
POLÍTICAS DE SAÚDE

E PREVENÇÃO

AO HIV/AIDS

NO BRASIL 1982 - 2012*

**NATHALIA BATISTA BARROS, CELMA MARTINS
GUIMARÃES, OHARY DE SOUSA BORGES**

Resumo: o objetivo foi analisar as políticas de saúde e prevenção ao HIV/aids no Brasil entre 1998 – 2012. Observou-se a construção de respostas políticas à aids, através de revisão integrativa. Os resultados revelaram que as respostas oficiais à aids foram articuladas através aos ativistas e movimentos de controle social em saúde.

Palavras-chave: HIV/aids. Políticas de saúde e aids. Enfermagem e aids.

O HIV/Aids foi descoberto em 1980. E, em 1982, já se detectava o primeiro caso no Brasil, mostrando que a população, nos grandes centros urbanos da Região Sudeste estava sendo acometida pela doença (MENDONÇA et al, 2010). A partir daí a aids passou a constituir-se um sério problema de saúde pública, por seu caráter endêmico e elevada letalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2010).

Inicialmente, as notícias sobre HIV/Aids eram alarmantes e sensacionalistas, causando pânico e discriminação entre os povos de todo o mundo (MS, 1998).

As políticas brasileiras referentes à Aids tiveram início no estado de São Paulo; essas políticas sofreram influências do Movimento Sanitarista, que visava mudanças essenciais no sistema da saúde do país, o que, em 1988, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDONÇA et al., 2010).

A princípio, as políticas de saúde referentes ao HIV/Aids foram instituídas como sub- políticas (no SUS), sendo estabelecidas em âmbito local. A gravidade do dano, todavia, gerou a necessidade de atuação nacional ocasionando a implantação do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/aids) (PARKER et al., 1999).

Instituído em 1986 pelo Ministério da Saúde, este programa estabeleceu a inclusão dos elementos: universalidade (dos medicamentos e insumos para

prevenção), a equidade (foco nas ações junto aos grupos vulneráveis e estigmatizados) e a integralidade (por agregar prevenção, assistência e tratamento (MARQUES, 2002).

E tinha como objetivos desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação; visava, também, garantir direitos essenciais aos portadores da doença, sendo executado pelas três esferas do governo: estadual, federal e municipal (MS, 1999).

Em 1987, iniciou-se a utilização de inibidores de transcriptase reversa no tratamento da aids, buscando reduzir a multiplicação do HIV. Todavia, só a partir de 1996, o Brasil garantiu o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, objetivando dificultar a multiplicação do HIV, por meio do advento dos inibidores de protease (DOURADO *et al.*, 2006).

[...] a história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente pela terapia antirretroviral (TARV), a qual foi iniciada no Brasil em 1996, resultando no aumento de sobrevivência dos pacientes, mediante reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias, consequentemente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes – (MS, 2010, p.75).

Um dos principais investidores na luta contra o HIV/Aids no Brasil, foi o Banco Mundial que exerceu importante papel, possibilitando o emprego de novas estratégias direcionadas para a prevenção e controle da epidemia (MS, 1998), por meio de um acordo, o qual possibilitou a implementação do Programa Nacional de Controle da aids no país, através da distribuição gratuita e universal dos anti-retrovirais aos portadores do HIV no Brasil - uma conquista determinada pela luta incessante da sociedade brasileira, constituindo-se um exemplo mundial de eficiência no combate à infecção (MARQUES, 2002).

A aids, porém, continua sendo uma doença que ocasiona grande preocupação, e exige controle contínuo da área de saúde. O HIV/Aids se caracteriza por um perfil epidemiológico que atinge diferentes grupos e, embora tenha passado por diversas mudanças, ainda é disseminado pela transmissão sexual.

Inicialmente, a epidemia da aids foi associada aos chamados grupos de risco (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis), atualmente, a infecção pelo HIV/aids tem tomado proporções diferentes.

As mudanças das características da infecção e o desenvolvimento progressivo da epidemia revelam que ocorrem devido à: heterossexualização, interiorização, feminização e pauperização (BRITO *et al.*, 2000).

Segundo Parker e Camargo Jr (2000) dados divulgados (pelo Boletim Epidemiológico) no final de 1999, mostravam que a doença atingia, principalmente, a população desprovida de conhecimento e marginalizada socialmente.

Algumas estratégias adotadas para assistência aos indivíduos infectados incluem procedimentos que visam a redução das internações hospitalares, tais como: atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (DOURADO *et al.*, 2006).

Apesar do impacto da epidemia de HIV/aids no Brasil as políticas e programas, referentes ao seu controle e prevenção, não conseguiram atingir plenamente, as metas

pretendidas. Dados do Boletim Epidemiológico mostram que, em 2011 (até 30/06/2011) ocorreram 1401 casos no Brasil (em jovens de 15 a 24 anos), sendo 828 em homens e 573 em mulheres (MS, 2012).

Como profissionais de saúde, percebemos a importância da produção e reprodução de informações referentes ao problema, contribuem de forma efetiva para o controle desta epidemia. E que novos conhecimentos, quer vinculados ao tratamento como à prevenção precisam ser divulgadas no meio científico como pela mídia de massa.

Uma vez que o HIV/aids tornou-se um sério problema de saúde pública e tem atingido outros segmentos populacionais (recém-nascidos, crianças, adolescentes, idosos), a enfermagem, enquanto profissão que está em contato direto com os portadores da doença, precisa estar, constantemente, atualizada quanto aos conhecimentos, tecnológicos, buscando favorecer a prevenção e controle da aids no Brasil.

Assim, este trabalho tem como objetivos: relatar a trajetória das políticas públicas de saúde, direcionadas para a prevenção e controle do HIV/aids no Brasil, no período de 1982 – 2012; e explicitar o papel da enfermagem no contexto atual.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Estudo realizado por meio de revisão integrativa, elaborado conforme formulação explicitada por Souza et al (2010), os quais mencionam a existência de seis fases : elaboração da pergunta norteadora, busca de amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Através da busca eletrônica (nas Bases de Dados Nacionais em Enfermagem (BDENF), e na Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e com uso de descritores (HIV/aids; políticas de saúde e aids; enfermagem e aids). foram encontradas 371 publicações.

Os critérios de inclusão fixados para seleção dos estudos foram: ser editado em português, retratasse a temática, disponível na íntegra e publicado no período de 1982-2012. Para exclusão consideram-se: não se enquadrar nos critérios de inclusão, textos repetidos e publicados fora do período determinado. O estabelecimento destes critérios propiciou a exclusão de 256 estudos, restando 15 para análise.

Para fins de coleta das informações foi elaborado um formulário, contendo as seguintes especificações: período de publicação; título; autores; objeto de estudo; políticas de prevenção e controle; papel da enfermagem e outras observações.

Após a coleta de informações selecionadas, foi efetuada a leitura das mesmas, vertical e horizontalmente, buscando consolidar as categorias em conformidade com os objetivos propostos, assim como elaborar os resultados e discussão. As considerações finais foram efetuadas à luz dos informes obtidos e reflexão sobre os mesmos.

Trajетória das Políticas de Saúde contra o HIV/AIDS e Mudanças Ocorridas no Curso da Epidemia

O ano de 1980 é tido como marco inicial da instalação do HIV/aids no Brasil. Nessa época o País passava por mudanças políticas, econômicas e sociais, sendo que a

sociedade e o Movimento Sanitarista consideravam as possibilidades de finalização do regime militar e início da redemocratização no País (MARQUES, 2002).

Na área da saúde, no entanto, afetada por problemas econômicos e políticos, registrou-se o surgimento do primeiro caso de “AIDS” oficialmente detectado no estado de São Paulo (em 1982), trazendo pânico e preconceito social.

Foi nesse contexto que a doença se inseriu no cenário brasileiro; conseqüentemente, ocorreu grande aumento de infecções pelo HIV/aids. A doença, então, foi reconhecida como um problema de saúde pública (1985), iniciando-se assim, respostas oficiais contra a epidemia (MARQUES, 2002).

O primeiro hospital a abrigar um centro de tratamento da aids foi o Hospital Emílio Ribas, localizado em São Paulo-SP, que continua sendo referência no tratamento desta doença na América Latina (MENDONÇA et al., 2010).

É importante ressaltar que a participação social foi um marco expressivo no fortalecimento das ações de controle da epidemia de aids, tanto no estado de São Paulo como, posteriormente, em outros estados (MENDONÇA et al., 2010).

Em 1983, quando, ainda se sabia pouco sobre a doença, foi implantado o Programa de Controle do HIV/Aids no estado de São Paulo. Esse programa visava desenvolver ações de saúde pública (TEIXEIRA, 1997).

Em 1985, a Aids foi reconhecida como um problema de saúde pública. No mesmo ano, foi criado o Programa Nacional, sendo traçadas estratégias, normas e diretrizes a serem seguidas para o enfrentamento da epidemia no País (PARKER *et al.*, 1999).

Com a instalação do referido Programa Nacional de Controle do HIV/Aids, começaram a ser formuladas, e desenvolvidas, ações de combate à epidemia. Os principais alvos, naquele momento, eram os chamados grupos de risco – homossexuais, hemofílicos e politransfundidos e os usuários de drogas injetáveis (MARQUES, 2002).

Em 1987, com o intuito de desenvolver ações de prevenção de novos casos da doença, estabeleceram-se ações de vigilância epidemiológica (em unidades de hemoterapia) inserindo, também, atividades de informação em saúde, destinadas a incentivar o uso de preservativos (MARQUES, 2002).

Entre 1990 e 1992, durante o governo Collor, o Programa Nacional de DST/Aids passou por um período de retrocesso: as respostas políticas de combate à epidemia foram menos efetivas, pois, o Brasil passava por dificuldades políticas, econômicas e sociais. Tal governo tem sido visto como um dos mais abusivos e desastrosos, uma catástrofe nacional, tanto no aspecto político como na gerência da saúde pública (MARQUES, 2002).

Em 1996, a política de distribuição de medicamentos do Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids) foi aprovada pela lei federal nº 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids, foi sancionada pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (GALVÃO, 2002).

Após iniciação do uso da Terapia de Anti-Retroviral (também chamado coquetel), observou-se uma diminuição da incidência, mas não de forma homogênea. A terapia (TARV) foi disponibilizada para os portadores do vírus e pessoas em situação de risco, como: acidentes ocupacionais, gestantes e recém-nascidos de mães contaminadas pelo HIV/Aids (DOURADO *et al.*, 2006).

O uso do TARV diminuiu a mortalidade pelo vírus, ocasionando o aumento da sobrevivência dos doentes. Isso só foi possível devido aos avanços do saber científico sobre a moléstia como, por exemplo, conhecimentos mais aprofundados sobre a mesma, medidas terapêuticas e profiláticas (BRITO *et al.*, 2000).

No que diz respeito ao combate da epidemia de aids no Brasil, não se pode deixar de ressaltar o acordo firmado entre o Programa Nacional da aids (PNAids) e o Banco Mundial, o qual se tornou um marco na história das políticas de contra esta doença no País. O projeto “Aids I” com vigência de 1994 a 1998 contou com a coordenação da Dr^a Lair Guerra e de uma equipe de especialistas em diversas áreas (MARQUES, 2002).

O segundo acordo (firmado entre o Banco Mundial e o Brasil) elaborado em 1998, com execução prevista até meados de 2002 (“Aids II”), estipulava um aporte 300 milhões de dólares (sendo 165 milhões à cargo do Banco Mundial e 135 (milhões de dólares) como contra-partida nacional (GALVÃO, 2002).

Esse capital, entretanto, não era suficiente para cobrir as despesas, pois, houve um aumento expressivo dos gastos, referentes ao fornecimento dos remédios necessários para tratamento dos portadores de aids; isso motivou a ameaça governamental de quebra das patentes, ou seja, o licenciamento compulsório de alguns medicamentos (SANTOS, 2009).

De acordo com Galvão (2002) em fevereiro de 2001, os Estados Unidos entraram com um pedido na Organização Mundial do Comércio (OMC) contra o Brasil questionando o:

inciso 1 do parágrafo 1º, do artigo 68, da lei brasileira de propriedade industrial, que permite o licenciamento compulsório de patentes e o seu detentor [...] exercer os direitos dela decorrentes, de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico... (GALVÃO, 2002, p. 216).

Com o licenciamento compulsório de antirretrovirais, o Brasil conseguiu diminuir os gastos anuais à aquisição dos mesmos. Consequentemente, aumentou a economia anual, possibilitando a distribuição dos fármacos aos portadores da doença (SANTOS, 2009).

As transformações ocorridas no decorrer dos anos produziram mudanças expressivas, no perfil epidemiológico dos portadores da doença e na evolução clínica da patologia, melhorando o prognóstico e aumentando os anos potenciais de vida dos portadores de DST/aids.

Inicialmente caracterizada pela disseminação nos grandes centros urbanos e associada aos chamados “grupos de risco”, a epidemia passou a ser visualizada como um processo de disseminação entre heterossexuais, com grande incidência na população feminina, residente em cidades do interior e de baixo poder aquisitivo (BRITO *et al.*, 2000).

O processo de heterossexualização constitui-se, ainda, como a principal forma de disseminação do vírus HIV/aids no País. A transmissão sexual é vista como principal forma de contaminação, ocasionando um aumento relevante no número de casos em mulheres e a doença não se restringe aos residentes nas capitais dos estados brasileiros; ela acomete, também, a população que vive no interior, notadamente, a desprovida de recursos financeiros (BRITO *et al.*, 2000; PARKER, CAMARGO JR, 2010).

Como forma de assistir a saúde da mulher e desenvolver estratégias preventivas foi criado, nos anos 1980, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), o que, posteriormente, incluiu às portadoras do HIV/aids. No início da década de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente foram instituídas novas diretrizes para a assistência à criança e ao adolescente (HENRIQUES; LIMA, 2009).

O processo de feminização da epidemia da aids no Brasil, provocou o aumento de casos em gestantes contaminadas pelo HIV (BRITO et al., 2000). Outra parcela da população, na qual a incidência de aids tem-se mostrado com frequência é a formada por pessoas que vivenciam a terceira idade (VASCONCELOS et al., 2001).

Percebe-se, portanto, que muitas transformações têm ocorrido no que diz respeito à epidemiologia, da aids, seja no que se refere à prevenção e controle, como no que diz respeito ao tratamento.

Evidências Atuais do Controle da Aids e o Papel da Enfermagem

Segundo Langendorf (2012) dados divulgados pelo Ministério da Saúde mostram que o número de gestantes contaminadas pelo HIV no período 2000 a 2011 (em junho) era de 61.789 casos. A partir do reconhecimento mundial, pelas autoridades sanitárias (década de 1980), da ocorrência e gravidade dos agravos produzidos pelo HIV/Aids, a enfermagem (tanto no Brasil como nos demais países) passou a exercer seu papel profissional e social, tanto na área preventiva como na cuidativa.

Como forma de tentar reduzir a transmissão vertical em 1994, foi introduzido no Brasil, junto às ações de combate e prevenção do HIV/Aids, o uso da Zidovudina (AZT) durante a gestação, parto e seis primeiras semanas de vida do concepto (LANGENDORF, 2012). A enfermagem por ser uma profissão predominantemente exercida por mulheres, portanto, inserida, duplamente no processo gravídico – puerperal (quer como mulher, quer como profissional de saúde), também foi inserida, na execução das ações determinadas por essa política nacional.

Como se sabe, a adesão ao tratamento, por parte das gestantes infectadas com o vírus do HIV, é influenciada por fatores individuais, sociais, religiosos... Assim, a assistência prestada pelos profissionais de saúde precisa atentar para os mesmos, objetivando aumentar a adesão e diminuir as taxas de abandono. E, nesse, campo, a enfermagem, enquanto profissional que estabelece maior convívio com o cliente/ paciente, tem maiores chances de estabelecer a comunicação terapêutica com a clientela (LANGENDORF, 2012).

O uso de antirretroviral durante a gestação permite reduzir a transmissão vertical nos casos em que a gestante e o concepto receberam o AZT, enquanto os que não receberam tal medicação vivenciam grandes sofrimentos (LANGENDORF, 2012).

Atualmente, a epidemia tem atingido as pessoas com 60 anos ou mais; buscando promover a qualidade de vida e proporcionar longevidade à estas pessoas, o Estatuto do Idoso (no Brasil) institucionalizou uma política social de valorização e controle do HIV/aids (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Através da Política Nacional do Idoso (em cumprimento ao Artigo 10 do Capítulo 1 do Estatuto do Idoso), as ações voltadas à prevenção da aids tem como objetivo prestar

assistência, prevenir e recuperar a saúde do idoso. Vários estudos tem mostrado que os casos de HIV/aids vêm aumentando nas pessoas que possuem baixo grau de escolaridade e dificuldades de acesso aos Serviços de Saúde (BRASILEIRO; FREITAS, 2006). Também neste caso à enfermagem tem atuado, tanto no que diz respeito à prática profissional como no que se refere a produção científica (VASCONCELOS et al., 2001; RIBEIRO, JESUS, 2006).

Apesar de conquistas no *enfrentamento* da doença, o HIV/Aids ainda continua sendo uma questão crítica de saúde, embora a prevenção, a detecção precoce e tratamento adequado estejam contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença (SILVA et al., 2009). Uma destas conquistas foi a alocação de um dia para enfatizar o combate à aids.

O Dia Mundial de Luta contra a aids é, oficialmente, comemorado em 1º de dezembro. Em 2012, a campanha começou em 20 de novembro e encerrou em 1º de dezembro. A campanha tem como objetivo incentivar o diagnóstico precoce do HIV/aids, através de testes rápidos oferecidos (em todo país) pelo SUS.

A instituição deste Dia oportuniza a realização de avaliações acerca dos progressos obtidos (diminuição do número de casos novos, aumento da sobrevivência, descoberta acerca dos mecanismos de transmissão e consequente aumento das formas de controle, avanços na busca da vacina anti-aids)...

Possibilita, também, a reflexão acerca das dificuldades ainda existentes e dos esforços, individuais e coletivas que devem e podem ser empreendidos pelos profissionais, entidades de classe e organizações de saúde e ensino, objetivando controlar a aids e diminuir o sofrimento humano.

CONCLUSÃO

Sabendo que a aids, é uma doença que (ainda) não tem cura, a melhor forma de combatê-la é evitar contrair a infecção, fazendo uso de preservativo durante as relações sexuais.

No SUS são distribuídos preservativos (masculino e feminino) como método contraceptivo para o HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dessa forma, a falta de esclarecimento quanto ao uso do preservativo faz com que o ato sexual seja uma prática insegura e pode ocasionar o aumento do número de casos de aids (HENRIQUES; LIMA, 2009).

Com o presente estudo espera-se possibilitar maior compreensão sobre a temática HIV/aids no Brasil e as políticas de saúde direcionadas para a prevenção e controle da mesma.

A atuação da enfermagem, tanto no cuidar, como (e principalmente) na área preventiva, busca evitar novos casos de infecção pelo HIV/AIDS, através de ações educativas e deve propiciar à população diversos esclarecimentos sobre a doença e a necessidade de preveni-la.

É necessário dar continuidade às políticas públicas de saúde já existentes para combater o HIV/aids, assim como desenvolver novas estratégias para proporcionar assistência adequada e eficaz aos portadores da doença

A falta de prevenção pode ocasionar enormes sofrimentos ao indivíduo e seus familiares. A Epidemiologia tem mostrado que existem diversos tipos de riscos, relacionados à prática sexual, transfusão sanguínea, contaminações diversas... e que mulheres, idosos, pauperização, baixa escolaridade e outros determinantes sociais podem favorecer o aparecimento de novos casos.

Procurar evitá-los, portanto, é o caminho a ser seguido por todos, independente de qualquer tipo de classificação, no qual estivermos inseridos. Mas, enquanto profissionais de saúde, temos responsabilidade maior, pois, nosso modo de agir pode constituir-se em exemplo a ser seguido.

Neste sentido, a geração de novos saberes e sua busca constante, é um processo que não pode deixar de ser estimulado e/ou reproduzido.

HEALTH POLICIES AND PREVENTION TO HIV / AIDS IN BRAZIL: 1982 - 2012

Abstract: the objective was to analyze health policies and prevention of HIV / AIDS in Brazil between 1998-2012. Observed the construction of policy responses to AIDS, through integrative review. The results revealed that the official responses to AIDS were articulated by activists and movements of social control in health.

Keywords: *HIV / AIDS. Health policy and AIDS. Nursing and AIDS.*

Referências

BRASILEIRO, M; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre aids em pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de novembro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500022>.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop, v. 34, n. 2, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 30 de novembro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

DOURADO, I; VERAS, M. A. de S.M; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Novembro de. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000800003>.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, fev. p. 213-19, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200200100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Novembro de. 2012.

HENRIQUES, M. E. R. M.; LIMA, E. A. R. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. R. Eletr. Enf., v. 11, n. 4, p. 952-63, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a21.htm> Acesso em: 30 de Novembro de. 2012.

LANGENDORF, T. F. Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV: Compreensão do vivido do ser-casal e possibilidades de cuidado. 2012. Dissertação – Universidade Federal de Santa Maria,

Santa Maria/RS, 2012 88p. Disponível em: http://www.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Tassiane%20Langendorf.pdf Acesso em: 30.11.12.

MARQUES, M. C. da Co.. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de novembro de 2012.

MENDONÇA, P. M. E. de; ALVES, M. A.; CAMPOS, L. C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil. RAE electron., São Paulo, v. 9, n. 1, Jun 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482010000100007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 de novembro 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico – AIDS e DST – julho de 2010 à junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ A proposta brasileira ao HIV/aids: experiências exemplares. Brasília, DF, 1999

_____ Doenças infecciosas e parasitárias. 8ª ed. Brasília, DF, MS 2010.

PARKER, R. GALVÃO; J. B. M. *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo: ABIA / Ed 34, 1999. p. 177-227. 7.

PARKER, R.; CAMARGO JR; KENNETH R. de. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de novembro de 2012.

RIBEIRO, L.C.C.; JESUS, M. V. N. Avaliando a incidência de caos notificados de AIDS em idosos no estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. Cogitare Enferm. V.11, n. 2, p. 113-6, 2006.

SANTOS, G. G. da C. Aids, Política e Sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à Aids na África do Sul e no Brasil. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de novembro de 2012.

SILVA M.R, BETTENCOURT A. R. C, DICCINI S, BELASCO A, BARBOSA D.A. Diagnósticos de enfermagem em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev Bras Enferm. V. 62. N. 1, p, 92-9, 2009 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100014> Acesso em: 30 de novembro de 2012.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8 (1 p+) p.102-6, 2010.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. 1997. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, p. 43-68.

VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F. A.P.; MOURA, L. L. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.54, n. 3, p.435-45, 2001

* Recebido em: 05.12.2012.

Aprovado em: 15.12.2012.

NATHALIA BATISTA BARROS

Graduanda em Enfermagem (ENF) na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

E-mail: nataliabarros05@hotmail.com

CELMA MARTINS GUIMARÃES

Pós-Doutora em Saúde Pública pela EERP – USP. Professora titular do ENF/PUC – GO, email:

celmaguimaraes@gmail.com

OHARY DE SOUSA BORGES

Graduado em Enfermagem pela PUC-GO, email: ohary@bol.com.br

