

História da aids

“Cada cultura constrói a sua aids própria e específica. Bem como as respostas a ela.” Herbert Daniel

Aids no mundo

No início da década de 80, a eclosão de uma nova doença – que posteriormente, foi identificada como uma síndrome, conhecida mundialmente pela sigla AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) – foi responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença. O desafio de combate à doença se instalou em diferentes áreas do conhecimento além das ciências biomédicas, tais como: economia, antropologia, política, direitos humanos, dentre outros. (Galvão, 2000 - modificado)

Os primeiros casos conhecidos de aids (entre 77 e 78) ocorreram nos Estados Unidos, Haiti e África Central. Nesta ocasião, os segmentos da população atingidos, denominados “grupos de risco” e concentradas nos grandes centros urbanos, foram os homossexuais, os receptores de sangue e de hemoderivados e os usuários de drogas injetáveis (UDI).

A primeira definição desta doença pelo Center Disease Control (CDC) enfatizou a sua letalidade, incluindo doenças indicativas de aids e com diagnóstico definitivo, já que não se sabia a etiologia da doença. Eis a definição preliminar de um caso de aids: “...doença, pelo menos moderadamente preditiva de defeito da imunidade celular, ocorrendo em pessoa sem causa conhecida para uma resistência diminuída a esta doença”. São as doenças: sarcoma de Kaposi (SK), PCP (Pneumocistose). Neste mesmo artigo, surge o termo “grupo de risco”, incluindo os homossexuais masculinos, os hemofílicos, os heroinômanos (como representantes dos UDI) e os haitianos.

Com a visão de uma doença restrita ao então chamado Grupo dos 4 H, a adoção de medidas preventivas por parte dos organismos governamentais só ocorreu quando a aids foi caracterizada como uma epidemia.

Paralelamente, a população atingida foi sendo ampliada, como foi o caso de crianças, mulheres, usuários de drogas ou indivíduos expostos a sangue e a hemoderivados.

A identificação do agente etiológico, a disponibilidade de testes diagnósticos e outros avanços tecnológicos levaram a sucessivas modificações na definição de caso. Podemos destacar as pesquisas clínicas e os dados epidemiológicos como elementos propulsores na “formação do consenso em torno do HIV, assim chamado o agente causal da aids”.

Aids no Brasil

A aids foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1980. Inicialmente restrita às nossas grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo, iniciou a sua expansão para outras capitais e o para interior do País a partir da segunda metade da década de 80.

Em 2000, cerca de 60% dos municípios brasileiros registravam pelo menos um caso da doença.

Na década seguinte, o crescimento da epidemia foi indiscutível. A taxa de incidência da aids sofreu uma considerável variação de mais de 50%, passando de 8,2 (1991) para 11,2 (1999) casos por 100 mil habitantes.

HOMOSSEXUAIS – Até o ano de 1990, 45,9% dos casos de aids no Brasil incidiam em indivíduos homossexuais ou bissexuais masculinos. Tais dados associados ao preconceito e à discriminação contra a opção pela homossexualidade, certamente, concorreram para um atraso da consciência social sobre a necessidade de se tomar medidas públicas urgentes que evitassem a disseminação da epidemia entre os outros segmentos e entre a população geral.

Com o passar dos anos, observou-se uma progressiva redução da participação percentual dos homossexuais/bissexuais no quadro epidemiológico (21,6% em 1999, segundo o Ministério da Saúde). Essa tendência, entretanto, observada em todas as regiões do Brasil, não deve ser compreendida como superação de um quadro epidemiológico, mas como uma discreta estabilização dos números absolutos.

A consciência, a disposição e o ativismo individual e de alguns grupos organizados de homossexuais, antes mesmo do surgimento da aids no País, serviu não só de alerta e de importante fator de mudança na atitude dos órgãos governamentais, mas também contribuiu para o avanço na organização e controle social das políticas públicas em torno da questão da aids, principalmente na prevenção e assistência à saúde e na defesa dos Direitos Humanos.

Nos anos 80, o sociólogo Herbert Daniel foi uma forte liderança no movimento homossexual brasileiro, atuando no combate à discriminação trazida pela aids pela associação entre homossexualidade e “grupo de risco”, transcendendo as questões meramente sexuais e comportamentais.

SANGUE – No início da epidemia, a transmissão do HIV pelo sangue e hemoderivados fez dos seus receptores – especialmente os hemofílicos, um segmento populacional duramente atingido. Em 1984, nada menos que 62% dos pacientes haviam sido expostos a sangue contaminado.

Pressões políticas do movimento social organizado e o temor causado pela emergência avassaladora de casos atribuídos à transfusão sangüínea exigiram uma resposta governamental imediata. À frente deste movimento da sociedade civil, Herbert de Souza, o sociólogo Betinho, teve uma atuação destacada, possibilitando o engajamento da Sociedade Brasileira dos Hemofílicos no processo de definição de políticas de saúde de luta contra a aids.

Em 1986, o Governo Federal publicou portaria ministerial criando o Programa Nacional de Combate às DST e Aids e promulgou a lei normatizadora dos padrões técnicos a serem adotados pelos bancos de sangue do País, entre os quais a obrigatoriedade da testagem para a detecção de anticorpos anti-HIV. Neste mesmo ano foi incluída a notificação compulsória da síndrome da imunodeficiência adquirida na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria n.º 1.100, de 24 de maio de 1986).

FEMINIZAÇÃO – A partir de estudos de prevalência do HIV em gestantes estimou-se, para o ano de 1998, 530 mil indivíduos entre 15 e 49 anos infectados pelo HIV no Brasil. O contingente masculino de infectados foi estimado considerando-se a razão entre casos

masculinos e femininos – a partir das taxas de incidência acumuladas até então, de 2 homens para cada mulher. (Szwarcwald e Castilho, 1999)

O conceito hegemônico sobre os grupos mais atingidos pela doença até então foi um fator importante para a população feminina não se perceber como vulnerável à infecção pelo HIV, conseqüentemente não adotando medidas preventivas. Desta forma, as ações de prevenção direcionadas a este segmento da população foram tardias, uma vez que a noção de “grupo de risco” afastou-as desta possibilidade. A própria cultura brasileira reforçou este atraso com a sua visão machista que se faz presente na verticalidade/desigualdade no cotidiano das relações de gênero.

Na atualidade, o progressivo aumento no número de casos de aids entre as mulheres, em todas as regiões brasileiras, na sua grande maioria causados pelo contágio do HIV em relações heterossexuais, foi foco de atenção para ações de prevenção e controle da aids. Se a razão de casos de aids em 1985 era de 24 homens para 1 mulher, hoje esta razão é de 2 para 1. Outro dado importante a ser considerado é que 38,2% das mulheres com aids contraíram o vírus compartilhando seringas ou com o parceiro usuário de drogas injetáveis.

TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL – Uma das conseqüências diretas da ampliação da participação feminina na epidemia da aids é o progressivo aumento da transmissão vertical do vírus, isto é, da mãe para a sua criança. No Brasil, a primeira ocorrência dessa forma de transmissão data de 1985, e até 30/12/2000 foram notificados 5.731 casos de transmissão vertical do HIV (Ministério da Saúde, 2000), período em que também tem havido modificação do perfil etário das crianças infectadas. De 84 a 90, 21% das crianças notificadas tinham entre 0 a 4 anos, enquanto que em 1999/2000, já eram 84% os casos de aids pediátrica neste grupo etário.

Estima-se que em 2000, 12.898 gestantes (0,4% do total das gestantes brasileiras) estavam infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, com base nos estudos-sentinelas da infecção pelo HIV realizados no Brasil. Contudo, apenas 2.512 delas (ou 19,5% do número estimado de gestantes infectadas) receberam zidovudina (AZT) injetável no momento do parto.

Gestantes foram escolhidas como objeto de vigilância-sentinelas por serem um segmento feminino cuja abordagem é facilitada no pré-natal e cujas taxas de infecção mais se aproximam das apresentadas pelas mulheres brasileiras em geral.

O acompanhamento contínuo da prevalência da infecção entre as gestantes fornece um indicador mais representativo da infecção entre as mulheres, uma vez que a sua base populacional permite a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações do perfil epidemiológico da infecção. (Ministério da Saúde, 2000)

Considerando a disponibilidade da zidovudina (AZT) injetável nos serviços públicos de saúde e a grande aceitabilidade das gestantes, em se submeter ao diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV e ao tratamento quando infectadas, não se esperava que representassem percentual pequeno com relação ao total de parturientes positivas para o HIV. Com a profilaxia adequada para as gestantes, o nível de transmissão vertical do HIV foi reduzido para menos de 10%.

Hoje, a maior preocupação do Ministério da Saúde quanto ao controle da epidemia encontra-se na sua disseminação entre a população geral por meio de relações

heterossexuais, ou associada ao uso de drogas injetáveis. Até 30/12/2000, 203.353 casos de aids foram notificados à Coordenação Nacional de DST e Aids: 7.088 crianças, 151.298 homens e 52.055 mulheres (Ministério da Saúde, 2000).

INTERIORIZAÇÃO DA EPIDEMIA – A análise da expansão da epidemia, segundo estratos referentes às populações dos diferentes municípios, mostra que ele teve início nos grandes centros urbanos, mas que esses mesmos centros detêm, a partir do final da década de 80, o menor aumento relativo do crescimento. Observamos que os maiores ritmos de crescimento vêm se dando nos últimos anos da série histórica entre os municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes, evidenciando-se que nesses municípios a epidemia está ainda na fase inicial de expansão. Entre os municípios com mais de 500.000 habitantes, com exceção da região Sul, vem ocorrendo o inverso, a desaceleração da velocidade de crescimento (Szwarcwald *et al.*, 2000).

Embora haja sinais de expansão recente da epidemia entre os municípios predominantemente rurais, a epidemia no Brasil ainda é um fenômeno urbano. De regional e restrita a determinados segmentos populacionais, a epidemia da aids no Brasil passou a ser nacional ao longo do período, não se restringindo mais aos grandes centros urbanos e atingindo, atualmente, quase 60% dos 5.548 municípios brasileiros, com disseminação maior nos últimos anos entre municípios pequenos, os mais pobres e com menor renda *per capita* na malha municipal brasileira (Szwarcwald *et al.*, 2000).

Pauperização da aids

A escolaridade é um dado disponível na ficha de notificação que, além de permitir avaliar o grau de instrução dos portadores do HIV/aids, permite traçar, de forma aproximada, um perfil socioeconômico dos mesmos.

Até 1982, a totalidade dos casos de aids com **escolaridade** conhecida era de nível superior ou com até 11 anos de estudo. Nos anos seguintes, observou-se um nítido e progressivo aumento no registro de casos com menor grau de instrução. Em 1999/2000, entre os pacientes com escolaridade reconhecida, observou-se que 58,7% eram analfabetos ou tinham até 8 anos de frequência às escolas, e apenas 23% apresentavam mais de 11 anos de estudos ou curso superior (Ministério da Saúde, 2000).

A incidência de casos aumenta entre homens e mulheres com tempo de estudo escolar inferior a dois anos. Entre os homens com mais de oito anos de estudos a incidência diminui. Entretanto, o mesmo não acontece com as mulheres de maior nível de escolaridade, cuja incidência de aids mantém-se crescente.

Adolescentes – Uso de Drogas

Desde o início da epidemia, o grupo etário mais atingido, em ambos os sexos, tem sido o de 20 a 39 anos, perfazendo 70% do total de casos de aids notificados até 30/12/2000 pelo Ministério da Saúde.

Cabe lembrar que o perfil epidemiológico sempre retrata a infecção ocorrida há, pelo menos, 5 anos, em média. Daí a inserção da população de adolescente neste contexto.

As razões que levam o adolescente à exposição à transmissão por via sexual vêm da própria característica deste grupo etário que, de maneira geral, está buscando a sua identidade, vivenciando novos valores comportamentais e, ao mesmo tempo, apresenta pouca percepção de risco. As condições sociais/culturais são fatores que tornam estes jovens mais vulneráveis que outros grupos.

Observa-se uma rápida e extensa difusão dos casos de usuários de drogas injetáveis, em determinadas áreas geográficas. Em 1984, 37% dos casos de aids por transmissão sanguínea eram atribuídos ao compartilhamento de agulhas e seringas. Essa subcategoria em 1999/2000, já representava 99% das ocorrências por transmissão sanguínea (Ministério da Saúde, 2000).

Estudos realizados em vários países demonstraram que os jovens adolescentes com menor nível socioeconômico e de instrução escolar são mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis. Isto justifica a importância e a urgência na implementação de programas voltados para prevenção de comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes, principalmente aqueles provenientes de estratos sociais mais pobres e níveis mais baixos de escolaridade.

As experiências de trabalho em prevenção com esta população indicam que somente a informação sobre HIV/aids não basta para modificar comportamentos de risco. O trabalho mais amplo deve estar pautado no cotidiano familiar, escolar, institucional e na oferta de um serviço de saúde que saiba lidar com este jovem.

Avanços terapêuticos e assistenciais

No período de 1987/88, começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, os quais se constituiriam em modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de sorologia HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Um dos objetivos desses serviços era desviar dos bancos de sangue a demanda por testes. A confidencialidade no processo de testagem tornou-se um requisito imprescindível.

A partir de 1989, a estratégia de testagem e aconselhamento passa a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. A disponibilização do teste para um maior número de pessoas tem sido uma tendência constante, cada vez mais enfatizada. O uso do teste para corroborar as estratégias de prevenção, com enfoque na redução de risco individual para prevenção da expansão da epidemia, atravessou a década de noventa com grande força.

Até o ano de 1996, o impacto da mortalidade por aids era grande para adultos em idade reprodutiva, sendo a 4ª causa de óbito no grupo de 20 a 49 anos. Até essa data, cerca de 50% do total de casos notificados já tinha ido a óbito. E ademais, deixando como consequência um grande número de órfãos, estimado em 29.929 crianças e adolescentes, infectados ou não. Entretanto, após 1997, com a terapia anti-retroviral disponibilizada para a população de portadores do HIV, este quadro foi modificado com retardo da evolução da doença até a sua fase mais avançada e repercussão na taxa de mortalidade, o que representou diminuição das taxas de mortalidade.

Além da distribuição de medicamentos, o Ministério da Saúde implantou e continua ampliando uma série de alternativas de assistência ao portador do HIV/aids. O repasse de

recursos para os estados e municípios, por meio do Programa de Alternativas Assistenciais, possibilitou a implantação de projetos formados por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde, como o Serviço de Assistência Especializada (SAE) nos ambulatórios, em que o paciente encontra atendimento especializado, medicamentos e preservativos; o Hospital-Dia (HD), em que o paciente recebe procedimentos hospitalares durante algumas horas do dia, e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), onde o paciente é atendido no próprio domicílio. A Portaria Ministerial de nº 166 de 31 de dezembro de 1997 instituiu a assistência prestada por esses serviços, graças à inclusão do pagamento dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os avanços da terapia anti-retroviral também obrigam a vigilância epidemiológica a repensar sua prática, uma vez que a simples consolidação dos dados de aids não mais espelha a realidade da epidemia. Antes, refletia o modo como a transmissão do HIV ocorria há alguns anos.

As profilaxias e tratamentos atualmente disponíveis permitem que as pessoas com HIV permaneçam indefinidamente na condição de portadores, sem preencherem os critérios de definição de caso de aids e, portanto, sem serem notificados. Essa situação desencadeou um repensar das ações de vigilância epidemiológica e o desenvolvimento de novas estratégias para melhor subsidiar as ações de prevenção e assistência. Em resposta a esse novo quadro, a vigilância da epidemia vem ampliando suas atividades no campo do monitoramento da infecção pelo HIV.

Mobilização social contínua na luta contra a aids

Com o advento da epidemia de HIV/aids, por sua forte reação social e pela própria dinâmica da infecção, a garantia dos direitos humanos vem se mostrando um eficiente instrumento para o enfrentamento dos novos conflitos e, também, um paradigma para construção de modelos mais adequados à prevenção e à assistência às pessoas afetadas, como também proporcionando amplas e ricas reflexões sobre as relações entre a ética e o direito. (Miriam Ventura – *in* Saúde, Desenvolvimento e Política – respostas frente à Aids no Brasil).

Estratégia criada pelo Programa das Nações Unidas para o Combate à Aids, a criação, em 1987, do Dia Mundial de Luta contra a Aids, celebrado a cada 1º de dezembro, unificou, em uma mesma data, ações de mobilização em todo o mundo para o enfrentamento da epidemia. Muito mais do que uma dia de luta, o 1º de dezembro visa a sensibilizar a comunidade para a prática constante da solidariedade e maior comprometimento de autoridades e governos na implantação de ações voltadas para a prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.

O acesso aos medicamentos de aids no Brasil, identificado como uma das grandes conquistas do ativismo na luta contra a doença, requer uma constante vigilância por parte do movimento organizado. As possíveis falhas nesse atendimento à população HIV-positiva, como a eventualidade da falta de medicamentos para a profilaxia, exigem da sociedade a mobilização e a reivindicação dos seus direitos conquistados junto aos estados, municípios e União.

Questão muito bem ilustrada, a propósito, pela resposta da sociedade civil à comunicação oficial do Ministério da Saúde sobre a possível e iminente interrupção no fornecimento dos inibidores de protease, por falta de verbas para a sua aquisição, em meados de 1999. Iniciada no final de agosto, uma grande mobilização dos ativistas alcançou o seu ápice

em 8 de setembro, e obteve como resultado a imediata liberação de verbas suplementares para garantir a reposição de estoque daqueles medicamentos.

Atualmente (2000/2001), podemos ver o esforço do Programa Nacional de DST e Aids no sentido de garantir o acesso aos anti-retrovirais, por meio de medidas políticas envolvendo licenciamento e “quebra de patentes” (licença compulsória) para sua produção no Brasil.

A história do movimento social ensina que o envolvimento direto dos cidadãos em qualquer processo de mudança é fundamental para garantir as transformações desejadas e o alcance dos mais nobres objetivos. Desta forma, a presença da sociedade civil neste trabalho é fundamental e vem ocupando espaços políticos e operacionais importantes, elevando o Brasil ao *status* de programa de controle com resolutividade internacionalmente reconhecida.

Vulnerabilidade e prevenção da infecção

No ano de 1998, importante *Pesquisa sobre o Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do Risco para o HIV/Aids* (Berquó *et al.* 1999) foi conduzida em 183 microrregiões urbanas do País, a partir de uma amostra de 3.600 indivíduos com idade entre 16 e 65 anos.

Esta pesquisa demonstrou que 80% dessas pessoas são sexualmente ativas, sendo os homens mais ativos sexualmente (87%) do que as mulheres (72%). Na faixa etária dos 26 aos 40 anos, estão 89% da população sexualmente ativa. Do total de pessoas sexualmente ativas, 81% haviam mantido relações estáveis nos 12 meses anteriores à coleta, 6% relações eventuais, e 13% os dois tipos de relação. Também foi registrado que, durante o mesmo ano, 71% das mulheres haviam se relacionado sexualmente com um único parceiro, contra apenas 46% dos homens. No seu conjunto, cerca de 35% das pessoas mantiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros e 6% tiveram mais de cinco parceiros no mesmo período.

Também foi demonstrado que grande parte da população já se "sentiu" de alguma forma exposta à infecção pelo HIV, e que 20% já se submeteram, espontaneamente, à testagem sorológica para o vírus da aids em serviços públicos ou privados. A faixa etária que mais procurou os testes foi a de 26 a 40 anos.

A adesão ao preservativo masculino

Em relação ao uso de preservativos masculinos, a mesma pesquisa mostrou que 64% da população sexualmente ativa já usou ou tem usado a camisinha, nos últimos 12 meses. Entre os jovens adultos (pessoas entre 16 e 65 anos de idade que responderam ao questionário), esse percentual chega a 87%. Um dado que merece especial atenção é o de que 48% dos que afirmaram ter usado ou estar usando o preservativo, fizeram-no pela primeira vez nos últimos 5 anos, o que demonstra uma adesão crescente na utilização desse instrumento de prevenção. Efetivamente, dados da indústria de preservativos revelam que, se em 1992 foram comercializados 50 milhões de preservativos no País, esse número chegou a 300 milhões em 1998.

Direitos Humanos em HIV/aids

Desde os anos 80, a luta pelos direitos das pessoas com HIV/aids já era uma realidade do movimento social organizado. Entretanto, um fato amplamente divulgado pelos meios de

comunicação fez com que os direitos dos portadores do HIV assumissem proporções inéditas e motivo de polêmica entre a opinião pública: a atitude preconceituosa de uma escola particular de São Paulo, que impediu a matrícula de uma aluna com aids, Sheila Cortopassi. O "Caso Sheila", como ficou conhecido, também deve ser referenciado como elemento que mobilizou o próprio sistema educacional diante da questão, já que possibilitou a criação, em junho de 1992, de Portaria Interministerial da Saúde e da Educação recomendando o não impedimento à inserção de pessoas com HIV/aids no sistema educacional formal, seja ele público ou privado.

Em 1987, nos Estados Unidos da América, a aprovação do uso do AZT fez com que, no Brasil, os grupos sociais organizados desencadeassem um eficiente processo de mobilização da opinião pública, dos meios de comunicação e das diferentes instâncias governamentais por ações que garantissem o acesso universal e gratuito a esse medicamento pela rede pública de saúde. Finalmente, esse direito foi conquistado em 1991, possibilitando o tratamento gratuito a todas as pessoas infectadas. O argumento de que o acesso aos medicamentos é uma questão dos direitos humanos tem ganhado força e mobilizado governo e sociedade civil na consolidação das políticas assistenciais.

Dia Mundial de Luta contra a Aids – divulgação e socialização da questão

Em 1988, a primeira peça publicitária para a prevenção das DST/aids é veiculada nacionalmente e tinha como título a frase: "Cuidado, aids mata!". A campanha provocou uma forte comoção e reação negativa de grupos organizados, personalidades e ativistas isolados, que questionaram a sua pertinência e eficácia pois esta campanha limitava-se à perspectiva da morte anunciada, estabelecendo uma relação aids-terror politicamente inadequada para os propósitos da prevenção e a solidariedade.

Estas reações tiveram conseqüências positivas. Criou-se e estendeu-se uma ampla discussão sobre as principais diretrizes de governo no âmbito das ações de prevenção ao HIV/aids: era necessário redefinir a qualidade e a abrangência dessas ações, de forma a não vinculá-las com informações alarmistas, preconceituosas e discriminatórias.

Gradualmente, o Governo começa a desenvolver projetos de comunicação – para a prevenção, assistência e vigilância epidemiológica – em DST/aids sob novo enfoque, agora sim, contando com a parceria e o apoio efetivo da sociedade civil organizada, mediante inúmeros projetos de parceria com organizações governamentais e não-governamentais, associações de classe, instituições de ensino e pesquisa, empresas, Forças Armadas. Abrem-se, assim, portas para eficazes medidas envolvendo governo e sociedade, para melhor exercício do controle social.

E DAQUI PARA FRENTE?

O panorama geográfico atual da aids no Brasil é bastante heterogêneo, com coeficientes de incidência expressando ampla magnitude de variação, ao longo do seu território. Hoje, o que denominamos de "epidemia de aids" no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente, devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais e de transportes, aos deslocamentos de mão-de-obra, ao turismo, ou seja, de maneira mais geral, à mobilidade da população.

Sendo assim, a aids não está distribuída entre a população de maneira uniforme, o que coloca diante dos técnicos a necessidade de identificar os indivíduos mais expostos ao risco da infecção pelo HIV, assim como de outras doenças sexualmente transmissíveis, as chamadas DST, para um melhor direcionamento das ações de prevenção e controle.

A prevenção

As ações de prevenção no Brasil, coordenadas pela CN-DST/AIDS estão, epidemiologicamente, orientadas, permitindo que as mudanças no perfil da epidemia revertam-se em novas propostas e estratégias de prevenção.

A área de prevenção está organizada de maneira a promover atividades de educação em saúde, campanhas informativas por meio da mídia (rádio, TV, revistas e jornais) e intervenções comportamentais que visam a mudanças substantivas nas práticas e comportamentos sexuais de risco em segmentos populacionais específicos.

Foram estabelecidos modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à auto-avaliação em relação à situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos epidemiológicos, culturais, os contextos sociais e valores relativos dos grupos envolvidos. Aqui se incluem também o estabelecimento de coortes, visando estudos sociocomportamentais, avaliação de incidência da infecção pelo HIV e os futuros ensaios clínicos com vacinas candidatas anti-HIV.

Portanto, para que o trabalhador da área de saúde pública realize um trabalho eficiente de prevenção e assistência aos portadores de DST e do HIV/aids, deve atuar da maneira mais adequada no sentido de promover a reflexão sobre a realidade da epidemia. Esta consciência é fundamental para se evitar a infecção e controlar as DST e a aids entre nós.

A ética das pesquisas com vacinas candidatas anti-HIV

A posição brasileira nos debates sobre a ética dos ensaios de vacinas HIV/aids nos países em desenvolvimento é bem clara. Existe um consenso nacional, especialmente na Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), subordinada ao Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que somente serão admitidas mudanças que tornem as Declarações e Resoluções Internacionais cada vez mais capazes de garantir a integridade dos seres humanos participantes de pesquisas científicas em qualquer lugar do mundo.

O objetivo geral do Plano Nacional de Vacinas é estabelecer estratégias para o desenvolvimento, a avaliação, a disseminação de informação, a disponibilização e a produção de vacinas seguras, eficazes e de custo acessível para prevenir a infecção.

O desafio para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV

O desenvolvimento de vacina segura e eficaz contra a infecção pelo HIV traz diversos desafios. A vacina ideal deverá estimular respostas imunológicas capazes de bloquear a infecção por via sexual, intravenosa e a transmissão materno-fetal. Essa deverá ser ainda capaz de não só produzir anticorpos capazes de neutralizar partículas virais livres, mas também respostas imunológicas celulares, capazes de destruir células infectadas. Some-

se a esse, o desafio do não conhecimento dos correlatos de imunidade para que se defina o que é esperado de uma vacina eficaz. Além disso, pelo que se conhece hoje, é possível que sejam necessárias diversas vacinas (ou verdadeiros “coquetéis”) para lidar com os vários subtipos do HIV prevalentes nos diversos países afetados pela epidemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BASTOS FI., e SZWARCOWALD CL. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens*, p. 07-19. Brasília, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BERQUÓ E. *et al. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS – Relatório final* (mimeo). Brasília.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GOMES MRO. Mortalidade por aids no Brasil – atualização até 1997. *Boletim Epidemiológico – Aids XII, Semana Epidemiológica 48/1998 – 08/1999*. Brasília, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico – Aids XII: 9 – 15 Semana Epidemiológica – 35-47*, setembro/novembro. Brasília, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação da Vigilância de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas* (mimeo). Brasília, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SZWARCOWALD CL., *et al.* Aids: O Mapa Ecológico do Brasil, 1982-1994. *A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências*, p. 27-44. Brasília, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SZWARCOWALD CL. A Disseminação da Epidemia de Aids no Brasil no Período de 1987-1996: Uma Análise Espacial. *Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens* 55-60. Brasília, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SZWARCOWALD CL. Estimativa do número de órfãos decorrentes da aids materna, Brasil, 1987-1999, uma nota técnica. *Boletim Epidemiológico – Aids XII: 9 - 15, Semana Epidemiológica – 35-47*, setembro/novembro.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SZWARCOWALD CL. Comportamento de Risco dos Conscritos do Exército Brasileiro, 1998: Uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. *Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens*, p. 121-140. Brasília, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SZWARCOWALD CL., e CASTILHO E A., (1999) Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998: uma nota técnica. In: *Boletim Epidemiológico – Aids XII: 7-10 Semana Epidemiológica – 09-21*, março/maio, Brasília, 1998.

Boletim Epidemiológico 2000

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Boletim Epidemiológico dez/99 jun/2000: A AIDS NO BRASIL: situação atual e tendências - *Por Carmem Dhalia, Draurio Barreira e Euclides*

Ayres de Castilho CN–DST/AIDS, SPS–MS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV : Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1º. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1999. 39 p.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS – Ativismo e Liderança – uma metodologia na luta contra a aids -; colaboradores Altamir de Souza Macedo...[et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS – Sexualidade, prevenção das DST e Aids e Uso Indevido de Drogas: Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes – Diretrizes Brasília: Ministério da saúde, 1998.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual: Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

32 p.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS Simpósio Satélite : A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências :Brasília :Ministério da Saúde, 1997. 311 p.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS - Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT): Guia de Procedimentos em HIV/Aids Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Camargo, Jr., Kenneth Rochel – As Ciências da Aids e a Aids das Ciências – O discurso médico e a construção da aids. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

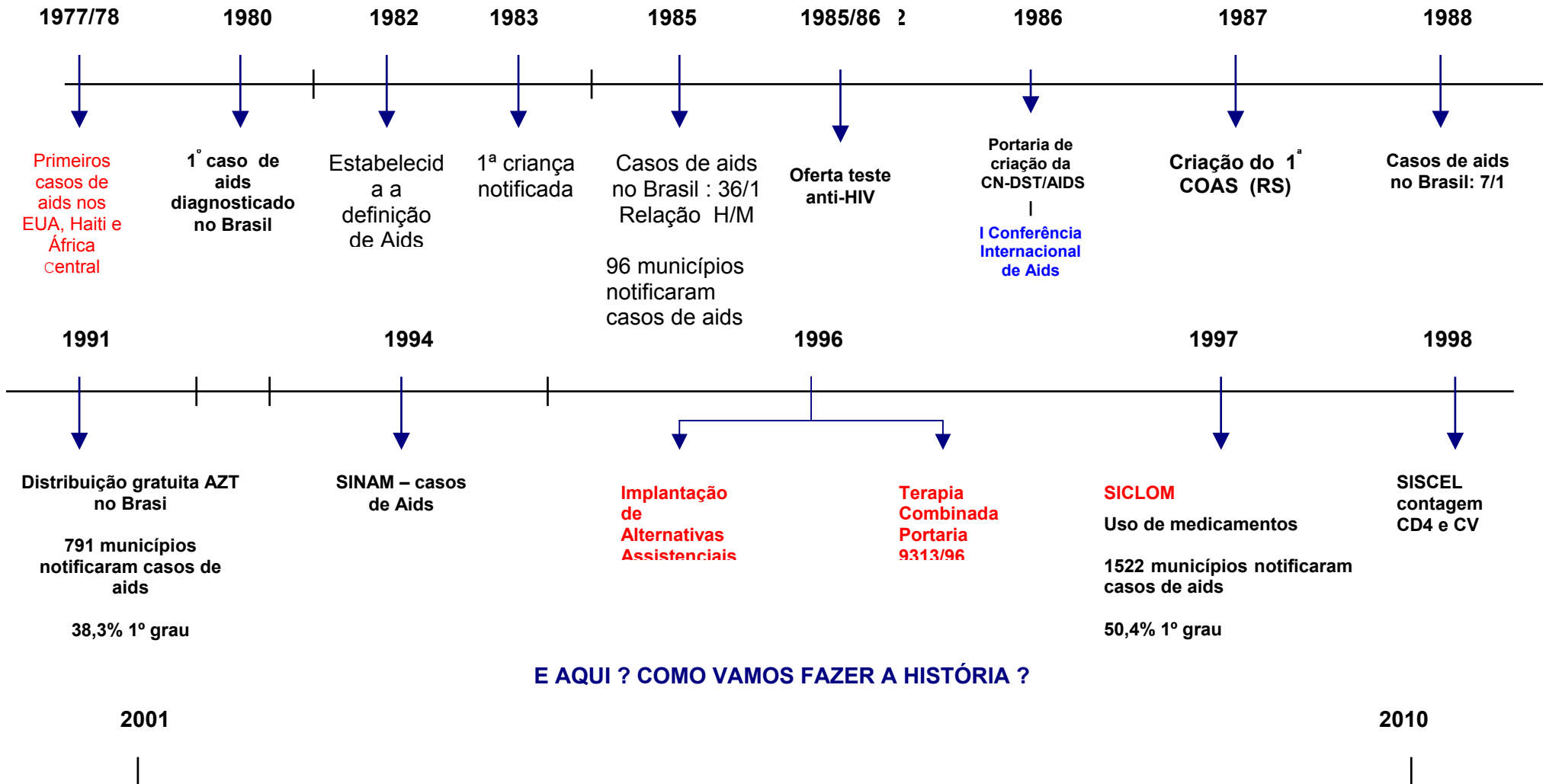
Galvão, Jane – AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia - Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

Parker, Richard, Galvão, Jane, Bessa, Marcelo (organizadores) - Saúde, Desenvolvimento e Política – respostas frente à Aids no Brasil - Rio de janeiro, ABIA;São Paulo: Ed.34,1999.

Pinel, Arlete, Inglesi, Elisabete – O Que é Aids – Coleção Primeiros Passos 1996, ED. Brasiliense – SP.

Pinto, Teresinha, Telles, Izabel (org) – Aids e a Escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS – São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000.

L I N H A D O T E M P O



E AQUI ? COMO VAMOS FAZER A HISTÓRIA ?

2001

2010