

TRATAMENTO E ACESSO A MEDICAMENTOS PARA HIV: ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ACESSO A MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE HIV

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.104132424102>

Data de aceite: 24/10/2024

Bruna Albuquerque Maranhão de Oliveira

Centro Universitário UniLS, Brasília, DF
<https://lattes.cnpq.br/1131311620105799>

Jéssica Lorrane Monteiro Oliveira

Centro Universitário UniLS, Brasília, DF
<http://lattes.cnpq.br/1698183370870117>

Anna Maly Leão e Neves Eduardo

Centro Universitário UniLS, Brasília, DF
<http://lattes.cnpq.br/3714651935396200>

Axell Donelli Leopoldino Lima

Centro Universitário UniLS, Brasília, DF
<http://lattes.cnpq.br/8223765221726379>

RESUMO: O acesso adequado aos medicamentos é primordial no combate contra o HIV, impactando de modo direto a qualidade de vida dos pacientes e a atividade dos profissionais de saúde. Este trabalho de conclusão de curso argumenta a legislação que controla o tratamento e a acessibilidade de medicamentos para HIV, observando como essas diretrizes atingem o sistema de saúde e a sociedade. O estudo analisa marcos regulatórios como a Lei no 9.313/96, que assegura o acesso gratuito a medicamentos para pacientes

com HIV no Brasil. A legislação não afeta apenas a qualidade de vida dos pacientes, mas também influencia o trabalho dos profissionais de saúde, que enfrentam desafios como a burocracia e a escassez de medicamentos em determinadas regiões, apesar de algumas falhas no SUS a legislação atual tem um efeito positivo ao garantir o tratamento gratuito no Brasil. Contudo, persistem barreiras jurídicas e econômicas, particularmente em países em desenvolvimento, que limitam o acesso integral ao tratamento. Chegou-se à conclusão de que essas políticas devem ser constantemente revisadas, incluindo o incremento de esforços na produção de medicamentos genéricos e a flexibilização das leis de patentes em situações de emergência sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Legislação. Acessibilidade. Tratamento. Medicamento.

TREATMENT AND ACCESS TO MEDICINES FOR HIV: ANALYSIS OF LEGISLATION AND PUBLIC POLICIES ON ACCESS TO MEDICINES FOR HIV TREATMENT

ABSTRACT: Adequate access to medicines is essential in the fight against HIV, directly impacting the quality of life of patients and the work of health professionals. This term paper discusses the legislation that controls the treatment and accessibility of HIV medicines, looking at how these guidelines affect the health system and society. The study analyzes regulatory frameworks such as Law No. 9.313/96, which ensures free access to medicines for HIV patients in Brazil. The legislation not only affects the quality of life of patients, but also influences the work of health professionals, who face challenges such as bureaucracy and the scarcity of medicines in certain regions. Despite some flaws in the SUS, the current legislation has a positive effect in guaranteeing free treatment in Brazil. However, legal and economic barriers persist, particularly in developing countries, which limit full access to treatment. It was concluded that these policies should be constantly reviewed, including increasing efforts to produce generic drugs and making patent laws more flexible in health emergencies.

KEYWORDS: HIV. Legislation. Accessibility. Treatment. Medicines.

INTRODUÇÃO

A identificação do vírus da imunodeficiência adquirida, frequentemente chamado de HIV, em 1981 marcou uma ocasião decisiva na história da humanidade (UNAIDS, 2021). Em resposta a essa descoberta, o governo brasileiro adotou políticas públicas de prevenção ao HIV que ganharam uma aprovação global (Ministério da Saúde, 2004). Dentre essas iniciativas, destaca-se a oferta gratuita de medicamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/AIDS (Almeida et al., 2018).

A Constituição Federal de 1988 estabelece os fundamentos para a garantia do direito à saúde no Brasil (BRASIL, 1988). A Lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegura que os serviços de saúde sejam universais e gratuitos (BRASIL, 1990). O SUS tem desempenhado um papel essencial na implementação de políticas de tratamento do HIV no país (BRASIL, 1990). Além disso, a Lei 9.656/1998, que regula os planos de saúde, determina que esses planos devem cobrir o tratamento de HIV/AIDS, proporcionando assim uma camada adicional de proteção para aqueles com acesso a seguros de saúde privados e promovendo uma abordagem integrada no manejo da doença (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites Virais constitui um documento essencial para a definição das estratégias de tratamento e prevenção dessas condições (BRASIL, 2023). Este documento estabelece diretrizes abrangentes e orientações específicas para a abordagem das ISTs e das hepatites virais, com especial atenção ao HIV/Aids (BRASIL, 2023). A política é periodicamente revisada e atualizada para integrar os mais recentes avanços científicos e terapêuticos, assegurando que as práticas adotadas sejam alinhadas com os desenvolvimentos mais recentes na prevenção e tratamento do HIV (BRASIL, 2023).

O tratamento do HIV/AIDS no Brasil é considerado um dos mais progressistas a nível global, notável pela oferta gratuita de medicamentos antirretrovirais e pelo empenho constante em aprimorar as práticas de saúde pública. O respaldo legal para o acesso ao tratamento está ancorado na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como um direito fundamental e atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar e promover o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Dessa forma, este trabalho enfatiza os seus objetivos as garantias oferecidas pelas leis e políticas do HIV, apesar de existir os desafios persistentes, como problemas logísticos, estigmatização e desigualdades regionais, que podem afetar a eficácia do sistema. Sendo assim, a legislação brasileira demonstra um compromisso contínuo para superar essas dificuldades e aprimorar tanto o acesso ao tratamento quanto a qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica sistematizada de artigos publicados em plataformas de dados como: Scielo, PubMed, Governo Federal, Leis, Google acadêmico e todos revisados nos períodos de fevereiro de 2024 a setembro de 2024. Também foi utilizado as legislações, políticas públicas e constituição federal na plataforma de dados: planalto.

Neste estudo foram utilizados os seguintes descritores de busca: HIV, legislação, acessibilidade, medicamentos em linguagem nacional e internacional, restringindo-se a busca nos últimos 42 anos (1981-2023). Os critérios de inclusão consistiram em abordar questões pertinentes ao tema proposto, considerando artigos indexados publicados entre 1981 a 2023.

DESENVOLVIMENTO

O primeiro registro de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), que mais tarde passou a ser conhecido como HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), ocorreu em 1981 nos Estados Unidos. O surgimento da AIDS foi fortemente influenciado por fatores sociais e epidemiológicos. Inicialmente, os casos foram diagnosticados principalmente entre homens, e através da anamnese os fatores sociais foram indicados que os homens infectados tinham a orientação homossexual, que começaram a apresentar sinais de imunodeficiência severa, como pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sarcoma de Kaposi. Essas patologias eram consideradas raras em indivíduos jovens e saudáveis, o que chamou a atenção das autoridades de saúde. O novo patógeno, transmitido sexualmente, se espalhou rapidamente devido às densas redes sexuais presentes nas comunidades homossexuais em grandes cidades. (SHILTS, R. 1987; CDC, 1981)

Além do que, o alastramento do vírus foi causado por práticas como sexo sem proteção e troca constante de parceiros sexuais, o uso de drogas intravenosas e o compartilhamento de seringas foram outras maneiras pelas quais o HIV pode se propagar, especificamente nos primeiros anos da epidemia, contudo as observações iniciais se centralizaram na transmissão sexual da comunidade homossexual. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 1981).

No início da epidemia, a AIDS era acentuadamente ligada à comunidade homossexual, e a doença chegou a ser chamada de “câncer ou peste gay”. Essa infâmia foi agravada pela assimilação da doença e homofobia predominante na sociedade, o que levou a cogitar que a doença só afeta os homossexuais, isso diminuiu a compreensão de que o HIV pode afetar qualquer pessoa, independentemente de orientação sexual. Com o passar do tempo, ficou claro que o HIV não se delimitava à comunidade homossexual. O vírus também se espalhou em outros grupos, como indivíduos que usam drogas injetáveis, heterossexuais, hemofílicos e crianças nascidas de mães soropositivas. O fato de o HIV ser disseminado por sangue, sêmen, fluidos vaginais e leite materno indicou a verdadeira natureza da epidemia como um problema de saúde pública global (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 2020; MEYER, I. H. 2003; GREEN, J., & HATZIS, A. 2018).

O HIV foi detectado no Brasil em 1983, com os primeiros casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) sendo diagnosticados em 1984 e quando o vírus chegou ficou evidente que os aspectos sociais foram fatores de suma importância devido a desigualdade social. Com o acesso limitado a serviços de saúde, as populações marginalizadas, incluindo aqueles de baixa renda, frequentemente enfrentam barreiras significativas ao acesso a serviços de saúde. Isso incluía falta de recursos financeiros, distância dos centros de saúde e estigmatização, o que resultava em diagnóstico tardio e tratamento inadequado (PINTO ET AL., 2007).

Já o estigma associado ao HIV/AIDS afetou principalmente grupos sociais marginalizados, exacerbando a desigualdade. O preconceito direcionado a pessoas vivendo com HIV/AIDS, particularmente em contextos de baixa renda e populações vulneráveis, dificultou a busca por tratamento e apoio, além de contribuir para a perpetuação da doença (FUKUDA ET AL., 2000). A epidemia também teve impactos econômicos significativos sobre indivíduos e famílias, exacerbando a pobreza e a vulnerabilidade social. O custo do tratamento e a perda de produtividade devido à doença afetaram a qualidade de vida e a estabilidade econômica das pessoas afetadas (COUTINHO ET AL., 2012).

Progressão da infecção do HIV

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um agente infeccioso que, na ausência de tratamento adequado, pode resultar em uma deterioração gradual do sistema imunológico e no surgimento de diversos sintomas e condições associadas. A progressão da infecção pelo HIV é comumente categorizada em três fases principais: a infecção aguda, a infecção crônica sem sintomas evidentes e a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (BRASIL, 2018).

A infecção aguda por HIV, que ocorre tipicamente entre duas a quatro semanas após a exposição ao vírus, é frequentemente referida como síndrome retroviral aguda ou síndrome semelhante à mononucleose (PÉREZ-MOLINA & ALCAMÍ, 2018; COHEN ET AL., 2011).

Após a fase aguda, a infecção por HIV pode entrar em um estágio crônico onde os sintomas podem não ser evidentes por anos. Mesmo sem sinais clínicos claros, o vírus continua a se replicar e a danificar células do sistema imunológico, especialmente as células T CD4+ (UNAIDS, 2020; GOLETTI ET AL., 2017).

Sem tratamento, essa fase pode eventualmente progredir para a AIDS (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS [UNAIDS], 2022). A AIDS representa o estágio avançado da infecção por HIV, caracterizada por um grave comprometimento do sistema imunológico e o surgimento de doenças específicas. Dentro das doenças específicas devido à imunossupressão severa, os pacientes ficam vulneráveis a infecções que não afetam indivíduos com imunidade normal. Exemplos são a pneumocistose (causada por *Pneumocystis jirovecii*), a candidíase esofágica (causada por *Candida* spp.), e a tuberculose (causada por *Mycobacterium tuberculosis*) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 2021). Pacientes com AIDS têm um risco elevado de desenvolver certos tipos de câncer, como sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e câncer cervical invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2023).

Tratamento da infecção pelo HIV

O tratamento da infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) progrediu de maneira substancial nas últimas décadas, com ênfase na redução da carga viral e na manutenção da função imunológica (COHEN ET AL., 2011). A estratégia recomendada para gerenciar o HIV é a Terapia Antirretroviral (TAR), que combina diversos medicamentos para controlar a multiplicação do vírus e otimizar a qualidade de vida dos pacientes (WHO, 2016).

Alguns exemplos:

1. Inibidores da Transcriptase Reversa de Nucleosídeos (NRTIs): Estes medicamentos bloqueiam a transcriptase reversa, uma enzima importante para a replicação do HIV. Exemplos incluem zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC) (DE CLERCQ, 2009).

Alguns exemplos: Zidovudina, Lamivudina e Tenofovir.

2. Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos (NNRTIs): Estes medicamentos também inibem a transcriptase reversa, mas de forma diferente dos NRTIs. Exemplos são efavirenz (EFV) e etravirina (ETR) (MILLS ET AL., 2006). Alguns exemplos: Efavirenz e Nevirapina.
3. Inibidores da Protease (IPs): Estes medicamentos bloqueiam a protease viral, uma enzima necessária para a maturação do vírus. Exemplos incluem ritonavir (RTV) e lopinavir (LPV) (BANGSBERG ET AL., 2004).

Alguns exemplos: Darunavir e Atazanavir,

4. Inibidores da Integrase (INSTIs): Estes medicamentos interferem na integração do material genético do HIV ao DNA da célula hospedeira. Exemplos incluem raltegravir (RAL) e dolutegravir (DTG) (ERON ET AL., 2010).

Alguns exemplos: Raltegravir e Dolutegravir.

5. Inibidores da Entrada (EI): Estes medicamentos bloqueiam a entrada do HIV nas células T CD4+. Um exemplo é o maraviroque (MVC) (KREMER ET AL., 2008).

O êxito da Terapia Antirretroviral (TAR) é acompanhado por meio de exames periódicos que medem a carga viral e a contagem de células T CD4+ (PANEL ON ANTIRETROVIRAL GUIDELINES FOR ADULTS AND ADOLESCENTS, 2021). A eficácia do tratamento é continuamente monitorada para assegurar que a carga viral permaneça indetectável e que o sistema imunológico do paciente esteja funcionando de maneira adequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; COHEN et al., 2011).

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado como uma maneira de coletivizar o acesso à saúde no Brasil, reafirmando que todos os cidadãos, abstraindo de renda, desfrutarem do direito aos serviços de saúde de forma gratuita e universal (BRASIL, 1988).

O SUS é amparado nos princípios de universalidade, no qual garante o acesso de todo e qualquer indivíduo, integralidade, que proporciona um atendimento integral, e equidade, priorizando os mais desfavorecidos. Com esses pilares, o SUS se tornou um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, oportunizando a participação da comunidade na gestão da saúde pública (BRASIL, 2018; SANTOS et al., 2019; GARCIA et al., 2018).

No contexto da importância do Sistema Único de Saúde para o tratamento e acessibilidade das pessoas que convivem com HIV, especificamente no Brasil, o SUS impactou de várias maneiras, a partir da Lei nº 9.313/1996, o SUS começou a fornecer gratuitamente medicamentos antirretrovirais para todas as pessoas com HIV/AIDS. O acesso aos medicamentos contribuiu para a amenizar completamente a mortalidade associada ao HIV/AIDS. As pessoas que vivem com o vírus passaram a ter uma qualidade de vida superior, transformando o HIV de uma condição letal para uma doença crônica, gerenciável com o tratamento apropriado (BRASIL, 1996).

Além disso, o acesso ao tratamento antirretroviral aumenta significativamente as chances de transmissão entre pessoas, o que tem um impacto significativo na redução da transmissão do HIV (COHEN et al., 2011). O SUS também desempenhou um papel importante na implementação de políticas de prevenção, apoiando campanhas educacionais, fornecendo preservativos e testes rápidos gratuitos, bem como colaborando no combate e propagação do vírus (BRASIL, 2004; BRASIL, 2020).

Em resumo, o SUS permitiu que o público fosse alcançado pelos grupos mais suscetíveis, que eram constantemente excluídos e desfavorecidos financeiramente. Isso ajudou a reduzir as disparidades sociais e melhorar a saúde coletiva em geral (GIOVANELLI et al., 2018).

O tratamento antirretroviral (TARV) que é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, é uma parte significativa do tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS. A SUS fornece gratuitamente medicamentos antirretrovirais (ARVs) desde 1996, o que coopera a inibir a replicação do vírus no corpo (BRASIL, 1996). O tratamento geralmente consiste em uma mistura de medicamentos conhecida como coquetel, que é adaptada às necessidades de cada pessoa. O objetivo principal é reduzir a carga viral no organismo a níveis que não podem ser detectados, o que evita que o vírus se desenvolva para a AIDS e reduz o risco de transmissão sexual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016; COHEN et al., 2011).

Além disso, o SUS implementa a política de “tratamento para todos”, que permite que qualquer indivíduo diagnosticado com HIV comece o tratamento, independentemente de seu estado de saúde ou da contagem de células CD4*. (BRASIL, 2006).

Os antirretrovirais são o principal tratamento para a infecção por HIV. Atuam impedindo que o vírus se duplique no organismo, mantendo a porção viral em um nível que não pode ser identificado e mantendo o sistema imunológico ativo (WHO, 2020). Os antirretrovirais afetam várias fases do ciclo de vida do HIV, e o tratamento eficaz preconiza a prevenção da resistência viral por meio da combinação de três ou mais medicamentos de diferentes classes; essa abordagem é a Terapia Antirretroviral de Alta Atividade, ou TARV. Quando a porção viral é indetectável, o risco de transmissão sexual do HIV é significativamente reduzido, desempenhando um papel importante na prevenção da propagação do vírus, impedindo que a resistência cresça e garantindo sucesso a longo prazo (AIDSINFO, 2021).

Os impactos dos ARVs variam de leves a graves e resultam em problemas gastrointestinais, hepáticos, alterações no perfil lipídico e efeitos neurológicos. No entanto, com o avanço dos medicamentos, esses efeitos têm diminuído gradualmente. Ao longo dos anos, os antirretrovirais têm demonstrado serem seguros e eficazes; os pacientes agora podem receber tratamento com doses diárias únicas e menos efeitos colaterais (WHO, 2020). O HIV não deteriora o sistema imunológico, evitando a progressão de infecções oportunistas e doenças pertinentes à AIDS. Consequentemente, os antirretrovirais são pilares do tratamento da infecção por HIV, pois ajudam as pessoas infectadas com o vírus a viver uma vida mais longa e saudável, além de favorecer na redução da irradiação do vírus na população (AIDSINFO, 2021).

A profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP)

Com o passar dos anos, o HIV foi estudado cada vez mais, o que levou à criação de novas terapias e abordagens, como o PrEP e o PEP. A profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP) são tratamentos transformadores para prevenir a infecção pelo HIV, eles complementam o uso de preservativos e outros parâmetros de prevenção. Ambos os métodos foram grandes avanços na prevenção do HIV e ajudaram a diminuir o número de novas infecções, principalmente em grupos LGBTQIAPN+ e outras populações vulneráveis (BRASIL, 2018).

PrEP foi originado a partir de estudos que mostraram que o uso de medicamentos antirretrovirais, que usualmente são usados no tratamento do HIV, poderia ser eficaz na prevenção de infecções em indivíduos que estão altamente propensos a contrai-las. O SUS disponibiliza a PrEP no Brasil em 2017. O PrEP é proposto para pessoas que não têm HIV, mas que estão demasiadamente suscetíveis ao vírus, é receitado principalmente para aqueles que possuem conjugue soropositivo, homossexuais que praticam relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros, usuários de drogas injetáveis entre outros. A PrEP é um procedimento preventivo a longo prazo, sendo necessário o uso regular para sua eficácia. (BRASIL, 2018).

PEP surgiu antes da PrEP e foi preliminarmente usado para prevenir infecções, em profissionais de saúde que foram infectados pelo HIV devido a incidentes, como perfurações com agulhas. A noção de usar antirretrovirais após a exposição ao vírus foi sobreposta mais extensamente em situações como relacionamentos sexuais desprotegidas e abuso sexual. Para ser eficaz, a PEP deve ser usada por 28 dias e iniciada nas primeiras 72 horas após a exposição, utilizado em situações de emergência, quando a exposição ao HIV é emergente ou recente. A PEP é um método de necessidade e não deve ser utilizado como um substituto para métodos contínuos de prevenção, como PrEP ou uso de preservativos (BRASIL, 2018).

Recentemente, o papel dos farmacêuticos tem se destacado, especialmente na prescrição de PrEP e PEP. Este processo de prescrição normalmente envolve uma avaliação clínica detalhada, a realização de exames laboratoriais, como testes para HIV e avaliação da função renal, além de um acompanhamento contínuo do paciente. (BRASIL, 2018).

A Lei Federal nº 13.021/2014 fortaleceu a função clínica do farmacêutico ao definir, em seu artigo 2º, que a Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de ações e serviços voltados para garantir a terapia integral e promover a saúde, tanto em instituições públicas quanto privadas que realizam atividades farmacêuticas, com ênfase na utilização racional dos medicamentos. Esta legislação é complementada pela Resolução/CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, que consolida a atuação profissional do farmacêutico. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013).

Além disso, a Resolução/CFF nº 585/2013 autoriza o farmacêutico a solicitar exames, realizar testes laboratoriais e desempenhar funções relacionadas à vacinação. A prescrição farmacêutica, enquanto atribuição clínica desse profissional, “deverá ser realizada com base nas necessidades de saúde do paciente, nas melhores evidências científicas, em princípios éticos e em conformidade com as políticas de saúde vigentes”, o que atende aos pressupostos da PrEP, que objetivam, primordialmente, proteger a saúde e reduzir o risco de adquirir infecções, de acordo com as necessidades individuais e com as metas de políticas de saúde nacionais (BRASIL, 2013).

Legislação do acesso de medicamentos para HIV global

A aplicação das normas legais no acesso ao tratamento do HIV é um aspecto primordial no combate à epidemia global de AIDS e na garantia de direitos para pessoas vivendo com o vírus. Desde o início da pandemia de HIV/AIDS, a comunidade internacional tem se empenhado em desenvolver e implementar legislações que não apenas facilitam o acesso a tratamentos antirretrovirais, mas também abordam questões de justiça social e equidade. (BRASIL, 2023; BRASIL, 2008)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha um papel fundamental na luta contra o HIV/AIDS globalmente, através de várias funções e iniciativas estratégicas. A OMS elabora e publica diretrizes globais sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS. Essas diretrizes são baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e são usadas por países ao redor do mundo para formular suas políticas e protocolos de saúde. Logo, atua como um líder global e facilitador na luta contra o HIV/AIDS, trabalhando para garantir que o conhecimento e os recursos necessários estejam disponíveis e sejam utilizados de forma eficaz para enfrentar a epidemia em escala global. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Legislação do HIV no Brasil

A legislação relativa ao HIV no Brasil desempenha um papel primordial na política de saúde pública e na proteção dos direitos humanos. Desde a década de 1980, com a eclosão da epidemia de HIV/AIDS, o Brasil tem definido um extenso agrupamento de normas legais para lidar com a doença e assegurar os direitos das pessoas acometidas pelo HIV. (BRASIL, 1996; BRASIL, 2004; PESSOA et al., 2018).

Na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) e define as diretrizes para a saúde pública no Brasil. Essa lei é fundamental porque a Política Nacional de Saúde é a essência para a prestação de serviço de todas as condições de saúde, incluindo HIV/AIDS. A lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Na Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, estabelece a Política Nacional de AIDS e é um marco legal que define a forma como o governo deve tratar a epidemia. A lei dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. No primeiro artigo é informado que os portadores do vírus receberão sem custo algum, através do Sistema Único de Saúde, todos os medicamentos necessários para o tratamento. O Ministério da Saúde, em nome do Poder Executivo, estabelecerá normas para a padronização dos medicamentos a serem aplicados e aproveitados em cada fase da infecção e da doença, com o objetivo de orientar os gestores do Sistema Único de Saúde na sua aquisição. (BRASIL, 1996)

Na Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, altera a Lei nº 9.313/1996 e introduz novos mecanismos para o combate à AIDS, reforçando a distribuição de medicamentos e o acesso ao tratamento. Essa lei atualiza e amplia os direitos das pessoas vivendo com HIV. (BRASIL, 2014)

Além das leis, várias portarias e diretrizes complementam a legislação. Por exemplo, a Portaria nº 1.971/2006 define as normas para a distribuição de medicamentos e a Portaria nº 3.681/2010 estabelece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas que Vivem com HIV/Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as ações estratégicas são essenciais para que o tratamento siga sendo eficaz e atingindo o maior número de pessoas, permitindo diagnósticos de maneira prévia, principalmente em áreas vulneráveis. É considerável fortalecer a formação e capacitação de profissionais de saúde para oferecer um atendimento mais humanizado e eficiente, sempre atualizando os protocolos de tratamento e os acessos aos medicamentos conforme as diretrizes gerais e farmacêuticas. Essas execuções, juntas, podem aperfeiçoar precipuamente o acesso e a qualidade do tratamento de HIV no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Acesso em: 01/09/2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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: Seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16/09/2024.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 jun. 1998. Acesso em: 01/09/2024.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Política Nacional de AIDS e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 16/09/2024.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). (2013). Resolução nº 585, de 29 de março de 2013. Define e regulamenta a atuação do farmacêutico em serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 1.971, de 18 de outubro de 2006. Define normas para a execução do Programa de Acesso ao Tratamento de AIDS e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). (2013). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Dispõe sobre a atividade do farmacêutico na orientação sobre a utilização de medicamentos e produtos de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: Sistema Único de Saúde. História e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 28 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de HIV/AIDS: 20 anos de luta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_hiv_aids.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, para estabelecer medidas de prevenção e controle da infecção pelo HIV e para garantir a distribuição gratuita de medicamentos para tratamento de infecções. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 3 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/12984.htm. Acesso em: 16/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanha de prevenção ao HIV e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hiv-e-aids>. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. (2004). “Política Nacional de HIV/AIDS: 20 anos de luta”

BRASIL. Política Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Acesso em: 01/09/2024.

SANTOS, A. D. et al. O SUS e suas diretrizes: um sistema de saúde em transformação. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 25-36, 2019.

ALMEIDA, A. et al. A trajetória do acesso universal ao tratamento do HIV/AIDS no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 2018.

GIOVANELLI, J. R. et al. A contribuição do SUS para a saúde pública no Brasil: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 451-461, 2018.

PESSOA, L. M. A. et al. Direitos humanos e políticas públicas para o HIV/AIDS no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e0000002, 2018.

GARCIA, J. L. et al. A participação social na gestão do SUS: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00100818, 2018.

PINTO, M. B.; SPINDOLA, T. *AIDS e desigualdade social: A trajetória da epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FUKUDA, M. M.; PAIVA, V. *O estigma da AIDS no Brasil: Aspectos sociais e culturais*. Rio de Janeiro: Editora ABIA, 2000.

COUTINHO, C.; FERREIRA, M. Impactos econômicos e sociais da epidemia de HIV/AIDS. *Estudos Avançados*, v. 26, n. 74, p. 123-136, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (1981). Morbidity and Mortality Weekly Report: Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm Acesso em: 28/08/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *HIV/AIDS*. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/health-topics/hiv-aids>. Acesso em: 29 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549706>. Acesso em: 29 set. 2024.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). (2022). Global AIDS Update 2022. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/global-aids-update-2020-seizing-moment-tackling-entrenched-inequalities-end-epidemics?gad_source=1&gclid=Cj0KCCQjw9K3BhDjARIsAGUb4nx0hX7H-4grFPUC_mYtQXgkhtUswUqW3b3k2LFWw1Ct2v_-5TN7lghQaArHfEALw_wcB. Acesso em: 28 ago. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (2021). HIV about. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (2020). “HIV Among Gay and Bisexual Men.” Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/data-research/facts-stats/gay-bisexual-men.html>

AIDSINFO. *HIV/AIDS Treatment: Antiretroviral Therapy (ART)*. 2021. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/>. Acesso em: 03 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach*. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597574>. Acesso em: 29 set. 2024.

PANEL ON ANTIRETROVIRAL GUIDELINES FOR ADULTS AND ADOLESCENTS. Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV. Rockville: Department of Health and Human Services, 2021. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv>. Acesso em: 1 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789241549706>. Acesso em: 1 out. 2024.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in gay men. *American Psychologist*, v. 58, n. 5, p. 162-173, 2003.

COHEN, M. S. et al. HIV treatment as prevention: the key to an AIDS-free generation. *Science*, v. 335, n. 6072, p. 1233-1234, 2011.

DE CLERCQ, E. Antiviral drugs: Current state of the art. *Journal of Clinical Virology*, v. 46, n. 1, p. 5-17, 2009.

MILLS, A. M.; R. M. Efavirenz in HIV treatment: A review of clinical efficacy and safety. *AIDS Patient Care and STDs*, v. 20, n. 12, p. 890-901, 2006.

BANGSBERG, D. R. et al. Adherence to protease inhibitors and HIV-1 RNA suppression. *Journal of Infectious Diseases*, v. 189, n. 4, p. 727-734, 2004.

ERON, J. J.; CLOTET, B.; DURANT, J. Integrase inhibitors in HIV treatment. *New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 19, p. 1780-1791, 2010.

KREMER, M.; F. M. Maraviroc: A novel entry inhibitor for HIV. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, v. 6, n. 3, p. 417-426, 2008.

Green, J., & Hatzis, A. (2018). "The History of HIV/AIDS: From the 1980s to the Present." *Public Health Reports*, 133(3), 234-241.