

Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015

Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015

Dirceu Bartolomeu Greco¹

Abstract *The Brazilian response to AIDS started in 1985, with government, civil society and academic community coming together with common goals. This was strengthened with the establishment in 1988 of an universal public health system (SUS), pivotal to a comprehensive and human rights-based national STD/AIDS programme, aiming at achieving equality, integrality, inclusion and fighting prejudice and discrimination. In 1996 Brazil was a pioneer in providing treatment free-of-charge to all PLHA. This article depicts achievements and setbacks that occurred in these 30 years and the perspectives for controlling and eventually eliminating HIV/AIDS. It is fair to affirm that it is possible to defeat prejudice and discrimination and to confront the unacceptable levels of disparity, fertile ground for dissemination of HIV/AIDS and other epidemics. Tools to eliminate transmission, to adequately treat PLHA, to protect their rights, to eliminate discrimination and to end AIDS are already at hand. However, the needed changes for this to happen involve expansion of access to education, including sexual education and to quality public health care to all. It is also necessary to constant confront conservatism and to combat violence and discrimination. Brazil's track record in the confrontation of AIDS is an invaluable asset to achieve these goals.*

Key words *AIDS confrontation, Brazil, Perspectives*

Resumo *A resposta brasileira à Aids foi iniciada em 1985, quando o estado brasileiro, a sociedade civil e a academia se associaram com objetivos comuns. Esta se fortaleceu com a criação do SUS em 1988, imprescindível para implementar o programa nacional de Controle das DST/AIDS, baseado nos direitos humanos, visando equidade, inclusão, integralidade e contra o preconceito e a discriminação. O Brasil foi dos primeiros a disponibilizar, já em 1996, na saúde pública, tratamento adequado para todas as PVHA. O artigo descreve os êxitos e os indesculpáveis retrocessos destes 30 primeiros anos e as perspectivas para o controle e eventual eliminação da aids. Pode-se afirmar que há condições para eliminar o preconceito, a discriminação e diminuir a disparidade, pano de fundo para a disseminação da AIDS e de outras epidemias. Estão disponíveis instrumentos para tratar adequadamente as PVHA, para eliminar a transmissão do HIV e proteger os direitos de todos. Entretanto, para que isso aconteça, é necessária a ampliação do acesso à educação, incluindo educação sexual, e cuidados de saúde de qualidade. Necessário ainda o enfrentamento diuturno do conservadorismo e de toda violência e discriminação contra pessoas em risco ou vivendo com HIV. A experiência brasileira nestes 30 anos é inestimável alavanca para alcançar o fim da epidemia.*

Palavras-chave *Enfrentamento da Aids, Brasil, Perspectivas*

¹ Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UFMG. Av. Alfredo Balena 190/1, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. dirceugreco@gmail.com

Introdução

*A vida é curta,
O conhecimento é vasto
As oportunidades passageiras,
A experiência enganosa
O julgamento difícil*
Hipócrates (460-370 BC)

Datas comemorativas são sempre bom momento para rever o passado, avaliar o presente e planejar o futuro. A resposta brasileira no enfrentamento da Aids foi e tem sido exemplar, com grandes avanços e alguns poucos e indefensáveis retrocessos nestas três décadas.

A 1ª década (1980-1989), tendo como pano de fundo o processo de redemocratização do Brasil.

O “aparecimento” da AIDS: em 1981 os Centros de Controle de Doenças (CDC EUA)¹ fazem o primeiro relato de afecções oportunistas entre pessoas jovens, homossexuais, previamente saudáveis. O surgimento da epidemia, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito) revelou a grande dificuldade de efetivar a prevenção, de se desenvolver medicamentos eficazes e de custo acessível e, ainda, de disponibilizar vacinas eficazes, além de escancarar as disparidades inter e entre países.

Contraditória e positivamente, a disseminação da AIDS trouxe subprodutos benéficos, e.g., o envolvimento da sociedade civil exigindo acesso à informação, verbas para pesquisa e novos medicamentos, além da expansão da discussão sobre temas complexos (direitos sexuais, direitos humanos, morte, uso de drogas, confidencialidade).

O medo era o sentimento mais fácil de se compreender e teoricamente o mais fácil de se combater. O pior é que o medo sentido pela população era reforçado pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los. Foi necessária Resolução (nº 1.359)² em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) *sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas em risco ou infectadas pelo HIV/AIDS*, a qual foi sucedida por outra mais completa, a Resolução 1.665/2003³ que incluiu a proibição aos médicos de solicitar compulsoriamente exames sorológicos para o HIV.

Nas décadas de 1970-80 o país vivia situações complexas e instigantes, com a intensificação da pressão popular e de entidades progressistas contra a ditadura, pelas eleições diretas (“Diretas

Já”) e com o movimento sanitarista reivindicando acesso à saúde pública para todos. Além disso, a luta pela anistia aos perseguidos, exilados e banidos se intensificou.

Nos anos 1970, em Minas Gerais, como em outros estados brasileiros, se estabelece o movimento *Renovação Médica*, com o objetivo de melhorar a saúde pública, diminuir as disparidades e lutar contra a violência. Atuei no Comitê Brasileiro pela Anistia (CBA-MG), presidido por D. Helena Greco, no Sindicato dos Médicos de Belo Horizonte e no CRMMG. Em 1979, a anistia foi muito menos ampla e irrestrita que propúnhamos, mas mesmo assim propiciou a volta de muitos exilados e banidos, entre eles o incansável lutador pelos direitos humanos, Herbert de Sousa, o Betinho, homenageado por Aldir Blanc e João Bosco em *O Bêbado e a equilibrista*⁴, na interpretação magistral de Elis Regina (*meu Brasil, que sonha com a volta do irmão do Henfil, com tanta gente que partiu num rabo de foguete*). E, finalmente, a eleição indireta de Tancredo Neves, sua morte inesperada e a ascensão daqueles que antes se alinhavam com os militares. O resto desta história não cabe aqui, mas indubitavelmente a queda da ditadura abriu caminho para mudanças positivas na saúde pública brasileira.

Camus (*A Peste*)⁵ afirmou que guerras e epidemias, apesar de previamente anunciadas, sempre pegam as pessoas de surpresa, e a AIDS não foi exceção. Isto quando as sociedades industrializadas alardeavam para o final do século XX o controle, por imunização ou tratamento, de todas as doenças infecciosas.

A resposta do Estado brasileiro

O Brasil, de modo inusitado, se compararmos a outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando a Aids de frente, na defesa intransigente dos direitos humanos, com produção local e distribuição de preservativos e antirretrovirais (ARV), com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços para cuidar das PVHA e com financiamento para pesquisas.

Um exemplo: O enfrentamento da epidemia em Minas Gerais

Com a expansão da Aids, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) e recomendou a criação de comissões interinstitucionais estaduais para enfrentá-la. Em Minas Gerais, isto ocorreu em 1985.

Como coordenador do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (SDIP) do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG e com o entendimento de que a universidade deve ser centro irradiador de conhecimento, propus que o SDIP estabelecesse estrutura de referência (prevenção, tratamento, laboratório, ensino e pesquisa) para PVHA ou em risco para a infecção. Assim, o HC assumiria o atendimento digno, ético e competente para pessoas já marginalizadas pela orientação sexual, pela atividade (profissionais do sexo), pelo uso de drogas injetáveis ou pela própria doença de base (hemofilia).

Este argumento encontrou muitos obstáculos:

- O HC tinha como norma não internar qualquer doença infecto-contagiosa. E para impedir o internamento de PVHA utilizaram vários argumentos falaciosos: falta de isolamento, embora aceitasse outras doenças infecto-contagiosas, falta de conhecimentos técnicos, de material e de pessoal especializado;

- O medo, o preconceito e a discriminação, especialmente contra homossexuais, no imaginário popular o principal “grupo de risco”.

Sem convencer o HC sobre o internamento assumi a responsabilidade pelo atendimento ambulatorial e em 13/8/1985 foi aberto o Ambulatório de Imunodeficiências e não de Aids, para evitar mais preconceito e discriminação e, pela mesma razão, junto ao ambulatório geral da DIP. Às vésperas do início das atividades, o HC comunicou que não permitiria esta atividade, pois não havia retaguarda para internamento. O erro do hospital seria “corrigido” com o não funcionamento do ambulatório. Felizmente a ameaça não se concretizou e as atividades foram iniciadas.

No primeiro dia de atendimento, uma emissora popular de B. Horizonte pergunta a opinião de um senhor sobre o HC atender “aidéticos” (sic). A resposta rápida foi: “nunca mais levo meus filhos lá”!

O atendimento foi iniciado com um psicólogo (Edison Oliveira), assistente social (Maria Alice), três médicos, Roberto Pedercini, Luiz Loures (atualmente Diretor Executivo-adjunto do UNAIDS-Suíça) e eu, além de estudantes de medicina e dois atendentes de enfermagem, Zuleica Souza Silva e Raimundo Rezende.

Continuava a batalha pela abertura de leitos no HC. Os argumentos contra permaneciam os mesmos e nas entrelinhas estava o medo, o preconceito, a falta de visão humanitária, científica e acadêmica. Em 1986, graças ao esforço dos Drs. Luiz Loures, Francisco das Chagas Lima e Silva e outros abnegados, conseguimos quatro leitos no Hospital João XXIII, público e referência estadual para emergências.

Vale detalhar o surrealismo do processo: as PVHA eram isoladas, independentemente da causa da internação: visitas proibidas, pratos descartáveis, máscara, gorro, capote e botas para todos os profissionais. Na alta, como por milagre, tudo isto desaparecia: o paciente utilizava o elevador comum e voltava a fazer parte do mundo das pessoas comuns. Esta a conduta exigida para permitir o internamento. Isto era Belo Horizonte 1987 (DC ou AC!?).

Em 1987, o primeiro alento, quando se comprovou a queda da mortalidade com o uso de zidovudina (AZT), abrindo o caminho para o tratamento do HIV⁶.

Os Centros Nacionais de Vacina contra o HIV/Aids (1992-1993) e de coortes prospectivas com homossexuais masculinos não infectados pelo HIV (1994)⁷:

Em 1992, o Programa Global de Aids da OMS propõe a criação de centros de vacinas em quatro países em desenvolvimento (Uganda, Ruanda, Tailândia e Brasil) como parte do esforço global contra a Aids. O PNDST/AIDS estabeleceu competição nacional e definiu três centros: um em São Paulo, outro no Rio de Janeiro e a UFMG foi escolhida por comissão externa ao PNDST/AIDS como o terceiro. O objetivo inicial era obter estimativas confiáveis da incidência do HIV. Para tal, priorizou-se a criação de coortes abertas para avaliar o impacto de intervenções educativas na redução da vulnerabilidade à infecção e, com as informações recebidas, decidirem sobre a participação em futuros ensaios com vacinas. Assim, em 1993-1994 foram estabelecidos três projetos, considerados estratégicos pelo MS: Bela Vista (SP, coordenado pelo Prof. José Carneiro), Horizonte (MG) e Rio (RJ, coordenado pelo Dr. Frits Suttmoller). O Projeto Horizonte, único ainda em atividade, admitiu desde 1994 cerca de 1200 pessoas, com 133 casos incidentes de HIV até 2015, com incidência de 2,5/100 pessoas-ano, taxa relativamente baixa, embora com preocupante aumento nos últimos anos. Em 2015 cerca de 500 voluntários estão em acompanhamento. Equipe inicial multidisciplinar foi estabelecida.

Sociocomportamental: Edison Oliveira, Júlio Andrade, Marília Greco, Roberto Chateaubriand, Juliana Nahas, Maria José Utsch;

Clínica: Unai Tupinambás, Antonio Toledo, Carmelita Rabelo;

Epidemiológica: Carlos Maurício Antunes, Mariângela Carneiro, Fabíola Cardoso;

Apoio: Mauro Jerônimo, Magda Aires, Jerre Camargos

De 1994 a 1996, ocorreu o primeiro ensaio brasileiro de fase I com vacina candidata con-

tra HIV/AIDS em dois centros: no SDIP UFMG e na Fiocruz (Dr. Frits Suttmoller, Dra. Marisa Morgado). Esta continha peptídeos sintéticos semelhantes à alça V3 do HIV, desenvolvida pela *United Biomedical* (EUA). Apesar de à época a maioria dos ensaios fase I ocorressem em países desenvolvidos, este, após escrutínio científico e ético, foi aprovado no Brasil, na China e na Tailândia, recrutando voluntários sadios e de baixo risco para o HIV, para avaliar a segurança e a imunogenicidade. Houve indução de anticorpos neutralizantes contra cepas de laboratório do HIV-1, mas ensaios subsequentes mostraram ser esta resposta insuficiente para imunização eficaz e o restante da história da busca por uma vacina não cabe neste texto^{8,9}.

A 2ª Década – 1990-1999

Em 1991 o Brasil inicia a distribuição pelo SUS do AZT, fabricado localmente a partir de 1993. Este acesso confirmava a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e nos preceitos do SUS. E, pouco depois, o Brasil adota, pressionado pelos movimentos sociais e apoiado pela academia, a política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS e aprova a Lei 9.313/1996¹⁰.

A terapia antirretroviral combinada como divisor de águas no tratamento de PVHA

Em 1996, pesquisas divulgadas na IX Conferência Mundial de Aids (Canadá) demonstraram a eficácia do uso combinado de ARVs^{11,12}. Era elevado o número de comprimidos diários, dificultando a adesão e com muitos efeitos colaterais; seu alto custo restringiu o acesso aos países industrializados. O Brasil foi a primeira e exemplar exceção, com a promulgação no mesmo ano da Lei 9.313.

O primeiro consenso brasileiro de tratamento da Aids – Ainda em 1996 o PNDSTAIDS convocou especialistas e representante da sociedade civil para estabelecer a primeira diretriz brasileira para o tratamento do HIV/Aids. Esta contribuiu para estabelecer um “sistema” brasileiro de tratamento, que também incluiu a criação de rede nacional para a caracterização das cepas circulantes, que propiciou depois a rede nacional de genotipagem (RENAGENO) e a rede de laboratórios para a determinação de CD4 e carga viral.

A 3ª década – 2000-2009 – época complexa, início de um novo milênio. Acentuou-se a concentração do capital, houve o surgimento da

crise bancária que atingiu quase exclusivamente a população, com reflexos perversos no acesso à saúde. E, talvez tão grave quanto, a expansão mundial do conservadorismo.

Vale citar algumas datas marcantes:

1. 1994 – O acordo TRIPS (*Trade Related Intellectual Property agreement*) da Organização Mundial do Comércio¹³ teve impacto negativo no acesso aos medicamentos essenciais e não só para a Aids. Estabeleceu parâmetros para as patentes, com prazo de até 10 anos para que cada país se adequasse. Infelizmente o governo brasileiro assinou-o precocemente, dificultando a preparação de um parque produtivo nacional para a transição. Outros países, e.g., Índia e Tailândia, utilizaram prazo maior, facilitando a produção local de insumos e medicamentos genéricos.

2. 2000 – Os objetivos de desenvolvimento do milênio (ONU)¹⁴: Os oito objetivos para 2015 incluíam o combate à epidemia da Aids (Objetivo 6) e, na minha opinião ainda mais importante, incorporaram visão ampla na luta contra as disparidades (objetivos 1 a 5).

3. 2001 – Declaração de DOHA para a Saúde Pública¹⁵: contraponto à rigidez do TRIPS, incluindo a possibilidade de uso do objeto da patente sem autorização do seu titular em situações de risco para a saúde pública. Esta flexibilização foi utilizada pelo Brasil para a licença compulsória do efavirenz.

4. Em 2001 as Nações Unidas pela primeira vez em sua história realizam Sessão Especial dedicada a um problema específico de saúde pública. Em Assembléia Geral aprovam a Declaração de Compromissos sobre o HIV/Aids (UNGASS HIV/AIDS)¹⁶, tendo como tema a epidemia, considerada ameaça real para o mundo, com a definição dos caminhos para seu controle e eventual erradicação. O Brasil teve papel fundamental nesta UNGASS.

5. 2003 – A Iniciativa “3 by 5” do UNAIDS/OMS¹⁷, implementada durante o mandato de Dr. Paulo Teixeira como Diretor do Departamento de HIV/Aids da OMS, visava proporcionar acesso aos ARVs para três milhões de PVHA em países de renda baixa e média até 2005, para mostrar que prevenção e tratamento do HIV/Aids são direitos de todos. Aqui, mais uma vez, o exemplo brasileiro foi considerado para mostrar ser possível alcançar estes objetivos.

6. 2007 – Licença compulsória do Efavirenz (EFZ).

Em 2007, pela primeira vez, o governo brasileiro licenciou compulsoriamente um ARV, permitindo sua fabricação local. A estimativa era

que isto traria redução de US\$ 30 milhões só em 2007, chegando a US\$ 236 milhões até 2012. O processo de licenciamento foi conduzido pelo MS (Ministro José Gomes Temporão) com a ativa participação do PNDST/AIDS, à época sob a firme direção de Dra. Mariângela Simão. Esta decisão soberana e corajosa reflete a afirmação do Presidente Lula: “Entre o nosso comércio e a nossa saúde, nós vamos cuidar da nossa saúde”¹⁸.

A 4ª década – 2010 – 2019

Nestes 30 anos de enfrentamento da AIDS no Brasil, cumpre discorrer sobre algumas lições aprendidas.

– 1. *O marco inicial da associação de forças com um objetivo comum*: O Estado, a Sociedade Civil e a Academia, estruturando resposta nacional baseada nos direitos humanos e nos princípios do SUS. Na minha opinião e metaforicamente, a resposta brasileira ocorreu de maneira inversa a um acidente aéreo, no qual pequenos eventos se somam para finalmente derrubar o avião. Aqui pessoas, grupos e instituições, superando suas dificuldades para trabalhar juntos se uniram para o enfrentamento e são corresponsáveis pela construção da resposta brasileira.

– 2. *O Estado brasileiro se mobilizou precocemente para o enfrentamento da Aids*.

2.1. Em 1985-1986, antes da criação do SUS, foi estabelecido o PNDST/AIDS, coordenado pela mão firme e competente da Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, exemplo de espírito público, competência e garra. O estado brasileiro propõe comissões interinstitucionais estaduais, e estabelece política nacional para o enfrentamento da Aids, com ênfase na proteção dos direitos humanos.

2.2. O Sistema Único de Saúde: É pouco provável que a resposta brasileira teria avançado o que avançou sem o SUS, realmente o grande marco na mudança na saúde pública brasileira, tendo sua criação definida em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta CNS estabeleceu as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 1988, explicitando-a como um “direito de todos e dever do Estado”. A Lei 8.080/1990¹⁹ fundou o SUS, baseado nos princípios da *Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira*, tendo como importante marco o controle social, com a participação dos usuários.

2.3. Ainda em 1986 foi criada pelo PNDST/AIDS a Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS), instância interna de controle social, com a participação da sociedade civil, academia e governo,

para discutir e recomendar ações para o contínuo aprimoramento das políticas do programa. Em sua 100ª reunião foi encomendada avaliação sobre sua história e papel, publicada em 2003, coordenada pela Profa. Mary Jane Spinks e que vale a pena ser lida²⁰.

2.4. Promulgação da lei 9.313, apoiada e pressionada pela sociedade civil organizada, que transformou em direito o acesso universal no SUS aos ARVs. Esta decisão era contra o senso-comum, vocalizado claramente pelo Banco Mundial, que afirmava que países em desenvolvimento deveriam se concentrar na prevenção, pois a complexidade dos esquemas terapêuticos dificultaria a aderência, aumentando o risco de cepas resistentes. De 1996 a 2002, o investimento brasileiro com tratamento atingiu cerca de US\$ 1,6 bilhão, o qual além do inestimável impacto social ao diminuir mortalidade, morbidade, hospitalizações e aposentadorias, propiciou economia estimada em US\$ 2 bilhões. Hoje os resultados desta decisão soberana são reconhecidos internacionalmente e foi também demonstrado que o percentual de vírus resistentes no Brasil se mantém igual ou até menor que nos países centrais.

Ao prover acesso universal aos ARVs e a cuidados de saúde adequados na Aids ficou demonstrado ser possível para um país em desenvolvimento, mesmo com tantas iniquidades, tratar as pessoas de maneira igual, independentemente de raça, gênero, orientação sexual ou poder econômico.

– 3. *O papel da sociedade civil*: a participação dos cidadãos e dos grupos envolvidos com a luta em defesa dos direitos humanos foi e tem sido imprescindível para o estabelecimento e a manutenção da política brasileira de resposta a Aids²¹.

Fica claro que, para contrabalançar o uso do poder nas definições e financiamento das políticas públicas de saúde, é necessário a emancipação das pessoas/cidadãos. Um exemplo é a participação de PVHA na luta por seus direitos em todos os fóruns, especialmente nos Conselhos de Saúde e nas agências regulatórias. Por outro lado, é muito menor a participação de pessoas expostas, por exemplo, à malária, à esquistossomose ou à Doença de Chagas nas mesas de decisão, apesar de haver milhões de pessoas expostas a estas. Fala-se muito da necessidade de “empoderar” as pessoas. Entretanto, “empoderamento”, do inglês *empowerment*, deve ser substituído por *Emancipação*, no sentido de Paulo Freire²², que em sua obra sobre a educação para a liberdade, empregou a palavra com sentido amplo, de libertação e autonomia, exatamente como deve ser quando

discutimos cidadania, direitos ou a luta contra disparidades. Poder nunca é concedido, é sempre conquistado. Segundo Freire, a emancipação não acontecerá por eventualidade, por concessão, mas será uma conquista efetivada pela práxis humana, que demanda luta ininterrupta.

4. *As Universidades/secretarias de saúde/academia*: a participação destas instituições públicas foi e é também fator importante na resposta. Proporcionou o estabelecimento de serviços de referência, com apoio técnico e acadêmico para políticas específicas para o diagnóstico, cuidado, avaliação virológica e imunológica e para pesquisa.

Impacto científico, econômico, social e ético

Ciência

Os conhecimentos adquiridos sobre o HIV/Aids desde os primeiros casos relatados são admiráveis. Quinze anos depois (1996) a comprovação da associação de ARVs trouxe esperança para milhões de PVHA; entretanto esta vitória científica não se reverteu em benefício mundial, ficando restrita por muitos anos principalmente aos países centrais, trazendo à berlinda a necessidade urgente de discutir eticamente o direito de acesso ao progresso científico para todas as pessoas que dele necessitem.

Ética, pesquisa e acesso

A pandemia da Aids amplificou a necessidade de colaboração internacional e a OMS/UNAIDS tem tido indiscutível papel neste processo. Para tal também foram criadas instituições não governamentais, tais como, o Fundo Global para Malaria, Tuberculose e AIDS e a UNITAID, além de fundações privadas, e.g., *Clinton Health Access Initiative, Bill and Melinda Gates*. Se isto aumenta os recursos financeiros, por outro lado tende a diminuir as pressões para que o estado assumira seu real papel na saúde pública, além do risco da definição da agenda ficar a critério do financiador, com todas as implicações políticas e ideológicas associadas. Além disto, a diminuição ou a interrupção dos recursos externos, que já vem ocorrendo, trará dificuldades para a manutenção dos cuidados e tratamento adequados para as PVHA²³.

A colaboração na pesquisa sobre Aids tem obrigado ao reexame dos seus aspectos legais e, principalmente, éticos. Vale enfatizar:

- É crucial o desenvolvimento de diretrizes éticas respeitadas universalmente e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO²⁴ deve servir como referência;

- Os participantes em projetos de pesquisa devem ter assegurado o acesso pós-estudo aos medicamentos, vacinas, intervenções e estratégias de prevenção, os quais devem se estender para o acesso universal em saúde pública.

A urgência para controlar esta epidemia, além do aumento da incidência de outras patologias (e.g., hepatites, malária, dengue, cólera), tem sido utilizada para pressionar pela diminuição das exigências éticas em pesquisa, principalmente em países em desenvolvimento.

O Brasil se contrapôs a esta tendência e, em 2008, de maneira soberana e corajosa, com a Resolução 404/2008 da CONEP/Conselho Nacional de Saúde²⁵ decidiu que em pesquisas clínicas, no final do estudo, todos os participantes devem ter assegurados o acesso aos melhores métodos comprovados profiláticos, diagnósticos e terapêuticos identificados pelo estudo. Esta decisão foi incorporada à Resolução 466/2012²⁶, que versa sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Isto protege de fato os participantes de pesquisas e pode ser mais uma alavanca para que este acesso extrapole o ambiente controlado das investigações e se estabeleça na saúde pública para todos que possam se beneficiar dos produtos.

Desafios

Há diversos desafios para a sustentabilidade do programa brasileiro:

a. O maior é o enfrentamento da disparidade, da pobreza e da discriminação, pois estas aumentam a vulnerabilidade das pessoas em relação ao HIV/Aids e dificultam o acesso à necessária prevenção, aos cuidados médicos e à adesão ao tratamento.

b. O aumento do número de PVHA iniciando tratamento, além da necessidade de novos medicamentos para os que já falharam nos esquemas iniciais. Estima-se que em 2015 existam 700.000 PVHA no Brasil, destas 455.000 recebem ARVs, com cerca de 150.000 tendo iniciado tratamento nos últimos dois anos (2014 e 2015)²⁷. Com a expansão do diagnóstico e a esperada necessidade de esquemas de 2ª ou 3ª linha, importados, protegidos por patentes, os investimentos necessários continuarão a subir.

c. A percepção equivocada, acentuada por propaganda da indústria farmacêutica, que discutir propriedade intelectual não é mais relevante. Isto pode ocorrer nos programas de expansão de acesso ao tratamento (e.g., Fundo Global, PEPFAR, Fundação Gates), onde esta oportuni-

dade prejudica a discussão de longo prazo sobre produção local, incluindo genéricos, dificultam a transição da responsabilidade para o sistema de saúde local. Isto não afeta diretamente o Brasil, mas pode inibir a utilização das flexibilidades do acordo TRIPS, incluindo licenças compulsórias, fabricação ou importação de genéricos.

d. Outra percepção equivocada, tanto da população quanto da mídia, é que a epidemia estaria controlada, dificultando a necessária e contínua discussão sobre prevenção e diagnóstico, especialmente com os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e com os mais jovens, que não viram o início da epidemia.

Perspectivas

A prevenção e o combate ao preconceito e à discriminação

Prevenção: As posições geralmente assumidas pelo estado brasileiro se pautam pelo respeito aos direitos humanos, numa visão de não julgamento das atitudes individuais, na política de produção e distribuição de insumos (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, seringas/agulhas descartáveis para usuários de drogas intravenosas) e no acesso universal à prevenção e aos ARVs.

Por outro lado, a abstinência sexual foi posta a ferro e fogo pelo governo norte-americano. Vale lembrar a decisão clara e soberana do governo brasileiro de devolver financiamento norte-americano de US\$ 40 milhões para pesquisa, pois havia restrição a estudos que envolvessem a prostituição²⁸. Isto ocorreu em 2005, durante a gestão do Dr. Pedro Chequer na diretoria do PNDSTAIDS. Bons tempos aqueles.

Entretanto persistem o preconceito e a discriminação e os instrumentos para impedi-los (ou puni-los) são conhecidos e cabe ao Estado utilizá-los. Daí a necessidade urgente de se aprovar lei que criminalize a homofobia.

Infelizmente, o papel assumido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) na defesa dos direitos humanos sofreu retrocesso nos últimos anos. A pressão de grupos conservadores fez que o MS retirasse campanhas, impedisse a distribuição de material educativo para o programa saúde nas escolas e cancelasse material de apoio para o Dia Internacional de Visibilidade das Prostitutas. A decisão foi de alinhamento com as forças retrógradas do país, com vistas a possíveis e intangíveis ganhos.

Vale detalhar três episódios ocorridos entre 2012 e 2013.

Antes, abro parênteses para melhor me situar neste processo. Após anos como militante dos direitos humanos, médico, professor universitário e pesquisador, assumi em julho de 2010 a diretoria do DDAHV, nomeado pelo então Ministro José Gomes Temporão, tendo como Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde o Dr. Gerson Penna. Sucedi pessoas experientes, com as quais convivi de perto nestes 30 anos, e assumi a responsabilidade de substituir Mariângela Simão, que conduziu, com firmeza e competência, a política do departamento. Fui requisitado do MEC, onde exercia e exerço a função de Professor Titular na UFMG. Deixei de ser pedra para virar vidraça. Assumi com a mesma visão e coerência de minha história pessoal e profissional a missão a cumprir de maneira íntegra, imparcial, honesta, transparente e republicana. Não cabe aqui detalhar os três anos como Diretor do DDAHV. Entretanto, é necessário afirmar que convivi com pessoas competentes e envolvidas, num departamento com mais de 200 pessoas. Impossível nomeá-los aqui. A Diretoria era composta por Eduardo Barbosa e Ruy Burgos Filho, sérios, competentes, experientes e dedicados e com eles muito aprendi. E, citando Ieda Fornazier, secretária executiva da diretoria e funcionária pública exemplar, esteio do departamento desde a gestão de Lair Guerra, homenagem todos os que comigo compartilharam a gestão.

Os episódios:

- A campanha do carnaval (2012) – foi utilizada pelo ministro da saúde uma tecnicidade para vetar o filme com dois jovens gays se abraçando²⁹. Este já havia sido aprovado pelo ministro e lançado publica e animadamente em evento na Rocinha, no Rio. Especulou-se que a suspensão (censura) da peça teria vindo diretamente da casa civil, sob influência, obviamente espúria, do conservadorismo da bancada evangélica. A pressão social para reverter esta censura, exemplificada no questionamento do Deputado Federal Jean Wyllys da homofobia do governo, foi respondida pela assessoria de comunicação (ASCOM) do MS. A resposta iluminada do coordenador da ASCOM foi que “o governo não é homofóbico pois até tem gays na direção do departamento de aids” – foi realmente inacreditável e, mais inacreditável, passou impune e incólume.

- A distribuição das Histórias em Quadrinhos (2013), desenvolvidas pelos MS, MEC, UNESCO, UNICEF e UNFPA, no Âmbito do Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

Este material faria parte da semana da saúde nas escolas, atividade anual do MEC. Cumpre

lembrar ser a escola lugar privilegiado para se discutir temas, tais como, sexualidade, diversidade, prevenção da violência e luta contra a discriminação³⁰. A distribuição foi suspensa e o material recolhido com a justificativa técnica de não ter passado pela comissão editorial, embora já tivessem sido aprovadas e lançadas publicamente na gestão anterior pelo Ministro Temporão durante o Congresso Brasileiro de Prevenção das DSTs/AIDS (Brasília, 2010).

- 3º episódio: no Dia Internacional da Visibilidade das Prostitutas (2 de junho de 2013), o DDAHV postou nas redes sociais panfletos virtuais, preparados a partir de oficina com cidadãs emancipadas e combativas. A foto de uma das participantes com a frase “eu sou feliz sendo prostituta” ganhou destaque e foi criticada por grupos conservadores. No mesmo dia, o Ministro da Saúde afirmou que ninguém o convenceria que a fala da personagem teria a ver com o MS. Não sei em que mundo ele vivia, quando a vulnerabilidade desta e de outras populações está direta e intrinsecamente ligada à sua saúde. A dificuldade real para chegar aos serviços de saúde e o modo como são (des)tratadas pode ser contrabalançado por reforço nos seus direitos e autoestima. Foi ainda afirmado que na administração vigente do MS as campanhas seriam exclusivamente sobre a prevenção das DSTs, reforçando o afastamento das questões de direitos humanos. Há a esperança de haver mudança nesta posição, que felizmente não é uma posição de Estado.

A decisão do MS foi comemorada por forças conservadoras e um exemplo está no “Blog do Garotinho” de junho de 2013³¹. Outro apoio explícito à decisão de censura foi em um *tweet* do deputado Marco Feliciano, relatando telefonema do ministro explicando a situação, e que o considerava um homem de bem e afirmava tê-lo aconselhado a ter cuidado com seus assessores³². Certamente estas forças não eram as progressistas, seja do movimento social, dos gestores ou da academia.

A divulgação deste material no dia 2 de junho de 2013 ocasionou a imediata exoneração do diretor do DDAHV, sem lidar com o âmago do problema. Por outro lado, houve intensa repercussão contra estas decisões³³.

Diagnóstico em tempo oportuno

Cerca de 1/4 das PVHA diagnosticadas no Brasil tem a contagem de CD4 menor que 200, o que significa estágio avançado da infecção. É, portanto, necessário expandir o acesso à sorolo-

gia para o HIV, especialmente para grupos em situação de maior vulnerabilidade, mas também para a população geral. A disponibilização também no programa saúde da família é mais um caminho para esta expansão.

O diagnóstico em tempo oportuno diminuirá a morbidade, a mortalidade, atuará como prevenção secundária, desde que seja possível oferecer o tratamento e manter a adesão. Neste sentido, foi aprovada em janeiro de 2016 a Recomendação 02/2016 do CFM, que indica aos médicos que ofereçam, quando pertinente, aos seus pacientes nas consultas, de maneira adequada e não compulsória, sorologia para HIV, sífilis e hepatites B e C. Este momento é ótima oportunidade para conversar sobre sexualidade e possibilitará, após o teste, aconselhar sobre prevenção aqueles com sorologia negativa e iniciar o tratamento para os que forem diagnosticados.

Tratamento e adesão

Há necessidade urgente de reforçar o “uso racional” dos ARVs, incluindo políticas de evidências científicas robustas antes de adotar novos medicamentos ao consenso brasileiro de tratamento. As pressões da indústria farmacêutica para introduzir novas drogas devem ser contrabalançadas por pesquisas operacionais, utilizando a invejável quantidade de informações coletadas das mais de 400 mil pessoas atualmente em tratamento.

A decisão de disponibilizar o tratamento independentemente do número de linfócitos CD4 deve ser acompanhada com cuidado. Por um lado, aumentará a pressão sobre os serviços de saúde, sobre o orçamento e pode haver maior dificuldade de adesão para aqueles com CD4 acima de 500 e, provavelmente assintomáticos, podendo ocasionar a necessidade de esquemas de 2ª e 3ª linhas mais precocemente. Por outro lado, os resultados recentes da pesquisa START mostraram que o risco de desenvolver doença grave ou morte foi reduzido em 53% no grupo de tratamento precoce, em comparação com os do grupo de tratamento tardio. Além disto, as taxas de eventos graves relacionados ou não à aids também foram menores no grupo de tratamento precoce. Os resultados foram homogêneos em todas as regiões geográficas, e os benefícios semelhantes em países de renda baixa, média e alta³⁴. E apesar de não serem mutuamente exclusivos, o esforço mais urgente, necessário e prioritário é encontrar e disponibilizar cuidado e tratamento adequado para que as pessoas sejam diagnóstica-

das antes de estarem sintomáticas ou com CD4 baixo.

É ainda necessário expandir a produção local, incluindo melhores formulações dos medicamentos já existentes, pediátricos e para adultos, e de produzir associações fixas e em dose única diária, como a recém liberada associação de tenofovir-lamivudina-efavirenz.

Apesar de todo o investimento financeiro e político, a crescente complexidade e o custo elevado dos novos medicamentos protegidos por patentes ameaça os recursos de saúde disponíveis. Daí a necessidade de se expandir a produção local e, quando necessário, estabelecer licença compulsória. Esta não é a solução mágica, mas mostra que quando está em jogo a saúde, esta medida é claramente indicada. A seriedade, a visibilidade e a experiência acumulada pelo programa brasileiro, facilita-o ser mais vocal e a agir de acordo com o que é melhor para a saúde pública.

Mais investimento em pesquisa, incluindo, por exemplo, o desenvolvimento nacional de testes rápidos multiplataforma para o diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites; de testes *point of care* para carga viral e para a contagem de CD4; de estudos para avaliar os métodos preventivos disponíveis e em desenvolvimento.

A participação do DDAHV em iniciativas regionais e internacionais: esta se baseia na defesa dos direitos humanos, incluindo acesso universal ao tratamento, contra a violência e contra a discriminação.

Neste sentido, o Brasil tem atuado intensamente na cooperação horizontal, onde os países trocam experiências e discutem de igual para igual. Com o provimento de medicamentos fabricados no Brasil para o início de tratamento há a expectativa de que esta semente se transforme em política de cada país parceiro para o acesso adequado ao tratamento para todos. Deve ser ainda lembrada a decisão de transferência de tecnologia e a instalação de fábrica para produção de ARV em Moçambique, que iniciou suas operações em 2012³⁵.

Conclusões

Estas três décadas confirmam o papel que esta epidemia e seu enfrentamento significaram para um novo modelo de saúde global³⁶.

Apesar dos problemas e dificuldades enumeradas, existem condições para superar o preconceito e a discriminação, para a eliminação do atual estado de pobreza e por justa distribui-

ção de renda, pano de fundo para a disseminação desta e de outras epidemias (a epidemia de Ebola em 2014 é um exemplo recente). Entre os mecanismos viáveis está o envolvimento conjunto dos profissionais de saúde e da sociedade civil, por exemplo, nos Conselhos de Saúde. Isto pode influenciar na promulgação da lei contra a homofobia, na decisão sobre o financiamento para a melhoria das condições de vida e acesso a cuidados de saúde de qualidade, para melhor vigilância epidemiológica e na luta contra a discriminação.

Os instrumentos para o tratamento adequado das PVHA, para eliminar a transmissão do HIV, acabar com a discriminação e finalmente alcançar o fim da epidemia de Aids já estão disponíveis³⁷.

As modificações necessárias para que isto aconteça são muitas:

a) Acesso à educação, emprego, moradia e cuidados de saúde, preconizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigos XVIII, XXV.1, ONU 1948)³⁸;

b) A necessidade de envolvimento global para uma nova ordem internacional, na qual todos tenham acesso à saúde. Passo inicial nesta direção ocorreu em 2012 na decisão da 67ª Assembleia Geral da ONU para transição dos sistemas nacionais de cuidados de saúde em direção à cobertura universal em saúde³⁹.

Entretanto, uma nova ordem internacional só será alcançada se ocorrerem modificações em cada nação. É difícil clamar por justiça internacional quando é tão evidente a disparidade que ainda existe no Brasil. É necessário mudar o paradigma da valorização monetária, de mercado, por outra de respeito aos direitos do ser humano. Assim, o Brasil será capaz de se impor como nação, contrapondo-se aos valores neoliberais da ordem econômica atual. Tucídides (465-395 BC) na História da Guerra do Poliponeso⁴⁰ afirmou que a justiça aconteceria somente quando aqueles não injustiçados se tornassem tão indignados quanto aqueles que o são. Ouso afirmar que a justiça só prevalecerá quando aqueles afetados pela injustiça se emanciparem e lutarem por seus direitos.

Epílogo

Certamente a resposta brasileira no enfrentamento da epidemia foi e tem sido correta. Evidentemente, como bem pontuado no texto, ainda há muito o que fazer para a saúde em geral e

em particular para o controle efetivo da Aids. Os retrocessos podem ser considerados acidentes de percurso e reforçam que a luta pelos necessários avanços é diuturna. Termino citando texto de Ítalo Calvino, no último parágrafo de seu livro *Cidades Invisíveis* (1972), quando afirma que o inferno dos vivos é aqui e é imprescindível descobrir neste inferno, quem não é inferno, e juntos sair dele. E continuar a luta.

Agradecimentos

Ao dr. Ruy Burgos Filho pela revisão cuidadosa e crítica do manuscrito e pelas pertinentes sugestões.

Referências

- Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia- Los Angeles. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30(21):250-252.
- Conselho Federal de Medicina.(CFM). Resolução 1359/1992. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1665/2003. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm
- Blanc A, Bosco J. O Bêbado e a Equilibrista. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: www.letras.mus.br/elis-regina/45679/
- Camus A. *A Peste*. São Paulo: José Olympio Editora; 1950. Tradução de Graciliano Ramos. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://graciliano.com.br/site/obra/a-pestes-1950/>
- Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317(4):185-191.
- Projeto Horizonte. Belo Horizonte. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/projetohorizonte/>
- Seminário Internacional Pesquisa em Vacina Anti-HIV Questões Éticas e Regulatórias Brasília, 2006. Experiências Brasileiras. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/3261834>
- Sutmoller F, Morgado MG, Bongertz V. O Brasil se prepara para testes de vacina anti-Aids. *Ciência Hoje* 1996; mar.
- Brasil. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União* 1996; 14 nov.
- Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, Eron Júnior JJ, Feinberg JE, Balfour Júnior HH, Deyton LR, Chodakewitz JA, Fischl MA. A controlled trial of two nucleoside analogues plus zidovudine in persons with HIV infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. *N Engl J Med* 1997; 337(11):725-733.
- Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D, Richman DD, Valentine FT, Jonas L, Meibohm A, Emini EA, Chodakewitz JA. Treatment with zidovudine, zalcitabine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1997; 337(11):734-739.
- Agreement on Trade (TRIPS). Related Aspects of Intellectual Property Rights. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.pnud.org/odm.aspx>
- Declaration on the TRIPS agreement and public health. 2001. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm
- United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS - Declaration of commitment on HIV/AIDS, 2001. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing_files/aidsdeclaration_en_0.pdf
- WHO/UNAIDS The 3by5 Initiative, 2003, [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.who.int/3by5/en/>
- Licença compulsória do Efavirenz. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.jcnet.com.br/editorias_noticias.php?codigo=103454&ano=2007
- Brasil. Lei 8080, 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Spinks MJ, organizadora. A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro, MS 2003. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ed03_06.pdf
- Camara C. Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à aids. *Impulso* 2002; 32. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art04.pdf>
- Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf
- Katz IT, Basset IV, Wright AA. PEPFAR in Transition: Implications for HIV Care in South Africa. *N Engl J Med* 2013; 369(15):1385-1387.
- UNESCO. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, 2005. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 404, de 1 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União* 2008; 25 set.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). Res. 466/2012. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Portal Brasil, 2016. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contras-o-hiv-e-aids>
- Notícia. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/jornal-ingles-lancet-destaca-fim-da-parceria-entre-brasil-e-usaid>
- Clip Carnaval 2012 DNDAHV/SVS/MS. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <https://vimeo.com/36881253>.
- HQ SPE - Histórias em quadrinhos - Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.fe.unb.br/catedraunescoead/areas/menu/publicacoes/livros-ublicados-pela-unesco/hq-spe-historias-em-quadrinhos-projeto-saude-e-prevencao-nas-escolas/hq-spe-historias-em-quadrinhos-projeto-saude-e-prevencao-nas-escolas>
- Blog do Garotinho. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://blogdogarotinho.com.br/artigo.aspx?id=13985>

32. Implicante. Blog. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: www.implicante.org/blog/dia-das-prostitutas-ministro-padilha-pede-desculpa-a-marco-feliciano
33. Viomundo. O que você vê na mídia. Padilha colocou o moralismo acima da ciência; mortes virão. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/padilha-colocou-o-falso-moralismo-acima-de-evidencias-cientificas-mortes-desnecessarias-virao.html>
34. The Insight Start Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, Avihingsanon A, Cooper DA, Fätkenheuer G, Llibre JM, Molina JM, Munderi P, Schechter M, Wood R, Klingman KL, Collins S, Lane HC, Phillips AN, Neaton JD. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med* 2015; 373(9):795-807.
35. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Fiocruz bate recorde de produção de antirretrovirais contra a aids. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/fiocruz-bate-recorde-de-producao-de-antirretrovirais-contr-a-aids>.
36. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS Pandemic: A Global Health Model. *Engl J Med* 2013; 368(23):2210-2218.
37. UNAIDS 90/90/90 – An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, 2014, [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
38. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf
39. UN 67th United Nations General Assembly (2012) on Universal health coverage. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/
40. Tucídides. A história da guerra do Peloponeso. Brasília: Editora UnB; 2001. [acessado 2015 dez 10]. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/0041-historia-da-guerra-do-peloponeso.pdf>.

Artigo apresentado em 03/02/2016

Aprovado em 19/02/2016

Versão final apresentada em 21/02/2016