

Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids

Ximena Pamela Díaz Bermúdez¹

¹ Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil.

Introdução

Este capítulo aborda as principais experiências da política de HIV/Aids no país à luz de sua trajetória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento apresenta o repertório das estratégias mais marcantes na resposta nacional à epidemia do HIV/Aids, os avanços e os dilemas. Acena para possíveis cenários programáticos projetados para 2030, período definido pelas Nações Unidas para a implementação de uma agenda universal de desafios globais para o desenvolvimento e sustentabilidade do planeta e de seus habitantes.

Um olhar global

A epidemia de HIV/Aids, que surgiu no início da década de 80, afetou desigualmente populações em escala mundial. Considerada uma das mais excepcionais crises sanitárias que a humanidade já conheceu, despertou uma resposta internacional sem precedentes, além da oportunidade de incentivar novos modelos globais de saúde, mobilizando pessoas e recursos financeiros em âmbito local, regional e global frente à um cenário que desafiou e continua desafiando os sistemas de saúde^{1,2}.

Após três décadas de epidemia são inegáveis as conquistas alcançadas em termos de conhecimentos; formulação de políticas baseadas em evidências; desenvolvimento técnico e científico; inovação na produção de medicamentos antirretrovirais; estratégias de prevenção e de acesso a grandes contingentes da população, todos esses dispositivos hoje disponíveis para a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas.

Contudo, no contraponto desses avanços, o custo humano global ainda é alto e distribuído desigualmente em territórios e populações: 35

milhões de mortes acumuladas. Atualmente, cerca de 36,7 milhões pessoas vivem com HIV/Aids, das quais 21 milhões utilizam regimes terapêuticos; 17 milhões de pessoas sem acesso ao tratamento; 1,8 milhões de novas infecções anuais, 47,0% entre as populações chave^{3,4}.

Os efeitos econômicos, políticos, sociais e emocionais da epidemia de HIV/Aids continuam a ser expressivos na agenda de saúde pública mundial. Os países de baixa e média renda são os mais afetados, sobretudo, no leste e no sul do continente africano. Na América Latina, a cobertura de tratamento é de 58,0% para um total de 1,8 milhão de pessoas infectadas, embora tenha havido um declínio de 12,0% ainda ocorrem aproximadamente 36 mil mortes anuais relacionadas à Aids e 97 mil novas infecções anuais na Região⁴. Do ponto de vista dos recursos financeiros aplicados globalmente, em 2016, US\$ 19.1 bilhões estiveram disponíveis nos países de baixa e média renda, os quais correspondem a mais da metade do orçamento doméstico desses países⁴. No entanto, é necessário destinar maior volume de recursos ao combate da epi-

demia no mundo, principalmente para incrementar o acesso ao tratamento e a garantia da sustentabilidade dos esquemas terapêuticos

disponíveis, que avançaram notavelmente nos últimos dez anos, ao combinar fármacos em número reduzido de comprimidos⁵.

A constituição do SUS e a epidemia de HIV/Aids

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) no final da década de 80, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tornou o acesso à saúde um direito de todos e um dever do Estado. Tal arcabouço legal permitiu avançar nos mecanismos de participação social e no reconhecimento dos determinantes sociais nas desigualdades de saúde.

A epidemia de HIV/Aids emerge no país exatamente durante esse momento político. Assim, as ações de combate à epidemia foram arquitetadas no bojo de um novo pensamento em saúde pública e em harmonia com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, de acordo com a CF de 1988. A presença do HIV/Aids no contexto brasileiro encontrou um país no rumo da retomada da democracia. E, mais especificamente, no setor saúde um movimento de muita reflexão e debate com intelectuais, profissionais e trabalhadores da saúde. O movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que concebeu a saúde como política, tendo o Estado como mediador das diversas forças sociais.

O SUS reflete o entendimento que as políticas públicas são resultado das forças políticas sociais da sociedade e é uma expressão concreta dos rumos trazidos pelo movimento da RSB. Esse contexto de construção e implementação da política de saúde brasileira, nas últimas três décadas, influenciou profundamente a resposta à epidemia do HIV/Aids, assim como os componentes de direitos humanos, da cidadania e da participação social, que permearam as respostas construídas⁶.

O fato de o HIV/Aids ser uma doença emergente contribuiu para vencer barreiras de organização do sistema de saúde e de acesso aos serviços. A resposta nacional à epidemia imprimiu uma nova concepção na organização da atenção à saúde e nas relações com os usuários. Esse foi o contexto para o percurso da política brasileira de HIV/Aids com a participação de diversos atores como academia, governo, sociedade civil, pessoas vivendo com HIV/Aids e organismos internacionais⁷.

Caminhos político-programáticos da resposta brasileira

No Brasil, a história da Aids acompanha as relações entre o Estado e a sociedade, com reflexos na formulação e na implementação da resposta nacional criada. A produção de conhecimentos científicos e de tecnologias para HIV/Aids nos campos clínico, epidemiológico e social; as novas abordagens éticas de boas práticas em saúde pública; as políticas e programas implementados na área da saúde e em outras esferas; a organização e a mobilização da sociedade civil; a qualificação de recursos humanos, além do financiamento aplicado ao combate à epidemia são alguns dos aportes para a saúde pública ao longo destes 30 anos⁸.

O compromisso governamental liderado por profissionais de saúde pública, além das primeiras reivindicações do movimento homossexual mobilizado frente a nova doença, ocorreu no estado de São Paulo em 1983, onde surgiram os primeiros casos de HIV/Aids. Em seguida, outros estados como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro se somaram, com respostas locais, que se ampliaram em nível nacional, com a criação da Divisão de Dermatologia Sanitária no Ministério da Saúde, na qual se abrigaram as primeiras ações da esfera federal, vinda a contribuir, em 1986, para a criação do Programa Nacional de Aids¹⁰.

Esse conjunto de articulações políticas e programáticas nacionais envolveu instituições internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o *Centers for Disease*

Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos das Américas. Nesse período também foi constituída a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS) atuante até os dias de hoje, como foro essencial para o debate técnico e político da resposta nacional ao HIV/Aids, ao congregarem setores de governo, organismos não governamentais, sociedade civil, associações de classe, universidades e especialistas de diversas áreas de conhecimento¹⁰.

A Política Nacional de Controle ao HIV/Aids foi pautada nos direitos humanos, equidade e integralidade das ações, princípios ainda hoje vigentes e que, ao longo destes 30 anos, foram estendidos a outros agravos, tais como hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Em 1991, foi dado novo passo, ainda que incipiente, com a distribuição gratuita do AZT aos pacientes diagnosticados. E, a partir de 1996, com a Lei 9.313, as pessoas com HIV/Aids têm assegurado o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, iniciativa que promoveu radical mudança na forma e no conteúdo das estratégias de prevenção, que passaram a ser indissociáveis do tratamento. Tratamento e prevenção são assim, desde 1996, vistos como referências singulares da resposta brasileira a epidemia do HIV.

O elevado custo do tratamento fez com que o Brasil adotasse uma postura de vanguarda no que concerne à transferência de tecnologia e ao enfrentamento das políticas de preços praticadas pelos grandes laboratórios internacio-

nais. Um marco na história de acesso aos medicamentos foi o papel do Brasil na Organização Mundial do Comércio (OMC), em Doha, 2002. À época o país defendeu a política de combate ao HIV/Aids e reivindicou sua capacidade de produção de antirretrovirais, abrindo o debate sobre a quebra de patentes, na perspectiva da saúde como direito humano, em divergência com a visão essencialmente lucrativa e mercantilista das corporações farmacêuticas mundiais. Assim, em 2007, o Brasil quebrou a patente do Efavirenz alicerçado no Tratado Internacional de Propriedade Intelectual (TRIPS)¹¹. O licenciamento compulsório do Efavirenz foi efetivado, contribuindo para uma economia de mais de 30 milhões de dólares, colocando o país como protagonista de iniciativas internacionais relevantes, em defesa ao acesso universal a todas as pessoas com HIV/Aids aos antirretrovirais. Dez anos mais tarde, em 2016, a incorporação do Dolutegravir como medicação da primeira linha foi também uma ação inovadora no país, a um custo que garante a sustentabilidade desse esquema. Além disso, foram inseridas na agen-

da duas inovações importantes: as medidas para a incorporação e a implantação da profilaxia pré-exposição (PrEP), dirigidas a atender a demanda de populações chave e também a ampliação do acesso ao diagnóstico por meio do auto-teste disponibilizado comercialmente. Entretanto, a preocupação com o papel dos medicamentos na resposta à Aids tem sido um importante ponto da pauta ao longo destes anos^{18, 19}. O acesso aos medicamentos ao HIV/Aids é sempre sensível e em diferentes momentos e locais ocorreram episódios pontuais na falta de alguns deles.

Ações específicas voltadas para populações chave têm sido recorrentemente testadas em projetos específicos. Estão em curso no país, ainda produzindo evidências para absorção em projetos de intervenções comunitárias, algumas iniciativas de ampliação do acesso ao diagnóstico fora dos serviços de saúde, em parceria com o CDC, por exemplo, a inclusão do auto-teste, como nos projetos *Viva Melhor Sabendo*, *Viva Melhor Sabendo Jovem* e *A Hora é Agora*.

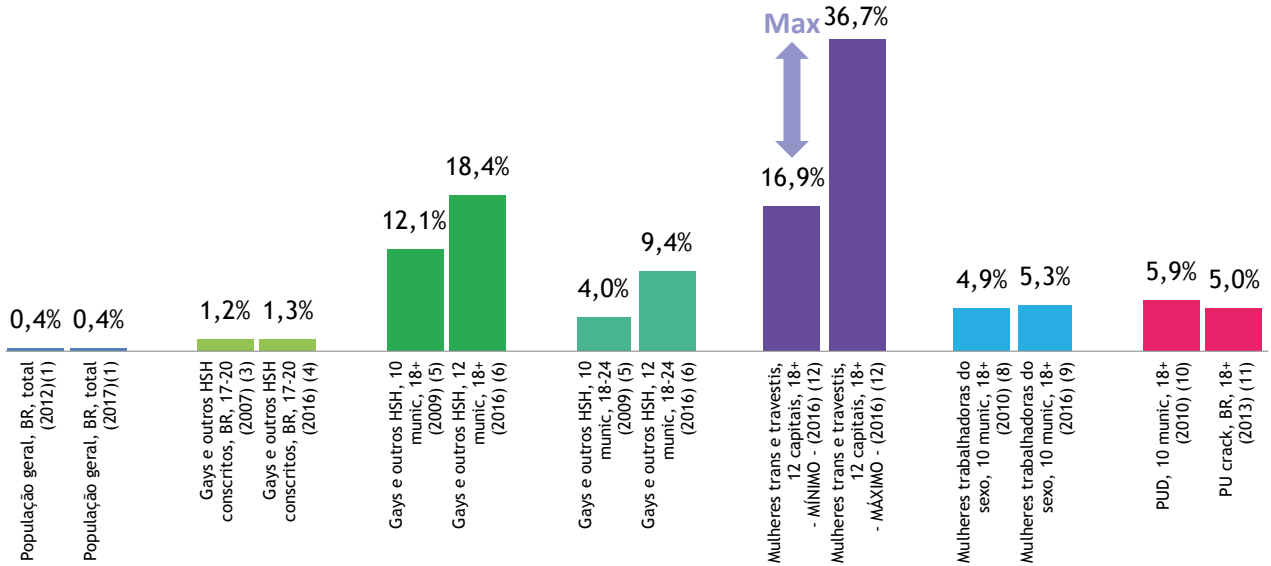
Cenário epidemiológico no Brasil

O primeiro caso de Aids no Brasil foi detectado no ano de 1982¹². Do início da epidemia até 2017 foram diagnosticados 882.810 casos, com aproximadamente 40 mil novos casos anuais de Aids nos últimos cinco anos. Há diferenças importantes nas regiões e nas populações mais afetadas. A região Sudeste detém 52,3% dos casos; 20,1% correspondem ao Sul e 15,4%, Nordeste. Taxas menores se verificam no Norte, com 6,1% de casos e na Região Centro-Oeste com 6,0%. Nesse mesmo período (1982-2017) fo-

ram notificados 316.088 óbitos, com maior proporção no Sudeste (59,6%) seguido de região Sul, 17,6%; Nordeste, 13,0%; Centro-Oeste, 5,1% e Norte 4,7%.

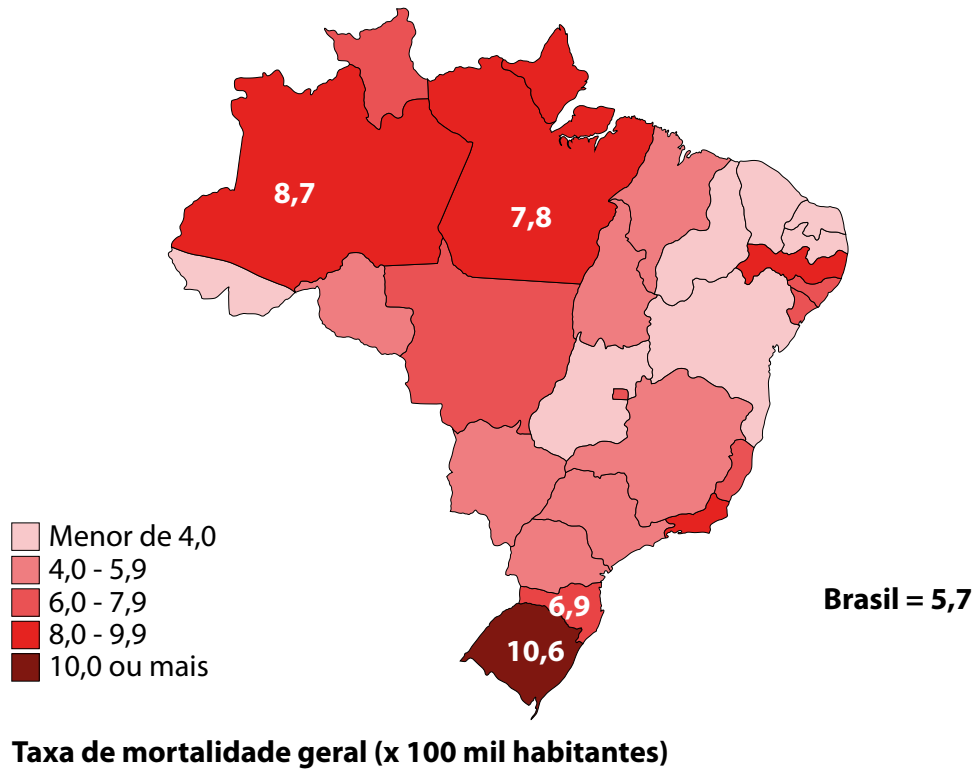
A epidemia de HIV/Aids no Brasil é de tipo concentrada, apresentando grandes diferenças por sexo, faixa etária e raça/cor, além de categorias de exposição¹³. Os últimos estudos nas populações chave realizados em 2016-2017 identificaram taxas de prevalência de 19,8% entre ho-

FIGURA 1
Prevalência nas populações vulneráveis, Brasil



Fonte: Departamento de Vigilância e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

FIGURA 2
Taxa de mortalidade geral, Brasil



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2015. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2015. 100p.

mens que fazem sexo com homens (HSH)¹⁴ e de 5,3% entre mulheres profissionais do sexo e um estudo entre mulheres trans no Rio de Janeiro, mostrou uma prevalência de 31,2% a carga mais alta no conjunto das populações-chave no Brasil¹⁵, como indicado na figura a seguir.

Algumas análises de tendência epidemiológica do HIV/Aids no país revelam a ocorrência de novas infecções anuais. As novas infecções atingem especialmente homens jovens, particularmente,

jovens que fazem sexo com homens. A mortalidade, com resistência ao declínio, persiste estável, mostrando diferenças marcantes entre as regiões e capitais, como Porto Alegre, que supera a média nacional^{16, 17}. Em termos das diferenças regionais, há uma iniciativa de cooperação interfederativa, tendo como foco os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas, cujas incidências e taxas de mortalidade em 2015, 10,6 e 8,7 ainda se mostram merecedoras de ações coordenadas, como se observa na figura seguinte.

A organização da atenção ao HIV/Aids e linhas de cuidado no SUS

A implantação de Centros Nacionais de Referência para diagnóstico, tratamento e qualificação de recursos humanos pode ser considerada etapa inaugural da construção de uma rede nacional de serviços, com o estabelecimento de centros especializados expandidos progressivamente, dentro da lógica de hierarquização prevista no SUS. Este processo acarretou também um processo de trabalho em rede para os laboratórios de referência em saúde pública, tais como aqueles do Instituto Adolfo Lutz e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Em 1988, o Brasil passa a distribuir os medicamentos para infecções oportunistas na rede nacional de saúde. Em 1991, o SUS inicia a terapia antirretroviral; em 1996, após as terapias tríplices terem sido oficialmente lançadas na ocasião da Conferência Internacional de Aids (Vancouver), inicia a terapia tríplice antirretroviral, respaldada pela Lei n. 9.313, sancionada em 1996. Estes fatos contribuíram para a criação de

uma rede estruturada e hierarquizada no SUS, à qual foram sendo agregados novos insumos e linhas de cuidado, simultaneamente à simplificação do tratamento, incrementando o sucesso terapêutico.

Desafio atual que se impõe, em termos das linhas de cuidado, é o de aperfeiçoar a qualidade da assistência e do manejo de co-infecções como a hepatite B e C, bem como de complicações crônicas associadas com a infecção pelo HIV e ainda de outras comorbidades como a tuberculose. Todavia, para garantir a continuidade efetiva de tais ações, outras iniciativas devem ainda ser consideradas, especialmente em um país com grande diversidade social e econômica como o Brasil. Há que se combater o estigma associado à doença e o enfrentamento da desigualdade social, para que as políticas públicas de saúde possam melhor alcançar populações socialmente excluídas.

Outro desafio é que as ações para o enfrentamento da epidemia atinjam os adolescentes e jovens, entre os quais epidemia aumenta, com estratégias de comunicação culturalmente pertinentes às suas necessidades. É ainda importante persistir na criação de estratégias para ações orientadas a gays, pessoas trans, profissionais do sexo, pessoas que utilizam drogas, população privada de liberdade e, dentro delas, as pessoas pretas e pardas; as populações indígenas e quilombolas.

A necessidade de resposta à epidemia de Aids tem permitido que o Brasil avance em novas formas de gestão e na implementação das políticas públicas, reforçando o processo articulado de pactuação entre os três níveis do SUS, envolvendo novos atores, especialmente aqueles das organizações não-governamentais comprometidos na luta contra a Aids⁷. As experiências

municipais têm sido iniciativas relevantes de aprendizado na área de HIV/Aids e outras infecções de transmissão sexual.

Por outro lado, a produção de conhecimentos sobre HIV/Aids trouxe aportes para a formulação e o aperfeiçoamento de políticas públicas baseadas em evidências^{20, 21}. A comunidade acadêmica vem contribuindo de forma marcante, com projetos de financiamento público e de outras fontes, que têm resultado no fortalecimento de redes de pesquisadores nacionais e estrangeiros, inclusive, com a participação de setores da sociedade civil. Para além da produção de conhecimentos, o desafio está também na tradução das evidências em ações concretas de resposta às demandas das populações. Ou seja, que os saberes produzidos realmente circulem também fora dos laboratórios, comunidades acadêmicas e eventos científicos.

Repertório de boas práticas na área de HIV/Aids no SUS

A expressão “sem o SUS, não haveria respostas sociais e coletivas à Aids no Brasil”, parece ser um consenso entre os atores envolvidos na resposta nacional à epidemia. Nesse sentido, a Aids talvez seja um dos exemplos mais relevantes da materialização do SUS, considerando as características de sua política transversal, desde a promoção, prevenção e atenção, assim como no campo da inovação tecnológica.

A incorporação de novas estratégias de uso da medicação, como o tratamento para todos, recomendado pela OMS, aumentou a cobertura das pessoas com acesso aos antirretrovirais, in-

cluindo a incorporação de fármacos na primeira linha de tratamento, proporcionando, além disso, a harmonização entre os esquemas utilizados nacionalmente e as recomendações técnicas internacionais.

A prevenção ao HIV/Aids continua a ser um desafio. A implementação de políticas de prevenção combinada, com estratégias ao mesmo tempo biomédicas, estruturais e comportamentais, voltadas para diminuir as infecções, constitui a mais nova referência conceitual de prevenção disponível no SUS^{22, 23, 24}. O acesso das pessoas à medicação é fundamental e prio-

ritário e não será efetivo sem a renovação das tecnologias de cuidado nas redes de saúde, e com o aprimoramento da política de acolhimento da população e seguimento adequado das pessoas em tratamento.

Intervenções de prevenção isoladas não são suficientes para reduzir as novas infecções, haja vista os contextos de risco e as dinâmicas de vida das pessoas considerando aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Portanto, a prevenção combinada envolve a oferta de dispositivos a serem utilizados em diversos cenários de risco e combinando diferentes estratégias, em que se conjugam ambientes, insumos, individualidades e vulnerabilidades. São novas formas de gestão do risco, que incluem testagem para o HIV, como o auto teste, autorizado para a venda comercial em farmácias e também ofertado em alguns serviços de saúde; os preservativos femininos e masculinos; os meios

de diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis; as estratégias de redução de danos; a imunização contra as hepatites A e B, além de outros insumos já disponibilizados no SUS²⁴.

Ainda no que diz respeito à prevenção combinada, merece realce o pioneirismo do Brasil na implementação da profilaxia de pós-exposição (PEP) recomendada para a exposição sexual de risco no período de 72 horas após o episódio. Outra inovação é a incorporação gradual, atualmente em curso, da profilaxia pré-exposição (PrEP) em pessoas não infectadas, com o uso de antirretrovirais para reduzir o risco da infecção, para a qual são prioritariamente elegíveis pessoas que tenham frequência regular de práticas sexuais anais ou vaginais de risco, episódios de IST, uso frequente de PEP, dentre outros.

Criando nexos entre pessoas e aprimorando capacidades humanas para a saúde

No Brasil, projetos de formação e educação permanente têm sido constituídos regularmente na área da saúde em nível local, regional e federal, envolvendo profissionais de saúde e também técnicos de setores da educação, direitos humanos, justiça, dentro de uma visão intersectorial que reconhece, além das condições biológicas ou clínicas, outros fatores que repercutem na vida das pessoas com HIV/Aids. Um extenso elenco de conteúdo pedagógico tem sido pro-

duzido, inovando nas metodologias, tais como ensino à distância, promoção de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, em temas chave da política de HIV/Aids. Se estabeleceram projetos com universidades no Brasil e no exterior e áreas de cooperação foram abertas com instituições de saúde de vários países além da cooperação bilateral e a cooperação Sul-Sul.

Ao mesmo tempo, e de forma complementar, o Grupo Temático Ampliado sobre HIV/AIDS (Grupo Temático do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS -UNAIDS), constituído em 1997, tem tido um papel fundamental no acompanhamento das políticas públicas em HIV/Aids, agregando atores diversos, como como agências da ONU, DIAHV/Ministério da Saúde, outros setores governamentais, como Educação, Relações Exteriores, Direitos Humanos. Assim, tal GT UNAIDS re-

presenta um expressivo fórum de discussão de políticas e de programas que apoia o fortalecimento da resposta nacional ao HIV/Aids, hepatites virais e outras IST, além de atividades desenvolvidas através integração com organismos da ONU, com ações voltadas para os estados do Amazonas, Bahia e Rio Grande do Sul. O GT UNAIDS é o mais antigo espaço de interlocução entre as agências do Sistema das Nações Unidas no Brasil.

Ética, cidadania e direitos humanos no âmbito da política de Aids

A resposta à epidemia do HIV/Aids tem conjugado esforços do Estado e da sociedade civil em uma nova configuração da cidadania que constitui um legado da população em seu direito à saúde. Embora a cidadania possa ser reflexo dos processos democráticos que a sociedade produz é na prática social que ela de fato se constrói. Ou seja, na interação social cotidiana, na disputa dos espaços de poder, no acesso aos bens e serviços disponíveis, na vivência entre indivíduos e grupos sociais. É também em tal arena, que o fenômeno HIV/Aids ocupa um lugar de relevância.

Por isso é fundamental a atenção para a conjugação de fatores atuais, que podem favorecer o retrocesso da resposta à Aids no país, tais como a redução de estratégias de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva nas escolas; o aumento da infecção entre homens jovens e adolescentes; o aumento da mortalidade por HIV/Aids; os moralismos religiosos que

entravam ações programáticas; a suspensão de campanhas de comunicação dirigidas à redução do estigma das populações vulneráveis^{25,26}.

O respeito aos direitos humanos, o combate aos preconceitos e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/Aids são pressupostos que permeiam a política brasileira de combate ao HIV/Aids. Dessa forma, uma característica emblemática da resposta brasileira à epidemia foi o envolvimento e a capilarização da sociedade civil organizada, aspecto facilitado pela estrutura do SUS, que sem dúvida tem propiciado a inovação nas relações entre Estado e Sociedade⁸. A experiência da mobilização e participação social na Aids tem sido referência para lutas sociais em outras áreas da saúde, notadamente, na tuberculose e nas hepatites virais.

Não menos importante é o desafio da prevenção, assistência e tratamento às co-morbida-

des, como as hepatites virais e a tuberculose, nas quais a resposta à Aids teve papel inovador, com o fortalecimento do movimento social e das organizações não governamentais. O advento da Aids trouxe benefícios para tais doenças de forma irreversível e iniciativas como a criação, em 2002, do Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária, representou um marco importante no enfrentamento

dessas três condições e nas formas de financiamento do controle das mesmas. Em 2007, o Brasil por meio de financiamento deste Fundo passou a executar ações colaborativas no campo TB/HIV e também ações laboratoriais e de fortalecimento do movimento social, tendo sido esse componente um dos mais bem sucedidos no projeto, liderado por ativistas oriundos do movimento Aids.

O que se espera do futuro?

Alcançar metas globais

A UNAIDS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lideram as agendas globais com o propósito de alcançar o fim da epidemia como problema de saúde pública, até 2030. Em 2014 a UNAIDS lançou um conjunto de estratégias articuladas denominadas metas 90-90-90 que propõe um trajeto para o fim da epidemia até 2020²⁷. Assim, propõe-se que 90,0% das pessoas infectadas pelo HIV conheçam seu diagnóstico; que entre as mesmas, 90,0% estejam em uso adequado de terapias antirretrovirais e ainda, que 90,0% delas mantenham carga viral indetectável.

Enquanto alguns países se aproximam do alcance de tais metas, para outros o caminho ainda é longo²⁸. Além disso, há uma tensão

importante na relação entre as tecnologias biomédicas disponíveis e o fortalecimento das iniciativas sociais para a prevenção, que não pode ser desconsiderada. Isto significa dimensionar o lugar das abordagens baseadas nos direitos humanos e cidadania; fortalecer a ação da sociedade civil organizada; lutar contra preconceitos ligados à orientação sexual e outras formas de estigma e discriminação; veicular informações e campanhas que reconheçam os matizes das sexualidades nos diversos contextos sociais e culturais do país, dentro do pressuposto de que apostas na medicalização da sociedade reduzem artificialmente a complexidade do HIV/Aids, fenômeno ao mesmo tempo, biológico, social e político²⁹.

Impulsionar o ideário do Sistema Único de Saúde

O desgastado contexto político, social e econômico do país, acentuado com cortes orçamentários nas áreas de saúde e educação, alerta para a necessidade de novos e continuados es-

forços na construção e defesa do SUS³⁰. Garantir o financiamento e a sustentabilidade do SUS é indispensável para atender demandas de saúde da população brasileira. Entretanto, um dos

pontos mais ameaçados é a sustentabilidade econômica, particularmente a definição orçamentária, que acirra tensões entre os ideais da saúde coletiva e os interesses comerciais que debilitam o sistema. A maior proporção do orçamento para a resposta brasileira à Aids é destinada à compra de antirretrovirais, insumos que são adquiridos exclusivamente pelo setor público. Nesse sentido constitui um desafio o alto custo dos medicamentos patenteados e os possíveis efeitos das medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica que prevê a Lei da Inovação (nº 10.973). Efeitos

na redução das margens de negociação que o Brasil tem tido na compra dos medicamentos como o Tenofovir, por exemplo, podem impactar negativamente a economia á obtida e a cobertura facultada pela política de compra de antirretrovirais¹⁸. Outro aspecto a considerar na sustentabilidade das ações é o financiamento público indireto do setor privado, facultado pelo não-reembolso por parte dos planos de saúde suplementar por ações realizadas dentro do SUS, com efeitos negativos para a sustentabilidade do sistema público.

Renovar a Atenção Primária

Desde os primeiros passos dados pela resposta à Aids se desenvolveu um modelo de atenção centrado em especialidades, já que o objetivo era enfrentar um problema de saúde de complexas características clínicas. Notadamente, os serviços ambulatoriais especializados, que contavam com equipes multidisciplinares, com infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, buscavam desenvolver cuidados integrais em saúde³¹. Além disso, os Centros de Testagem Anônima que tinham como principal função aproximar a população ao diagnóstico por meio da testagem e facilitar o acesso a insumos de prevenção, também desenvolviam algumas ações de atenção à saúde^{32, 33}.

Ao longo de mais de duas décadas este modelo assistencial cumpriu seu papel e favoreceu o cuidado das pessoas com HIV/Aids, embora com grande diversidade nos seus formatos nas diversas unidades em que estes serviços se instauraram. Atualmente com o aumento de

novas infecções em populações chave, principalmente, jovens HSH; a cronificação da doença e os novos protocolos clínicos que preconizam o início da terapia antirretroviral precoce, induziram mudanças o reordenamento das linhas de cuidado na atenção básica e na alta complexidade.

A possibilidade de fortalecer a atenção primária por meio da descentralização de ações de prevenção e de cuidado do HIV/Aids é um passo importante e, ao mesmo tempo, um desafio. Acentua-se aqui a preocupação com a capacidade de inclusão das populações afastadas dos serviços por barreiras estruturais diversas, o que acarreta a necessidade de novas capacidades que os profissionais de saúde da atenção básica precisam construir. Isto implica não só na oferta de testes rápidos, mas também em aconselhamento, diagnóstico e seguimento clínico de pacientes que não requeiram atendimento especializado.

Enfrentar inequidades, estigma, discriminação

Embora as tecnologias de cuidado integral do HIV/Aids estejam disponíveis universalmente, elas são acessadas de maneira desigual pelas diversas pessoas acometidas por este agravo, com suas vidas afetadas, também, de maneira desigual. Os vazios acumulados na atenção a tais grupos levam à precariedade do atendimento e afetam sua resiliência²⁵. Portanto, priorizar as populações-chave requer intervenções especialmente focadas no combate à pobreza, ao desemprego e à desinformação. Esse tipo de estratégia melhora o impacto das políticas setoriais de saúde, principalmente no caso da Aids.

Além disso, merece priorização na pauta das políticas públicas a abordagem de problemas ligados às diversas formas de violência estru-

tural com, que acarretam morte, estigma e discriminação. As atuais restrições às políticas públicas por valores morais ou religiosos produzem efeitos negativos em alguns grupos que já tinham seu acesso restringido. Assim, mais do que nunca, é preciso fortalecer as abordagens interculturais que reconhecem as especificidades dos diversos grupos sociais e suas demandas específicas em saúde, particularmente no que tange à infecção por HIV/Aids. A pauta contemporânea de saúde, também no âmbito internacional, prevê a retomada da saúde pública como promotora da redução de inequidades em saúde, agregando diversos atores em uma agenda que contribua com a diminuição de brechas sociais e econômicas que atuam como determinantes para o aumento das novas infecções por HIV/Aids³⁶.

Considerações Finais

A construção da resposta brasileira a epidemia do HIV se amalgama, ao conjunto do movimento social e político que deu origem ao SUS. Desde o início, com a mobilização solidária entre profissionais de saúde e organizações de base comunitária, visando enfrentar uma doença desconhecida. Muito do que foi realizado no início da epidemia, sobretudo a partir do entendimento de que era necessário vencer o preconceito e a morte social, esteve calcado na informação, na solidariedade e no acolhimento as pessoas, de modo que até hoje a resposta brasileira está ancorada em tais princípios, associados ao de participação social.

Os bons resultados auferidos ao longo do tempo na resposta à epidemia de HIV/Aids no Brasil somente foram possíveis graças a existência de um sistema de saúde universal, descentralizado, organizado em redes de atenção integral, equânime, com múltiplos atores atuantes. Isso tem reflexos em um grande conjunto de ações, por exemplo, nas compras, logística de medicamentos e insumos; na existência de laboratórios de diagnóstico e testagem; na construção de protocolos de tratamentos, monitoramento e avaliação, além de muitos outros detalhes fundamentais.

Ao longo de mais de três décadas de epidemia, obtiveram-se expressivos sucessos nas tecnolo-

gias para a prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na assistência em saúde. Sobretudo, são marcantes os resultados no desenvolvimento de competências humanas para acolher, acompanhar, cuidar e recriar as possibilidades da vida. Entretanto, a redução das inequidades ainda é um desafio no tecido social brasileiro, com seus recortes diferenciados de classe, gênero e raça. Faz-se necessário desenhar novos modelos de desenvolvimento que permitam encurtar as lacunas de acesso e aprimorar as capacidades de gestão e atenção, uma vez que significativos setores da população continuam expostos a riscos crescentes de infecção pelo HIV/Aids, dadas suas condições sociais de vida.

A inteligência coletiva que a resposta à Aids edificou no país ao longo dos 30 anos do Sistema Único de Saúde é um patrimônio de boas práticas. Mas, também, de sentido crítico, à luz dos princípios do SUS, dos direitos humanos e das demandas da sociedade civil.

Agradecimentos. A OPAS/OMS agradece às seguintes pessoas que gentilmente contribuíram com reflexões para o desenvolvimento deste texto: Adele Benzaken, diretora do Departamento de Vigilância e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, Ivo Brito e Gerson

Fernando Mendes Pereira, técnicos do DIAHV. Os ex-diretores do Programa Nacional de Aids, Pedro Chequer, ex-diretor do UNAIDS no Brasil; Alexandre Grangeiro, pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Dirceu Greco, professor titular da Universidade Federal de Minas Gerais e Fabio Mesquita, do Departamento de HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde. Aos gestores estaduais Maria Clara Gianna e Artur Kalichman do Centro de Referência e Treinamento IST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Na sociedade civil ao jornalista Francisco Pedrosa, ativista LGBT, membro do Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, no Ceará; Jorge Adrian Beloqui, professor do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo, membro da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Diretor do Grupo de Incentivo à Vida (GIV). Nos organismos internacionais a Marco Antônio Vitória do Departamento de HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde; Draurio Barreira, ex-diretor do Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde e Gerente Técnico da Tuberculose no UNITAID.

Giovanni Ravasi e Romina Oliveira foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Piot P. "Why AIDS is Exceptional" [Internet]. Speech given at the London School of Economics. London, 8 Feb 2005. Disponível em: <http://docplayer.net/59167561-Speech-why-Aids-is-exceptional-speech-given-at-the-london-school-of-economics-london-8-february-by-dr-peter-piot-unAids-executive-director.html>
2. Levi J, Kates J. HIV: challenging the health care delivery system. *American Journal of Public Health* 2000; 90(7):1033-1036. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446309/>
3. Piot P, Quinn TC. The AIDS Pandemic – A Global Health Paradigm. *The New England Journal of Medicine* 2013 Jun; 368(23): 2210–2218 Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMr1201533>

4. Editorial. The global HIV/AIDS epidemic—progress and challenges. *The Lancet* 2017 Jul; 390 (10092): 333. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31920-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31920-7)
5. Vitoria M, Hill A, Ford N, Doherty M, Clayden P, Venter F, et al. *AIDS* 2018 Jul; 32(12):1551-1561.
6. Greco, DB. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016 fev; 21(5): 1553-1564. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>
7. Barros SC, Vieira-da-Silva LM. A gênese da política de luta contra a Aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev. Saúde Pública* 2016 ago; 50: 43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100227&lng=pt. Epub 21-Jul-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050005801>.
8. Laurindo-Teodorescu L, Teixeira P. Histórias da Aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de Aids. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464.
9. Fassin D. The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate. *Anthropology Today* 2001 Feb; 17(1): 3-7. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2678317>
10. Carvalho MS. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 1989 Abr; 5(2):160-168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000200004X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000200004>.
11. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017.
12. Carvalho Marília Sá. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 1989 Abr; 5(2): 160-168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000200004>.
13. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017.
14. Kerr, L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota RV, Veras MA, Dourado I et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine* 2018; 97(1): S9–S15. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>
15. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira R I, Garcia ACF, Wilson EC. Unveiling HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV* 2017; 4(4): e169–e176. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30015-2](http://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30015-2)
16. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface (Botucatu)* 2015 Mar; 19(52): 5-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.
17. Da Cunha AP, da Cruz MM, Torres RMC. Tendência da mortalidade por Aids segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016 set; 25(3): 477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300477&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300004>.
18. Chaves GC, Hasenclever L, Oliveira MA. Redução de preço de medicamento em situação de monopólio no Sistema Único de Saúde: o caso do Tenofovir. *Physis* 2018 Mar; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100400&lng=pt. Epub 24-Maio-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280103>.
19. Bermúdez J. Os medicamentos e tecnologias farmacêuticas como uma questão estratégica para a viabilidade do Sistema Único de Saúde. *Physis* 2018 Mar; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100300&lng=pt. Epub 24-Maio-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280102>.
20. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang Le Minh et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cad. Saúde Pública* 2015 mar; 31(3): 477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300477X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172514>.
21. Greco, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estudos Avançados* 2008; 22(64): 73-94. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300006>

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada. Sumário Executivo. Brasília, 2017.
23. Kurth AE, Celum C, Baeten J M, Vermund S H, & Wasserheit JN. Combination HIV Prevention: Significance, Challenges, and Opportunities. *Current HIV/AIDS Reports* 2011; 8(1): 62–72. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s11904-010-0063-3>
24. Grangeiro A, Kuchenbecker R, Veras MA. Novos métodos preventivos para o HIV: reconhecendo as fronteiras entre a autonomia dos indivíduos e as políticas públicas. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Set; 18(Suppl 1): 1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790-2015000500001X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-45032015000500001>.
25. Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à Aids. *Interface (Botucatu)* 2016 Jun; 20(57): 293-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en. Epub Feb 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.
26. Paiva V, Silva VN. Facing negative reactions to sexuality education through a Multicultural Human Rights framework. *Reproductive Health Matters* 2015; 23:46. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2015.11.015>
27. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014.
28. UNAIDS. Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets. Geneve: Global Aids Update; 2017.
29. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Set; 18(Suppl 1): 43-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500043&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-45032015000500005>.
30. Campos GWS. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Interface (Botucatu)* 2018 Mar; 22(64):5-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320180001000005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>
31. Nemes MIB, Castanheira ELR, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): S310-S321. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>.
32. Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009 Set; 25(9): 2053-2063. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900019>.
33. Grangeiro A, Escuder MM, Wolffenbüttel K, Pupo LR, Nemes MIB, Monteiro PHN. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2009 Jun; 43(3): 427-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300006>.
34. Morosini MVGC, Fonseca Angélica Ferreira, Lima Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018 Jan; 42(116): 11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>