

2. A construção social da Aids

A Aids é um fenômeno complexo que requer uma análise profunda de sua gênese e desenvolvimento.

Consideramos relevante começar a nossa investigação, apresentando que, ao longo da história, determinadas doenças possuíam altos níveis de estigma social. Isto nos traz à reflexão de que a Aids não é a primeira e nem a última doença a ser segregada.

Em seguida, mostraremos informações sobre os aspectos conceituais da Aids, a sua definição, uma rápida abordagem histórica de sua gênese no mundo contemporâneo, seus sintomas, suas formas de transmissão e as particularidades de suas manifestações nos países e regiões atingidas por ela.

2.1. Longa Duração: a doença como estigma social

É importante ressaltar que a Aids na atualidade é a doença que mais gera segregação e discriminação. Mas, ao realizarmos um levantamento histórico, notamos que diversas doenças já foram estigmatizadas.

Com isso, podemos afirmar que a doença como estigma social, possui uma longa duração.

Para Braudel (1992)¹⁰ a história de longa duração é uma maneira de observar o passado, suprimindo uma enorme parte da história vivida, o que equivale eliminar o que é breve, o que é individual, o que é episódio. A história para ele é estrutural, sob o signo da duração, da repetição, da insistência.

¹⁰ BRAUDEL, F. Reflexões sobre a história. São Paulo: Martins Fontes, 1992b.

O autor menciona que a estrutura não é imobilidade rigorosa, pode haver a ruptura, mas que nunca diz respeito a toda arquitetura estrutural de uma sociedade. Com isso, a história global se apresenta sob o ângulo de uma dialética permanente entre estrutura e não-estrutura, quer dizer, entre permanência e mudança.

Braudel (1992)¹¹ argumenta que se a história está destinada, por natureza, a dedicar uma atenção privilegiada à duração, a todos os movimentos em que ela pode decompôr-se, a longa duração nos parece, nesse leque, a linha mais útil para uma observação e uma reflexão comuns às ciências sociais.

Inicialmente vamos articular a loucura como estigma social.

Segundo Foucault (1993)¹², a loucura foi constituída como doença, no exato momento em que o "sujeito" que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença. Este jogo de relação de poder que dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos deste poder, caracteriza a psiquiatria "clássica".

A anti-psiquiatria, a partir do final do século XIX, se opõe a psiquiatria "clássica" invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX.

É importante ressaltar que, para diversos autores¹³ doenças intimamente ligadas à morte carregam o estigma social.

De acordo com Elias (2001)¹⁴, não podemos ignorar que, não é a própria morte que desperta temor e terror, mas a imagem antecipada da morte. O autor

¹¹ BRAUDEL, F. "História e ciências sociais – a longa duração", Escritos sobre a história. São Paulo: Perspectiva, 1992a.

¹² FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

¹³ Aggleton e Parker (2001); Paulilo (1999); Seffner (1995) e Sontag (1989).

destaca que o terror e o temor são despertados somente pela imagem da morte na consciência dos vivos.

O estigma social tende em diversos períodos da história, segregar e afastar determinados indivíduos do convívio na sociedade. Elias (2001) tece considerações a respeito do isolamento dos moribundos. De acordo com o autor, o isolamento dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados e a separação em relação aos seres humanos em geral, faz com que eles percam tudo que lhes dava sentido e segurança.

Segundo Minayo (1996)¹⁵, existe uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar sobre o corpo que adoece e que morre. A autora menciona que a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, a linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais.

A partir destas breves considerações, relataremos algumas doenças que foram historicamente estigmatizadas.

Segundo Sontag (1989)¹⁶, as epidemias que foram historicamente alarmantes, geram uma distinção entre os transmissores potenciais da doença e aqueles que são definidos como a população em geral.

A autora compreende que a peste é há muito tempo utilizada como metáfora do que pode haver de pior em termos de calamidades e males coletivos, funcionando como nome genérico de acentuado número de doenças assustadoras.

¹⁴ ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

¹⁵ MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 4ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

¹⁶ SONTAG, S. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

De acordo com Sontag (1989), as doenças mais temidas, as que não são simplesmente fatais, mas que transformam o corpo em algo repulsivo, como a lepra, a sífilis, o cólera, o câncer e a Aids, são as que parecem mais suscetíveis a serem consideradas como “peste”.

A lepra carregava um grande estigma, pois no imaginário social desta doença, havia a representação de algo repulsivo e decadente. Isto isolava e segregava de forma acentuada os “leprosos”. A partir do momento que esta doença foi controlada pela medicina, a segregação foi reduzida sensivelmente.

A sífilis era uma doença que não seguia, toda a trajetória de horrores até chegar à paralisia geral. Muitas vezes estacionava numa fase em que era apenas um incômodo e uma humilhação. Esta doença passava a idéia de não ser apenas repulsiva e punitiva, mas também representava uma invasão que atingia toda a coletividade. Por muito tempo, praticamente até o momento em que surgiu uma cura fácil para a doença, a sífilis transmitia um grande estigma social.

O cólera era muito temido, porque surgia subitamente e seus sintomas eram degradantes: diarreia e vômitos incontroláveis, provocando o espetáculo horrível da decomposição do corpo. A morte ocorria no mesmo dia ou pouco depois. Esta doença era geralmente identificada com a miséria urbana, com o lixo, a podridão, em oposição ao meio rural. Essas idéias foram desacreditadas pela descoberta de Koch¹⁷, o que trouxe também uma redução do estigma que a doença possuía.

O câncer possuía o sinônimo do mal e era vivenciada por muitos como algo vergonhoso. O “canceroso” era considerado culpado de ter hábitos

¹⁷ Em 1883, Koch descobriu o bacilo da cólera, transmitido pela água.

“perigosos”, como por exemplo, o alcoólatra com câncer no estômago, o fumante com câncer pulmonar.

A partir da década de oitenta, Sontag (1989) aponta que o câncer já não é a doença mais temida. O câncer perdeu parte de seu estigma devido ao surgimento de outra doença, a Aids, cuja capacidade de estigmatizar, é muito maior. Toda sociedade precisa identificar uma determinada doença como o próprio mal, porém é difícil obcecar-se por mais de uma.

Segundo Auge e Herzlich (1991)¹⁸, todas as culturas humanas produzem interpretações para explicar o mal, os infortúnios e os perigos que acometem os atores sociais.

Para Slack (1992)¹⁹, as sensações de ameaça relacionadas às epidemias tendem a se diversificar conforme o contexto social, histórico e político; a natureza mais ou menos não reconhecida da enfermidade; a proporção de casos de mortalidade e morbidade; o local geográfico; o grupo populacional atingido e a intensidade em determinado espaço de tempo.

No processo de construção social da Aids, simbolismos gerados na história das epidemias ocidentais se manifestaram igualmente presentes: a poder da idéia da contaminação; os significados referentes aos fluidos corporais como o sangue, o esperma e a saliva; o medo do que é estranho e a segurança do familiar; as considerações moralistas para os perigos e sofrimentos; a procura por *bodes expiatórios* e a responsabilização do "outro", quer dizer, o estrangeiro, o diferente, o estigmatizado.

¹⁸ AUGÉ, M. e HERZLICH, C. (Eds.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. (3ª ed.). Archives Contemporaines, Paris, 1991.

¹⁹ SLACK, P. Introduction. In: RANGER, T. e SLACK, P. (Eds.). *Epidemics and Ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

De acordo com Balandier (1988)²⁰, estes significados permeiam o imaginário social compreendido como imagens mensageiras de sentido coletivamente produzidas e, no caso da Aids, o deslocamento do real ao simbólico e do real ao imaginário encontrou vias de fácil acesso uma vez que foi demarcada há muito tempo na cultura ocidental.

Paulilo (1999)²¹ relata que na atualidade a Aids é considerada “a doença do século”, que se apresenta nas suas múltiplas dimensões, como campo privilegiado para análise de como representações longínquas fincadas em nosso imaginário informam, conformam e modelam conteúdos e formas através dos quais esta nova doença será recebida e de como produzirá imagens, símbolos e significados.

Minayo (1996) menciona que as doenças que carregam o estigma podem atingir a todos os grupos sociais indiscriminadamente, e, portanto, fazem parte de um imaginário social mais amplo que explica a desordem, os desvios morais e até a pretensa “devassidão” do ser humano. Reúnem a ameaça de morte da humanidade, anunciam sua decadência, perpetuam a manutenção simbólica ou real da infelicidade e chamam atenção para os comportamentos recrimináveis, vetores do mal que perpetuam pelo tempo.

De acordo com Mauss apud Minayo (1996), a idéia da doença para diversos grupos, no decorrer da história, seria a infração de alguma norma ou a algum tabu. São situações em que o indivíduo que adoece ou morre não se crê ou não se sabe doente a não ser por causas coletivas que em geral se representam pela ruptura com as coisas sagradas que o sustentam.

²⁰ BALANDIER, G. *Le désordre: éloge du mouvement*. Fayard, Paris, 1988.

²¹ PAULILO, M. A. S. AIDS: os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora, 1999.

Ao refletirmos sobre os autores que descrevemos, podemos constatar que durante diversos períodos históricos, o estigma isolou e segregou os indivíduos que possuíam as doenças consideradas mais temidas. Com isso, é importante ressaltar que a longa duração é fundamental para a compreensão da doença como estigma social.

As doenças que foram mencionadas nos permitem refletir sobre os diversos significados atribuídos nos universos simbólicos de diferentes épocas, culturas e povos. É importante destacar que as razões desta multiplicidade de sentidos ocorrem a partir do movimento da história, no desenvolvimento das práticas sociais.

2.2.

Aids em foco

A "abreviatura" Aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), como é conhecida no Brasil, vem da denominação da doença em inglês. Nos países europeus de língua latina (Portugal, Espanha, França) costuma-se usar a sigla SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). A Aids ou Sida tem esse nome em função da deficiência imunológica generalizada que se verifica nos sujeitos infectados. Com essa deficiência, o organismo da pessoa não consegue combater possíveis infecções com a mesma facilidade que um indivíduo não infectado.

O agente que causa a Aids é o vírus da imunodeficiência humana e seu significado em inglês é *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Os vírus não conseguem produzir todas as substâncias necessárias para sua sobrevivência, com isso, desenvolveram ao longo do tempo mecanismos para se adaptarem a outros organismos. Após o HIV se instalar em um sujeito, esse passa a controlar os

mecanismos de produção de substâncias orgânicas da célula hospedeira, se beneficiando com esta situação (Soares, 2001)²².

Ao contrário de outras infecções, nas quais o sistema imune é capaz de administrar o seu crescimento e acabar com a infecção, no caso da Aids, o sistema imune é destruído ao longo da infecção (Soares, 2001).

Na situação que o indivíduo está infectado pelo vírus, não significa o mesmo que ter Aids, momento que o sujeito se encontra com seu quadro clínico agravado. Os soropositivos vivem bem por anos sem mostrar sintomas da doença (ABIA, 2007)²³.

O que dificulta o controle do vírus HIV e facilita a sua expansão é a fase assintomática²⁴, de longa duração. Normalmente, entre a infecção de uma pessoa e o surgimento dos primeiros sintomas inerentes à Aids, existe um período que varia de seis a oito anos, no qual o indivíduo não manifesta nenhum quadro clínico acentuado e geralmente nem sabe que é portador do vírus. Com isso, o sujeito mantém suas atividades cotidianas, podendo infectar um grande número de pessoas durante a fase assintomática (Soares, 2001).

É muito difícil identificar o momento em que se instala o vírus HIV, porque a maioria dos sintomas iniciais da infecção se confunde com outras doenças, como por exemplo: gripe, febre, dor de cabeça, dor nos músculos ou nas articulações.

Ao contrair o vírus, o indivíduo tem uma rápida fase sintomática que ocorre nas primeiras semanas após a infecção, chamada de fase aguda ou

²² SOARES, M. A AIDS. São Paulo: Publifolha, 2001.

²³ Site www.abiaids.org.br. Capturado em 10 de janeiro de 2007.

²⁴ Fase assintomática: diz-se do indivíduo infectado pelo HIV, mas que não apresenta sintomas da Aids. No caso, a pessoa é considerada um portador assintomático do HIV. Cf. Site www.aids.gov.br, capturado em 18 de maio de 2007.

primária, na qual o vírus começa a se replicar em grande velocidade, produzindo uma carga viral²⁵ elevada no plasma sanguíneo da pessoa infectada (Soares, 2001).

Após a contaminação, o vírus HIV leva de duas a doze semanas para ser detectado pelo exame de sangue específico, sendo este período chamado de "janela imunológica", ou seja, o tempo entre a infecção e a soroconversão, quando no testes de sangue constará que o indivíduo é HIV positivo. Caso o teste seja feito durante a "janela imunológica", provavelmente ocorrerá um resultado falso-negativo, embora a pessoa já esteja infectada pelo HIV e possa transmiti-lo a outras pessoas. A janela imunológica média é de três meses, sendo que um teste HIV realizado aos seis meses tem 99,9% de eficácia (abcsaids, 2007)²⁶.

Após o organismo ter entrado em um quadro de imunodeficiência generalizada, passa a ser muito sensível às infecções oportunistas²⁷. Infecções diferentes podem ser observadas, abrangendo uma vasta gama de patógenos²⁸, como, fungos, bactérias e protozoários²⁹ (Soares, 2001).

O sarcoma de Kaposi é uma infecção bastante comum, que desenvolve um câncer de pele, onde manchas púrpuras se apresentam no corpo do paciente, principalmente nas costas, no rosto e nas áreas púbica e genital. Esta infecção

²⁵ Quantidade de partículas virais presentes no sangue de pacientes infectados pelo vírus. É normalmente expressa em número de cópias virais por milímetro de plasma e é utilizada como indicadora da eficácia da terapia antiviral. Cf. Soares, 2001: 96.

²⁶ Site www.abcsaids.com.br. Capturado em 18 de maio de 2007.

²⁷ Infecções patogênicas que se instalam num paciente imunodeficiente. São ditas "oportunistas" porque se aproveitam desse estado imunocomprometido para infectar o indivíduo. Essas infecções não são normalmente capazes de se estabelecer em pessoas imunocompetentes. Cf. Soares, 2001: 98.

²⁸ Agente infeccioso que pode causar uma determinada doença. Cf. Site www.aids.gov.br.

²⁹ Grupo de seres vivos primitivos, normalmente unicelulares (composto por uma única célula), que costumam parasitar seres vivos maiores (...) Protozoários são normalmente patogênicos para seus hospedeiros. Cf. Soares, 2001: 101.

também afeta os órgãos internos, como pulmões, intestino, fígado e baço, levando em determinadas situações a hemorragias fatais (Soares, 2001).

Uma infecção bacteriana que ocorre geralmente em pessoas portadoras do vírus HIV é a infecção pelo complexo *Mycobacterium avium* / *Mycobacterium intracellulare* (MAC). Ela causa diarreia, perda de peso, dores abdominais, febres e suadours noturnos, que são características típicas da Aids (Soares, 2001).

Os pacientes com HIV são vulneráveis também a duas infecções que muitas vezes afetam o cérebro. Uma delas é a toxoplasmose (protozoário) provocada por um parasita encontrado em animais, que pode causar dificuldade em respirar, paralisia e destruição das células cerebrais (abcaids, 2007). O outro tipo de infecção é causado por fungos, sendo os mais frequentes: a *Pneumocystis carinii* e a *Cândida*. O primeiro fungo causa uma pneumonia difícil de combater e o segundo caracteriza-se por coceira e inflamação das mucosas, que ficam avermelhadas e cobertas de placas (ABIA, 2007).

É adequado mencionar que as infecções oportunistas são muito incomuns nas pessoas não infectadas. Esses microorganismos conseguem viver harmonicamente com o organismo humano e se apresentam clinicamente apenas em situação de imunodeficiência.

A Aids inclui também em seu quadro clínico, além das infecções oportunistas, a perda de peso corporal, tumores no cérebro (em estágio avançado) e muitos problemas de saúde. Não havendo tratamento, a Aids pode levar à morte. A síndrome manifesta-se de forma diferente em cada pessoa infectada. Na atualidade, não existe cura para a Aids, mas existem medicamentos denominados

anti-retrovirais³⁰ que adiam o progresso da doença e diminuem a velocidade do dano no sistema imunológico.

No início dos anos 80 foi descoberto o vírus HIV. Em 1983, cientistas franceses conseguiram identificar e isolar o agente causador da Aids, que era um vírus, ao qual deram o nome de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou Vírus Associado à Linfadenopatia). Meses depois, cientistas americanos isolaram um vírus ao qual deram o nome de HTLV III (*Human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III), também causador da Aids. Por se tratar do mesmo vírus, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugeriu que tal vírus passasse a ser chamado de Vírus da Imunodeficiência Humana, cuja sigla em inglês é HIV, forma como o vírus ficou conhecido no Brasil (abcbdaids, 2007).

No mesmo período da descoberta do HIV em seres humanos, os cientistas começaram a procurar um vírus similar de imunodeficiência em primatas. A busca, em espécies de símios (macacos), de um vírus correspondente parecia muito interessante, especialmente em primatas na África, onde o HIV teria se manifestado primeiro (os casos mais antigos de infecção por HIV, feitos por estudos de amostras sanguíneas nos seres humanos, se revelaram naquele continente) (Ministério da Saúde, 2007)³¹.

A comprovação de que os vírus de humanos e símios são bastante semelhantes guiaram a hipótese de que o vírus humano poderia ser o resultado da transmissão de uma espécie de primata para o homem. O vírus teria “pulado” de um símio para o homem, se adaptando neste hospedeiro. A Aids seria uma zoonose, quer dizer, uma doença humana proveniente da transmissão de um

³⁰ Denominação genérica para os medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus. Cf. Site www.aids.gov.br.

³¹ Dado capturado no site do Ministério da Saúde: www.aids.gov.br.

patógeno que viria de uma espécie animal. Atualmente essa teoria é aceita pelos estudiosos da Aids (Almeida, 2007³² e Soares, 2001).

Diversos exemplos de transmissões zoonóticas já foram verificados na história dos seres humanos, por exemplo: a peste bubônica, a raiva e múltiplas variantes do vírus da gripe. Dessa forma, a transmissão dos primatas para os seres humanos pode ser uma explicação viável (Soares, 2001).

Um dado marcante é a ausência de patogenicidade em diversas espécies de símios. Mesmo estando infectados em altas taxas pelo vírus que se assemelha ao HIV, eles não demonstram nenhuma manifestação clínica, nem de imunodeficiência. Apesar desses animais possuírem cargas virais muito altas durante toda a fase crônica de sua infecção, não são derrubados pelas doenças oportunistas que geralmente aparecem no quadro clínico humano (Soares, 2001).

São ainda desconhecidas as causas que controlam essa ausência de patogenicidade dos símios e diversos estudos estão sendo realizados para tentar desvendá-las, sendo um dos maiores desafios da pesquisa em Aids.

Existem dois tipos de vírus causadores da Aids, o HIV-1 e o HIV-2, que se diferenciam tanto pela variabilidade genética de seus códigos, quanto pelas suas ações no organismo. O HIV-1 é o vírus mais comum no Ocidente, chega a ser dez vezes mais mortal que o HIV-2, que existe quase que exclusivamente na África ocidental (Guiné-Bissau, Costa do Marfim, Senegal e Libéria) e na Europa ibérica e França, que a colonizaram (abcd aids, 2007).

Nos dias de hoje, é amplamente aceito que o HIV é um descendente do simian vírus, devido a sua perfeita semelhança ao HIV-1 e HIV-2. O vírus HIV-1 é muito parecido com o vírus do chimpanzé (o SIVcpz), enquanto o HIV-2 tem

³² Este autor encontra-se no *site* www.divulगतel.com.br, capturado em 11 de janeiro de 2007.

semelhança ao vírus de mangabeys-fuligentos (o SIVsm). Verificou-se que essas relações são mais fortes do que as dos vírus humanos entre si (HIV-1 e HIV-2) (Almeida, 2007).

Para esses vírus “saltarem” de seus hospedeiros naturais para o ser humano é essencial que as espécies envolvidas estejam em contato direto (por exemplo: arranhões; mordidas, durante a caça; ingestão da carne desses animais; entre outros). O mesmo local geográfico é uma das causas mais contundentes na hipótese de zoonose que envolve as duas espécies (Soares, 2001).

A partir de uma infecção de natureza benigna, o HIV evoluiu em algumas espécies de macacos para uma doença humana mortal. Um novo estudo relata que isso ocorreu provavelmente entre o final do século XIX e início dos anos 30, permanecendo confinada em certas regiões da África até que ciclos migratórios (viagens, surgimento de grandes cidades e a revolução sexual nos anos 60 e 70) promoveram a sua expansão mundial (Viva Cazuza, 2005)³³.

A compreensão de como o HIV se originou e como ele evoluiu pode ser fundamental no desenvolvimento de uma vacina contra o HIV e de tratamentos mais efetivos no futuro. Além disso, o conhecimento de como a epidemia da Aids emergiu pode ser importante para o mapeamento dos próximos destinos da epidemia e para o desenvolvimento de programas de prevenção.

A seguir, vamos realizar algumas considerações sobre as formas de transmissão e os números da Aids nos diversos países e regiões afetadas.

Quando o vírus HIV está adaptado ao novo hospedeiro, o mesmo pode passar com facilidade de um indivíduo para o outro da mesma espécie. Devido a este fato, tal vírus se espalhou de forma impressionante pelo mundo. Ao contrário

³³ Site www.vivacazuza.org.br. Capturado em 11 de janeiro de 2005.

de outras infecções, o HIV permanece nos sujeitos de forma vitalícia, com isso estes são considerados transmissores em potencial por toda sua existência (Soares, 2001).

As formas pelas quais o HIV é transmitido de um indivíduo para o outro pode se caracterizar de duas formas principais: a “horizontal”, onde a pessoa infecta uma outra na mesma geração e a transmissão “vertical”, em que uma mulher passa o vírus aos seus descendentes na gravidez.

Apesar da transmissão vertical ter um impacto importante na pandemia da Aids, foi a transmissão horizontal que causou e ainda causa um efeito devastador da Aids em todas as partes do mundo.

A transmissão do vírus HIV requer contato direto do indivíduo receptor com fluidos corporais do transmissor (sangue e as secreções dos sistemas reprodutores que compreendem: pré-sêmen, sêmen e fluidos vaginais).

Existem diversas formas de se transmitir o HIV. Os indivíduos podem se infectar pelo intercuro sexual (vaginal, anal ou oral), pelas transfusões de sangue contaminado, pelo uso de drogas intravenosas, principalmente nas situações que as seringas são compartilhadas por grupos de viciados, pela transmissão vertical e pela transmissão ocupacional.

Em relação ao intercuro sexual vaginal, as mulheres têm maiores chances de se contaminar com parceiros do que os homens, pois na região interna da vagina fica acumulada maior quantidade de fluido infectado, por maior tempo do que nos homens. Pode-se afirmar que as mulheres têm uma probabilidade maior (três a quatro vezes) de se infectarem com um parceiro soropositivo do que os homens (Soares, 2001).

O sexo anal sem o uso de preservativo apresenta alto risco de transmissão do HIV, tanto para o ativo quanto para o passivo. O vírus penetra facilmente na mucosa anal e também no intestino. Por este motivo, a relação anal é considerada altamente arriscada, principalmente pelo fato de a mucosa anal ser muito frágil e as pequenas lesões facilitarem a entrada do vírus no organismo. É importante que o preservativo seja utilizado corretamente (Gapa / SJC, 2005)³⁴.

O sexo oral pode ocasionar contaminação, principalmente através de lesões (mesmo que imperceptíveis) existentes na boca e na mucosa peniana. Doenças venéreas não tratadas também facilitam a transmissão do vírus HIV. Nunca se deve fazer sexo oral sem antes revestir o pênis ou a vagina com um preservativo (Gapa / SJC, 2005).

A transmissão por agulhas contaminadas e a realização de transfusão de sangue proporciona ao vírus o acesso direto à corrente sanguínea do sujeito receptor. É importante mencionar que, atualmente, a transfusão de sangue contaminado é pouco freqüente devido aos rigorosos testes realizados pelos bancos de sangue, diferente do início dos anos 80, quando foi descoberta a Aids.

Na transmissão vertical, pelo fato do feto ficar em contato com tecidos e fluidos da mãe no interior do útero, ele tem uma probabilidade de 25 % de contrair o vírus HIV. A infecção não possui uma chance maior devido à presença da placenta, que forma uma barreira, onde é selecionado o que vai passar da mãe para o feto. Os especialistas crêem que a maioria dos bebês contaminados por suas mães recebeu o vírus durante o parto, onde a criança fica em contato com grandes

³⁴ Site www.gapasjc.org.br. Capturado em 10 de janeiro de 2005.

quantidades de sangue materno ou durante o período de amamentação (Soares, 2001).

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV. Estima-se que o risco médio de contrair o HIV após ter sido exposto ao sangue contaminado seja de aproximadamente 0,3%. Nos caso de exposição de mucosas, esse risco é de aproximadamente 0,1%. Os fatores de risco já identificados como favorecedores deste tipo de contaminação são: a profundidade e extensão do ferimento e a presença de sangue visível no instrumento que ocasionou o acidente (Gapa / SJC, 2005).

Tal fato é reafirmado pelo GIV (2007)³⁵, ao mencionar que outra forma menos freqüente de transmissão se dá através de materiais perfuro-cortantes contaminados pelo HIV e que são utilizados na aplicação de tatuagens, injeções, nos serviços de manicure e barbeiro (principalmente, alicates, navalhas e lâminas de barbear), instrumentos odontológicos e cirúrgicos, entre outros.

A saliva, as lágrimas e os produtos de excremento (fezes e urina) não estão incluídos nos fatores de contaminação de HIV. O vírus pode ser encontrado nesses fluidos, mas se encontra muito diluído e não atinge um estágio de infecção.

Deve sempre existir uma região para que o vírus se instale no indivíduo. Esses locais podem ser superfícies mucosas de nosso corpo, como, paredes internas da boca, do ânus, dos órgãos sexuais, olhos, fossas nasais ou pequenas feridas e cortes na pele, mesmo não visíveis. Mesmo a pele estando perfeita e sendo exposta diretamente pelos fluidos infectados, não há como ocorrer a contaminação do vírus.

³⁵ Site www.giv.org.br. Capturado em 10 de janeiro de 2007.

Os diversos tipos de transmissão do vírus HIV variam em cada região e em cada país. Observa-se que os valores e a cultura de determinado local pode ditar o tipo de transmissão e de que forma isso rebate na sociedade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), existem no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Somente em 2005, cerca de 5 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV e ao menos 3,1 milhões de pessoas morreram neste mesmo ano em decorrência da Aids. Deste total, 570 mil eram crianças (abcaids, 2007).

Segundo a Agência de Notícias da Aids (2005)³⁶, existem atualmente 17 milhões de mulheres e 18,7 milhões de homens com idade entre 15 e 49 anos vivendo com HIV, no mundo.

O segmento feminino vem se mostrando cada vez mais vulnerável à infecção do vírus da Aids. Desde 1985, a porcentagem de mulheres adultas que contraíram o HIV aumentou de 35% para 48% (Agência de Notícias da Aids, 2005).

No mundo, a cada 14 segundos, um jovem é infectado pelo vírus da Aids e 6 mil jovens são infectados pelo vírus HIV todos os dias (abcaids, 2007).

Um relatório do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef)³⁷ apresenta que, no mundo, existem cerca de 2,3 milhões de crianças e jovens de até 15 anos com HIV. O documento também mostra que apenas um em cada dez que necessitam de tratamento conseguem o atendimento adequado. O quadro é preocupante e reserva para 90% das crianças que não recebem tratamento um 'futuro duro e efêmero'. Mais um dado que ressalta a situação alarmante é de que

³⁶ Site www.agenciaaids.com.br. Capturado em 9 de janeiro de 2005.

³⁷ Site www.unicef.org.br. Capturado em 18 de maio de 2007.

aproximadamente 15,2 milhões de jovens com menos de 18 anos, perderam um de seus pais em decorrência da Aids.

A Aids, na última década, transformou-se em um grande problema para o desenvolvimento e para a segurança pública de determinados países do continente africano. As taxas de mortalidade, expectativas de vida e crescimento econômico estão se alterado em níveis acentuados nessa região, influenciando de forma negativa a saúde, a educação, a indústria, a agricultura, o transporte e a economia.

As altas taxas de mortalidade na população que está no começo de sua vida economicamente ativa produzirá efeitos graves na economia desses países. Já pode ser observada a perda de produtividade agrícola em pequenas comunidades rurais; diminuição da taxa de escolaridade, pois as crianças têm que sair da escola para trabalhar, compensando as perdas financeiras de suas famílias e os altos gastos com a saúde do familiar que está com seu quadro clínico agravado (Soares, 2001).

A África Subsaariana continua sendo a região mais atingida pela Aids. O local abriga cerca de 10% da população mundial, mas cerca de 60% das pessoas estão com o HIV, ou 25,8 milhões de pessoas (abcaids, 2007).

Segundo o GIV (2007), a expectativa de vida em vários países africanos vem caindo devido à epidemia de Aids. Por exemplo, no ano de 2001, em Moçambique, a expectativa média de vida entre homens e mulheres era de 44,8 anos. Em 2002, esse número caiu para 42,6 anos. A queda também foi registrada na Suazilândia, onde em 2001 a população vivia em média 40,2 anos. Nos dados de 2002, a expectativa de vida caiu para 38,8 anos. Na República Democrática do

Congo, em 2001, a expectativa era de 52,9 anos. No ano seguinte, caiu para 43,5 anos.

Na África, o número de mulheres soropositivas é duas vezes maior em relação aos homens. A falta de informação é o principal problema, pois pesquisas revelam que 80% das mulheres jovens de países com altos índices de infecção não têm conhecimento sobre a Aids (abcbdaids, 2007).

De acordo com o *site* abcbdaids (2007), o número estimado de crianças que ficaram órfãos por causa da Aids aumentou nos últimos dois anos de 11,5 milhões para 15 milhões, sendo que aproximadamente 12,3 milhões vivem na África subsaariana.

Botsuana tem a maior porcentagem (35,8%) da população adulta infectada na África, ao passo que a África do Sul, com 19,9% dos adultos contaminados, é o país com mais casos de infecção por HIV em números absolutos no mundo, 4,2 milhões de pessoas (Soares, 2001).

A maioria dos países africanos não possui infra-estrutura financeira, ocasionando falta de informação, prevenção e tratamento. Assim, altas taxas de infecções são verificadas, principalmente na África subsaariana, como é o caso da Etiópia, do Quênia, da República dos Camarões e do Zâmbia (Soares, 2001).

Comparando a África com a Ásia, nota-se que os países asiáticos têm menores taxas de infecção. Apesar disso, a Índia tem somente um médico especializado em infectologia para cada 10 mil pacientes vivendo com HIV/Aids, ou seja, aproximadamente 500 médicos. Desse total, estima-se que somente ¼ foi devidamente capacitado para lidar com todos os aspectos do tratamento em HIV/Aids (abcbdaids, 2007).

Na Ásia, as estimativas em 2005 apresentam que 8,3 milhões de pessoas estavam vivendo com o vírus do HIV. Neste ano, a Aids matou 520 mil pessoas no continente.

A China também apresenta dados preocupantes. Segundo o *site* abcd aids (2007), estima-se que menos de 200 médicos estão atualmente disponíveis para tratar de aproximadamente 840.000 pessoas vivendo com HIV/Aids, neste país. Desse total de pacientes, cerca de 70-80% são usuários de drogas injetáveis.

Na Ásia e Oceania, 435 mil pessoas morreram de Aids no ano de 2003 e o número de pessoas que recebem tratamento é mínimo. Para combater seriamente a epidemia, nos países que mais precisam, seria necessário US\$ 10 bilhões anuais apenas para a Aids (Gapa / SJC, 2005).

Na Europa Oriental e na Ásia Central, a infecção por HIV ocorre principalmente entre indivíduos que utilizam drogas injetáveis e as taxas são baixas em relação à população total desses países (Soares, 2001).

Segundo o GIV (2007), com mais de 3 milhões de consumidores de drogas injetáveis, a Rússia segue sendo um dos países mais afetados pela Aids na Europa Oriental e Ásia Central, com mais de 80% dos infectados abaixo dos 30 anos. O uso do preservativo é pouco difundido nesta zona.

A partir de 2003, no Leste da Europa e na Ásia Central, o número de pessoas vivendo com o vírus da Aids aumentou de 500 mil para 1,6 milhão. Neste mesmo período, o número de mortes quase dobrou, chegando a 62 mil. No final de 2004, aproximadamente 300 mil casos de HIV foram oficialmente registrados na Federação Russa, mas estima-se que o número de sujeitos infectados na região seja de 860 mil (abcd aids, 2007).

Na América Latina, cerca de 1,6 milhões de pessoas vivem com o HIV e a epidemia tende a se concentrar principalmente entre os grupos de risco, como viciados em drogas e homossexuais (GIV, 2007).

O número de pessoas vivendo com HIV na América Latina, em 2005, chega a 1,8 milhão, sendo que, aproximadamente 66 mil pessoas morreram de Aids, e 200 mil foram infectadas.

Nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental, que são desenvolvidos e possuem maior poder aquisitivo, verificam-se as menores taxas de infectados por HIV por ano no mundo, tanto horizontais quanto verticais (Soares, 2001).

O número de sujeitos vivendo com o vírus HIV na América do Norte, Europa Ocidental e Central chegou a 1,9 milhão em 2005, com aproximadamente 65 mil novos casos neste ano. O acesso ao tratamento terapêutico, muito fácil nesses locais, sustenta o número baixo de mortes: 30 mil morreram em decorrência da doença (abcedaids, 2007).

Os novos dados da Aids no Brasil apresentam uma redução acentuada nos casos de transmissão vertical, quando o HIV é transmitido da mãe para o filho, no momento da gestação, do parto ou da amamentação. A queda foi indicada no Boletim Epidemiológico 2006, do Ministério da Saúde (2007). A publicação baseou-se nas notificações registradas nos serviços de saúde pública e privada em todo o país. Segundo o Boletim, a redução foi de 51,5%, entre 1996 e 2005. Naquele ano, foram registrados 1.091 casos. No ano passado, 530 casos. Em 2006, de janeiro a junho, foram notificados 109 casos nesta categoria.

No Brasil, o número de casos de Aids acumulados entre 1980 e junho de 2006 foi de 433.067.

Em 2005, foram registrados 33.142 casos, com taxa de incidência de 18,0 – a menor desde 2002. A taxa de incidência é o número de casos registrados em cada grupo de 100 mil pessoas.

Em 2006, nos seis primeiros meses, foram notificados 13.214 casos. Hoje, estima-se que aproximadamente 600 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil. Este número continua estável desde 2000.

Nos sujeitos com 50 anos ou mais, verifica-se tendência de crescimento da doença. Entre 1996 e 2005, na faixa etária de 50-59 anos, a taxa de incidência entre os homens mudou de 18,2 para 29,8; entre as mulheres, aumentou de 6,0 para 17,3. Neste período, a taxa de incidência entre as pessoas com mais de 60 anos aumentou. Nos homens, o índice cresceu de 5,9 para 8,8. Nas mulheres, passou de 1,7 para 4,6.

Nos homens, há pequena redução na taxa de incidência para cada 100 mil, que era de 22,5 em 1996 e foi para 21,9 em 2005. No mesmo período, nos adolescentes (13 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos), as quedas foram mais acentuadas. Nos adolescentes, a taxa passou de 2,0 para 1,4. Nos adultos jovens, mudou de 19,2 para 13,3.

Na população feminina, a taxa de incidência ampliou de 9,3 em 1996 para 14,2 em 2005. Há reduções discretas no número de casos em crianças menores de 5 anos, nas adolescentes e nas adultas de 20 a 29 anos. Nas mulheres com mais de 30 anos, há aumentos em todas as faixas etárias, ratificando o aumento do número de casos de Aids verificado desde a década de 1990.

A razão dos casos de Aids entre os sexos vem apresentando sinais de estabilização nos últimos anos. Em 1985, no começo da epidemia, havia 26,5 casos da doença em homens para 1 em mulher. A proporção foi diminuindo

continuamente, ao longo dos anos. Em 2005, a razão foi de 1,5 caso em homem para 1 em mulher, número estável desde 2003.

Nas regiões, entre 1996 e 2005, observa-se redução na taxa de incidência no Sudeste – mudou de 25,3 para 21,9. Nas demais regiões, o índice aumentou: no Norte, de 4,2 para 12,9; no Nordeste, de 4,8 para 10,8; no Sul, de 16,9 para 23,8; e no Centro Oeste, de 12,3 para 16,6.

Apesar dos números de óbitos de 2005 serem preliminares, pode-se confirmar que houve significativa redução na taxa de mortalidade (número de óbitos por 100 mil habitantes), que mudou de 9,6 em 1996 para 6,0 em 2005. De 1980 até 2005, o número acumulado de mortes em decorrência da Aids é de 183.074. Em 2005, houve 11.026 óbitos, mantendo a média anual de óbitos, observada desde 2000. Em 1996, foram 15.017 mortes.

Nos homens, observa-se redução nos casos entre homossexuais e aumento entre os bissexuais e heterossexuais. Neste último grupo, em 1996, o percentual em relação ao número total de casos foi de 22,5%. Em 2005, aumentou para 44,2%. Nas mulheres, a epidemia possui a característica de ocorrer em relações heterossexuais, sendo responsável por 94,5% dos casos registrados em 2005.

Entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), o número de casos de Aids continua em constante queda. Em 1996, considerando homens e mulheres, foram notificados 4.852 casos nesta população, o que correspondia a quase um terço do total de casos de Aids registrados. Em 2005, foram registrados 1.418 casos em UDI, o que significa uma diminuição de 71%.

Em relação aos casos notificados com a variável raça / cor, verifica-se redução proporcional entre os homens que mencionaram ser brancos e

crescimento proporcional entre os que relataram ser pretos e pardos. Em 2000, os homens brancos eram 59% dos casos de Aids. Em 2005, o índice diminuiu para 53,5%. Já entre os pretos e pardos, em 2000 possuíam 40,2% dos casos, e em 2005 subiram para 45,6%.

Na população feminina, reduziu o número de casos entre as que se consideram brancas, de 58%, em 2000, para 51,6%, em 2005. E a proporção mudou entre as pretas e pardas, de 41%, em 2000, para 47,5%, em 2005, onde se observa relativo aumento.

2.3.

Aids e Direitos humanos: a busca pela equidade social

O surgimento da Aids foi marcado por reações de segregação e discriminação, em parte pela desinformação e, principalmente, pelo fato de ter atingido, nos primeiros anos da epidemia, minorias tradicionalmente excluídas³⁸. Também as formas agressivas da doença, levando óbitos prematuros depois de sofrimentos intensos, propiciaram uma inevitável relação da Aids com a finitude, colaborando para o fortalecimento de preconceitos (Medeiros e Queiroz, 2002)³⁹.

No final dos anos oitenta do século passado, decorridos nove anos de epidemia da Aids no Brasil, foi configurada a falta de ação do Estado Brasileiro em dar respostas a esta situação no país (Paula e Pellegrino, 2002)⁴⁰.

³⁸ São entendidas como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas.

³⁹ MEDEIROS, R. A. e QUEIROZ, M. F. O uso do direito pelo movimento social. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O outro como um semelhante: direitos humanos e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

⁴⁰ PAULA, C. M. e PELLEGRINO, N. O acesso à saúde diante da epidemia de Aids. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O outro como um semelhante: direitos humanos e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Diante desse quadro é adequado ressaltar que apesar do Brasil ter ratificado a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴¹, somente com a Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF / 88), foram evidenciados os princípios desta Declaração.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos apresenta em dois artigos⁴² o princípio universal e supranacional ligado a satisfação dos direitos humanos da saúde.

O artigo 22 destaca que “Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade”.

De acordo com o artigo 25 “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”.

Segundo Medeiros e Queiroz (2002), a idéia de cidadania, mais presente depois da Carta de 1988, possibilitou a ampliação dos direitos e garantias individuais, à medida que o acesso à Justiça se tornou imperativo e irreversível.

⁴¹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um dos documentos básicos das Nações Unidas e foi assinada em 1948. Nela, são enumerados os direitos que todos os seres humanos possuem.

⁴² Capturados em 14 de setembro de 2007, no *site* www.dhnet.org.br.

Os direitos e garantias fundamentais mencionados nos artigos 5º e 6º, da CF / 88⁴³, devem ser respeitados e reconhecidos, de forma universal. O artigo 5º diz que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” e o artigo 6º destaca que: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. A conduta de respeito e reconhecimento da cidadania das pessoas com HIV/Aids em princípios éticos universalizáveis é uma extensão do dever de respeito a todos os sujeitos humanos, identificando-os como autônomos e livres.

De acordo com Paula e Pellegrino (2002), na CF 88, o direito à saúde está garantido nos artigos 6º e 196 a 200, dispondo que a saúde é um direito social de todos e, essencialmente, um dever do Estado em suas três esferas (princípio do Sistema Único de Saúde). Os autores mencionam que a iniciativa privada e a sociedade são os outros dois pilares que fornecem consistência ao exercício desse direito.

É importante destacar que segundo o artigo 196 “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Essas disposições são ampliadas na Lei Federal nº 8080 / 90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS).

⁴³ BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição**; República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

É relevante apresentar alguns artigos da LOS⁴⁴, com o objetivo de reiterar a Constituição Federal de 1988. De acordo com o artigo 2 “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; o artigo 5, inciso III destaca o objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”; e o artigo 6, inciso I, alínea d inclui no campo de atuação do SUS “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”.

Medeiros e Queiroz (2002), consideram que um Estado que tem o propósito de se definir como Estado Democrático de Direito não pode ser feito sem a efetiva participação de um povo.

O empenho pelo respeito de toda pessoa humana deve ser fundamentado, principalmente, nos Direitos Humanos de Primeira Geração (Bobbio, 1992)⁴⁵, quer dizer, nos os direitos civis e políticos, e ampliar-se, continuamente, a uma série de sujeitos que anteriormente estavam deles excluídos (as mulheres, as crianças, os idosos e as minorias).

Bobbio (1992) ressalta que o problema de nosso tempo, em relação aos direitos do homem, não são mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los e efetivá-los. Não é relevante saber quais e quantos direitos existem, mas sim analisar o modo mais seguro para garanti-los, impedindo que sejam ameaçados ou violados.

⁴⁴ LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. In: Assistente Social, Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002.

⁴⁵ BOBBIO, N. A Era dos Direitos. RJ: Campus ED., 1992.

Seguindo o mesmo pensamento de Bobbio (1992), Pascual (2002)⁴⁶ ressalta que é de suma importância pensar as garantias e defesa dos direitos humanos⁴⁷ não em termos de criação de novas leis e programas governamentais, mas a partir da análise das relações microsociais e das manifestações cotidianas de exclusão social para desvelar as possibilidades para elaboração de efetivas propostas de transformação.

Paula e Pellegrino (2002) compreendem os direitos humanos como um conjunto de direitos que propiciam a dignidade da pessoa humana. Mas estes autores mencionam que a dignidade da pessoa com HIV/Aids pode ser ameaçada quando o mesmo recebe o resultado de sua sorologia positiva. Em determinadas situações, pode haver a quebra do seu direito ao sigilo de diagnóstico, sendo lesado o direito à vida privada e à intimidade, passando em seguida pela negligência do seu atendimento de saúde por falta de condições dos serviços, onde é possível observar a violação do direito à saúde, e pelo seu afastamento arbitrário por diversas vezes da atividade produtiva, podendo ser identificado a negação do direito ao trabalho.

No Brasil, a longa tradição de desrespeito aos direitos humanos produz grandes obstáculos para estabelecimento efetivo do Estado Democrático de Direito. É relevante mencionar o trabalho realizado pela sociedade civil organizada, objetivando o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e igualitária, para a plena garantia e exercício dos direitos fundamentais, principalmente, a partir da inexistência, no primeiro momento, de uma política de

⁴⁶ PASCUAL, A. Direitos humanos e Aids na construção de uma sociedade mais justa e solidária. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O outro como um semelhante: direitos humanos e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

⁴⁷ Os Direitos Humanos abarcam os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

saúde efetiva, direcionada a assistência e prevenção da pessoa com HIV/Aids (Medeiros e Queiroz, 2002; Pascual, 2002).

Medeiros e Queiroz (2002) destacam que as ONGs / Aids, no final da década de 80, passam a fornecer o serviço de assessoria jurídica, com a papel de atuar na área de Direitos Humanos, representando o sujeito com HIV/Aids discriminado ou não assistido pelo Estado.

Diante da forte presença das assessorias jurídicas nas ONGs / Aids, as pessoas com HIV/Aids começaram a recorrer junto ao Poder Judiciário, para que seus direitos e garantias fundamentais sejam efetivadas. Com isso, o Estado passou a ser obrigado a garantir diversas reivindicações dos soropositivos, como garantir leitos em hospitais, proporcionar medicamentos gratuitos, fornecer preservativos em todo o país, entre outros.

Mesmo após diversos avanços e grandes conquistas, como por exemplo, a ampla divulgação dos meios de transmissão da doença, as campanhas de prevenção, e a distribuição gratuita e universal de medicamentos, as pessoas com HIV/Aids constituem um grupo que sofreu e continua a sofrer discriminação, preconceito e segregação (Medeiros e Queiroz, 2002; Pascual, 2002).

O Estado Democrático de Direito, ao ser refletido a partir da luta pelos direitos humanos, vislumbra a garantia do homem viver com dignidade, liberdade, igualdade e cidadania, pautada no respeito ao ser humano, independente do credo, raça, idade, orientação sexual e cultural, sendo sempre galgado a defesa em relação a satisfação das necessidades básicas individuais e coletivas, sob o amparo e proteção de órgãos governamentais e não-governamentais, visando sempre o exercício pleno da democracia (Medeiros e Queiroz, 2002).