxy* para avaliar a transmissão vertical do HIV. Tem-se observado uma tendência de queda estatisticamente significativa no Brasil como um todo: 35,7%, nos últimos dez anos. No entanto, constata-se diferenças importantes entre as regiões quanto a essa tendência; nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste há uma tendência de queda estatisticamente significativa, com percentuais de 59,2%, 34,3% e 67,3%, respectivamente, de 2004 a 2013. Para as regiões Norte e Nordeste, por outro lado, observa-se no mesmo período uma elevação nas taxas: 9,1% (de 3,3 para 3,6 por 1.000 nascidos vivos) e 13,0% (de 2,3 para 2,6 por 1.000 nascidos vivos), respectivamente. Esse aumento, no entanto, não é estatisticamente significativo.

2.1. Aspectos Conceituais da Epidemia HIV/Aids

Segundo GALVÃO, 2002, a AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma síndrome que ataca as pessoas expostas às formas de transmissão do vírus HIV que se encontra isolado em diferentes concentrações de materiais ou secreções orgânicas, como: sangue, leite materno, secreções vaginais e alguns componentes do sêmen. Logo, as formas de transmissão são: via sexual (oral, anal e vaginal), transfusão de sangue, compartilhamento de seringas e transmissão vertical.

As siglas HIV e Aids tem definições distintas. Segundo o site da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), o HIV refere-se ao vírus que ataca as células do sistema imunológico, tornando o indivíduo vulnerável aos variados tipos de infecções oportunistas, já a Aids é a manifestação no indivíduo de diversas doenças por consequências devido a ação do HIV no corpo. Desta forma, uma pessoa pode ser infectada pelo HIV e não pela AIDS, logo quando o indivíduo não apresenta nenhum sintoma do vírus (o que pode ocorrer por até 10 anos após a transmissão) o chamamos de assintomático e quando apresenta os sintomas, os chamamos de sintomático.

Neste trabalho vamos ressaltar alguns conceitos e definições para os que nunca tiveram contato com o tema. A referida síndrome tem diferentes denominações, como: Aids, aids e AIDS. No entanto, iremos utilizar as mesmas referências do Ministério da Saúde, ou seja, AIDS.

Com a implementação do parecer (Lei Federal nº 7.649/88 – Parecer nº 14,88 do Conselho Federal de Medicina) que é uma lei que obrigou a realização do teste HIV no sangue que fosse doado aos hemocentros, à via de transmissão passou a ser menos frequente, mas esse não foi o fim desta forma de transmissão pois o indivíduo já pode estar infectado, porém os anticorpos ainda são identificáveis nos exames de sangue.

Os anticorpos só começam a agir no organismo após a presença do vírus, o que pode demorar de duas a oito semanas. Este período que os anticorpos ainda não são identificados no exame, chamamos de período de janela imunológica.

O uso de medicamentos diretamente nas venosas e/ou o uso de drogas injetáveis, podem aumentar a chance de contágio do vírus HIV quando a agulha é reutilizada por mais de um indivíduo. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2014, para ambos os sexos, nos últimos 10 anos, houve uma diminuição na proporção de casos de Aids em usuários de drogas injetáveis (IUD); cerca de 67,8% detecção de casos em homens e uma redução de 12,2% de casos em mulheres, nos últimos 10 anos.

Com o aumento do número de casos de pessoas infectadas por via sexual, podemos identificar o aumento de casais *soro discordantes* e *soro concordantes*. O soro discordantes são os casais que só um dos parceiros possui o vírus, já o Soro concordantes são aqueles casais nos quais os dois são acometidos pelo vírus HIV. Independente do tipo de casal é importante à utilização do preservativo durante a relação sexual, tanto para não infectar o parceiro não acometido pelo vírus, como também para evitar gravidez e prevenir de outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), ou até mesmo a superinfecção do vírus HIV.

A superinfecção ou reinfecção pelo HIV ocorre após uma sequencia de contatos desprotegidos entre portadores do vírus. Assim, cada vez que um casal mantém relações sexuais sem preservativo, uma carga de vírus distintos entre si, entra em contato e isto pode aumentar a resistência aos medicamentos, o que diminui sua imunidade.

É importante ressaltar que as pessoas acometidas pelo vírus HIV são submetidas de tempo em tempos a um exame de carga viral, com o intuito de monitorar o vírus no organismo. Estes exames são muito importantes, uma vez que, a manutenção de uma carga viral reduzida pode aumentar a expectativa de vida do indivíduo infectado.

Para finalizar, a luta dos movimentos relacionados à saúde está diretamente ligada aos avanços dos diagnósticos deste vírus e a assistência aos acometidos pelo HIV.

2.2. Aspectos da Política para tratamento de HIV/AIDS no Brasil

A AIDS surge no Brasil no começo da década de 1980² em um momento de grande efervescência crítica ao modelo de política de saúde que aqui vigorava. A necessidade de novas concepções e práticas de atendimento menos compartimentadas e centralizadas, eram defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária (VIANA e LACERDA, 2004). Diante deste fato, ao ser promulgada a Constituição Federal de 1988, foi inserido o artigo 196, fruto das reivindicações deste Movimento.

Diante do avanço da epidemia HIV/AIDS no Brasil³ ainda antes da promulgação da Constituição, foram efetuadas outras medidas para a contenção desta doença, das quais cabe destacar: a criação do primeiro programa de AIDS no Brasil, em 1985, em São Paulo no âmbito da Secretaria de Saúde do estado; a criação da Portaria do Ministério da Saúde nº 236, de 02 de maio de 1985, que estabeleceu diretrizes para o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDAS ou AIDS); a partir da Portaria Ministerial número 542/86, a AIDS passou a ser uma doença de notificação compulsória⁴; criação do Programa Nacional de AIDS no âmbito do Ministério da Saúde em 1988 e ainda neste mesmo ano tem-se o início da distribuição gratuita de medicamentos para as infecções oportunistas pelo sistema público de saúde (GALVÃO, 2002).

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal foi aprovada a Lei Orgânica relativa ao Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90). Dentre os princípios e diretrizes contidos nesta lei podemos destacar a que relaciona “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” e a “igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art. 7, itens III e IV) que foram muito importantes para o desenvolvimento da legislação relacionada à AIDS (LACERDA e VIANA, 2004). É ainda nesse período que

² O Boletim Epidemiológico de 1982 reporta 10 casos de HIV (Galvão, 2002)

³ Enquanto o Boletim Epidemiológico de 1983 reporta a existência de 39 casos de AIDS, o mesmo documento do ano de 1984 aponta 140, sendo estes casos em mulheres (Galvão, 2002).

⁴ Cabe ressaltar que esta medida foi implementada no Brasil (1986) somente após anos de ter sido efetuada nos Estados Unidos

podemos observar uma amplitude da concepção de saúde, onde ela passou a ser considerada como resultante dos determinantes sociais. O combate à epidemia do HIV/AIDS implicou na construção de estratégias que desdobraram a partir desta perspectiva.

A nova política de saúde brasileira – a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 - favoreceu a instituição de políticas públicas universalistas, sendo assim, o Brasil pode enfrentar a aids nos anos seguintes articulando avanços terapêuticos com política pública de acesso universal e gratuito ao tratamento, mas dentro desse acesso universal temos que levar em conta que isso era a forma que a saúde deveria ser ofertada, porém dentro do sistema capitalista que vivemos, sabemos que esse acesso universal é ofertado de forma segmentada, ou seja, separada por classes.

O Brasil nos anos 90 promoveu uma reestruturação das Políticas Sociais na perspectiva da solidariedade, da focalização e seletividade, da refilantropização da pobreza e responsabilidade social, redução dos gastos sociais, descentralização e mercantilização dos bens sociais, promovendo assim o desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2006, p.12).

O Brasil firmou vários acordos com o Banco Mundial para financiamento de projetos de combate a aids. O “ Projeto AIDS I” que foi o primeiro, entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implementação e a estruturação de serviços assistenciais.(VILLARINHO *et al.*, 2013, p.273).

Este cenário político e socioeconômico influenciou significativamente na condução das políticas públicas, inclusive, nas relacionadas à saúde e ao enfrentamento do HIV e da Aids.

Porém de acordo com a Portaria nº 21, de 21 de março de 1995- após a publicação da Lei nº 9.313, de 1996 - que reforçou a obrigação do SUS a disponibilizar os antirretrovirais aos infectados pelo HIV e/ou com aids, controlando a epidemia e prolongando e melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

Em 1998 firmou outro acordo com o Banco Mundial com vigência até 2003. O “Projeto AIDS II”, que tinha como objetivo 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 (VILLARINHO *et al.*, 2013, p, 274).

Logo após outro acordo foi firmado com o Banco Mundial. O “Projeto AIDS III”, firmado em 2003 com vigência até 2006, tinha os seguintes 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 (VILLARINHO *et al.*, 2013, p, 274).

O “Projeto Aids-SUS”, firmado em 2010 com vigência até 2014, visava ampliar as ações de combate a aids e outras DST.

O Aids-SUS prevê metas como o aumento do acesso ao diagnóstico e de preservativos pelas populações mais vulneráveis (gays, profissionais do sexo e usuários de drogas) e o aumento da capacidade de execução financeira e de metas pelo Ministério e secretarias estaduais e municipais de saúde. Além disso, destacam-se a implantação de mecanismos que aumentem a transparência e responsabilização dos governos locais, tais como maior divulgação em sites dos dados epidemiológicos, orçamentários e financeiros. A iniciativa prevê, ainda, o aumento da testagem entre gestante para sífilis e HIV (*Ibid.*).

Por fim, o Banco Mundial já repassou mais de US\$500 milhões para o Brasil, porém podemos problematizar o real interesse do banco em financiar esses projetos no Brasil, pois segundo dados da OMS os países financiados são exatamente os subdesenvolvidos, ou seja, por trás desse financiamento pode existir o interesse de aumentar a dívida externa desses países; mas o objetivo que nos é apresentado de forma clara é o de que esses acordos visam, sobretudo, à elaboração e execução de políticas para a implantação e a consolidação do ideário neoliberal já citado anteriormente neste trabalho, e para a implementação das Políticas setoriais voltadas para a população acometida pelo vírus.

CAPÍTULO 3
POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Uma política pública expressa o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou a uma demanda que a sociedade apresenta. Cabe ao Estado definir seu caráter, suas responsabilidades, seu plano de ação e programas, a fim de buscar o equacionamento dessa demanda.

A luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação - estado e sociedade - esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo em 1985, como foi citado no capítulo anterior.

A epidemia de aids, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização.

A determinação política e o reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia impõem desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço maior no envolvimento dos diversos setores governamentais (educação, instituições de pesquisa, áreas econômica e social, forças armadas, setor judiciário) e não-governamentais (religiosos, organizações de pessoas afetadas por (e vivendo com) HIV/aids, organizações de movimentos sociais, empresariado e organismos internacionais).

Os principais desafios são a redução da incidência da aids nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e aids; e a priorização das ações voltadas para as DST no país.

Para isso, é de fundamental importância o envolvimento de diversos setores governamentais e também de setores não-governamentais.

O fortalecimento dos gestores estaduais e municipais - integrando as ações aqui propostas no cotidiano das rotinas dos serviços e das unidades de saúde - e o

fomento à incorporação/ ampliação na agenda política desses gestores e nos fóruns de controle social da questão das DST/aids - transformando-a, de uma questão da área de saúde em uma questão social relevante - são pontos fundamentais para o enfrentamento da epidemia no país.

Promover ajustes, reorganizar ações e estabelecer novos procedimentos fazem parte dessa contínua construção-prática-reconstrução de uma política pública. É preciso estar atento e aberto às questões novas que se colocam, seja no campo do saber técnico-científico, seja no campo do desenvolvimento de ações e estratégias de intervenção. Avanços e retrocessos fazem parte dessa caminhada, que não é linear.

Temos claro que é um dever do Estado promover o controle das DST e prover condições para o enfrentamento da epidemia de Aids em nosso país, e isso passa necessariamente pelo fortalecimento institucional, pela sustentabilidade e pela consolidação do controle social.

Na Política Nacional de DST/AIDS será apontado o Programa Nacional de DST/Aids, nas suas diversas áreas de atuação, de maneira a construir um instrumento que possibilite subsidiar as ações de saúde no âmbito das DST/aids.

Nos últimos anos, a epidemia de aids vem colocando novos desafios para as políticas públicas. Para enfrentá-los, é importante situá-los nacionalmente, em sentido amplo, e, de forma específica, no setor saúde.

No Brasil, as populações marginalizadas são as que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de assistência, à informação e à educação. Na maioria das vezes essas pessoas estão à margem das políticas públicas, e isso dificulta as ações que visam à prevenção, ao diagnóstico precoce e até mesmo à assistência. São populações mais vulneráveis devido à exclusão social em que se encontram dentro da própria estrutura social - pessoas, enfim, que são mais atingidas por doenças infectocontagiosas, entre elas o HIV.

Os programas de DST/aids não são, nem podem ser, dissociados de outras ações do setor público, a começar pelo próprio setor saúde. Algumas dificuldades presentes nesse setor vão desde a insuficiência de investimentos em equipamentos até a escassez de recursos para custeio, passando pela falta de

recursos humanos capacitados adequadamente. Essas questões têm-se constituído em entraves a um avanço maior na política de promoção à saúde e de descentralização das ações em DST/aids. O próprio conceito de promoção à saúde e prevenção é um desafio dentro do SUS, quando ainda coexistem visões e práticas que reforçam uma ideia fragmentada da saúde, em detrimento de uma visão integral da mesma, e, por consequência, isso se reflete em suas ações e em seus serviços.

Em que pese às significativas conquistas desde a implantação do SUS em 1988, este ainda é um sistema em construção, em processo de transição entre o velho sistema do hospital centrado nas ações assistenciais curativas e na figura do profissional médico, e o novo centrado na integralidade e interdisciplinaridade das ações, na universalidade da atenção, na participação e controle social e na descentralização.

Novos avanços na implementação do SUS dar-se-ão, tendo como precondições a negociação, a articulação e a pacto entre gestores das três esferas de governo e em permanente diálogo com a sociedade civil. Esse é um desafio que está posto não apenas para a área programática de DST/aids, mas para todo o setor saúde. A articulação intersetorial com as diferentes áreas do Ministério da Saúde é fundamental para avançarmos na adoção de medidas preventivas e de assistência em DST/aids. Para tanto, já estão em curso ações conjuntas com as áreas de saúde da mulher, do adolescente, da criança, saúde mental, vigilância sanitária, saúde da família e de agentes comunitários de saúde, entre outras.

Entretanto, mesmo diante dessas adversidades, obtivemos conquistas nas políticas públicas relativas à epidemia de aids no Brasil. Pode-se enumerar algumas de maior destaque, como a adoção de um referencial ético consensual; o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); a criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos afetados, tais como a Lei nº 9.313/96 (distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de aids); um melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil.

O impacto do Acordo de Empréstimo do Governo Brasileiro com o Banco Mundial permitiu o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais, além de fomentar uma ampla participação da sociedade civil. A assinatura do acordo de empréstimo para financiamento, denominado Aids I (1994-1998), possibilitou a consolidação do Programa Nacional de DST/Aids e o desenvolvimento de diversas ações. A renovação desse acordo, materializado no Projeto Aids II 1998 -2002), coloca um outro desafio, que se reflete no termo de cooperação: integrar e articular melhor nossas ações e construir a sustentabilidade e o fortalecimento institucional dos distintos gestores e a consolidação do controle social para garantirmos a continuidade das ações. É claro que isso exige também decisões na esfera política, como a alocação de recursos e a revitalização do setor público de saúde no Brasil.

A implementação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/aids e garantam os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus, requer vontade política.

Historicamente, segundo a Política de DST/Aids, o curso da epidemia no país pode ser dividido em três grandes fases:

1 - uma fase inicial - que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde -, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de "grupo de risco";

2 - uma segunda fase - que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus -, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de "comportamento de risco";

3 - uma terceira fase - que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo aqui um conceito de "vulnerabilidade".

Os desafios apontados na terceira fase demandam novas respostas, do governo e da sociedade civil, que vão desde a reconceitualização da epidemia até a modalidade de enfrentamento de sua expansão social.

No momento em que a epidemia da aids em nosso país passa por um processo de feminização, interiorização e pauperização, atingindo cada vez mais pessoas que têm muitos de seus direitos restringidos, é importante pensarmos como serão formuladas e implementadas as políticas públicas, levando em conta essa realidade. Como incorporar esses atores enquanto sujeitos sociais desse processo?

Esses novos contornos colocam-nos o desafio da implementação do SUS, buscando-se a integração de suas ações, a articulação intersetorial, a sustentabilidade das ações e programas, o fortalecimento dos espaços institucionais e a construção de uma política nacional de DST/aids que envolva outros setores da área governamental e não-governamental, para conseguirmos responder às necessidades vividas e manifestadas pelo conjunto da sociedade, priorizando os setores mais afetados pela epidemia. Precisamos pautar a questão da aids como um problema nacional, e não mais como um problema do setor saúde.

A sistematização das diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/aids leva-nos a pensar e a repensar nossa ação nesse caminho, o qual já vem sendo trilhado, quando nossas parcerias ultrapassam os limites do setor saúde e envolvem tanto atores de outros organismos governamentais quanto atores de organizações da sociedade civil de áreas diversas, como empresários, trabalhadores, mulheres, jovens, comunidades, entre outros.

A Política Nacional de DST/AIDS tem por objetivo sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de DST/AIDS é um documento que contempla, objetivos e diretrizes e define prioridades, tendo como marcos principais os princípios do SUS e o quadro atual da epidemia no Brasil. Apresenta também um panorama sucinto da epidemia de aids no país, situando as tendências atuais e os desafios postos, em termos de políticas públicas e mobilização social. Orienta as ações do

Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/ aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, compreendendo-se, assim, o SUS é um sistema integrado - estado e sociedade - que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/Aids é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

As políticas de saúde em relação a AIDS/HIV no Brasil se estruturaram em cinco estágios de acordo com os períodos:

A primeira fase (1970 a 1982): caracterizada como a fase pré-histórica da AIDS, é o período em que estão presentes os aspectos políticos, culturais e sociais nos quais a doença se inseriu e foi construída. É o período que antecede o conhecimento público e institucional da doença e também convergem todos os aspectos para o início da epidemia e construção das respostas políticas frente a ela. Nesse período houve uma articulação de fatores que ao se articularem estabeleceram o cenário inicial para a construção das respostas políticas à epidemia dentre esses fatores podemos destacar: o movimento da reforma sanitária, o fortalecimento e a intensificação de uma pressão social por uma mudança nas políticas brasileira e as articulações de forças democráticas que foram posteriormente de suma importância para a configuração da mudança da assistência à saúde no Brasil.

O final dos anos 1970 e o começo dos 1980 constituíram-se como um marco na política brasileira em torno do processo de redemocratização do país. Inúmeras forças sociais, representadas por sindicatos, entidades profissionais, associações de bairros, movimentos contra a carestia, minorias excludentes e partidos políticos empreenderam uma luta política, formando um bloco expressivo de pressão para exigir do governo militar mudanças estruturais importantes. A sociedade brasileira

mobilizou-se em vários grupos no país a favor da democratização. Essa luta constituiu-se como saída política à ditadura militar, que anunciara a proposta de estabelecer uma abertura lenta, gradual e segura (Gerschman, 1995).

O governo militar respondeu às crises econômicas e às pressões populares, estas cada vez mais frequentes, com ajustes e programas, visando uma estratégia política de abertura controlada, ou de liberação tutelada das instituições políticas. A extinção do Ato Institucional nº 5 (AI-5) em 1978, como exemplo dessa estratégia, foi um importante passo à frente para a sociedade brasileira, conquista das pressões políticas.

Entretanto, entre 1979 e 1982, o fracasso da reforma partidária promovida pelo governo e a divisão interna do bloco político de apoio ao regime militar abriram uma ampla comporta, por onde avançaram as forças políticas de oposição, represadas desde sua vitória eleitoral de 1974. Esse período, segundo Fiori e Kornis (1994), no qual se deslançou a crise econômica, transformou-se qualitativamente na crise política do regime militar no Brasil.

A vitória democrática da oposição em 1982 nos principais estados brasileiros abriu espaço para que representações das forças sociais, que se fortaleceram ao longo da década de 1970, ocupassem posições estratégicas nos setores decisórios do cenário político do país, fato que foi fundamental para a discussão e implantação de políticas públicas reformadoras, ainda que no primeiro momento estas estivessem circunscritas a alguns estados brasileiros.

No caso da saúde previdenciária em âmbito nacional, segundo Escorel (1989), alguns intelectuais do movimento pela reforma sanitária, claramente identificados neste projeto, foram chamados a exercer altos postos na burocracia estatal, na tentativa de solucionar o impasse enfrentado pela política de saúde e também como mais uma estratégia política do governo para a manutenção de sua posição.

O mesmo ocorreu em alguns estados, o que foi decisivo para a implantação de programas de saúde baseados nos princípios norteadores do projeto já então delineado pelo movimento sanitário brasileiro, ou seja, equidade, universalidade e saúde como um direito e dever do Estado.

Ao se articularem, os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, formaram o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à Aids/HIV no país.

É nesse cenário político, social e cultural que a Aids chega ao Brasil. Os primeiros casos de Aids oficialmente registrados no país ocorreram em julho de 1982, no estado de São Paulo. Mais tarde, um estudo retrospectivo indicou uma ocorrência de Aids em São Paulo ainda em 1980, ano que passou a ser referido em todas as análises epidemiológicas sobre o HIV no Brasil como o marco inicial.

A segunda fase (1983 a 1986): é o período que tem como eixos norteadores as subseqüentes questões: reconhecimento da AIDS pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros; reconhecimento oficial da AIDS pelo governo brasileiro como um problema de saúde pública contudo sem haver uma articulação de uma resposta nacional de peso à epidemia e indo a cabo dos estados; instalação das primeiras respostas oficiais à AIDS nos estados, tendo como exemplo o Programa Estadual de São Paulo que foi o pioneiro; e articulação das forças sociais e políticas para pressionar o Estado e participar na elaboração de políticas à AIDS/HIV.

Oficialmente os primeiros casos de AIDS começaram a ser reconhecidos a partir de 1982 em São Paulo e posteriormente no Rio de Janeiro. Em 1985, o sistema formal de vigilância epidemiológica em relação a AIDS no que diz respeito ao âmbito nacional iniciou suas atividades.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1998), com os estudos retroativos produzidos no decorrer da evolução da Aids no Brasil, em 1983 o estado de São Paulo já contava de fato com 26 casos, número que continuou em franco crescimento nos anos seguintes.

Assim, os dados dos estudos retroativos sobre a epidemia demonstram que a realidade da Aids — que passou a ser visível e discutida por alguns grupos sociais e instituições de saúde em 1983 em São Paulo — era bem mais grave do que os dados disponíveis na época indicavam. Esse aspecto, em nosso entender, outorga, tanto aos grupos que se mobilizaram inicialmente para pedir uma atuação

do Estado ante a chegada da Aids, como aos profissionais e instituições que se organizaram no primeiro esboço de uma política pública de enfrentamento da epidemia, uma ação responsável e articulada com as ideias de direito à saúde discutidas na época, portanto de compromisso político, visto que souberam entender a seriedade do problema, ainda que sob a luz da epidemiologia este parecesse não ser importante diante de outros problemas de saúde pública no país.

Em São Paulo ocorreram as primeiras mobilizações de grupos sociais assim como as primeiras iniciativas e articulações oficiais de enfrentamento a AIDS. Segundo Galvão (2000) esse pioneirismo se deve ao fato de que foi neste estado que surgiram os primeiros casos além do significativo número de casos; as pressões sociais provenientes dos grupos que neste momento eram classificados como os mais vulneráveis à contaminação tornando-se mais definidas e articuladas; e a Secretaria da Saúde sendo confiada a profissionais identificados com os princípios da reforma sanitária.

Inicialmente as respostas que foram dadas à epidemia foram diferentes nos diversos estados visto que dependiam das possibilidades políticas que se instalaram no período nas esferas do setor saúde. O fato de ter sido o pioneiro nas respostas à AIDS conferiu ao estado de São Paulo não só a ocorrência de ter sido o primeiro a ter um programa estadual oficializado contra a epidemia. Ao serem definidos os referenciais éticos e políticos comprometidos com um pensamento social em saúde e que foram norteadores do discurso e de diretrizes do programa contra a AIDS/HIV, primeiro em São Paulo e logo depois em outros estados da federação, estava referendado o caminho para a pressão política no encaminhamento desses referenciais, entre os quais a participação popular, que foi fundamental no alcance progressivo das conquistas nesse enfrentamento. Este pode ter sido o efetivo avanço no estabelecimento do primeiro referencial político para uma ação contra a AIDS no período inicial: garantir que o ideário político do direito à saúde estivesse instalado, ao menos nas propostas oficializadas nos programas estaduais.

O Ministério da Saúde só veio a público em 1985, após centenas de casos já terem sido detectados, para reconhecer a gravidade da doença. E em maio do mesmo ano foi criado o Programa Nacional da AIDS que estabeleceu as primeiras

diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país e, assim, a AIDS foi assumida como um problema emergente de saúde pública.

A terceira fase (1987 a 1989): é o período em que o Programa Nacional de AIDS foi realmente configurado e instalado. A coordenação nacional centralizou as ações e afastou-se dos programas estaduais e Ongs. Estas, por sua vez, fortaleceram-se ao longo dos anos e exerceram papel importante na discussão e enfrentamento de questões importantes com o Programa Nacional.

A resposta oficial em nível nacional, no enfrentamento à epidemia de AIDS, finalmente começou a ser construída, isso quase dois anos depois que o ministro da Saúde reconheceu-a como um problema de saúde pública emergente no país.

A quarta fase (1990 a 1992): é o período considerado como o mais sombrio e catastrófico/calamitoso no que se refere a epidemia durante os anos de política de saúde. Em conformidade com a catástrofe política e social vivida pelo país no período do governo Fernando Collor, as mudanças na equipe central e nas ações programáticas no combate à epidemia do Programa Nacional de AIDS acarretaram um espaço no processo de construção de uma política nacional efetiva para a AIDS/HIV.

Contudo, mesmo este período tendo sido visto como um declínio no estabelecimento das diretrizes e princípios importantes no combate a epidemia, houve um grande avanço visto que foi nesse período que passou-se a distribuir, autorizado pelo governo federal, gratuitamente os medicamentos necessários ao portador de HIV e pacientes de AIDS.

Nesse período houve uma desarticulação da política nacional contra a AIDS o que comprometeu a integração com os estados, as Ongs e outras instituições gerando assim uma fragilização do programa e do processo de implantação e construção do combate a doença ao passo em que ela avançava. Segundo Galvão (2000), o governo Collor executou estratégias marcadas pela incongruência e voluntarismo, fatores que afetaram a evolução do Programa Nacional.

Esse período de 1990 a 1992 foi definido por Camargo Junior (1999) como um marco de “um interregno na trajetória das políticas públicas para a AIDS/HIV”. No governo subsequente houve uma reorganização na administração federal,

inclusive no Programa Nacional de DST/AIDS. A seguir o que se vivencia é uma fase de nova perspectiva política em relação à retomada dos princípios e diretrizes que tinham caracterizado o combate à AIDS desde seu início: a cobrança e participação dos grupos organizados, instituições e outras entidades vinculadas à AIDS na construção das ações governamentais frente a epidemia.

De acordo com Teixeira (1997), além da rearticulação interna com os estados, Ongs e organismos internacionais, o novo período, que se iniciava, seria marcado pelo processo de elaboração e negociação com o projeto do Banco Mundial, o qual, concretizado em 1993, viria a mudar significativamente a organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas com a prevenção e controle de AIDS no Brasil. Com a concretização desse projeto, estava terminada uma década de combate à AIDS no Brasil, cujas características foram basicamente as baseadas na participação de atores envolvidos com a ideia de um "bom combate" à epidemia. Ou seja, aquele travado com um envolvimento pelo ideário da inclusão, do direito à diferença individual e igualdade de assistência, da cidadania, sobretudo, e busca do espaço democrático de participação na construção de uma política de saúde ante uma epidemia que denunciou em sua evolução nossas desigualdades sociais e preconceitos.

A quinta fase (1993 até o presente momento): é o período em que os acordos internacionais passaram a ser os grandes mantenedores das ações programáticas referentes ao confronto com o AIDS/HIV. É nesse período que é estabelecido os maiores recursos para a implementação das respostas e a proposição de aspectos mais econômicos do que sociais no quesito norteador da política nacional contra a AIDS.

Inicia-se uma nova fase no enfrentamento da epidemia de hiv/aids marcada por formas diversas de cooperação entre as Ongs brasileiras e o Programa Nacional de aids. Em 1993, o acordo com o Banco Mundial possibilitou o projeto AIDS I que vigorou de 1994 a 1998, o qual determinou o caminho das políticas de enfrentamento da epidemia a partir de então. Teixeira (1997) sinaliza para o tempo recorde entre o início das negociações entre o Banco Mundial e a finalização e implantação do acordo, explicitando assim uma vontade política firme e clara do governo brasileiro, reconhecendo o problema sério de saúde pública que a aids representava.

Os projetos AIDS I e II ampliaram o número de instituições que passaram a desenvolver projetos nesta área. Contudo, ao mesmo tempo em que foram incentivados e financiados projetos de diferentes entidades e segmentos da sociedade brasileira e a partir de então o Banco Mundial passou a ser o grande financiador dos projetos dessas entidades.

O Programa Nacional de aids tem por objetivos: reduzir a incidência e transmissão de HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs); fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DSTs e HIV/Aids no Brasil. Como estratégias para o alcance de tais objetivos, o projeto propunha definir um programa básico de prevenção para HIV e DSTs e identificar que intervenções nesse sentido seriam as mais eficazes; desenvolver um quadro de profissionais de saúde adequadamente treinados e equipados, capazes de diagnosticar, tratar e levar serviços importantes aos infectados pelo HIV e pacientes de Aids; estabelecer serviços de pesquisa e monitoramento do HIV/Aids e problemas de saúde conseqüentes (DSTs, tuberculose etc.); finalmente, o projeto apontava a necessidade de os municípios e estados brasileiros estarem envolvidos na execução do mesmo.

De acordo com o último boletim epidemiológico⁵ da AIDS (2014) divulgado pelo Ministério da Saúde, o Brasil possui 70.677 casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) entre adultos e 773 em crianças, o que chama bastante atenção se comparado ao ano de 2009 onde o boletim faz referência a 38.538 casos, onde fica notório o aumento significativo do número de casos. Este quantitativo demonstra a necessidade de ações de prevenções mais eficazes e reflete a doença como um grande problema de saúde pública ainda nos dias atuais.

Analisando estes casos de forma mais específica apresenta-se abaixo tabelas para exemplificar de melhor forma:

⁵ Boletim Epidemiológico: apresenta as informações e análises sobre os casos de HIV/aids no Brasil, regiões, estados e capitais.

CASOS DE AIDS NOTIFICADOS SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO SEXUAL E FAIXA ETÁRIA.

Categoria de exposição	2010		2011		2012		2013	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
HSH⁶								
13 a 19 anos	129	30,6	146	29	183	36,3	182	34,2
20 a 29 anos	1901	35	2051	36,9	2305	40,7	2355	43,4
30 a 39 anos	1865	24,6	2096	26,4	2156	28,1	1987	28,5
40 a 49 anos	1163	20,7	1243	21,4	1136	20,4	1021	20,3
50 anos ou mais	436	12,3	450	12,4	492	13,5	498	13,7
Heterossexual								
13 a 19 anos	227	53,9	286	56,7	275	54,6	284	53,4
20 a 29 anos	3251	59,9	3250	58,4	3108	54,9	2876	53
30 a 39 anos	5250	69,2	5402	68,1	5156	67,1	4655	66,8
40 a 49 anos	4131	73,4	4242	73	4185	75,1	3767	75,1
50 anos ou mais	3022	85	3053	84,4	3032	83	3039	83,6

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

Podemos verificar nesta tabela, a partir dos dados apresentados, que os homens com idade entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos homossexuais, há uma forte diminuição de infecções desde 2010 à 2013, essa diminuição acontece devido a implementação de um plano voltado diretamente para esse público: o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis, logo é um tratamento voltado diretamente para esse público. Já entre os homens heterossexuais o aumento é relatado nos que tem idade de 50 anos ou mais, e isso pode ser atribuído à falta de políticas específicas prevenção da DST/Aids voltadas para esse público, a atual geração de idosos estão muito mais ativos sexualmente.

⁶ HSH – Homens que fazem sexo com homens

CASOS DE AIDS NOTIFICADOS SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA, SEXO E RAZÃO DE SEXO.

Ano de Diagnóstico	Norte		
	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
2010	2119	1280	1,7
2011	2163	1270	1,7
2012	2195	1279	1,7
2013	2698	1561	1,7

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

Ano de Diagnóstico	Nordeste		
	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
2010	4634	2890	1,6
2011	4982	2918	1,7
2012	5198	3013	1,7
2013	5473	3150	1,7

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

Ano de Diagnóstico	Centro-Oeste		
	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
2010	1560	883	1,8
2011	1728	961	1,3
2012	1893	969	1,4
2013	1971	951	1,5

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

Ano de Diagnóstico	Sudeste		
	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
2010	11072	6055	1,8
2011	11698	6166	1,9
2012	11114	5646	2
2013	10351	4888	2,1

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

Ano de Diagnóstico	Sul		
	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
2010	4840	3472	1,4
2011	5121	3794	1,3
2012	5052	3660	1,4
2013	5067	3384	1,5

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano de 2014.

A epidemia da infecção pela AIDS constitui fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiro mosaico de epidemias regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção da AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas, pois ela deixou de ser restrita somente a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais, tendo então seu perfil totalmente modificado. As mudanças no perfil da AIDS no Brasil devem-se à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte.

Com tudo isso pode-se ver que a razão de sexo apresenta diferenças regionais importantes, mediante a essas tabelas podemos ver que em todas as regiões há o predomínio de Homens infectados, ou seja, ao analisarmos então as todas as tabelas podemos observar que a doença aids, a qual nos últimos anos tinha uma tendência de ser caracterizada pela feminização, nos dias atuais apresenta-se bastante pertinente no sexo masculino. Esse aumento de infecção no sexo masculino, pode ser visto de forma cultural, machista, pois no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2013) , pouco tem sido abordadas as necessidades e demandas da vida sexual, reprodutiva e da saúde do homem, no que tange a questão da Aids.

Desta forma, fica evidente que pensar em saúde num contexto geral envolve a compreensão das especificidades presentes em saúde, em cada gênero. Para além disso, destaco que a melhoria na saúde e das políticas sociais seriam essenciais, pois se o sistema capitalista no qual vivemos não tratasse tantas áreas de forma segmentada e o direito apresentado na constituição fosse realmente voltado para todos, sem levar em conta o interesse financeiro do capital, talvez sim teríamos a real equidade no tratamento e no direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos durante a exposição deste trabalho que alguns pontos necessitam de ser considerados quando o assunto refere-se às pessoas acometidas pelo vírus HIV.

A carga discriminatória sobre estas pessoas nos mostra que discriminação e preconceito são elementos associados à saúde, pois isso interfere nas condições de vida (trabalho, habitação, acesso aos serviços públicos entre outros), e a necessidade de combatê-los como pressupostos para, se garantir e assegurar a saúde e qualidade de vida de pessoas soropositivas.

A luta contra a aids trouxe novos desafios ao campo da efetivação dos direitos e novas estratégias de ação foram criadas, ampliando o rol de instrumentos de pressão do Estado, bem como de efetivação dos direitos que existem e são expostos, porém como fica claro neste trabalho infelizmente devido ao Estado capitalista esse direito é segmentado, gerando a necessidade de judicializar a questão do tratamento, dos medicamentos para que sejam efetivos.

Sendo assim, como já foi citado no capítulo dois deste trabalho, o banco mundial já repassou mais de U\$500 milhões para o Brasil que hoje é pioneiro em pesquisas e confecção de remédios para o tratamento do vírus HIV, porém esse dinheiro também é para elaborar e executar políticas neste âmbito. Ao analisarmos uma afirmação como esta, fica claro que é bastante interessante para um país como o Brasil continuar elaborando políticas que não são efetivamente ativas, e o lucro financeiro que essa doença traz aos cofres internacionais, ou seja, principalmente do financiador desses projetos.

Tal fato, nos faz retomar a indagação central deste trabalho: Quais as estratégias foram e vem sendo construídas no âmbito da política de saúde, pós SUS, para a população com HIV/aids? Como foi apresentado no capítulo 3, o Estado criou políticas específicas para o tratamento a pessoas acometidas pelo vírus HIV/Aids, porém cabe aqui ponderar que, políticas assim representam um significativo avanço, mas não podemos deixar de pensar sobre seus efeitos (ou a falta dele). Como já dito, é necessário investir em pesquisas de atualização através do boletim epidemiológico anual, e do perfil divulgado, o qual relata os aumentos consideráveis de um ano para o outro. Pensa-se ser muita inocência ou

prepotência achar que em uma cultura machista, em uma sociedade capitalista, em um contexto neoliberal, apenas discutir essas temáticas, tendo ciência de que são problemáticas, e que se pode mudar a realidade.

Consideramos a necessidade de aprofundar em estudos futuros elementos como a discussão da população masculina, destacando a inserção dos homens como sujeitos na discussão da prevenção e tratamento ao HIV/Aids, levando em conta a questão de direito uma vez que abrange o respeito e a efetivação aos direitos sexuais e reprodutivos deste segmento e o lucro que essa doença trás para os cofres públicos do Estado, ou seja, o real interesse do Brasil no desenvolvimento de pesquisas ao tratamento e confecção de remédios para combater o HIV/Aids.

Concluimos ressaltando a impossibilidade de pensar em saúde sem considerar a integralidade, a interdisciplinaridade, a atenção integral e o direito, que por vezes parece distante no cotidiano das ações e serviços em saúde. Um grande desafio se coloca: a saúde deixar de ser vista pelo governo como um lucro para os cofres públicos, principalmente quando referente à doença HIV/aids e seus acometidos, pois fica claro que existe tratamento e cuidados que deveriam ser ofertados a todos, porém como tal doença é vista de maneira monetária essa efetivação de direitos tem sido colocada de lado, e com isso podemos pensar como um país que é pioneiro em pesquisas e tratamentos ao vírus HIV/aids pode ter tido um aumento tão significativo, segundo dados do boletim epidemiológico, no número de pessoas infectadas pelo vírus no período de cinco anos? A resposta para essa pergunta está exatamente no lucro atual que essa doença trás ao país, mais claramente temos muito mais ONGs trabalhando de forma efetiva com pessoas acometidas por esse vírus do que o tratamento que o Estado tem o dever de oferecer e os infectados o direito de receber.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. Brasil em Contra – Reforma: destruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. 7º ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).

BRAVO, M.I.S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 2ºed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAVALCANTI, L. F; ZUCCO, L. P. Política de saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I. E CAVALCANTI, L. F. (orgs) Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CORREIA, M. V. C. “Desafios do Controle Social na Atualidade”. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

COUTO, B.R. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma questão possível? São Paulo: Cortez, 2004.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (org). Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FALEIROS, V. P. A política social do estado capitalista. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. , CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IANNI, O. O mundo do trabalho. In: FREITAS, M. C. (Org.). A reinvenção do futuro. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

MATOS, M. C. “Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Combate.” In: MOTA, A. E. (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo. Cortez; Brasília.

MENICUCCI, T. M. G. “Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual”. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, 2006.

MOTA, A. E. “Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes” In: MOTA, A.E. (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

_____. “Política de Saúde no Brasil”. In: MOTA, A. E. (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo: Cortez; Brasília.

_____. “A Centralidade da Assistência Social na Seguridade Social Brasileira nos anos 2000”. In: MOTA, A. E. (orgs) O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PASTORINI, A. A categoria: questão social em debate. São Paulo, SP: Cortez, 2004 (Questão da nossa época, v.19)

PEREIRA, P. A. P. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 4, 2000.

TEIXEIRA, A. de P. “Política de Previdência Social” In: REZENDE, I. E CAVALCANTI, L. F. (orgs) Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

Legislação e documentos consultados

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Lex: Coletânea de Leis e Resoluções, 4º Ed. Rio de Janeiro: CRESS 7º Região-RJ, 2007, 419p.

BRASIL. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (acessado em 28/07/2015)

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm (acessado em 28/07/2015)

Boletim Epidemiológico da Aids, 2010. Junho a dezembro de 2009/ Janeiro a junho de 2010: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>. (acessado em 15/08/2015)

Boletim Epidemiológico da Aids, 2014. Junho a dezembro de 2013/ Janeiro a junho de 2014: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>. (acessado em 15/08/2015)

Sites Consultados

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf (acessado em 27/05/2015)

<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> (acessado em 27/05/2015)

http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf (acessado em 27/05/2015)