

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE  
E SOCIEDADE**

**ISABEL CRISTINA ALVES MALISKA**

**A IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM  
AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS-SC: UM ESTUDO  
DO PERÍODO DE 1986 A 2010**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**



**ISABEL CRISTINA ALVES MALISKA**

**A IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM  
AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS-SC: UM ESTUDO  
DO PERÍODO DE 1986 A 2010**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção ao título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: História da Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

Co-orientadora: Dra. Selma Regina Andrade

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2012**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M251i Maliska, Isabel Cristina Alves

A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC [tese] : um estudo do período de 1986 a 2010 / Isabel Cristina Alves Maliska ; orientadora, Maria Itayra Padilha. - Florianópolis, SC, 2012.  
317 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Enfermagem. 3. AIDS (Doença). 4. Políticas públicas - Saúde. 5. Saúde - História. I. Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

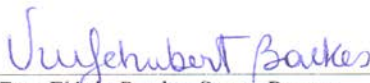
ISABEL CRISTINA ALVES MALISKA

**A IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM  
AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS-SC: UM ESTUDO DO  
PERÍODO DE 1986 A 2010**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 26 de abril de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

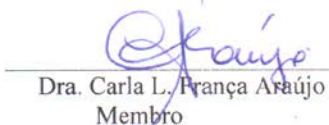


<sup>PI</sup> Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



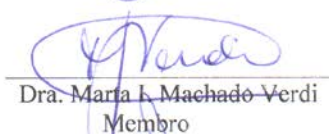
Dra. Maria Itayra Padilha  
Presidente



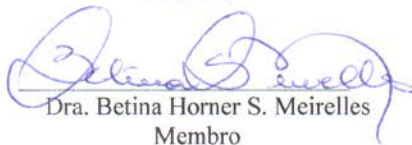
Dra. Carla L. França Araújo  
Membro



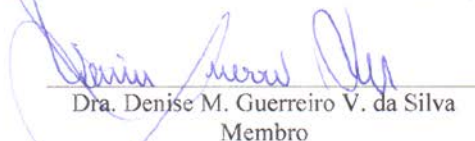
Dra. Mirian Santos Paiva  
Membro



Dra. Maria I. Machado Verdi  
Membro



Dra. Betina Horner S. Meirelles  
Membro



Dra. Denise M. Guerreiro V. da Silva  
Membro



## *Dedicatória*

*Dedico esta tese a meu filho  
Guilherme, que foi gerado e  
nasceu em meio à construção  
deste trabalho, e que muito  
me inspira com sua alegria  
de viver.*





## AGRADECIMENTOS

A alegria de chegar a este momento especial, me faz pensar nas pessoas que contribuíram para minha construção pessoal e intelectual, que certamente não foram poucas. Pensando em minha história, percebo que toda minha formação acadêmica se deu em escola pública, o que é para mim motivo de grande orgulho. Por isso gostaria de agradecer:

A minha primeira professora, Dona Sueli, da Escola Isolada Pedra Branca/ São José - que habilidosamente conduzia as três séries iniciais (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> séries) em uma mesma sala. Lembro-me de seu acolhimento diário, sua disposição e alegria em lecionar;

Aos professores do Colégio Estadual Professor Joaquim Santiago - Colônia Santana/São José – aonde concluí o primeiro grau, e aos professores do Colégio Municipal São Francisco de Assis - São Pedro de Alcântara – onde realizei o ensino médio, que me despertaram para o futuro da universidade, embora nem imaginasse qual caminho trilharia;

A Universidade Federal de Santa Catarina, a qual me acolheu e da qual nunca mais fui embora. Aos professores de minha graduação e pós-graduação, que me contagiaram do amor pela enfermagem e me incentivaram a ir adiante;

Aos funcionários da Pós-graduação em Enfermagem, aqui representados pela Cláudia, que com sua competência e disposição muito me ajudou no percurso destes anos;

A minha orientadora, que me acompanha desde a minha graduação, e com certeza é uma das grandes responsáveis por este momento. Mulher, enfermeira e professora de fibra, guerreira, que busca a todo tempo vencer desafios, e me incentiva a ir além. A você, Itayra, minha admiração, meu eterno agradecimento, respeito e carinho mais profundo;

A minha coorientadora Selma, pela parceria que formamos em tão pouco tempo. Sua disposição e empenho me ajudaram a elucidar muitos pontos de dúvida em meu trabalho;

Aos professores da banca de qualificação e banca final, que aceitaram participar comigo deste momento de construção;

Ao Grupo de História e Conhecimento de Enfermagem e Saúde – GEHCES – que participo deste o ano de 2001, e é muito mais que um

grupo de pesquisa, mais sim um grupo de amigos, dos quais com muitos dividi momentos de alegria e tristeza, na pesquisa e na vida. Não posso deixar de agradecer o incentivo e carinho da professora Miriam Borenstein, bem como a amizade dos parceiros mais antigos e colegas mais recentes;

A minha mãe amada, Teresinha F. Alves (*in memoriam*), que com sua grande sabedoria, me transmitiu o valor de “se ter estudo”, e soube me educar para que eu andasse com as próprias pernas desde muito cedo...

A meu pai, Pedro P. Alves, figura folclórica, que com autenticidade vive seu mundo, com poucas letras soube se virar e fazer sua vida, e que a cada dia aprendo a admirá-lo mais;

A minha querida irmã, Cida, que sempre esteve comigo em todos os momentos, me incentivando e apoiando, e as meninas dos meus olhos, as sobrinhas Larissa e Gabriela;

Ao meu amado marido, Maurício, companheiro de todas as horas e crises existenciais, que sempre acreditou em mim, e me incentivou desde o primeiro momento que nos conhecemos a investir na vida acadêmica, do qual tornamos um projeto de nossa vida;

Aos meus filhos, Alice (*in memoriam*), que em pouquíssimo tempo me ensinou muito o valor da vida, e ao Guilherme, que me renova a cada dia com seu sorriso e energia, e do qual lhe furtei de minha presença durante muitas horas para a condução deste trabalho;

A minha sogra Celina, aos cunhados Marcos e Sandra, aos sobrinhos Arthur e Bernardo, e aos padrinhos Antônio e Santilha, que sempre estiveram por perto em minha trajetória de vida;

Aos colegas e amigos do Hospital Universitário – UFSC – especialmente aqueles da Clínica Médica 3, universo onde exerço a enfermagem de corpo e alma, que acompanharam meu amadurecimento profissional e acadêmico;

A Diana, pelas transcrições das entrevistas. A Aline, pela ajuda na revisão final do trabalho;

As amigas Maricotas, que há mais de 10 anos nos encontramos para tomar um poderoso café e falar de tudo que der na telha, e que mesmo distantes umas das outras nos mantemos ligadas por uma grande amizade;

Aos amigos da “marafa”, que sempre produzem uma boa música em nossos encontros, agradeço os momentos que pude

extravasar as tensões produzidas pela tese e pelo dia-a-dia;

A vida, e a força superior que aqui chamo de Deus, que me permite acordar a cada manhã e ter energia para enfrentar os desafios diários, traçar planos para o futuro e viver, de forma simples e intensa, que tem me permitido me aprimorar, crescer e amadurecer;

Aos profissionais da Gerência Estadual DST/Aids e Hepatites Virais, que se dispuseram a fornecer informações e materiais que pudessem contribuir com a construção deste trabalho;

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, especialmente aos profissionais do Setor de Agravos Crônicos não Transmissíveis e do antigo Ambulatório DST/Aids, que contribuíram com dados e informações pertinentes ao estudo;

E finalmente, aos profissionais de saúde que foram sujeitos deste estudo, que se dispuseram a me conceder alguns momentos de suas vidas agitadas para compartilhar comigo suas experiências e o conteúdo de suas memórias. Sem a colaboração de vocês este trabalho não teria sentido.



MALISKA, Isabel Cristina Alves. **A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 317 p.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

Coorientadora: Dra. Selma Regina Andrade

Linha de Pesquisa: História da Enfermagem e Saúde

## **RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que teve como objetivo geral compreender como se desenvolveram as políticas públicas relativas a aids no período de 1986 a 2010, no município de Florianópolis, tendo como referencial teórico os princípios e diretrizes do SUS. Utilizamos a perspectiva da Nova História, que se propõe a abordar os problemas sociais a analisá-los a partir de diferentes referenciais, contando com todas as fontes que possam contribuir para a compreensão do fenômeno estudado. O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A coleta de dados se deu por fontes documentais primárias, secundárias e entrevistas. Para realização das entrevistas, utilizamos a técnica da História Oral Temática. Foram entrevistados 17 profissionais de saúde que atuaram ou atuam direta ou indiretamente no Programa Municipal DST/Aids do município no período de 1986 a 2010. Dentre estes profissionais havia sete enfermeiras, seis médicos, duas assistentes sociais e duas psicólogas. Para análise dos dados coletados, utilizamos o método de análise de conteúdo de Bardin. Foram observados todos os princípios éticos em todas as etapas do estudo. Os resultados estão apresentados em quatro manuscritos: O primeiro, intitulado “O surgimento da Aids e as primeiras respostas voltadas à epidemia no município de Florianópolis: um estudo do período de 1986 a 1993”, descrevemos o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis; O segundo, intitulado “A política de redução de danos em Florianópolis como estratégia de prevenção ao HIV/Aids: da sua implantação aos seus desdobramentos (1993-2007)” apresentamos como o Projeto de Redução de Danos, criado junto e a partir do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, evoluiu como estratégia de prevenção do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis; o terceiro, intitulado “A implantação do Programa Municipal

DST/Aids em Florianópolis” analisamos como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial, destacando as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência. O quarto, intitulado “A reorganização da Política Municipal em DST/Aids em Florianópolis e as repercussões nos âmbitos administrativo e assistencial”, analisamos como o processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis no decorrer dos anos 2006-2010, bem como suas repercussões no nível assistencial e administrativo. A partir destes resultados, confirmamos a tese que a atenção integral à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids, às populações vulneráveis e à população geral exige integração de ações entre a macropolítica do SUS, a política setorial em DST/Aids e a política municipal de saúde. Isto implica no comprometimento, manutenção e integração destas três instâncias, dividindo as responsabilidades e somando esforços no combate a epidemia. Requer o investimento efetivo na atenção primária, no que diz respeito a formação continuada para a incorporação das ações de cunho preventivo e assistencial, a adoção de novas tecnologias de cuidado, o investimento na política de recursos humanos e a manutenção de uma política municipal que possa conduzir todo este processo, mantendo uma vigilância contínua sobre a epidemia.

**Palavras-chave:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), Sistema Único de Saúde (SUS), políticas públicas de saúde, história da saúde, enfermagem.

MALISKA, Isabel Cristina Alves. **The implementation of public health policies on AIDS in Florianópolis-SC**: a study on the period of 1986 to 2010. Thesis (Doctorate in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 317 p.

## ABSTRACT

This is a qualitative study with a socio-historical perspective, aimed at understanding how the public policies on AIDS were developed during the period of 1986 to 2010, in Florianópolis, taking as a theoretical referential, the principles and guidelines of SUS (Health System of Brazil). We used the perspective of New Historicism, which aims to address social problems by analyzing them from different angles, along with all sources that may contribute in understanding the phenomenon. The context of the study was the Municipal Health Secretariat of Florianópolis. Data collection took place by primary and secondary source documents and interviews. For the interviews, we used the thematic oral history technique. We interviewed 17 health professionals who have acted or act directly or indirectly in the Program Municipal STD/AIDS, in the city over the period of 1986 to 2010. Among these professionals, seven were nurses, six were doctors, two were social workers and two were psychologists. For data analysis, we used Bardin's content analysis method and observed all ethical principles in all phases of the study. The results were presented in four manuscripts. The first, entitled "The emergence of AIDS and the first responses to the epidemic facing the city of Florianópolis: a study of the period of 1986 to 1993", describes the context in which the first actions in response to the AIDS epidemic in Florianópolis emerged. The second, entitled "The policy of harm reduction in Florianópolis as a strategy to prevent HIV/AIDS: from deployment to execution (1993-2007)", presents the Harm Reduction Project, which was created by the Municipal government with regards to the STD/AIDS in Florianópolis and has evolved as a strategy for the prevention of HIV/AIDS amongst injecting drug users. The third, entitled "The implementation of the Municipal Program STD/AIDS in Florianópolis", looks at what was consolidated by the Municipal Program on STD/AIDS in Florianópolis from the financing actions carried out by the World Bank and highlights the actions taken under surveillance, diagnosis, prevention and care. The fourth, entitled "The reorganization of the Municipal Policy of

STD/AIDS in Florianópolis and the implications for the administrative and care sectors", analyzes how the process of the decentralization of STD/AIDS took place in Florianópolis during the period of 2006 to 2010 and its repercussions on the level of care and administration. From these results, we confirm on the thesis that comprehensive health care for people living with HIV/AIDS in vulnerable populations and the general population requires the integration of efforts between the macro policy of SUS, the sectorial policy on STD/AIDS and the municipal policy health. It is dependent on the commitment, maintenance and integration of these three instances, dividing responsibilities and joining efforts to combat the epidemic. It requires effective investment in primary care, with regard to continuing education for the incorporation of preventive actions and welfare, the adoption of new care technologies, the investment in human resource policies and the maintenance of a municipal policy that can lead throughout this process and maintain a constant surveillance of the epidemic.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Health System (SUS), public health policies, health history, nursing



MALISKA, Isabel Cristina Alves. **La implantación de las políticas públicas de salud con relación al SIDA en el municipio de Florianópolis-SC: Un estudio del período comprendido entre 1986 y 2010.** Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 317 p.

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo desde la perspectiva socio-histórica, que tuvo como objetivo comprender el desarrollo de la política pública sobre el SIDA en el período comprendido entre 1986 y 2010, en Florianópolis, teniendo como referencial teórico los principios y directrices del SUS (Sistema Único de Salud). Se utilizó la perspectiva de la nueva historia, que tiene como objetivo abordar los problemas sociales y analizarlos a partir de diferentes referenciales, haciendo uso de todas las fuentes que puedan contribuir a la comprensión del fenómeno en discusión. El contexto del estudio fue la Secretaría Municipal de Salud de Florianópolis. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante fuentes primarias, secundarias y entrevistas. Para la realización de las entrevistas, se utilizó la técnica de historia oral temática. Se entrevistó a 17 profesionales de la salud que han actuado o actúan directa o indirectamente en el Programa Municipal de ITS / SIDA en el municipio, durante el período 1986-2010. Entre éstos profesionales se encontraban siete enfermeras, seis médicos, dos asistentes sociales y dos psicólogas. Para el análisis de datos, se utilizó el método de análisis de contenido de Bardin. Todos los principios éticos fueron contemplados durante todas las fases del estudio. Los resultados son presentados en cuatro manuscritos: el primero, titulado "La aparición del SIDA y de las primeras respuestas frente a la epidemia en la ciudad de Florianópolis: un estudio del período 1986 a 1993", se describe el contexto en que surgieron las primeras acciones en respuesta la epidemia del SIDA en Florianópolis. El segundo, titulado "La política de reducción de daños en Florianópolis como una estrategia para prevenir el VIH-SIDA: de la implementación hacia la implementación (1993-2007)", presentado como el Proyecto de Reducción de Daños, creado junto y a partir del Programa Municipal de ITS-SIDA en Florianópolis, el cual evolucionó como una estrategia para la prevención del VIH-SIDA entre los usuarios de drogas inyectables; el tercero fue titulado "La implantación del Programa Municipal de ITS-SIDA en Florianópolis" se analizó como se consolidó el Programa Municipal de

ITS-SIDA en Florianópolis a partir del financiamiento de acciones por parte del Banco Mundial, destacando las acciones adoptadas en virtud de la vigilancia epidemiológica, diagnóstico, prevención y asistencia-atención. El cuarto fue titulado "La reorganización de la Política Municipal de ITS-SIDA en Florianópolis y las implicaciones en el ámbito administrativo y asistencial", se analizó en este manuscrito cómo el proceso de descentralización de las acciones en ITS-SIDA tuvo lugar en Florianópolis durante los años 2006-2010 y sus repercusiones en el nivel asistencial y administrativo. A partir de estos resultados, se confirma en la tesis que la atención integral de salud para las personas que viven con el VIH-SIDA, las poblaciones vulnerables y la población en general requiere y exige la integración de acciones entre la macropolítica del SUS, la política sectorial sobre ITS-SIDA y la política municipal salud. Esto implica el compromiso, el mantenimiento y la integración de estas tres instancias, dividiendo las responsabilidades y sumando esfuerzos para combatir la epidemia. Requiere una inversión eficaz en la atención primaria, educación continua para la incorporación de acciones de tipo preventivas y asistenciales, la adopción de nuevas tecnologías de cuidado, la inversión en la política de recursos humanos y el mantenimiento de una política municipal que puede

**Descriptores:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Sistema Único de Salud (SUS), Políticas Públicas de Salud, historia de la Salud, Enfermería.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTG	Aids Clinical Trial Group
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome – síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AZT	Zidovudina
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BIREME	
CAP'S	Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool Drogas
CDC	Centro de Controle de Doenças
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CN-DST/Aids	Coordenação Nacional DST/Aids
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPDOC/FGV	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DASP	Departamento Autônomo de Saúde Pública
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DOU	Diário Oficial da União
DSP	Departamento de Saúde Pública
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FAÇA	Fundação Açoriana para o Controle da Aids
FHSC	Fundação Hospitalar de Santa Catarina
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS

GEHCES	Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde
HD	Hospital-dia
HNR	Hospital Nereu Ramos
IAP' S	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Atenção Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LAMUF	Laboratório Municipal de Florianópolis
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEA	Programa Especial de Aids
PGA	Programa Global de Aids
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRD	Projeto Redução de Danos
PSF	Programa de Saúde da Família
RD	Redução de Danos
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SC	Santa Catarina
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SINASC	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência Social
SIPAC	Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Organização das Nações Unidas para AIDS
USP	Universidade São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição de casos notificados e óbitos por aids no Brasil e nos estados da região sul, no período de 1980 a 2008, e taxa de incidência e coeficiente de mortalidade por aids no Brasil e região Sul no ano de 2008 ..... **92**
- Tabela 2** - Categorias de transmissão por aids, segundo o sexo, no Brasil, na região Sul e em Santa Catarina, notificados no ano de 2008 ..... **92**
- Tabela 3** - Casos de Aids em adultos segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010..... **99**
- Tabela 4** - Casos de Aids em adultos segundo sexo e ano de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010..... **100**
- Tabela 5** - Casos de Aids em adultos segundo faixa etária e intervalo de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010..... **101**





## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Relação dos profissionais entrevistados e especificação do Serviço, função e tempo de atuação no programa/serviço voltado às DST/Aids.....	<b>111</b>
---	------------



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>19</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>25</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>2 SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA COM BASE NA LITERATURA .....</b>	<b>41</b>
2.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS: REVISITANDO A HISTÓRIA .....	41
2.2 O SUS E O DESAFIO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	49
<b>2.2.1 Os princípios filosóficos e organizacionais do SUS: alguns conceitos .....</b>	<b>51</b>
2.3 AS NORMATIZAÇÕES ESTRUTURANTES DO SUS .....	61
<b>2.3.1 As Normas Operacionais Básicas e o avanço a municipalização .....</b>	<b>61</b>
<b>2.3.2 As Normas Operacionais de Assistência a Saúde em busca da Regionalização.....</b>	<b>65</b>
<b>2.3.3 O Pacto pela Saúde: buscando superar as normatizações.....</b>	<b>68</b>
<b>2.3.4 A regulamentação do SUS .....</b>	<b>73</b>
<b>3 A AIDS E A IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA NO BRASIL .....</b>	<b>75</b>
3.1 MANUSCRITO: A AIDS EM SANTA CATARINA, NO BRASIL: UM HISTÓRICO DOS VINTE E CINCO ANOS DE EPIDEMIA .....	88
3.2 A EPIDEMIA DE AIDS EM FLORIANÓPOLIS .....	99
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>105</b>
4.1 CONTEXTO DO ESTUDO .....	106
<b>4.1.1 A cidade de Florianópolis e o contexto histórico do Serviço Municipal de Saúde.....</b>	<b>106</b>
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....	109
4.3 FONTES.....	112
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	114

4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	116
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>119</b>
5.1 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS.....	119
<b>5.1.1 Manuscrito 1: O surgimento da Aids e as primeiras respostas voltadas à epidemia no município de Florianópolis: um estudo do período de 1986 a 1993 .....</b>	<b>120</b>
<b>5.1.2 Manuscrito 2: A política de Redução de Danos em Florianópolis como estratégia de prevenção ao HIV/Aids: da sua implantação aos seus desdobramentos (1993-2007) .....</b>	<b>153</b>
<b>5.1.3 Manuscrito 3: A implantação do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis: um estudo do período de 1993 a 2006 .....</b>	<b>183</b>
<b>5.1.4 Manuscrito 4: A reorganização da Política Municipal em DST/Aids em Florianópolis e as repercussões no âmbito administrativo e assistencial.....</b>	<b>220</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>255</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>263</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>301</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>309</b>

## APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como finalidade tratar da implantação das políticas públicas de saúde voltadas a aids no município de Florianópolis, contando com a perspectiva da Nova História, em que, a partir de fontes documentais e orais, busca (re)construir esta história desde o primeiro caso notificado na cidade, em 1986, até o ano de 2010, quando passa-se a vislumbrar uma nova conformação da assistência as pessoas que vivem com HIV no âmbito do município.

Antes de efetivamente introduzir o assunto em questão, gostaria de explicitar ao leitor de que lugar falo, visto que a história não está isenta de juízos e visões do pesquisador, bem como dos sujeitos que participaram do estudo e compartilharam suas experiências e impressões em relação a este objeto. Aos historiadores esta é uma questão totalmente superada, visto que é impossível o ‘resgate’ da história tal como aconteceu, mas reconstruções a partir do que restou, a partir de documentos, lembranças, memórias. Neste sentido, a Nova História reconhece bem sua parcialidade, pois como afirma Burke (1992), só percebemos o mundo através de uma estrutura de convenções que variam de uma cultura para outra.

Deste modo, assumo aqui minha posição de enfermeira, que se deparou com a questão da aids ainda na graduação em enfermagem, quando fui estagiária do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, e ali permaneci em torno de um ano, estando envolvida com ações de prevenção primária, campanhas, treinamentos da rede assistencial, e ações de vigilância epidemiológica, atuando na investigação dos casos de aids notificados no município. O envolvimento em todas estas atividades me chamou a atenção para a gravidade da epidemia na cidade e a importância de uma política municipal para responder a esta problemática. Ainda nesta época, ingressei no Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), começando a exercitar a iniciação científica voltada a temática da aids.

Já como enfermeira, passei a atuar na Secretaria Municipal de Saúde de São José, especificamente na Vigilância Epidemiológica. Neste período iniciei o Curso de Mestrado e, totalmente instigada pela temática da aids, desenvolvi um estudo sobre o itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids, sendo o contexto do estudo o Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) deste município. Neste estudo, foi possível identificar nos sujeitos que vivem com HIV/aids a

busca de práticas de cuidado no âmbito da família, nas redes de apoio e na biomedicina, percebendo a posição do indivíduo como sujeito de seu próprio cuidado e a influência da cultura neste contexto.

Atuando também em toda minha trajetória profissional em uma Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário/UFSC, tenho me deparado constantemente com pacientes HIV positivo ou doentes de aids que internam e reinternam por problemas de várias ordens, como diagnóstico tardio, falta de adesão ao tratamento, doenças oportunistas, etc., o que provoca uma certa inquietude, visto que temos no Brasil uma política voltada a aids reconhecida internacionalmente, mais no outro lado da moeda também temos pessoas que morrem por aids sem a chance de acessar ao diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

A opção por desenvolver durante o Curso de Doutorado um estudo sobre a implantação das políticas públicas de saúde relativas à aids no município de Florianópolis, se deu por entender que, como profissionais de saúde, somos importantes atores no processo de construção e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), seja em sua macropolítica, como nas políticas setoriais, como é o caso das políticas voltadas a aids. Entendendo que estas políticas são resultado de um processo de construção histórica, faz-se necessário conhecê-la para de algum modo intervir em seus direcionamentos.

Neste sentido, retomando meu lugar de pesquisadora, me situo como alguém que vê esta história de fora deste processo, dado minha breve passagem pelo Programa DST/Aids do município, ainda como estagiária. Esta curta experiência me proporcionou o acesso ao Programa Municipal e aos profissionais de maneira facilitada, bem como a identificação dos atores envolvidos no Programa ao longo do tempo, que posteriormente se tornaram sujeitos deste estudo. Este fato pode ser entendido como positivo, por me permitir um certo distanciamento em relação ao objeto do estudo, mas também repercutiu em algumas dificuldades para a pesquisa, visto que muitos processos por mim eram desconhecidos, o que fez com que eu me guiasse basicamente pelos documentos disponíveis, assim como pelos depoimentos dos sujeitos do estudo.

Outra questão que gostaria de destacar, é a extensão que este objeto de estudo alcança, visto que a aids é um fenômeno social de diversas facetas. Neste sentido, as ações em prol do controle da epidemia extrapolaram e continuam a extrapolar a questão institucional, sendo necessário reconhecer que tão importantes quanto às políticas institucionais, é a mobilização da sociedade e o papel das Organizações Não Governamentais (Ongs) no controle da epidemia. Deste modo,

mesmo reconhecendo o importante papel da sociedade civil na construção das políticas voltadas a aids no município de Florianópolis, não tratarei desta questão neste estudo, visto que este assunto por si só pode se constituir em uma tese. Do mesmo modo, reconheço a relevância desta problemática no âmbito da saúde da mulher e da criança, especialmente em relação ao controle da transmissão vertical do HIV, mas não me aprofundarei neste assunto, visto que todas as maternidades do município pertencem a Secretaria Estadual de Saúde, e este estudo se concentra na esfera municipal.

Deste modo, anunciando antecipadamente algumas delimitações deste estudo, ressaltamos que esta pesquisa se centra na política municipal de saúde de Florianópolis voltada a aids ao longo de 24 anos, sendo os resultados apresentados no capítulo quatro, na forma de manuscritos que se organizam na ordem temporal, da seguinte forma:

No primeiro manuscrito, utilizamos como ponto de partida o ano de 1986, quando foi notificado o primeiro caso de aids em Florianópolis, e as ações que foram desencadeadas em resposta a este acontecimento;

No segundo manuscrito, partimos do ano da oficialização do Programa Municipal DST/Aids (1993), destacando neste contexto a estruturação do Projeto Redução de Danos (PRD), como resposta ao perfil de transmissão por uso de drogas injetáveis na cidade, o qual se tornou importante estratégia de prevenção junto a população tradicionalmente excluída do sistema de saúde, sendo em 2007 incorporado a Política de Saúde Mental no município;

No terceiro manuscrito, destacamos a estruturação do Programa Municipal DST/Aids, no ano de 1993, bem como as ações estruturadas pelo programa ao longo do tempo no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência;

No quarto manuscrito, destacamos o processo de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, desencadeado a partir de 2006, e as repercussões para o Programa DST/Aids, tanto no âmbito administrativo como na assistência, estabelecendo como ponto de corte deste estudo o ano de 2010, quando algumas ações assistenciais passam a ser gradativamente incorporadas na atenção primária de saúde.

Espero, através deste estudo, contribuir com a comunidade acadêmica, profissionais de saúde e instituições para a consolidação do SUS e o controle da epidemia da aids, pois a história contemporânea nos permite ir muito além de um olhar para o passado, mas principalmente refletir sobre o presente e planejar o futuro.





## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde pública oferecidas à população brasileira têm passado por constantes processos de reestruturação, especialmente após a promulgação da Constituição de 1988, que preconizou ações e serviços públicos de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (STANISE, 2008). Nesta perspectiva, as políticas voltadas a aids<sup>1</sup> no Brasil tem participado deste movimento, no sentido de integração as demais políticas do SUS, a fim de viabilizar a universalidade e integralidade nas ações de prevenção e assistência à população.

No Brasil, o primeiro diagnóstico de aids foi em 1982, embora posteriormente tenha se identificado um caso retrospectivo do ano de 1980. Passados mais de 30 anos da introdução da epidemia no país, o Brasil apresenta uma epidemia estável e concentrada, com taxa de prevalência maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco para infecção pelo HIV, estando entre estes subgrupos, usuários de drogas, mulheres profissionais do sexo, e homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2011a). Em todo o país, a epidemia de HIV/aids tem avançado entre as populações mais vulneráveis sócio-economicamente, estando ligada a pobreza, ao racismo, a desigualdade de gênero, à opressão sexual e a exclusão social (PARKER; CAMARGO, 2000; SANTA CATARINA, 2007, TEMPORÃO, 2008a).

Em seu período inicial, a epidemia da aids foi reconhecida como um problema que exigia respostas urgentes. As primeiras mobilizações oficiais em torno da epidemia ocorreram nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, como resultado da mobilização da sociedade civil que reivindicava ações das autoridades em saúde. Em 1985, o Ministério da Saúde brasileiro reconheceu oficialmente a aids como um problema de saúde pública, criando o Programa Nacional da Aids<sup>2</sup>, que efetivamente

---

<sup>1</sup> No decorrer do texto, utiliza-se a palavra aids em minúsculo, visto que esta palavra já foi incorporada na língua portuguesa como substantivo feminino. Utilizaremos Aids em maiúsculo apenas quando estivermos nos referindo ao nome de algum programa ou evento, por ex.: Programa Municipal DST/Aids.

<sup>2</sup> O Programa Nacional DST/Aids no decorrer dos anos passou por várias denominações. Galvão (2000) fez uma busca das diferentes denominações, e encontrou que em 1987 este foi denominado como Divisão Nacional de Controle das doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA/AIDS; 1988- Divisão Programa Nacional de Controle de DST/Aids; 1989 – Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS; 1990 – Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids; 1990 – Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS; de 1991 a 1996 – Programa Nacional de Doenças Sexualmente

foi implantado em 1986, quando foram estabelecidas as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia. As normas para o combate da aids tinham inicialmente como alvo os homossexuais e bissexuais masculinos, hemofílicos, politransfundidos e usuários de drogas injetáveis, na ocasião conhecidos como grupos de risco (MARQUES, 2002).

De acordo com o Boletim Epidemiológico DST/Aids publicado em 2011, foram notificados de 1980 a junho de 2011 608.230 casos de AIDS no país, sendo 397.662 (65,4%) do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino. A relação entre sexos vem diminuindo sistematicamente ao longo dos anos, visto que em 1985, a razão era de 26 homens para 1 mulher, e em 2010 a razão foi de 1,7 homens para cada mulher (BRASIL, 2011).

Durante todo o percurso da epidemia no país, algumas regiões têm recebido destaque, tanto pelo número de casos da infecção, quanto por suas características epidemiológicas. Neste contexto, a região Sul tem se caracterizado por altas incidências da doença, a exemplo de Porto Alegre-RS, que é a capital com maior incidência de aids no país por anos seguidos. Em Santa Catarina, o primeiro caso registrado no estado foi em 1984, e até junho de 2011 o estado notificou 30.284 casos de aids (BRASIL, 2011). Desde o início da epidemia, este estado apresentou como peculiaridade o modo de transmissão por uso de drogas injetáveis (UDI) e alguns municípios com as mais altas taxas de incidência no país, chamando a atenção das autoridades em saúde e exigindo respostas urgentes. Desde então, inúmeras ações tem sido desenvolvidas no campo das DST/Aids, a fim de prevenir e reduzir sua incidência.

Esta problemática se estende até os dias atuais, visto que a incidência da aids no Brasil em 2010 foi de 17,9 casos para 100.000 habitantes, enquanto que na região Sul esta taxa foi de 28,8 casos, e Santa Catarina 30,2 casos, sendo o quarto estado com a mais alta incidência da doença no país. Ainda em 2010, Florianópolis foi a segunda capital com maior incidência de casos de aids, com 57,9 casos por 100.000 habitantes. Analisando a série histórica, observamos que Florianópolis se manteve desde 1998 até 2010 como a segunda capital com maior incidência da doença, ocupando o primeiro lugar em 1999 e 2005 (BRASIL, 2011). Estes dados, no entanto, merecem considerações

---

Transmissíveis/AIDS; 1997 – Coordenação Nacional de DST e Aids. Em 2009 sua denominação mudou para Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Mesmo com tantas denominações, muitos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde tratam de maneira geral como “Programa Nacional”, de forma que adota-se esta denominação para padronizá-la do decorrer do texto.

já colocadas por alguns autores, a exemplo de Meirelles (2003) que considera entre outros fatores, a alta sensibilidade do serviço de vigilância epidemiológica na região Sul, quando comparada com outras regiões do país, o que eleva consideravelmente estes índices.

O município de Florianópolis notificou o primeiro caso de aids em 1986. Nos anos subseqüentes, os casos de aids na cidade foram se multiplicando, destacando-se a categoria de transmissão por UDI, a exemplo de outras cidades litorâneas do estado. No início da década de 1990 do século XX, o Ambulatório Municipal de DST passou a estruturar-se gradativamente para o atendimento inicial de pacientes com HIV/Aids. Chegou-se ao ano de 1993 com 488 casos de aids notificados no município, sendo as principais categorias de transmissão: 56,3% por uso de drogas injetáveis, 22 % por transmissão heterossexual, 14,5% por transmissão homossexual, 6% por transmissão bissexual e 4,1% por transmissão vertical (SINAN-SC, 2011). Foi ainda neste ano, que foi oficializado em Florianópolis o Programa<sup>3</sup> Municipal de Controle das DST/Aids, como forma de responder com mais efetividade a epidemia em nível local, contando com recursos provenientes do primeiro empréstimo realizado pelo país junto ao Banco Mundial para o controle desta infecção.

A partir da formação do Programa Municipal de Controle das DST/Aids, uma série de ações foram instituídas, como a estruturação do Projeto Redução de Danos (PRD), com foco especial na transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, foi formada a equipe de coordenação do Programa, que dedicou-se às atividades de vigilância epidemiológica, treinamentos na rede assistencial, atividades de prevenção e campanhas pontuais, articulando parcerias com os demais programas do município. Neste período, foi formado o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), inaugurado em novembro de 1995, além de serem mantidas as atividades do Ambulatório DST/Aids, que passou a ser reconhecido como Serviço Ambulatorial Especializado (SAE).

A série de empréstimos concedidos pelo Banco Mundial, conhecidos como Projeto Aids I (1994-1998); Projeto Aids II (1998-2003); Projeto Aids III (2003-2006), foram essenciais à promoção das

---

<sup>3</sup> Cabe destacar aqui o conceito de programa, que segundo Mattos (1998), é um conjunto de ações e propostas formuladas por uma instituição, na tentativa de enfrentar um problema público ou algum de seus aspectos. Deve ser compreendido como um indutor do processo de formulação de políticas. Neste caso, o Programa Municipal DST/Aids representa um conjunto de ações formuladas para enfrentar a epidemia de aids, reconhecida como um problema de saúde pública no município.

políticas de saúde nacionais voltadas à aids, pois permitiram que muitas ações fossem colocadas em prática. No período referente ao Projeto Aids I e Aids II, desenvolveu-se uma rede de alternativas assistenciais em todas as regiões do país: Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais. Várias organizações não governamentais (ONGs) criaram casas de apoio, casas de passagem e grupos de convivência, para o desenvolvimento de atividades de forma complementar a assistência oficial. Já a partir do Projeto Aids III, foi recomendado que o país fortalecesse a qualidade da atenção às DST/Aids oferecida pelo Sistema Único de Saúde e buscasse a sustentabilidade de suas ações, através de mecanismos do SUS (SOUTO, 2003; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; BARBOZA, 2006).

As políticas de saúde são entendidas como fruto de um complexo processo de negociações entre a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesse e organizações da sociedade civil. Neste contexto, as instâncias colegiadas do SUS assumem elevado grau de importância na determinação dos rumos das políticas setoriais. Tratam-se de decisões que envolvem relações intergovernamentais, buscando a cooperação para o sucesso de descentralização da política de saúde (Silva, 2000).

Dentro deste raciocínio, as políticas de saúde voltadas a aids figuram como exemplo da negociação entre atores vinculados a diversos segmentos sociais e instituições, resultando em um conjunto de ações articuladas que passou a ser denominada como a “a resposta brasileira ao HIV/Aids”, reconhecida no mundo inteiro como um modelo de enfrentamento da epidemia. Diversas entidades, dentre elas a Organização Mundial da Saúde, o próprio Banco Mundial, e outras agências reconheceram esta política como uma referência para países em desenvolvimento e também para países desenvolvidos (PASSARELLI, 2006; MENDONÇA, ALVES; CAMPOS, 2010).

Não obstante o êxito desta política, uma das preocupações do Programa Nacional de DST/Aids tem sido a aproximação de suas modalidades assistenciais às demais estruturas do SUS, em especial a Rede de Atenção Primária de Saúde, o que proporcionaria uma maior cobertura e acesso, e a conquista de maior integralidade nas ações em saúde. Apesar dos esforços do Programa Nacional de DST/Aids em estimular a descentralização de algumas ações, esta política ainda encontra-se verticalizada. Do mesmo modo, os programas estaduais e municipais em DST/Aids de forma geral reproduziram este modelo verticalizado de atenção, realizando ainda suas atividades de

prevenção/assistência dissociados de outros serviços do SUS, restritos a rede assistencial em DST/Aids (VENTURA, 2005; BRASIL, 2005).

Esta preocupação também se reproduziu no município de Florianópolis, que estruturou seu programa municipal de forma fragmentada em relação aos outros programas de saúde. Na primeira década dos anos 2000, passou-se a vislumbrar a reorganização das ações da Secretaria Municipal de Saúde, baseado no conceito de Vigilância em Saúde, buscando reordenar o sistema a partir da Atenção Primária. Isto implicou em uma reorganização das políticas de saúde do município visando sua integração, passando a vislumbrar o atendimento das pessoas em seu contexto, e não apenas populações-alvo de diferentes programas.

Para compreender a organização atual das políticas de saúde do SUS é necessário remeter-se não apenas a questões epidemiológicas, mais também a histórias e políticas, pois sua evolução é marcada pela fragmentação de seus objetos e produtos, caracterizada ainda pela dicotomia entre o preventivo e curativo, o individual e o coletivo, dificultando a construção de uma abordagem na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, buscamos compreender neste estudo como se deu o desenvolvimento das políticas voltadas a aids no município de Florianópolis, e para tal nos propomos a ir além dos índices epidemiológicos, mas “adentrar” a história da epidemia no município, analisando o contexto político-social que a epidemia se inseriu, quais autores protagonizaram esta história, quais direcionamentos tomados pela epidemia, e quais determinantes de natureza política e econômica deram conformidade as ações ao longo do tempo, resultando no cenário atual. Deste modo, tomamos como ponto de partida deste estudo o ano de 1986, em que foi notificado o primeiro caso de aids na cidade, e como ponto de corte o ano de 2010, quando após todo um processo de reestruturação interna do serviço municipal de saúde, passa-se a vislumbrar o atendimento do paciente HIV na Atenção Primária.

Para tal empreendimento, contamos com a perspectiva da Nova História, que se propõe a abordar os problemas sociais a analisá-los a partir de diferentes referenciais, contando não apenas com fontes oficiais, mas com todas aquelas que possam contribuir para a compreensão do fenômeno estudado, contando inclusive com a experiência dos atores sociais que fizeram ou fazem parte desta história (BURKE, 1992; LE GOFF, 2005). Faz-se importante ressaltar que este estudo está vinculado as atividades de pesquisa do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem em Saúde – GEHCES- que

tem assumido o compromisso de desenvolver estudos no âmbito da história da enfermagem brasileira, instituições e políticas de saúde, visando contribuir para o debate político-social acerca de temas relevantes na sociedade.

Apesar dos inúmeros trabalhos realizados sobre a aids, carecemos de estudos voltados para a perspectiva histórica, o que permitirá também que o mesmo seja instrumento de conhecimento e de trabalho para os profissionais e instituições envolvidas com a temática e comprometidas com a formulação de políticas públicas no combate a epidemia. Dentro deste contexto, ao olharmos para a epidemia da aids e suas políticas através de uma perspectiva histórica, temos a oportunidade de obter um entendimento mais amplo deste processo e como ele foi construído ao longo de sua trajetória, oportunizando-nos a refletir, enquanto profissionais de saúde, sobre nosso papel na concretização das políticas de saúde voltadas para o combate à epidemia e ao compromisso em garantir que os princípios do SUS se concretizem na prática, em todos os setores da saúde.

A partir destas considerações, buscamos responder ao seguinte questionamento: De que modo as políticas de saúde pública voltadas as DST/Aids vêm sendo articuladas aos princípios e diretrizes do SUS e implementadas no município de Florianópolis?

A tese que defendemos neste estudo é que a atenção integral à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids, às populações vulneráveis e à população geral exige integração de ações entre a macropolítica do SUS, a política setorial em Aids e a política municipal de saúde. A capacidade do Sistema Único de Saúde em prover intervenções para o enfrentamento desta epidemia encontra-se justamente na integração de suas políticas. Neste sentido, os princípios ideológicos e organizacionais do SUS se configuram em importantes instrumentos para conduzir estes direcionamentos.

Neste sentido, temos como objetivo geral:

Compreender como se desenvolveram as políticas públicas de saúde relativas a aids no período de 1986 a 2010, no município de Florianópolis, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS.

E como objetivos específicos:

- Descrever o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até o ano de 1993, quando foi oficializado o Programa Municipal DST/Aids neste município;

- Analisar como a política de Redução de Danos (RD) se desenvolveu enquanto estratégia de cuidado e prevenção do HIV/Aids entre os UDI no município de Florianópolis, no período de 1993 a 2007;
- Analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial, desvelando as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência;
- Analisar como o processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis, bem como suas repercussões no nível assistencial e administrativo.





## **2 SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA COM BASE NA LITERATURA**

Neste capítulo, apresentaremos a trajetória da construção do SUS em nosso país legitimada pela Constituição de 1988, e estabelecida com a criação das Leis Orgânicas do SUS (Leis Nº 8080 e 8142/1990) (BRASIL 1990a; BRASIL 1990b). Apresentamos os princípios ideológicos e organizacionais que norteiam a política do SUS e as normas operacionais, leis e pactos que vem norteando a implantação desta política de saúde ao longo destes seus vinte e dois anos de existência, acrescentando também o modo como estas políticas vêm se delineando no estado de Santa Catarina. Partimos inicialmente do contexto do SUS, para que o leitor acompanhe este processo histórico que vem servindo de pano de fundo para todas as ações e serviços de saúde implantados no Brasil neste período.

Em um segundo momento, tratamos da implantação das políticas públicas de saúde voltadas à aids desde a emergência da epidemia no Brasil, o financiamento das ações e a implantação da rede assistencial em DST/Aids no país. Apresentamos também nesta secção, o manuscrito intitulado “A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia”, publicado no periódico Cadernos de Saúde Coletiva, Volume XIX, número 2, em abr/jun 2011, em que através de uma perspectiva histórica tratamos de aspectos epidemiológicos e das políticas de saúde voltadas à aids no estado. Em seguida, tecemos um contexto geral do município de Florianópolis e da epidemia de aids neste município do ano de 1986 até 2010.

Deste modo, esperamos que esta explanação possa descrever o contexto da macropolítica do SUS e das políticas voltadas a aids no país, em Santa Catarina e em Florianópolis, para embasar nosso problema de pesquisa e tornar possível sua operacionalização.

### **2.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS: REVISITANDO A HISTÓRIA**

O século XX no Brasil foi marcado por mudanças no sistema de saúde que transitaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privativista, chegando nos anos de 1980 ao projeto

neoliberal. O sanitarismo campanhista foi caracterizado por um período em que a saúde era tratada a partir de uma visão militar, visando o combate as doenças em massa e um estilo repressivo de intervenção sobre o indivíduo e a sociedade (MENDES, 1995).

Em 1897, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo dirigida de 1903 a 1908 pelo sanitarista Oswaldo Cruz, que deu início a campanhas sanitárias para o extermínio de epidemias da época, adotando medidas de polícia sanitária e gerando inúmeras revoltas populares. Neste período, a economia brasileira era dominada por um modelo agroexportador, sendo que o que se exigia do sistema de saúde era prioritariamente uma política de saneamento dos espaços em que circulavam as mercadorias exportáveis e a erradicação de doenças que pudessem ameaçar as exportações (COSTA, 1986; MENDES, 1995; 1999).

O ano de 1920 foi marcado pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, assinalando uma ampliação de ações da iniciativa pública, em que o Estado passa a participar de modo ativo nas questões de higiene da população, atuando nas áreas de saneamento urbano, rural, da higiene industrial, dos serviços de higiene materno-infantil, além de agir diretamente no combate as endemias rurais (COSTA, 1986; LUZ, 1986). Ainda nesta década, por meio da Lei Elói Chaves (1923), foi criada a Previdência Social no Brasil e também da primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAP's). As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Nos anos seguintes houve uma ampliação de CAP's de tal modo que em 1930 já eram contabilizadas 47 CAP's que ofereciam cobertura a 142.464 beneficiários (MENDES, 1995).

Em 1930, a saúde foi transferida do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde. Neste período, foram organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais, passando a ter o Estado como contribuinte. Do período de 1930-1945 a assistência médica foi considerada função provisória e secundária dos IAP's, visto que a Previdência Social era a prioridade, com vistas a acumulação de capital. Neste período, a assistência médica era prestada nos centros urbanos através da prática privada, enquanto a assistência hospitalar ficava a cargo de instituições religiosas ou filantrópicas (LUZ, 1986; MENDES, 1995; ANDRADE, 2007).

Ainda na década de 1930, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças como a tuberculose e a hanseníase, além dos manicômios públicos já existentes. Foi neste período que também surgiram

os Departamentos Estaduais de Saúde, implantando-se de forma progressiva uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas (BRASIL, 2006).

No ano de 1941, verifica-se uma importante reorganização no Ministério da Educação em Saúde, em que o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate as endemias, a formação de técnicos em saúde pública, além de institucionalizar campanhas sanitárias. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, que se reorganiza da seguinte forma: o Departamento Nacional de Saúde passa a ser composto pelos Serviços Nacional de Tuberculose, Peste, Malária, Lepra, Câncer e de Doenças Mentais, incorporando também o Serviço Nacional de Febre Amarela, Departamento Nacional da Criança, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Nacional de Biometria Médica. Apesar desta reestruturação do sistema de saúde, a criação do Ministério da Saúde representa um relativo avanço, visto que na divisão do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor Saúde somente 1/3 do orçamento total do antigo ministério (BRAGA; PAULA, 2006).

A partir da década de 1950, o Brasil passou a viver um processo de industrialização acelerado, deslocando o pólo da economia para os centros urbanos e gerando uma massa de assalariados com más condições de trabalho e uma remuneração baixa, que buscava ser atendida pelo sistema de saúde, que por sua vez priorizava sua atuação sobre a restauração da capacidade produtiva do trabalhador. Passa a ser observado neste período, além da expansão da medicina previdenciária, uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada. Os dados demonstram que em 1950 53,9 % dos leitos totais do país eram privados, e em 1960 este número sobe para 62,1%, contribuindo para a hegemonização do modelo médico-assistencial privatista (BRAGA; PAULA, 2006; LUZ, 1986). Esta realidade passa a ser modificada lentamente após instituição do Sistema Único de Saúde, pois atualmente, do total de leitos hospitalares no Brasil, incluindo clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria, outras especialidades e leitos de hospital-dia, 72,2 % destes leitos pertencem ou estão vinculados ao SUS e 27,8% são leitos não SUS. Quanto à rede complementar, que inclui leitos de Unidade de terapia intensiva – UTI pré-natal, UTI pediátrica, adulto e coronária, ainda há maior equilíbrio entre o sistema público e privado, visto que 55,4% destes leitos pertencem ao SUS, e 44,6 % são leitos não SUS (DATASUS, 2012).

A partir do golpe militar (1964), houve uma centralização

administrativa que se consolidou com a unificação dos IAP's, sendo substituídos em 1966, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A ditadura passa a investir nas políticas sociais, como forma de conter insatisfações e mascarar o caráter extremamente autoritário e violento do governo, gerando uma demanda por serviços médicos em proporção bem maior a capacidade de atendimento dos antigos IAP's. Estas políticas, no entanto, são dirigidas apenas aos profissionais formalmente inseridos no mercado de trabalho, com carteira profissional assinada. Apesar de este novo sistema ampliar as clientela da Previdência Social, incluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e autônomos, havia várias restrições para os diferentes segmentos, ficando claras as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, tanto em quantidade quanto em qualidade (ANDRADE, 2007; BRASIL, 2006; BRASIL 2006a).

A partir da implantação do INPS, houve um verdadeiro surto expansionista, com aumento do atendimento hospitalar e ambulatorial e uma acumulação de capital na rede privada de assistência médica, chegando a uma situação praticamente insustentável para o Estado, visto que ao final de dez anos os gastos em assistência médica promovidos pelo INPS aumentaram em 437%. Frente a esta situação, o Estado se depara com a necessidade de conter os gastos com a medicina previdenciária, visto que as articulações com o setor privado são onerosas. Esta situação é agravada por parte do próprio Estado, que apresenta uma contribuição ao sistema previdenciário insignificante quando comparado com outros países (BRAGA; PAULA, 2006).

É neste período também que outras modalidades de assistência a saúde surgem, como o convênio-empresa, em que os empregados perdem o direito aos serviços médicos do INPS, exceto em algumas situações, e a empresa contratante passa a responsabilizar-se pela atenção médica a seus empregados, através de subsídios da Previdência. O crescimento desta modalidade foi progressivo, cobrindo em 1977 10% do total da população previdenciária da época. Deste modo, o convênio-empresa foi o modo de articulação entre Estado-empresariado que viabilizou o surgimento da atenção médica supletiva, um novo sistema que seria hegemônico na década de 80 (BRAGA; PAULA, 2006; MENDES, 1995).

Ainda no ano de 1977, foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) através da Lei Nº 6.439, que em conjunto com a Constituição de 1967-69 e a Lei Nº 6.229, organiza o Sistema Nacional de Saúde, consolidando-se desta forma a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente da década de 70. Com a criação do SINPAS, a área de

atenção médica fica sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Atenção Médica e Previdência Social (INAMPS), ficando sob sua responsabilidade as ações de caráter individual, oficializando-se a dicotomia do setor, visto que as ações coletivas mantinham-se sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MENDES, 1995; ANDRADE, 2007).

Analisando o conjunto das políticas desenvolvidas na década de 70, pode-se observar alguns aspectos, dentre eles: uma extensão da cobertura previdenciária, abrangendo quase toda a população urbana e parte da população rural; o estabelecimento de uma política nacional de saúde com uma prática médica curativo-individual em detrimento de medidas de saúde pública; o Estado atuando como maior financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado como maior prestador de serviços de atenção médica, e o setor privado internacional como maior produtor e fornecedor de insumos em saúde, como equipamentos e medicamentos. Porém, ao final da década, este modelo já demonstrava enormes inadequações à realidade sanitária nacional (MENDES, 1995; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Paralelamente a esta realidade político-social, desde o início da década de 70, organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) recomendaram a formulação de políticas sociais, visando estratégias para enfrentar a marginalização a quais muitos segmentos sociais estavam expostos. Em 1978, na reunião de Alma-Ata, foi proposta como meta a toda comunidade mundial que até o ano 2000 toda a população mundial atingisse um nível de saúde digno, ficando conhecido o lema “Saúde para todos no ano 2000”, defendendo-se que os cuidados primários em saúde se constituiriam em uma estratégia para que esta meta fosse atingida (MENDES, 1995; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Frente às recomendações de organismos internacionais, e a necessidade de desenvolver uma modalidade de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privativista, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e comunidades rurais, desenvolveu-se no Brasil a proposta de atenção primária seletiva, executada com escassos recursos, dirigidas a populações marginalizadas, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade, reduzidos em programas de medicina simplificada. Em 1976, surge o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, denominado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), sendo estendido em 1979 para todo o país, resultando em uma grande expansão da rede ambulatorial pública.

No período de 1975-84, estas unidades apresentaram um crescimento de 1.225%. O PIASS concentrava suas ações nas Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a adotar um modelo de regionalização administrativa estruturado em diversas regiões do estado (MENDES, 1995).

Porém, algumas iniciativas que iam contra a hegemonia deste modelo surgem em algumas instituições acadêmicas, com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, sob recomendação e apoio da Organização Panamericana de Saúde, constituindo-se em espaços em que se desenvolveram a base político-ideológica da Reforma Sanitária. O Movimento Sanitário, apesar de sua forte vinculação acadêmica, caracterizou-se por aliar uma produção científica voltada a novas práticas políticas e à difusão de uma nova consciência sanitária, criando alternativas as práticas dominantes nos serviços de saúde, ao desenvolver projetos de medicina comunitária em regiões mais pobres, por meio das Secretarias de Saúde e convênios internacionais. Estes projetos além de serem de caráter experimental, estavam à margem do sistema de saúde oficial. No entanto, foi através destas experiências que o Movimento Sanitário pode experimentar uma política alternativa para o setor saúde, através de um sistema mais racional e adequado com os recursos disponíveis no país (MENDES, 1995; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

A partir de 1975, com os primeiros sinais de esgotamento econômico e enfraquecimento do regime militar, evidenciado pela vitória da oposição nas eleições de 1974, a sociedade, através do movimento de trabalhadores de saúde, de intelectuais, lideranças populares e sindicais e organizações sindicais médicas, passou a vivenciar um clima crescente de mobilização e luta pela redemocratização. Neste período foram criadas instituições que viriam contribuir com diversas atividades para uma proposta alternativa ao modelo assistencial vigente, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), criado em 1976 (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

No sul do Brasil, o movimento sanitário se constituiu de forma complementar nos três estados da região. No Rio Grande do Sul, a sua consolidação se deu pelo movimento estudantil, a Escola de Saúde Pública e a Residência em Medicina Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo em Porto Alegre. Este grupo se organizou dentro da mesma lógica do CEBES, passando a incorporar também as propostas progressistas setoriais em Santa Catarina, através do contato com o movimento estudantil e com membros do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. A partir de 1978, projetos de atenção primária e de extensão foram patrocinados pela

Prefeitura de Florianópolis, o que contribuiu para ampliar o movimento e difundir suas idéias (MAGAJEWSKI, 2008).

De acordo com Magajewski (2008), uma das características peculiares do movimento sanitário em Santa Catarina foram os laços produzidos entre intelectuais do movimento com a Pastoral da Saúde, facilitando um processo de discussão envolvendo a sociedade, comprometido com as demandas de grupos sociais das periferias e das áreas rurais do interior do estado. A estes grupos populares, intelectuais e institucionais, foram se somando outros grupos representativos de categorias profissionais, como a Associação Catarinense de Medicina, a Associação Brasileira de Enfermagem e o Sindicato dos Médicos de Santa Catarina, conformando o movimento sanitário já amadurecido no início da década de oitenta.

O início da década de 1980 do século XX foi marcado por uma profunda crise financeira da Previdência Social, que por seu caráter excludente e por suas práticas curativas, serviu de alavanca para a luta pela criação do Sistema Único de Saúde. Uma questão relevante que contribuiu para a crise do sistema público de saúde foram os golpes e fraudes freqüentes, resultando em escândalos que envolviam um número significativo de hospitais, que através de diversas irregularidades (que iam desde a adulteração de procedimentos, emissão de dupla ou tripla internação para um único doente internado, o registro de consultas inexistentes, entre outros) contribuía para o desmantelamento do sistema de saúde da época<sup>4</sup>.

Frente à crise do setor saúde, o Movimento Sanitário ofereceu um sistema alternativo para reformulação do sistema de saúde, sendo que nesta oportunidade alguns intelectuais do Movimento Sanitário foram incorporados a burocracia estatal, a fim de contribuir com soluções para a problemática apresentada. No final de 1981, a Presidência da República instituiu o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que cria um foro de discussão para resolver a crise da previdência e reduzir os gastos em saúde. O trabalho do CONASP resultou em um Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, propondo a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais. A partir deste plano, surge o projeto Ações Integradas em Saúde (AIS), avançando nos princípios de universalização, equidade e integração dos serviços de

---

<sup>4</sup> Algumas denúncias publicadas na época em veículos de circulação nacional ilustram os escândalos do sistema de saúde. Como exemplo, citamos a reportagem "INAMPS - uma rede de intrigas", publicada na Revista Veja, em 13/03/1985, além da reportagem "Corrupção no INAMPS", publicada pelo Jornal o Estado de São Paulo, em 20/05/1987.

saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Em Santa Catarina, as AIS foram chamadas de PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), iniciando o projeto de municipalização no estado. O primeiro município em que foi implantando este projeto foi Lages, no ano de 1982. Além de Lages, Criciúma, Joinville, Itajaí e Blumenau foram os primeiros a possuir rede de saúde própria e, na década de 80, sediaram encontros para discutir o processo de municipalização, com a participação de outros municípios catarinenses (ORTIGA; CONILL, 2009).

Os anos 80 foram palco também de importantes transformações no plano político, em que se processa a transição do regime militar para a democracia representativa formal, com a instauração do governo civil em março de 1985, eleito de forma indireta em janeiro deste mesmo ano. A “Nova República” demarca o período de transição política e redemocratização, em que se manifestam forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, alimentando o embate entre interesses privatizantes e segmentos sociais estatizantes, os quais já vinham se manifestando nos últimos governos da ditadura (BRASIL, 2006c).

Avançando na discussão sobre a saúde, o Ministério da Saúde convocou o processo de preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em Brasília, no ano de 1986. Esta conferência foi um evento político-sanitário de grande importância histórica por seu caráter democrático, com a presença de cerca de 5.000 participantes entre usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidades, parlamentares, ONGs, promovendo discussões sobre a implementação de mudanças nas políticas de saúde e a legitimação de uma verdadeira proposta de Reforma Sanitária, registrada em seu relatório final (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989; BRASIL, 2006d).

Nesta conferência, a saúde foi discutida a partir de três temas principais: A Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Em relação ao primeiro tema, o conceito de saúde foi definido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso a terra e aos serviços de saúde. Defendeu-se a saúde como um direito de todos a ser garantido pelo estado, prevendo condições dignas de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação a saúde. Neste sentido, as políticas de saúde deveriam estar integradas as demais políticas econômicas e sociais. Quanto a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, defendeu-se a criação de um Sistema Único de saúde através de uma ampla reforma



sanitária, prevendo comando único das ações, do nível federal para estadual e municipal, regido pelos princípios de descentralização, integralização das ações, regionalização, hierarquização, participação popular e fortalecimento do município. Quanto ao financiamento, este seria de responsabilidade do estado, articulando a participação de estados e municípios, sendo os recursos distribuídos conforme as condições de vida e saúde de cada região do país (RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como resultado imediato a constituição de um instrumento político-ideológico que viria influenciar de forma significativa dois processos que se iniciaram no ano de 1987: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), incorporando os princípios da reforma sanitária, e no poder legislativo, a elaboração da nova constituição brasileira (MENDES, 1995). Ainda em julho de 1987, iniciou-se a descentralização dos recursos físicos, humanos e financeiros do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para os estados. No período de vigência do SUDS, de 1987 a 1990, 90% dos municípios catarinenses participaram da “municipalização”, assim como em outros estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná (ORTIGA; CONILL, 2009).

Durante o processo da Assembléia Nacional Constituinte houve amplo debate em torno das diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, resultando na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988 (BRASIL, 2006d).

## 2.2 O SUS E O DESAFIO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, também conhecida como constituição cidadã, defende e legitima através do artigo Nº 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.33).

Partindo deste conceito, a Constituição Federal inscreve na história de nosso país o Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS se

insere em um contexto mais amplo de política pública, isto é, a seguridade social, que abrange as políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção mais ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia deste direito (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; BAPTISTA, 2005).

A implantação do SUS tem início na década de 90, após sua promulgação na Constituição de 1988. O SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, que disciplina sua descentralização político-administrativa e regulamenta as condições para o funcionamento deste sistema. Esta lei é complementada pela Lei Nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade e preconiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. De acordo com a Lei Nº 8.080/90, o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Apesar de definidas as instituições públicas como promotoras das ações e serviços de saúde, é explicitado que a iniciativa privada pode participar deste sistema em caráter complementar, quando os recursos públicos forem insuficientes para garantir cobertura assistencial da população (ANDRADE, 2007; BRASIL 1990, 1990a).

O SUS tem como objetivos identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes de saúde; formular políticas de saúde que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos; estabelecer condições de acesso universal e igualitário as ações e serviços a fim de promover, proteger e recuperar a saúde; e assistir as pessoas através da integração das ações assistenciais e atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O campo de atuação do SUS, dado sua proposta inicial, é bastante amplo, abrangendo a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; de saúde do trabalhador; a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica; intervenções ambientais em seu sentido mais amplo, como a formulação e execução de ações de saneamento básico e proteção do meio ambiente; a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; ações de vigilância nutricional e orientação alimentar; fiscalização de produtos de consumo; a formulação de políticas voltadas para os insumos de saúde, como medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, tanto na produção, quanto no controle e fiscalização (BRASIL, 1990).

O SUS se apresenta como uma proposta inovadora e integradora em diversos setores, com políticas que promovam condições de habitação, alimentação, educação, meio ambiente, entre outros, e um sistema de saúde que contemple a todos, sem qualquer distinção, visando a construção de políticas capazes de abarcar as diferentes situações de saúde em seus variados graus de complexidade (BAPTISTA, 2005). A expressão “Único”, tratada na Constituição e na Lei Nº 8.080/1990, refere-se ao conjunto de princípios ideológicos, que englobam a **universalidade, integralidade e igualdade**, e do ponto de vista organizacional a **descentralização, regionalização e participação da comunidade**/controle social (BRASIL, 1993a).

Para um melhor entendimento dos princípios que constituem o cerne desta política, descrevemos a seguir cada um deles, partindo de sua regulamentação formal e da contribuição de autores que tem se dedicado a uma compreensão mais ampla destes conceitos, visto que estes são os eixos norteadores de nossa política de saúde.

### **2.2.1 Os princípios filosóficos e organizacionais do SUS: alguns conceitos**

Para entendermos melhor os princípios que norteiam toda a política do SUS, buscamos em Abbagnano (2000) o conceito de princípio, sendo este colocado como “ponto de partida”, fundamento, como uma premissa maior. Em Houaiss (2001), princípio é o que serve de base para alguma coisa, a raiz, regra, lei, norma, uma proposição lógica fundamental sobre o qual se apóia o raciocínio. Ao nos referirmos aos princípios ideológicos, evocamos uma ideologia, conceituado do ponto de vista filosófico como a “visão de mundo” de um grupo ou classe social, crença, compromisso de conduta (ABBAGNANO, 2000). Do ponto de vista político, ideologia refere-se a um “sistema de idéias interdependentes”, sustentadas por um grupo social de qualquer natureza ou dimensão os quais refletem, racionalizam e defendem interesses, sejam eles morais, religiosos ou políticos. É também um conjunto de convicções filosóficas, sociais, políticas, de um indivíduo ou grupo de indivíduos (HOUAISS, 2001, p. 1566).

Ao nos referirmos aos princípios ideológicos do SUS, estamos nos dirigindo ao ponto de partida deste fundamento, a um conjunto de normas ligadas a uma ideologia filosófica e política, articulado por valores e crenças que se organizam para regular o sistema. Deste modo,

os princípios ideológicos do SUS são:

**Universalidade** ao acesso em todos os níveis de assistência, implicando na substituição do modelo contributivo de seguro social existente por longa data no Brasil, que restringia o acesso aos serviços aos contribuintes da Previdência Social. Com a universalidade, todos têm o mesmo direito de obter as ações e serviços que necessitam. As condições sócio-econômicas da população não devem repercutir no acesso aos serviços, visto que o financiamento das ações é de responsabilidade de toda a sociedade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A universalidade é característica de um Sistema de Saúde de Dominância Estatal, onde o Estado se responsabiliza pela saúde dos seus cidadãos, sendo a saúde entendida como direito de cidadania e não como mercadoria. Neste modelo, o Estado promove o financiamento, organização/regulação e prestação dos serviços aos cidadãos (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Os sistemas de saúde contemporâneos, podem se conformar em sistemas universais ou segmentados. Os sistemas universais caracterizam-se por ofertar a toda a população, independente de gênero, idade ou renda, uma série de serviços de saúde com financiamento público. Países como Canadá, Costa Rica, Espanha, tem sistemas públicos universais. Já o sistema de saúde segmentado, oferece pacotes de serviços específicos para diferentes parcelas da população, sendo complementado pelo sistema de saúde privado. Um exemplo são os Estados Unidos, que oferecem um sistema público para pessoas de baixa renda, e outro sistema para os idosos, contemplando apenas um quarto da população, sendo que os outros três quartos da população dependem de sistemas de saúde empresariais/privados. A lógica entre a universalização e a segmentação se define nos valores vigentes de cada sociedade, do posicionamento político-ideológico dos atores sociais frente à organização dos serviços de saúde, e do comprometimento do estado em relação a saúde da população (BRASIL, 2006).

No Brasil, existe uma nítida distância entre a universalização instituída constitucionalmente e o sistema de saúde na prática, caracterizando uma segmentação de nosso sistema de saúde. Esta segmentação pode ser ilustrada no modo como a população brasileira utiliza os serviços de saúde, pois 28,6 % são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos, utilizando também um sistema de saúde privado, e 8,7% não são usuários do SUS. Deste modo, o sistema brasileiro é composto por um sistema público, o SUS, que se aproxima do sistema de dominância estatal, um sistema de seguros

obrigatórios e planos de saúde e, um sistema de compra direta de serviços, que se aproxima do sistema de livre mercado (BRASIL, 2006; BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Ao se constituir na prática como um sistema segmentado ou híbrido, o SUS se estrutura para responder as demandas dos setores mais pobres da população e a demandas específicas, caracterizadas por programas especiais, contemplando nestes casos outros segmentos sociais. É o caso do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes e do Programa Nacional DST/Aids, que incorporam segmentos da classe média, constituindo-se em nichos de universalização no SUS, sendo dificilmente subfinanciados (BRASIL, 2006). O êxito destes programas se deve também ao potencial da população atendida, mais esclarecida e politizada. Exemplo disto, é o destaque internacional do Programa DST/Aids brasileiro e da disponibilização dos antirretrovirais no sistema público de saúde, em que atores de camadas mais favorecidas da população, atingidos pela epidemia e cientes de seus direitos, reivindicaram do sistema público de saúde medidas de prevenção e tratamento.

A segmentação do sistema de saúde, ao contrário da lógica do senso comum, não gera mais recursos para as camadas pobres da população, mas um sistema de saúde empobrecido, visto que a população desfavorecida economicamente tem pouca capacidade de organizar-se e articular seus interesses no cenário político. Daí a importância de universalizar o sistema de saúde incluindo todas as camadas sociais para que toda a sociedade se mobilize em defesa do SUS (BRASIL, 2006).

**Integralidade** na assistência, entendida como as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. O termo integralidade tem uma construção conceitual “preche de sentidos” (MATTOS, p. 42, 2006) podendo ser analisado por várias perspectivas. De acordo com Pinheiro (2006), a integralidade é uma ação social que resulta da interação dos atores na relação demanda e oferta, tanto no ato da atenção individual, como no plano sistêmico, das ações produzidas pela rede de serviços.

Mattos (2006) apresenta três sentidos à integralidade, sendo o primeiro relacionado diretamente à prática dos profissionais da saúde, em defesa de uma medicina integral. A medicina integral vai contra a lógica da fragmentação e das especialidades médicas que percebem apenas as dimensões biológicas, em detrimento das considerações psicossociais e sociais. Neste contexto, a integralidade é defendida como um valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, que se

expressa no atendimento das necessidades dos usuários destes serviços, levando em conta não somente ações de prevenção e controle das doenças.

Um segundo sentido da integralidade, se relaciona a organização do trabalho nos serviços e das práticas de saúde, em contraposição ao antigo sistema de saúde, que dividia as ações e serviços preventivos dirigidos a coletividade, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e as ações e serviços assistenciais dirigidos ao indivíduo, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS). Este arranjo institucional dicotomizado gerava ações de assistência médica e de saúde pública dissociadas, estando a primeira centrada principalmente nos hospitais, e a segunda nos centros de saúde. Dentro deste sistema, a população precisava se dirigir a unidades de saúde diferentes, conforme suas necessidades. Os centros de saúde, por exemplo, realizavam atendimentos voltados tipicamente a prevenção, a exemplo das imunizações, contendo também programas verticais, a exemplo dos programas de tuberculose e hanseníase. Para responder a estas críticas, a integralidade exige uma certa horizontalização dos programas verticais, em que as equipes de saúde passem a pensar suas práticas de acordo com as necessidades da população que atendem, e não sob a perspectiva de determinado programa de saúde (MATTOS, 2006). Neste contexto, espera-se que as ações voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde não estejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar, de modo a promover a integração no serviço. A integralidade também se estende a articulação das políticas econômicas e sociais a fim de atuar sobre os fatores determinantes do processo saúde e doença, buscando alcançar condições satisfatórias de saúde da população (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; SILVA; LIMA, 2005).

O terceiro sentido da integralidade, acrescentado por Mattos (2006), aplica-se as respostas governamentais aos problemas de saúde. Algumas políticas são desenhadas especificamente para responder a um determinado problema de saúde, o que por vezes é pensado de forma reducionista, não levando em conta todos os aspectos da população atendida. Outro aspecto diz respeito ao elenco das ações contempladas, que nem sempre articulam ações preventivas e assistenciais. Neste sentido, um dos programas brasileiros que mais se aproxima do princípio da integralidade é o Programa Nacional DST/Aids, que articula ações de prevenção, a exemplo da distribuição de preservativos, e ações assistenciais, a exemplo da distribuição gratuita de

antirretrovirais. Neste sentido, a integralidade coloca-se como um desafio para superação dos reducionismos existentes em nosso sistema de saúde.

**Igualdade** na assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: este princípio reafirma o princípio da universalidade ressaltando que é inadmissível a discriminação no acesso aos serviços de saúde. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Para chegarmos ao ideal da igualdade no atendimento, é necessário superar as desigualdades, que se refere aos diferentes padrões de saúde dos diversos grupos populacionais, e ao acesso muitas vezes desigual destes segmentos no sistema de saúde. Neste contexto, as políticas do SUS devem se orientar também pela premissa da **equidade**, que implica em reconhecer as diferentes necessidades da população, entendendo que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis por sua condição econômica e social, e por isso, devem ser priorizados nos processos de intervenção (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; SILVA; LIMA, 2005).

Ainda em relação aos princípios do SUS, a Constituição de 1988 e a Lei Nº 8.080/90 apresentam também seus princípios organizacionais, e para apresentá-los retomamos Houaiss (2001) que conceitua o termo 'organizacional' como aquele referente à organização, que se refere ao ato ou efeito de organizar, ou ainda um conjunto de normas e funções que tem por objetivo proporcionar a administração de uma empresa ou negócio, ordenando as partes de um todo (p. 2079). Neste contexto, observamos que o SUS, além de obter princípios ideológicos, formado por crenças e valores, também é regido por princípios organizacionais, que organizam, estruturam, norteiam o planejamento do sistema, de modo a viabilizar sua operacionalização. Desta forma, os princípios organizacionais do SUS são:

**Descentralização** político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a descentralização com comando único implica que os governos estaduais e municipais assumam maior responsabilidade e autonomia na implementação de ações e serviços de saúde. Para tal, é necessário organizar a rede de serviços de saúde de modo a atender os diferentes níveis de especialização, complexidade e custo, conforme as características e necessidade de determinada comunidade. A política de descentralização do SUS passou a ser implementada no início da década de 1990 do século XX, através das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92, 93, 96), consolidando o processo de municipalização da saúde, especialmente através das NOBs 93 e 96, pois até então os municípios eram caracterizados apenas como

prestadores de serviços de saúde. A partir da NOB 93, os municípios passam a ter a possibilidade de assumir a gestão do SUS em seus territórios, recebendo os recursos de custeio ambulatorial e hospitalar do Fundo Nacional de Saúde direto para os Fundos Municipais de Saúde.

A descentralização requer além da municipalização, um ordenamento dos serviços de saúde que responda a **hierarquização** dos serviços, bem como sua **regionalização**, observando sua distribuição geográfica. Neste contexto, há necessidade de articulação entre gestores para promover a integração dos serviços, a fim de transcender o espaço político-administrativo de municípios e até estados, onde os usuários do sistema possam ser encaminhados quando necessário, acionando o mecanismo de **referência e contra-referência** (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; SILVA; LIMA, 2005). Nesta direção, foram editadas as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS 01/2001, substituída pela NOAS 01/2002), guiadas pelo princípio da regionalização, com objetivos de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definir o processo de regionalização da assistência e criar mecanismos para fortalecer a gestão do SUS, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

O princípio da descentralização requer a integração nos vários níveis de atenção, para que o sistema de saúde tenha um desempenho satisfatório. Nesta direção, as Redes de Atenção à Saúde se tornaram um tema da atualidade, compreendidas como estratégia para superar a histórica divisão das instituições, serviços de saúde, especialização das profissões e administração dos serviços (BRASIL, 2011). De acordo com Nemes (2011), as Redes de Atenção a Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma única missão, objetivos em comum e uma ação cooperativa e interdependente, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde.

Esta tendência tem sido observada em diferentes países e também no Brasil, como forma de adotar um sistema de saúde mais integrado, com ações de promoção à saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação ou tratamento paliativo de doenças, dotado de uma visão mais abrangente de saúde, em que sua organização se estabeleça como um contínuo de atenção, incluindo todos os níveis de complexidade. Neste contexto, as Secretarias Estaduais de Saúde têm papel preponderante na organização das Regiões de Saúde e na atenção especializada de alta complexidade, e as equipes municipais de organizar o sistema de saúde local, formando uma ação conjunta de gestores do SUS para o alcance destes objetivos (BRASIL, 2011).



**Participação da comunidade/Controle Social:** é o direito garantido a população de participar na formulação de políticas de saúde, bem como fiscalizar o cumprimento dos dispositivos legais do SUS, visando o controle e avaliação dos serviços prestados nos diferentes âmbitos do governo. Este princípio tem como dispositivo legal a Lei complementar Nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo a constituição de conselhos de saúde como órgãos colegiados decisórios de caráter permanente, com a responsabilidade de formular estratégias, controlar e fiscalizar as políticas de saúde. Outro dispositivo legal é a realização de conferências, que devem ser realizadas com uma periodicidade mínima de quatro anos, podendo ocorrer também de forma extraordinária por iniciativa do poder executivo ou do conselho de saúde. Os conselhos e conferências devem ser implantados em todos os níveis do governo (federal, estadual e municipal) e sua composição deve observar a paridade de 50% de usuários e 50 % entre os demais representantes, entre profissionais de saúde, prestadores de serviços em saúde e gestores públicos. A lei ressalva que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm garantida representação no Conselho Nacional de Saúde. A participação social na definição das políticas públicas de saúde tem sido reconhecida como um exercício de cidadania, no entanto, observa-se que a disseminação destes dispositivos de controle social se caracterizam muitas vezes apenas como espaços formais, sem atuação efetiva da comunidade, contando com vários obstáculos, como o desrespeito dos gestores frente as deliberações dos conselhos, a falta de legitimidade dos conselheiros, falta de capacitação e estrutura deficiente dos próprios conselhos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; BRASIL, 1990a; SILVA, LIMA, 2005).

Neste sentido, a política setorial voltada a aids se apresenta como exemplo no que diz respeito a participação social, pois sua notoriedade e sucesso se deve em grande parte pela relação da sociedade civil e Estado para o enfrentamento da epidemia. Desde o surgimento do primeiro caso de aids no Brasil, ainda no início da década de 1980, e em diversos momentos da história da epidemia, as organizações do movimento social da aids conseguiram, por meio da pressão e da mobilização social, influenciar as políticas públicas de forma decisiva. Apesar de haver diferenças entre “movimento social” e “controle social”, um conselho se constituiu em espaço com força de deliberação quando está articulado a movimentos sociais organizados (BRAVO, ROCHA, MAKSDUD, KAMEL, 2006).

O SUS, enquanto política de saúde representa um avanço no sistema de saúde brasileiro sem precedentes, por ser um sistema completo e democrático, porém enfrenta desde sua implantação adversidades que tem comprometido seu funcionamento e desenvolvimento até os dias atuais. Matta e Lima (2008) acrescentam que ainda no início da década de 90, a política do SUS enfrentou uma contradição central, situada entre o domínio do projeto neoliberal e a organização de um sistema que visa à universalidade, equidade e integralidade, onde o primeiro caminha em direção ao estado mínimo, e o segundo a um reforço do setor público acima dos interesses do mercado. Sinal disto foi a redução expressiva dos gastos em saúde nos primeiros anos da década de 90 e o veto aos artigos referentes à participação popular, na oportunidade da aprovação do SUS, que foram parcialmente recuperados na Lei Nº 8.142/90, após pressão do movimento sanitário sobre o poder legislativo (BRASIL, 2006c).

Apesar de todo o arcabouço teórico do SUS, o modelo de saúde produzido por este sistema se caracteriza predominantemente pelo atendimento das condições agudas de saúde, a semelhança da maior parte dos sistemas de saúde universais. No entanto, este modelo de atenção não responde com eficiência e efetividade a situação epidemiológica atual, marcada pelo predomínio das condições crônicas (BRASIL, 2006).

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde (2003), as condições crônicas são responsáveis por 60% de todos os gastos decorrentes de doenças no mundo. O termo “condições crônicas” vem sendo conceituado de forma mais abrangente, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas. Dentro desta definição, doenças como hanseníase, tuberculose e aids passam a ser entendidas como condições crônicas devido à resposta social que passam a exigir dos serviços de saúde.

O Brasil tem passado nos últimos anos por uma transição demográfica e epidemiológica semelhante a outros países em desenvolvimento. A transição demográfica se caracteriza pela redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, formando uma pirâmide com topo mais alargado em virtude do aumento da população idosa, visto que se o país tinha 5% de pessoas com mais de 65% em 2005, a perspectiva é que esta porcentagem será de 18% em 2030 (BRASIL, 2006). A transição epidemiológica tem se caracterizado pelo aumento de incidência de doenças como hipertensão, diabetes, cânceres e depressão, com coexistência de enfermidades infectocontagiosas em índices

elevados, denominadas emergentes e reemergentes como HIV/Aids, hanseníase, tuberculose, além de expressivo aumento de causas decorrentes da violência. Esse quadro epidemiológico forma uma tripla carga de doenças – crônicas, infecciosas e violência - exigindo diferentes respostas dos sistemas de saúde (SILVA, 2011).

O tratamento otimizado para estas demandas exige a conformação de um novo sistema de saúde, e a condição crônica em especial, requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado. Diversos modelos de sistemas de saúde têm sido pensados no mundo com o intuito de atender as necessidades identificadas nos portadores de condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde elaborou no ano de 2003 um método de organização dos serviços de saúde denominado “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas” contemplando elementos de três níveis de ação, denominados nível micro, meso e macro (OMS, 2003).

De forma sintética, no nível micro encontra-se a relação do paciente e do profissional de saúde, onde através da interação entre estes atores, se espera produzir efeitos positivos sobre o tratamento. No nível meso encontra-se a organização dos sistemas de saúde e sua relação com a comunidade. Neste contexto, o sistema de saúde deve estar organizado para tratar a condição crônica, e não apenas a aguda, buscar uma prática orientada pelas evidências científicas, investir em prevenção, monitorar as tendências em saúde, e utilizar os recursos da comunidade no apoio às pessoas com condições crônicas. No nível macro encontram-se as políticas, princípios, estratégias e recursos disponíveis para o sistema de saúde, que devem responder a situação epidemiológica de dado momento e lugar, com um modelo de cuidado integrado, investindo em educação continuada para os profissionais de saúde, e no estabelecimento de vínculos intersetoriais, de forma a estruturar uma atenção integral ao portador de uma condição crônica (OMS, 2003).

No Brasil, tem-se como objetivo reorganizar o modelo de atenção a saúde do SUS, buscando responder as condições crônicas de forma efetiva, o que implica estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários. Esta reorganização começa pela reversão do modelo hierárquico do SUS, organizado no modelo piramidal de níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade), centrando a atenção primária como porta de entrada e ordenadora do sistema. Exemplo disto é a Estratégia de Saúde da Família, implantada no Brasil a partir de 1994, que veio com o propósito de reorientar o modelo assistencial vigente, partindo de uma concepção de saúde em que a família passa a ser tratada como foco do cuidado profissional, com

ênfase na promoção da qualidade de vida e intervenção em fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2000).

É ainda na atenção primária de saúde que devem se estruturar as redes horizontais de atenção a saúde, onde a hierarquia deve ser substituída pela poliarquia, e os diferentes nós da rede sanitária devem ter um centro de comunicação coordenado por este nível. Isto requer instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu percurso pelas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006; SILVA, 2011).

As linhas de cuidado se constituem em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, buscando atender as especificidades individuais ou de grupos, direcionando-os às diversas possibilidades diagnósticas e terapêuticas. A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho em saúde implicam em uma vinculação entre as equipes de saúde e à população da região de saúde, em que se faz imprescindível o apoio e investimento dos gestores para uma melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de co-responsabilidades entre os atores envolvidos no ato de CUIDAR (BRASIL, 2008).

Na lógica das linhas de cuidado, para o portador de qualquer doença crônica, é essencial que este acesse a atenção primária, seja bem acolhido, esteja vinculado a uma equipe, seja incentivado a participar de grupos que o auxiliem no seu processo de viver com esta condição, tenha acesso a recursos diagnósticos, terapêuticos e de cuidados especializados e articulados, permitindo que o mesmo seja remetido ao cuidador de referência após o percurso em cada “estação de cuidado” (MALTA; MERHY, 2010).

Esta nova conformação do sistema de saúde busca atender a condição epidemiológica atual, estando neste *hall* de situações à doença crônica com expressiva representatividade. Deste modo, uma condição crônica como a aids requer do sistema de saúde sua inclusão em linhas de cuidado, de modo a oferecer ao usuário uma assistência integral, envolvendo ações de prevenção, assistência, acesso aos recursos diagnósticos, terapêuticos e a cuidados especializados disponíveis em toda a rede do SUS, e não apenas aos recursos preconizados inicialmente no âmbito do Programa DST/Aids. Isto implica a estruturação de uma rede de atenção que comporte a todas estas demandas, bem como a formação de uma equipe de saúde na atenção primária que esteja envolvida e preparada tecnicamente para desenvolver esta proposta de cuidado.

## 2.3 AS NORMATIZAÇÕES ESTRUTURANTES DO SUS

### 2.3.1 As Normas Operacionais Básicas e o avanço a municipalização

Para regular a transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu pactuações com entidades representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, passando a utilizar-se de instrumentos reguladores legais, que foram editados com o objetivo de implantar e operacionalizar o SUS, regulando as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, bem como o planejamento das ações em saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos foram as Normas Operacionais Básicas (NOB), seguidos das Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), que à medida que foram editadas foram apresentando evoluções e adaptações voltadas ao financiamento do setor saúde e sua operacionalização (ANDRADE, 2007).

A primeira Norma Operacional Básica, denominada NOB 01/91, editada pela presidência do INAMPS pela Resolução Nº 258 de 07 de janeiro de 1991, estabeleceu os requisitos básicos para a transferência automática e direta dos recursos do SUS para os municípios, requerendo para tal a criação de Conselhos Municipais de Saúde; do Fundo Municipal de Saúde; a apresentação do Plano Municipal de Saúde previamente aprovado pelo Conselho e autoridade do Poder Executivo; a elaboração da Programação e Orçamento da Saúde; a apresentação do Relatório de Gestão local; a contrapartida de recursos do orçamento municipal de no mínimo 10 %, e a elaboração de um plano de carreira, cargos e salários a ser implementada em prazo máximo de dois anos (BRASIL, 1991).

A NOB 01/92 foi lançada um ano depois, editada pela Portaria Nº 237 de 07 de fevereiro de 1992, trazendo como diferencial a alocação de recursos do INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde. A NOB 01/92 conceituou os municípios efetivamente municipalizados dentro do SUS, sendo definidos como aqueles que atendiam aos requisitos estabelecidos pela Lei Nº 8.142/90, para a realização do repasse regular e automático dos recursos financeiros federais (BRASIL, 1992).

As NOBs 01/91 e 01/92 foram formuladas ainda sob influência do INAMPS, visto que este órgão ainda estava ativo na época, definindo uma lógica de financiamento e organização do SUS ainda voltada ao pagamento por produção de serviços, gerando críticas do ponto de vista

do modelo assistencial, pois eram privilegiadas as atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva. Segundo avaliação realizada pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, o processo de municipalização apontava deficiências, especialmente em relação ao repasse de verbas da União para os municípios, visto que estes estavam assumindo cada vez mais responsabilidades sem uma contrapartida suficiente de recursos financeiros (SILVA; LIMA, 2005).

O ano de 1993 foi marcado pela extinção do INAMPS, com a transferência das ações em saúde para estados e municípios, abrindo-se espaço para a municipalização do sistema de saúde. Ainda neste ano, foi formulada a NOB 01/93, estabelecida pela Portaria Nº 545 de 20 de maio de 1993, partindo de deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que ao ser realizada em 1992, teve como tema “A municipalização é o caminho”. Esta conferência contou com a participação de cerca de 4.500 participantes entre delegados e observadores e teve como objetivo aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS (BRASIL, 2006c; BRASIL, 1993).

Dentre os avanços alcançados, a NOB 01/93 trouxe a criação de diferentes estágios de habilitação em gestão dos sistemas de saúde para os municípios, como parte do processo de descentralização, classificados em incipiente, parcial e semiplena, e para os estados classificados como parcial e semiplena, respeitando os estágios de desenvolvimento e descentralização de cada região do país. Estes estágios implicaram para os municípios a incorporação de responsabilidades de ordem progressiva à total em relação à execução e controle das ações básicas de saúde, bem como a gestão dos demais serviços alocados no município, incluindo serviços ambulatoriais, hospitalares, públicos ou privados, bem como a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária a rede de serviços. A habilitação em gestão semiplena dos municípios efetivou a implantação de repasses “fundo a fundo”, ou seja, o repasse financeiro do fundo nacional de saúde para os fundos municipais, estabelecendo uma relação direta entre governo federal de municípios, significando um importante passo para a descentralização (SILVA; LIMA, 2005; BRASIL, 1993; 1993a; MARTINS JÚNIOR, 2004).

Até a edição da NOB-SUS 93, os municípios eram caracterizados apenas como prestadores de serviços do sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS em seus territórios. A partir da habilitação de gestão semiplena, os municípios têm a possibilidade de assumir a gestão do

SUS em seus territórios, recebendo os recursos de custeio ambulatorial e hospitalar do Fundo Nacional de Saúde direto para o Fundo Municipal de Saúde. Isto, no entanto, repercutiu na prática de forma lenta, pois ao final de 1997, dos 4.976 municípios brasileiros, apenas 62,84% estavam habilitados em algum tipo de gestão, sendo que destes, 47,56% estavam em gestão incipiente, 12,38% em gestão parcial e apenas 2,89% em gestão semiplena, o que demonstra que mesmo com a possibilidade do município tornar-se gestor do SUS a partir desta norma, 97,7% mantinham-se na condição de prestadores de serviços de saúde (ANDRADE, 2007).

Em relação ao gerenciamento do processo de descentralização, a NOB 01/93 instituiu no âmbito nacional a atuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), existente desde 1991, e o Conselho Nacional de Saúde, constituído em 1990, e para o nível estadual esta norma determinou a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada de forma paritária por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS (Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde) de cada estado, sendo esta uma instância de negociação e decisão em relação aos aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 1993).

Após a NOB 01/93, seguiu-se a NOB-SUS 96, que trouxe como tema a “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, sendo estabelecida pela Portaria Nº 2.203 de 06 de novembro de 1996, resultando de experiências do processo de implementação do SUS, de debates na CIT e aprovação no Conselho Nacional de Saúde, e submetida à apreciação na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Esta NOB trouxe como perspectiva a consolidação do modelo de gestão descentralizada, a ampliação da autonomia dos municípios, o fortalecimento dos papéis das comissões de intergestores tripartite e bipartite, e a estruturação dos níveis de atenção representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, priorizando o caráter preventivo (SILVA; LIMA, 2005; BRASIL 2006c).

A NOB-SUS 96 propôs o planejamento e a Programação Pactuada e Integrada entre gestores, chamada PPI. A PPI foi definida pela norma como instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, envolvendo atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças, em que cada município define suas responsabilidades, bem como o acesso da população aos serviços de saúde, seja pela oferta existente no município ou por encaminhamento a municípios vizinhos, por intermédio de relações entre os gestores municipais, mediados pelo

gestor estadual. A PPI é elaborada pelo próprio município sendo aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, o estado por sua vez revê as programações municipais, acrescentando ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação com a CIB e deliberação do Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 1996).

Em relação ao custeio das ações em saúde, a NOB-SUS 96 instituiu o Piso Assistencial Básico (PAB), constituindo-se em recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações da assistência básica sob responsabilidade dos municípios, definidos pela multiplicação do valor *per capita* nacional multiplicado pela população de cada município, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além da manutenção de incentivo a produção pelo financiamento da média e alta complexidade. O PAB também trouxe um incentivo financeiro aos municípios que instituíssem ou ampliassem o Programa Saúde da Família - PSF e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, além de incentivo as ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e Assistência Farmacêutica Básica. Um dos principais impactos desta política foi à expansão das equipes de PSF no Brasil e o avanço a municipalização, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 1996; MARTINS JÚNIOR, 2004; SILVA; LIMA, 2005).

Em relação às condições de gestão, a NOB-SUS 96 trouxe novas habilitações aos estados e municípios, sendo que os estados passaram a habilitar-se em duas condições de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, diferenciando-se, entre outros critérios e requisitos, em níveis de autonomia para gestão e execução dos recursos financeiros destinados a saúde e ao número de municípios habilitados nas gestões estabelecidas por esta norma. Quanto aos municípios, foram definidas duas habilitações: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde na primeira o município manteria a execução e gestão dos serviços básicos de saúde, e na segunda o município seria responsável pela gestão de todo o conjunto de prestadores de serviços em saúde nele existentes, gerenciando neste caso todos os recursos financeiros repassados pelo governo federal, devendo para isto comprovar capacidade técnica e de gerenciamento de todo o sistema (BRASIL, 1996; SILVA; LIMA, 2005).

A NOB-SUS 96, apesar de editada no ano de 1996, foi de fato implantada no ano de 1998 e é vigente até os dias atuais. Esta norma trouxe como resultados positivos a adesão dos municípios perante seus estímulos financeiros, especialmente em relação à distribuição de recursos *per capita*. No fim do ano 2.000, cerca de 98,9 % dos



municípios haviam se habilitado em alguma forma de gestão desta norma, sendo 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, e apenas quatro estados na Gestão Plena do Sistema. Do mesmo modo, em relação à produção ambulatorial, houve um aumento da taxa de 65% no ano de 1995, para 89% no ano 2.000. Outro fato é que em relação à década de 1990, das três esferas do governo, apenas os municípios apresentaram um crescimento nos gastos em saúde (ANDRADE, 2007; MARTINS JÚNIOR, 2004).

Embora o processo de descentralização tenha apresentado resultados positivos através da implantação da NOB-SUS 96, foram observados diversos problemas em relação à qualidade da atenção a saúde, como resultado da falta de integração nas relações intergovernamentais, processos de habilitação formais dos municípios não comprovados na prática, baixa capacidade de planejamento e organização do sistema devido as limitações das Secretarias Estaduais de Saúde e ausência de uma definição mais clara das responsabilidades da direção estadual do SUS. Estas dificuldades trouxeram como reflexo uma regionalização dos serviços de saúde precária e problemas do ponto de vista da equidade, visto que os municípios maiores, portando mais recursos, estruturaram seus sistemas municipais de saúde com maior capacidade de oferta de serviços, enquanto os municípios menores apresentaram condições limitadas para desenvolver as responsabilidades que lhes eram atribuídas. Deste modo, em 2001, foi editada pelo Ministério da Saúde uma nova Norma Operacional, a fim de responder alguns dos problemas ocasionados pelo processo de descentralização de base municipalista, elegendo a regionalização como eixo central da organização dos sistemas de saúde (SILVA; LIMA, 2005).

### **2.3.2 As Normas Operacionais de Assistência a Saúde em busca da Regionalização**

A Norma Operacional de Assistência a Saúde, denominada NOAS-SUS 01/2001, foi criada através da Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001, agregando discussões do CONASS, do CONASEMS, da Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, com pouca participação dos estados e municípios. A NOAS-SUS 01/2001, apresentou como objetivos ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para fortalecer a gestão do SUS e atualizar

os critérios de habilitação de estados e municípios. No entanto, ao ser colocada em prática, foram observados alguns entraves em sua operacionalização em relação a algumas questões, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de comando único sobre os prestadores de serviços do SUS e a efetivação da gestão estadual sobre as referências intermunicipais (BRASIL, 2001; 2002).

Ao identificar estas dificuldades, a Comissão Intergestores Tripartite formou novo grupo de trabalho, com o objetivo de reelaborar alguns pontos da norma, mantendo as diretrizes organizativas da NOAS-SUS 01/01, porém acrescentando informações e esclarecendo pontos de tensão, a fim de facilitar a sua implementação. Deste modo a NOAS-SUS 01/01 foi reeditada como NOAS-SUS 01/2002, através da Portaria Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, revogando-se a NOAS 01/2001. A própria denominação de Norma Operacional de Assistência, revela como foco exclusivo desta normativa a organização da assistência, definindo responsabilidades de execução, planejamento, coordenação e regulação entre as diferentes esferas do governo, em relação às ações de atenção básica, média e alta complexidade. Neste contexto as ações voltadas à vigilância a saúde foram pouco contempladas (BRASIL, 2001; 2002; NASCIMENTO, 2007).

Iniciando pelo conceito de Regionalização, foco principal desta norma, esta é definida como um princípio organizacional do SUS, em que o modelo assistencial deve ser construído frente à implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual, competindo a esfera estadual seu planejamento e coordenação (BRASIL, 2001).

Em relação à gestão dos municípios e estados, a NOAS-SUS apresentou também novas habilitações na gestão dos municípios, sendo possível a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, ou Gestão Plena do Sistema Municipal. A Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) definiu além dos procedimentos do Piso de Atenção Básica – PAB, descrito nas NOB-SUS 96, a responsabilidade pelo controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. No que se refere à Gestão Plena do Sistema Municipal, o município habilitado deveria assumir a gestão de todo o sistema municipal, inclusive sobre a organização dos serviços de alta complexidade, exercendo o comando único sobre os prestadores do seu território, salvo aos hemonúcleos/hemocentros e laboratórios de saúde pública, além de garantir o atendimento à população de referência conforme acordo na PPI (Programação Pactuada Integrada). Em relação

aos Estados, esta norma apresentou a habilitação na Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (BRASIL, 2001; 2002).

Na análise de Nascimento (2007), a NOAS-SUS representou a primeira experiência regulamentadora da regionalização em saúde no contexto do SUS, fundamentada na construção de redes regionais de saúde, em um momento que o sistema de saúde brasileiro estava sendo movido por uma lógica de descentralização. No entanto, diversas críticas se dirigiram a esta norma, apontando como exemplos: a rigidez dos critérios organizativos que não atendiam a diversidade territorial; a desconsideração das vocações assistenciais dos municípios para pólo ou sede, em relação aquelas relações já existentes e os fluxos de referências reais; uma lógica de financiamento baseada na oferta de serviços, gerando a implantação de novos serviços de forma fragmentada; a falta de alternativas de financiamento para estimular os municípios a assumirem novas responsabilidades. Estes e outros entraves somaram-se ao desafio de implementar esta estratégia em um país como o Brasil, com dimensões continentais, profundas desigualdades regionais e um sistema federativo sem tradição de cooperação em suas relações intergovernamentais, nos quais seus 5.560 municípios possuem autonomia política, administrativa e financeira.

Ao analisarmos os dispositivos legais lançados pelo SUS nos seus primeiros doze anos de implantação no país, observamos o caráter processual como estas políticas foram se estabelecendo para colocar em prática os princípios ideológicos de universalidade, integralidade e igualdade, e os organizacionais de descentralização, regionalização e controle social. As Normas Operacionais Básicas foram apresentadas em quatro versões, a NOB-SUS 91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 96, cada uma trazendo em seu conteúdo uma série de implementações, que revogavam algum aspecto da norma anterior, se complementavam, ou traziam aspectos novos em relação às políticas de saúde, como as políticas de financiamento e as estratégias de municipalização do sistema.

No entanto, na prática este processo foi oneroso, de modo que cada norma ia sendo implantada com adesão lenta e progressiva dos municípios e estados, enquanto alguns aspectos sequer saíram do papel. Do mesmo modo, as normas operacionais de assistência a saúde foram implantadas como estratégias voltadas a regionalização dos serviços de saúde, oferecendo subsídios legais para este processo que se encontrava em deficiência no país. Mantêm-se atualmente como dispositivos legais e vigentes a NOB-SUS 96 e NOAS-SUS 01/2002, no entanto foi

observado pelas lideranças de gestão e planejamento do SUS a necessidade de reproduzir uma política de saúde que visasse reduzir as iniquidades produzidas nas diferentes regiões do país, e um novo modelo de reorganização deste sistema, o que gerou o “Pacto pela Saúde” no ano de 2006, que será melhor detalhado mais adiante.

### **2.3.3 O Pacto pela Saúde: buscando superar as normatizações**

O SUS tem evoluído ao longo de seus anos de existência como um sistema de saúde inovador, porém também com uma história de avanços, dificuldades e desafios a superar. Isto exigiu dos gestores do SUS a adoção de ajustes técnicos e burocráticos para operacionalização e gestão do sistema, através de portarias regulamentadoras, como as NOBs e NOAS. Estas portarias, no entanto, chegaram a um esgotamento, visto que os mecanismos propostos pelas normatizações não avançaram na definição de estratégias cooperativas entre as esferas governamentais. Além disto, estas normas apresentavam-se bastante complexas, com detalhamento excessivo, de difícil compreensão por parte dos gestores, além de difícil implementação e acompanhamento, principalmente por imporem-se como regra a um país grande e desigual como o Brasil (BRASIL, 2006e; NASCIMENTO, 2007).

Partindo destas constatações e na tentativa de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS, representados pelo CONASS, CONSASEMS e Ministério da Saúde, buscaram desenvolver um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), redefinindo as responsabilidades de cada gestor de acordo com as necessidades de saúde da população, visando alcançar maior eficiência e qualidade do Sistema Único de Saúde. A partir deste fórum de discussão, foi publicado o “Pacto Pela Saúde 2006”, com o compromisso de ser revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do SUS, nas necessidades de saúde da população e na definição de prioridades articuladas em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006d).

Em relação ao Pacto pela Vida, foi constituído um conjunto de compromissos derivados da análise da situação de saúde no país e prioridades definidas pelas três esferas de atenção, com vistas ao desenvolvimento de ações a serem executadas com foco em resultados. Os objetivos para o ano de 2006 incluíram prioridades em relação à

saúde do idoso, visando a implantação de uma Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa; a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; ao fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a políticas voltadas para a promoção da saúde e a atenção básica à saúde, consolidando a Estratégia de Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006d).

O Pacto em Defesa do SUS envolveu ações nas três esferas de atenção e gestão, buscando fortalecer o SUS como uma política de estado; a implementação de um projeto de mobilização social, visando fortalecer o SUS; e elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS. Quanto ao Pacto de Gestão do SUS, o mesmo estabeleceu as responsabilidades da instância federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação definido nas normas anteriores, e estabeleceu as diretrizes para a gestão do SUS, visando à “descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde”. Quanto às prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados habilitados em gestões definidos pelas normas anteriores, estas deveriam ser mantidas ainda sob a regulamentação das normas vigentes (NOB SUS-96 e NOAS-SUS 01/02), até que a unificação total do processo ocorra, ou seja, ocorra a adesão dos municípios e estados ao pacto pela saúde (BRASIL, 2006e; FADEL et al., 2009).

Em relação à Regionalização, o Pacto de Gestão defende que esta diretriz do SUS deve orientar a descentralização das ações e serviços em saúde, bem como os processos de negociação e pactuação entre os gestores, ratificando que os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada Integrada da Atenção em Saúde – PPI. As Regiões de Saúde tiveram seu conceito revisto, sendo redefinidos como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais por identidades culturais, econômicas, sociais, redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados em seu território. As regiões foram definidas com a seguinte classificação: Intraestaduais, compostas por mais de um município no mesmo estado; Intramunicipais, organizadas dentro de um único município que conta com grande extensão territorial e densidade populacional; Interestaduais,

formados a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; Fronteiriças, formados por municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006d).

Quanto aos mecanismos necessários a gestão do âmbito regional, o Pacto de Gestão introduziu o Colegiado de Gestão Regional, como um espaço de decisão e organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção a saúde, de forma integrada e resolutiva. Este colegiado deve ser formado pelos gestores dos municípios participantes e representantes dos gestores estaduais, tendo como atribuição principal instituir o processo de planejamento regional, expressando as responsabilidades de cada gestor. No tocante as responsabilidades de cada esfera governamental, foi conferido ao município executar as ações e serviços de saúde de abrangência regional, quando acordado pelo Colegiado de Gestão; ao estado, coordenar o processo de regionalização em seu território e a união garantir a integralidade da atenção, participar do financiamento, coordenar e acompanhar a operacionalização da regionalização, conforme as normas vigentes e pactuações na CIT (BRASIL, 2006d; NASCIMENTO, 2007).

O pacto pela saúde foi reconhecido como um avanço em relação as normas operacionais, por promover um processo de orientação e pactuação entre as esferas do governo voltado para a melhoria das condições de saúde da população. A própria Carta de Natal, escrita no XX Congresso dos Secretários de Saúde realizado em 2004, indicava a necessidade de criar um pacto de gestão do SUS, respeitando a autonomia das esferas do governo, o cumprimento de suas competências no SUS e substituindo a normatização excessiva pela adesão a compromissos com foco em resultados. Esta carta também propôs o desenvolvimento de um modelo de financiamento que superasse o repasse fragmentado por projetos e programas, garantindo maior participação da esfera estadual. Neste sentido, foi criada a Portaria Nº 204 de 29 de janeiro de 2007, regulamentando o repasse de recursos federais para os serviços de saúde em forma de cinco blocos de financiamento, contemplando em cada bloco: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS, sendo cada um deles depositados em contas únicas e específicas, conforme as especificidades de suas ações e aos serviços de saúde pactuados de forma correspondente (ANDRADE, 2007; CARTA DE NATAL, 2004; BRASIL, 2007).

Em janeiro de 2007, a Portaria Nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007 regulamentou a unificação do processo de pactuação de

indicadores, unificando o Pacto da Atenção Básica, o Pacto de Indicadores da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Foi proposto aos municípios, aos estados e ao Distrito Federal a possibilidade de eleger outros indicadores de importância sanitária regional ou propor alterações nas metas definidas para melhor adequação a realidade local. Em relação ao Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, seus objetivos para o ano de 2007 foram mantidos conforme o que havia sido pactuado em 2006 (BRASIL, 2009).

Em janeiro de 2008, foi realizada em Brasília uma Reunião Ampliada do Grupo Técnico de Gestão da CIT, a fim de identificar a situação de implantação do Pacto pela Saúde nos estados e municípios. Dentre as análises realizadas, concluiu-se que o Pacto em Defesa do SUS foi o eixo menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado, não havendo mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS. O teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS teve pouca divulgação entre os usuários. Quanto ao financiamento do SUS, apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios, o orçamento da saúde continuava insuficiente para promover à universalidade e a integralidade da atenção. O Pacto de Gestão foi analisado em toda a sua complexidade e concluiu-se que a descentralização pouco avançou, restringindo-se a três áreas: hospitalar, saúde do trabalhador e alta e média complexidade. Quanto à regionalização, verificou-se pouca clareza no papel dos Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2009).

Em fevereiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS N° 325, foram estabelecidas novas prioridades para o Pacto pela Vida, acrescentando-se as seis já pactuadas em 2006, mais cinco prioridades, quais sejam: saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem. Estas onze prioridades foram renovadas também para o período 2010-2011 (BRASIL, 2009).

Em relação a estas prioridades, a quarta delas diz respeito ao fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, além daquelas já listadas (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza), foram acrescentadas desde o biênio 2008-2009 também as hepatites e aids. No campo das DST/aids foram consensuados dois indicadores: o primeiro em relação a taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade, com o objetivo de avaliar a magnitude e tendências da transmissão vertical do HIV,

variações geográficas e temporais em relação aos casos confirmados de aids, e subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas e ações de saúde voltadas ao controle da transmissão vertical do HIV/aids. Um segundo indicador diz respeito a testagem para sífilis, através do VDRL em gestantes, no momento do parto ou curetagem pós-aborto. Através deste indicador espera-se avaliar as atividades de diagnóstico da sífilis na população de parturientes e mulheres que realizaram curetagem pós-aborto, para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção ao parto e puerpério em relação ao diagnóstico da sífilis.

Até março de 2009, 26 estados, o Distrito Federal e 2.870 municípios aderiram ao Pacto pela Saúde. Foram formados 355 Colegiados de Gestão Regional organizados em 18 estados, englobando 4.594 municípios, evidenciando um número muito superior ao de municípios que aderiram ao Pacto, o que reforça a idéia de que a constituição dos Colegiados de Gestão Regional não foi acompanhada de um processo de construção coletiva (BRASIL, 2009).

Alguns autores, como Fadel, Schneider, Moimaz e Saliba (2009) têm visto o Pacto da Saúde como uma estratégia para a racionalização das ações e serviços em saúde, uma vez que tenta nortear suas condutas sobre a equidade social, pois a reordenação dessa política busca otimizar as práticas nacionais em saúde pública, estando o seu cumprimento diretamente relacionado à superação de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão.

Da mesma forma, Nascimento (2007) coloca que as determinações do Pacto da Saúde representam um avanço em relação a NOAS, pois não se caracteriza como uma portaria técnica de gestão, mais apresenta meios que possibilitam uma gestão política, necessária para a implantação da regionalização. Silva (2011) avalia que a regionalização retornou com mais força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, por propor a substituição do formato rígido da NOAS por uma pactuação mais flexível, possibilitando a construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes.

Apesar das boas perspectivas trazidas pelo Pacto, algumas preocupações se fazem presentes. Nesta perspectiva, Nascimento (2007) assinala a incapacidade técnica e financeira de milhares de municípios brasileiros, com forte dependência do estado e união, e a desigualdade na oferta de serviços em diversas regiões do país, com ausência de investimentos diferenciados nestas regiões para a promoção de um equilíbrio assistencial. Neste contexto, a autora conclui que apesar das



numerosas propostas, normatizações e pactos, o SUS ainda necessita de meios eficazes para a promoção da equidade em saúde, apesar deste ser um princípio fortemente inscrito na concepção deste sistema.

### **2.3.4 A regulamentação do SUS**

Em 03 de setembro de 2009, foi aprovada a Regulamentação do SUS, através da Portaria Nº 2.048, buscando sistematizar e consolidar os atos normativos expedidos no âmbito do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas que regulamentam o funcionamento, a organização e a operacionalização do sistema. Esta portaria aglutina políticas e programas nacionais no âmbito do SUS, incluindo o conteúdo vigente das NOBs e NOAS, bem como do Pacto pela Saúde. Além deste conteúdo normativo, são incluídas no texto os mecanismos de funcionamento de diferentes áreas do sistema de saúde brasileiro, a exemplo da pesquisa envolvendo seres humanos, diretrizes e estratégias que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009).

Esta portaria, no entanto, teve sua entrada em vigor retardada pelas Portarias Nº 2.230, de 23 de setembro de 2009, pela Portaria Nº 2.792, de 15 de setembro de 2010 e mais recentemente pela Portaria Nº 319, de 28 de fevereiro de 2011, que adiou por mais um ano a entrada em vigor da Regulamentação do SUS (BRASIL, 2009; 2010; 2011).

Dando continuidade ao ato de regulamentação do SUS, em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto Nº 7.508, que regulamenta a Lei Nº 8080 de 19 de Setembro de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto definiu alguns conceitos essenciais relativos ao sistema como regionalização, hierarquização, região de saúde, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores, e oficializou a Atenção Primária como porta de entrada do SUS (BRASIL, 2011c; SANTOS, 2011). De acordo com Carvalho (2011), este decreto regulamenta alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS com o objetivo de enfrentar parte significativa dos obstáculos da gestão e organização do sistema.

Este decreto visa garantir mais transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social, visto que o SUS traz em si grande complexidade, e é considerado

a maior política pública inclusiva por se destinar ao atendimento de mais de 190 milhões de pessoas. Neste sentido, ao regular a estrutura organizativa do SUS, busca-se a consolidação deste sistema e sua melhoria permanente (BRASIL, 2011d).

### 3 A AIDS E A IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA NO BRASIL

A aids foi reconhecida no mundo no ano de 1981, quando o *Centers Disease Control and Prevention (CDC)*, dos Estados Unidos, identificou o surgimento de uma doença de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível, abalando o sistema imunológico dos indivíduos e levando a imunossupressão grave. Os primeiros casos foram identificados em jovens adultos do sexo masculino, homossexuais, moradores de São Francisco e Nova York, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (atualmente rebatizado de *Pneumocystis jiroveci*), Sarcoma de Kaposi, além de comprometimento do sistema imune (LIMA, 1996; NASCIMENTO, 2005).

Inicialmente reconhecida como doença de caráter letal, a aids foi relacionada ao comportamento das pessoas, alimentando o estigma e preconceito para com aqueles acometidos pela doença. Neste contexto, a sexualidade recebeu destaque especial na epidemia, muitas vezes com conotação negativa, visto que as formas de sexualidade não aceitas socialmente foram colocadas como pressuposto e perigo para o contágio da aids. Associou-se a aids ao castigo divino para aqueles que transgrediram as normas sociais. Exemplo disto é uma das primeiras denominações que esta doença recebeu ainda antes de ser oficialmente conhecida, no final da década de 70 em hospitais americanos, em que profissionais de saúde denominavam como “síndrome da ira de Deus” a doença que acometia homossexuais que eram atendidos nos hospitais, com imunossupressão grave, e que no início da década de 80 passou a ser reconhecido como “câncer gay”. Estas denominações fizeram que no início da epidemia a aids não causasse preocupação entre heterossexuais, visto que esta infecção limitava-se aos chamados grupos de risco (NASCIMENTO, 2005; BARATA, 2006).

O pânico criado com a aids, a estigmatização e conseqüentemente o preconceito, contribuíram para uma troca de acusações entre países sobre a gênese da doença, como a acusação americana de que países africanos seriam o berço e vetor de disseminação, e em contrapartida a acusação que a aids seria fruto da transgressão e depravação ocidental, baseada no perfil dos primeiros indivíduos, homossexuais americanos, acometidos pela doença. É dentro deste contexto de calamidade, que inúmeros países não reconheceram de imediato à presença da aids em seus territórios, especialmente países Africanos, chegando até mesmo a ocultar seus dados, pois as repercussões negativas da doença implicadas

de valores morais traduziam-se no receio de provocar uma má imagem ao país e comprometer suas principais atividades econômicas, a exemplo do turismo, ocasionando um retardo no desenvolvimento de ações de assistência e prevenção visando o seu controle (FASSIN, 2000).

De acordo com Fassin (2000), apesar de alguns países africanos terem retardado o reconhecimento do número de pessoas acometidas pela aids, o reconhecimento imediato dos casos, a exemplo dos Estados Unidos e França, não se constituiu em respostas efetivas e imediatas na luta contra a epidemia: mesmo nestes países, foram necessários alguns anos para que se formulassem políticas que atendessem a urgência de sua situação epidemiológica, para que trabalhos científicos fossem conduzidos de maneira independente do poder político, e que estruturas de luta contra a aids fossem institucionalizadas. Foi a partir dos anos de 1987-1988 que, com pequenas diferenças cronológicas, especialmente os países do continente africano passam a reconhecer e publicar o número de casos acometidos pela doença, são desenvolvidos planos de luta contra a epidemia em curto e médio prazo e programas de formação e prevenção são realizados, permitindo que a aids saísse de sua clandestinidade.

O surgimento da aids no Brasil acontece quase simultaneamente ao cenário internacional, e sua gravidade já conhecida sinalizava o surgimento de um grave problema de saúde pública. O registro dos primeiros casos de aids no Brasil ocorreu em 1982, no estado de São Paulo, no entanto o seu marco inicial foi reconhecido como o ano de 1980, pela ocorrência de um caso de aids neste ano, indicado por um estudo retrospectivo. Como pioneiro em casos da doença, o estado de São Paulo tornou-se palco das primeiras mobilizações de grupos sociais, bem como das primeiras iniciativas e articulações oficiais em relação à aids. O mesmo aconteceu com o estado do Rio de Janeiro, que foi o segundo estado a apresentar casos de aids no ano de 1983, mobilizando a sociedade civil e exigindo um posicionamento por parte do estado. As primeiras iniciativas de respostas à aids foram sendo elaboradas à medida que surgiam casos novos, a partir da mobilização social e dos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal, à medida que a epidemia avançava rapidamente pelo país (PARKER, 1997; MARQUES, 2002).

Em 1985, foi fundada a primeira Organização não Governamental (ONG) com atividade em HIV/aids no País, em São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e em 10 estados criaram-se programas estaduais de DST/aids. Em 1986, começa a estruturar-se a resposta à aids em nível federal, criando-se a Comissão

Nacional de AIDS. Neste mesmo ano a aids foi incluída na relação de doenças de notificação compulsória no País, pela Portaria Nº 1.100 de 24 de Maio de 1986 (BRASIL, 2005).

Apesar do Programa Nacional da Aids ter sido instituído pelo Ministério da Saúde em 1986, foi somente em 1987 que este foi efetivamente instalado e posto em prática. Embora os preceitos deste programa defendessem a saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do estado, e a universalização do atendimento através de ações desenvolvidas nas três esferas governamentais, o programa nacional foi assumindo uma posição centralizadora, distanciando-se tanto dos programas estaduais como da sociedade civil organizada. Porém, apesar das inconsistências entre suas diretrizes e sua prática, este programa trazia em sua gênese os fundamentos do Sistema Único de Saúde, consolidando na esfera federal um espaço para a cobrança e participação da sociedade (MARQUES, 2002).

A adoção de políticas de saúde pública no Brasil voltadas a epidemia da aids aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como o ano de 1988, com a aprovação da nova Constituição Federal e especificamente no campo da saúde, a aprovação do SUS. Nesta época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas em 1988, e a zidovudina (AZT) no ano de 1991. Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde instituiu o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a aids, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. Esta data também passou a ser observada no Brasil, criando-se uma oportunidade de divulgação de informações sobre a AIDS, além da realização de campanhas educativas (MARQUES, 2002; CHEQUER, 2005).

Seguindo esta evolução, um novo período se apresentou, a partir das eleições presidenciais e da entrada de novos dirigentes políticos no cenário nacional, sinalizando uma mudança significativa nas políticas de saúde e um retrocesso importante nas ações já estabelecidas em resposta à epidemia. Este período que é conhecido como um “hiato” nas políticas de saúde voltadas para a aids, desarticulou as ações já iniciadas pelo Programa Nacional e desintegrou significativamente a relação entre governo federal, estados, Ongs e demais instituições envolvidas, além de promover campanhas de caráter moralista, que alimentavam ainda mais o estigma e o preconceito ao indivíduo portador da doença (MARQUES, 2002; GALVÃO, 2000, PARKER, 1997). Como exemplo, podemos citar a campanha com o slogan “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”, apresentando três pessoas que tinham tido

diferentes doenças, mas que haviam conseguido se curar, enquanto uma quarta pessoa com aspecto de doente terminal, declarava que, como doente de aids, não teria cura (NASCIMENTO, 2005).

A crise política que sucedeu a esta fase deu lugar a uma nova mudança dos dirigentes dos Programas de Saúde, e no caso específico da aids, uma reformulação de estratégias que se traduziu em uma nova etapa, que vem evoluindo até os dias atuais. A nova direção do Programa Nacional de Aids foi recuperando progressivamente o relacionamento entre todas as esferas do governo e sociedade civil, formulando acordos e convênios internacionais que passaram a subsidiar ações de assistência e prevenção (MARQUES, 2002).

A partir de 1992, o governo brasileiro, através da Coordenação Nacional DST/Aids, após passar por um processo de reestruturação interna, elaborou um plano estratégico para o enfrentamento da epidemia no país, formulado em conjunto com estados, municípios e organizações não governamentais. No que se refere à assistência convencional, foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à aids em nível hospitalar, ao Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais (HC) para internação dos pacientes portadores do HIV/aids. O reconhecimento da aids como entidade nosológica diferenciada pelo Ministério da Saúde no Brasil, ocorreu em 1992. O crescente aumento de casos notificados gerou na época uma grande demanda para internação de pacientes portadores de HIV/aids, e a inexistência da regulamentação para cobrança de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) aumentou as dificuldades na assistência hospitalar no país (PROJETO AIDS I, S/D). Deste modo, a Portaria Nº 291 do Diário Oficial da União (DOU) de 17/06/92 incluiu no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS os grupos de procedimentos para tratamento da aids, diferenciando o tratamento da aids em nível de internação hospitalar em seis grupos: tratamento da aids; afecções do sistema nervoso/aids; afecções do sistema respiratório/aids; doenças disseminadas/aids; afecções do aparelho digestivo/aids e tratamento da aids/fase terminal (BRASIL, 1992b).

Durante o ano de 1993, foram iniciadas as negociações do governo brasileiro com o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “Projeto AIDS I” que entrou em vigor em junho de 1994, com vigência até 1998, cujo total de recursos foi de US\$ 250 milhões, compreendendo a transferência de US\$ 160 milhões do

Banco Mundial e a contrapartida de US\$ 90 milhões do governo brasileiro, envolvendo a divisão de 60% dos recursos entre os estados e municípios, e 40% ao Ministério da Saúde. Durante a execução do Projeto AIDS I, foram celebrados convênios com as 27 Secretarias Estaduais e 43 Secretarias Municipais de Saúde, além de Consórcios Intermunicipais e organizações da sociedade civil que militavam nessa área. Os convênios eram denominados “executores das ações” e elaboravam o Plano Operativo Anual (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial (BARBOZA, 2006).

Os POA foram documentos oficiais de programação exigidos pelo BIRD que deveriam ser elaborados anualmente pelas respectivas assessorias de DST/AIDS, designando a programação física e financeira das ações a serem realizadas no ano seguinte. Estes planos eram reestruturados em relatórios ou planos resumidos de trabalho e enviados ao Banco Mundial através do Ministério da Saúde para análise. As atividades programadas nos POA deveriam ser comprovadas através do SOE, que significa “declaração de despesas” (SOUTO, 2003).

No contexto do Projeto de Controle da AIDS e DST, nos primeiros anos da década de 90, especialmente do período que correspondeu a vigência do Projeto AIDS I, a estratégia de intervenção do Ministério da Saúde na implementação da assistência aos pacientes portadores do HIV/aids baseou-se em diversas ações. Estas ações compreenderam o credenciamento de hospitais, o desenvolvimento do Programa de Alternativas Assistenciais, a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos e capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes (PROJETO AIDS I, S/D).

No que diz respeito à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/aids, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial crescente. O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Alternativas Assistenciais, implantando serviços alternativos à forma convencional de assistência, com conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica, buscando o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência com os Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, instituíram-se os projetos de Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (PROJETO AIDS I, S/D).

Quanto aos SAEs, houve tanto a implantação de novos serviços que não existiam previamente, como a implementação do serviço em unidades que já estavam em funcionamento e que já eram atribuídos

como SAE. Os SAE foram inicialmente concebidos com a perspectiva de se constituir Serviços, inseridos no SUS, que oferecessem grande resolutividade diagnóstico-terapêutica em nível ambulatorial. A qualidade do atendimento seria assegurada pela assistência integral, prestada por equipes de saúde multidisciplinares aos pacientes e seus familiares. De acordo com os Planos Operativos Anuais estaduais e municipais, estes serviços seriam implantados a partir de 1994, em unidades de saúde pré-existentes, sendo a implantação responsabilidade das coordenações locais de DST e Aids (PROJETO AIDS I, S/D).

Outra modalidade de atendimento foi a implantação dos Serviços de Hospital-Dia (HD), que se iniciaram no Brasil no final da década de 80. A implantação deste serviço, no contexto do Programa de Alternativas Assistenciais, deu-se em resposta à crescente demanda de assistência e à limitada resolutividade da rede pública hospitalar. Estes serviços foram tanto implantados quanto credenciados, quando já existiam previamente. O Ministério da Saúde, através das Portarias Ministeriais de Nº 93 de 31/05/94 e de Nº 130 de 03/09/94 legitimou esta modalidade de atendimento, atribuindo pagamento diferenciado e estabelecendo parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos Serviços. Em 1998, já eram 49 hospitais habilitados no país. A dinâmica para a implantação de HD foi a mesma ao processo adotado para implantação de SAE, e por dificuldades em relação ao processo de expansão e qualificação destes Serviços, a CN-DST/Aids centralizou no início de 1997 o repasse de recursos para implantação de HD (PROJETO AIDS I, S/D).

Um outro serviço alternativo assistencial foi a Assistência Domiciliar Terapêutica, como modalidade de assistência inovadora na época, considerando o contexto assistencial da aids e o cenário da Saúde Pública no país. Este serviço, além da visita domiciliar, era oferecido um amplo leque de atividades, constituindo-se em referência para o encaminhamento de internações de longa duração, compreendendo desde cuidados paliativos a curativos. Estes serviços foram implantados sob gerência da CN-DST/AIDS, obedecendo a metodologia de elaboração de projetos pelas equipes/instituições públicas, permitindo estabelecer um maior controle gerencial do estabelecimento da rede e dos recursos dispendidos no processo. Os primeiros serviços foram habilitados no ano de 1996 (PROJETO AIDS I, S/D; DST/AIDS, 2009).

Outra modalidade de serviço criado na época, que se situa tanto na assistência quanto na prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento, que tem como papel promover a identificação precoce de pacientes soropositivos para o imediato encaminhamento a rede de



assistência, além da atuação em ações de prevenção. No Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram disponibilizados para uso de rotina nos bancos de sangue a partir de 1987, sendo recomendados em algumas situações, como a triagem de sangue para transfusões, na triagem de doadores de órgãos e/ou sêmem, para confirmar o diagnóstico diante das diferentes manifestações clínicas da aids e determinar a prevalência de infecção na comunidade. Visando absorver a demanda dos testes oferecidos pelos bancos de sangue, foram criados inicialmente os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os quais passaram a oferecer exames de HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, tendo também como finalidade a educação e o aconselhamento daqueles que estivessem sob maior risco de infecção (FONSECA, 2005; SOUTO, 2003).

O primeiro COAS do país foi em 1988, no Rio Grande do Sul, seguido do município de São Paulo em 1989. O objetivo era interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros, promovendo a oferta do aconselhamento, de preservativos e informações apropriadas em relação a epidemia, além do encaminhamento de pessoas vivendo com HIV/aids aos serviços de referência. As ações de prevenção tinham como objetivo estimular a reflexão e a adoção de práticas de redução dos riscos relacionados à doença. A política de financiamento do Ministério para implantação de uma rede de COAS ocorreu entre os anos de 1994 e 1998, na vigência do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial (BRASIL, 2008).

Em 1997, a Coordenação Nacional de DST/Aids publicou o documento “Aconselhamento em DST/HIV e aids – Diretrizes e procedimentos básicos”, estimulando a incorporação do aconselhamento como uma nova ação tecnológica em diversos serviços de saúde, além dos centros de testagem, visando contribuir para a redução das infecções sexualmente transmissíveis. Ainda neste ano, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) passaram a ser denominados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a partir de 1999, os recursos para a implantação de novos CTA foram descentralizados para estados e municípios, que passaram a se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços (GRANJEIRO; FERRAZ, 2009; BRASIL, 2008).

Visando monitorar a evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, a introdução das terapias antirretroviral e preventivas das infecções oportunistas, o Programa Nacional de DST/AIDS implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de

linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV em 1997, inicialmente com 32 laboratórios para CD4 e 30 laboratórios de carga viral. De acordo com a Portaria 1.015 de 27/05/2004, é de responsabilidade do Ministério da Saúde a aquisição e distribuição dos insumos laboratoriais para estes exames. (BRASIL, 2005; SANTA CATARINA, 2007).

Após a implementação do "Projeto AIDS I", o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o "Projeto AIDS II", cuja vigência foi de 1998 a junho de 2003, com recurso total de US\$ 296,5 milhões, sendo US\$ 161,5 milhões financiados pelo BIRD e US\$ 135 milhões por recursos nacionais. Os objetivos centrais do Projeto AIDS II foram: a) reduzir a incidência de casos de HIV e DST; b) expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/Aids.

Dando continuidade a expansão da rede de diagnóstico, no início dos anos 2000, a ênfase nacional passou a ser a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços de atenção básica. No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTA passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. Neste sentido, os CTAs passaram a ter a possibilidade de oferecer a população além dos testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, o teste de sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C (BRASIL, 2008).

Durante a vigência do Projeto Aids II, foram descentralizadas ações nas áreas de prevenção, controle e assistência às DST/Aids para 27 Estados e 150 Municípios, ampliando a regionalização das ações e atingindo uma cobertura de 70% das regiões do País com casos de aids notificados. A partir deste segundo convênio, Florianópolis e outros municípios catarinenses passaram a receber recursos regulares diretamente do Ministério da Saúde e a executar anualmente o POA. Até este momento, os recursos liberados ocorriam através de convênios ou projetos pontuais e limitados. As cidades catarinenses incluídas neste projeto foram: Florianópolis, Criciúma, Tubarão, Itajaí, Balneário Camboriú, Camboriú, São José, Blumenau e JOINVILLE (GOMES, 1999).

As estratégias de combate ao HIV/Aids no Brasil tiveram importante participação Banco Mundial, apesar dos pontos de divergência entre a política nacional e a ideologia de custo-efetividade do Banco, o qual defendia a expansão de intervenções preventivas em detrimento de serviços clínicos de alta complexidade e de estratégias assistenciais mais dispendiosas, como a distribuição gratuita de antirretrovirais. Porém em 1996, o Brasil adotou uma política de

distribuição de antirretrovirais para todas as pessoas acometidas pela doença, mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial, considerando-se a pressão política promovida pela sociedade civil, que respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, requereu o acesso universal ao tratamento da aids. Essa política trouxe mudanças relevantes para os indivíduos acometidos pela doença, como a redução da morbidade, mortalidade e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida contribuindo para o desenvolvimento do perfil crônico assumido pela doença na atualidade (SOUTO, 2003; BARBOZA, 2006; COUTO, 2009).

Em 1998, laboratórios públicos passaram a produzir alguns antirretrovirais e em 2000, o Brasil passou a produzir sete dos doze antirretrovirais distribuídos nacionalmente. Em 2007, o Ministério da saúde adotou o licenciamento compulsório de medicamento Efavirenz, efetuando a quebra de patentes, devido falta de acordo com laboratórios fabricantes devido o alto custo deste medicamento. Esta medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à AIDS, que chegou ao ano de 2012 disponibilizando os antirretrovirais a cerca de 200 mil pessoas (CHEQUER, 2005; DST/Aids, 2012).

Além da estrutura assistencial descrita anteriormente, foram criadas as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), que são estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais, bem como seu acompanhamento e monitoramento. As UDM têm como atividades o atendimento individual e coletivo, podendo ser realizado durante uma consulta com o profissional farmacêutico, em que podem ser prestadas informações sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários para o tratamento. Também podem ser desenvolvidas ações de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, no qual é estudada a condição, a história clínica e terapêutica do paciente, incluindo outros medicamentos que se esteja tomando e presença de doenças de base (DST/AIDS, 2009).

De acordo com Souto (2003), é importante reconhecer que os empréstimos concedidos pelo Banco Mundial ao Brasil para a implementação dos Projetos AIDS I e AIDS II, foram essenciais à promoção das políticas nacionais voltadas principalmente a aids, pois permitiram que estas pudessem ser colocadas em prática, sendo essenciais para garantir a continuidade das ações estratégicas em aids. Neste período, desenvolveu-se uma rede de alternativas assistenciais em todas as regiões do país, entre Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar

Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais. Várias Ongs criaram casas de apoio, casas de passagem e grupos de convivência, para o desenvolvimento de atividades de forma complementar às assistenciais oficiais (BRASIL, 2005).

A partir das avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/Aids firmaram novo convênio, denominado "Projeto AIDS III", envolvendo um total de US\$ 200 milhões, sendo US\$ 100 milhões repassados pelo Banco e US\$ 100 milhões custeados pelo governo brasileiro com recursos do Tesouro das esferas federal, estadual e municipal de saúde, com período de execução de 2003 a 2006. Os objetivos do Projeto AIDS III foram: a) o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; b) o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST, a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/Aids oferecida pelo Sistema Único de Saúde no país (BARBOZA, 2006).

No Projeto AIDS III, foi recomendado que o país investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para os estados e os municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS. Dessa forma, a implantação da política de incentivo veio ao encontro destes objetivos, visto que em 2001, o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde iniciou uma discussão envolvendo os Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, Organizações da Sociedade Civil (OSC) e demais representantes de instâncias colegiadas do SUS, buscando novas formas de financiamento e de sustentabilidade das ações de HIV/aids e outras DST, permitindo uma maior abrangência populacional e de cobertura dos casos de aids notificados no País. Deste modo, foi instituído no ano de 2002 o Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, publicado pela Portaria GM Nº 2313, de 19 de dezembro, dando início ao financiamento das ações pelo repasse automático fundo a fundo (BRASIL, 2006).

Nesta modalidade, um conjunto de municípios deveriam receber recursos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/aids e outras DST, a partir de critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde. Em Santa Catarina, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovou a indicação dos seguintes municípios catarinenses a receberem o incentivo Fundo a Fundo para as Ações em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente

Transmissíveis, quais sejam: Xanxerê, Videira, Caçador, Concórdia, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Araranguá, Itajaí, Balneário Camboriú, Camboriú, Navegantes, Joaçaba, Blumenau, Brusque, Chapecó, Criciúma, Içara, Joinville, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, Tubarão, Imbituba, Laguna, Lages, Jaraguá do Sul, Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Tijucas, Gaspar, Indaial e Itapema (SANTA CATARINA, 2002; 2003).

A qualificação de estados e municípios na Política de Incentivo aproximou o Programa DST/Aids do Ministério da Saúde com as instâncias de pactuação (Comissões Intergestores) do SUS, tendo como base o planejamento e o estabelecimento de metas aprovadas pelos Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde. Estas ações variam conforme determinações políticas, sociais e culturais locais dos gestores, e da capacidade de representação dos grupos sociais mais afetados nestas instâncias participativas. Deste modo, os recursos transferidos para as esferas estaduais e municipais deslocou a disputa do financiamento para as arenas políticas regionais, o que aumentou o poder de decisão dos governos estaduais e municipais acerca de quais projetos deveriam ser financiados e onde os recursos seriam alocados. As organizações sociais e ONGs, que antes pleiteavam recursos na esfera federal passaram a disputar seus projetos no âmbito de Estados e municípios (COUTO, 2009).

Um exemplo da natureza destas pactuações, refere-se a provisão de medicamentos voltados as DST/Aids. Enquanto à provisão de antirretrovirais é centralizada pelo Ministério da Saúde, as medicações para infecções oportunistas e demais doenças sexualmente transmissíveis passaram a ser pactuadas entre estados e municípios, através das CIBs, organizando uma divisão de responsabilidades entre estas duas esferas. Do mesmo modo, os insumos de prevenção, a exemplo dos preservativos masculinos, tem a responsabilidade dividida entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, sendo de responsabilidade do primeiro o fornecimento de 80% da demanda, e no caso de Santa Catarina, a partir da deliberação da CIB coube ao estado o repasse de 12% dos preservativos e aos municípios 8% desse quantitativo (SANTA CATARINA, 2003a).

A partir desta nova forma de repasse de recursos, instituiu-se o Plano de Ação e Metas, (PAM) em substituição ao POA, como estratégia de descentralização e consolidação da Política Brasileira para HIV/Aids e outras DST por todas as organizações, governamentais ou não-governamentais, que vêm construindo a resposta nacional a

essas questões (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria Nº 2314 de 2002, o Plano de Ações e Metas (PAM) se constitui em um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a serem implementadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde selecionadas para receberem recursos do Incentivo, devendo ser considerado como um instrumento de integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de aids, de modo que o Programa Nacional de DST/Aids alcance respostas positivas e coerentes com as características da epidemia das diferentes regiões do país. O PAM se apresenta em quatro tópicos, que se inicia pela caracterização da unidade territorial, diagnóstico epidemiológico e das ações em DST/HIV/aids, avaliação da capacidade institucional e gerencial e elaboração do plano de ações e metas para o período de um ano (BRASIL, 2002)

A estrutura assistencial voltada a aids alcançou no país no ano de 2007 mais de 1200 serviços, sendo 636 serviços ambulatoriais especializados em HIV/Aids, 95 hospitais-dia, 434 hospitais convencionais e 53 assistências domiciliares terapêuticas. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos somam 664, distribuídas nos 27 estados da federação, além de 383 Centros de Testagem e Aconselhamento. As diretrizes do controle da epidemia no país são por um lado reflexo dos princípios legais do SUS, e de outro lado, da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por esta epidemia: a integração entre prevenção e assistência; o respeito aos direitos humanos e diálogo com a sociedade; trabalho conjunto entre Governo e organizações não-governamentais; acesso universal ao tratamento; produção doméstica de medicamentos; combate ao estigma e ao preconceito; uma política de redução de danos para pessoas que usam drogas; ações voltadas a prevenção da transmissão vertical; descentralização das ações e cooperação internacional, tanto técnica quanto financeira (COUTO, 2009).

O Programa Nacional de DST/Aids, instituído em 1985, foi inserido formalmente na estrutura do Ministério da Saúde em 27 de maio de 2009, através do Decreto Presidencial Nº 6.860/09, integrando a Secretaria de Vigilância em Saúde, passando a denominar-se Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids, integrando ainda no mesmo ano as Hepatites Virais, passando a denominar-se Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2009; Aids-SUS 2011; Aids, 2012).

Dando continuidade ao processo de Cooperação entre o Banco

Mundial e o Programa DST/Aids, um novo convênio foi assinado em 05 de outubro de 2010, em vigor desde janeiro de 2011, com previsão de encerramento para dezembro de 2014. O custo total do projeto é de US\$ 200 milhões, incluindo um empréstimo de US\$ 67 milhões do Banco Mundial, e contrapartida de US\$ 133 milhões do governo brasileiro. Trata-se de um projeto chamado AIDS SUS que tem dois objetivos principais: aumentar o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento em DST/HIV e aids para grupos vulneráveis e melhorar o desempenho dos programas de DST e aids nos três níveis de governo, por meio da gestão baseada em resultados e melhoria da governança. Esses objetivos integram os seguintes componentes do Projeto: Melhoria da vigilância, prevenção e controle das DST/aids nas populações vulneráveis, incluindo neste contexto especialmente homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e UDI. Outro componente é o aprimoramento da governança descentralizada e da capacidade de inovação, visando fortalecer o sistema de saúde por meio da promoção da gestão por resultados e orientada por evidências, além da coordenação e integração dos serviços de prevenção e Atenção Primária em Saúde (APS) (Projeto Aids-SUS, 2011).

Ao analisar o percurso das ações no contexto do Programa Nacional DST/Aids brasileiro, observamos a formação de uma estrutura assistencial específica para o atendimento de pessoas com HIV/Aids durante a década de 90, ainda de forma verticalizada, visto que o SUS recém-criado não comportava em seu sistema toda esta demanda de cuidado, que apresentava uma urgência de resposta, dada a gravidade da epidemia no país. Já na primeira década dos anos 2000, observa-se que o Programa Nacional procura direcionar sua política para integração as políticas do SUS, buscando descentralizar suas ações, utilizando mecanismos operacionais do próprio sistema, apesar de manter o financiamento próprio das ações.

Este movimento se dá porque a estruturação de uma rede assistencial em HIV/aids contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade, não tem sido suficiente para garantir a integralidade de atenção a saúde, de modo que se observa a necessidade de descentralização do financiamento, bem como a expansão das ações de assistência ambulatorial para a Atenção Primária de Saúde. A partir do estabelecimento de papéis entre os distintos níveis de atenção, o Programa Nacional DST/Aids espera articular a Atenção Primária aos serviços especializados em HIV e Aids, ampliando a rede de assistência e qualificando a atenção integral às pessoas que vivem com HIV e aids (BRASIL, 2005) Isto requer, no entanto, a compreensão e esforço de

todas as esferas governamentais no planejamento e negociação destas ações, bem como dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência em saúde, seja em programas específicos, como na Atenção Primária, pois sem a cooperação de todas as instâncias, o processo de descentralização fica comprometido.

### 3.1 MANUSCRITO: A AIDS EM SANTA CATARINA, NO BRASIL: UM HISTÓRICO DOS VINTE E CINCO ANOS DE EPIDEMIA <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Artigo publicado no periódico **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 147-156, 2011.



# A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia

## *AIDS in Santa Catarina, in Brazil: a historic from 25 years of epidemic*

Isabel Cristina Alves Maliska<sup>1</sup>, Maria Itayra Padilha<sup>2</sup>, Betina H. Schlindwein Meirelles<sup>3</sup>,  
Evely Marlene Pereira Koller<sup>4</sup>, Selma Regina Andrade<sup>5</sup>

### RESUMO

No início da epidemia da AIDS, o Estado de Santa Catarina recebeu destaque na mídia devido à incidência relacionada à transmissão por uso de drogas injetáveis e aos municípios com as mais altas incidências no país. Este estudo objetivou caracterizar a evolução da AIDS nesse estado, bem como analisar os aspectos das políticas públicas estruturais voltadas para esta síndrome. Seguiu o delineamento de pesquisa histórico-descritiva, delimitada no período de 1984 a 2009. As informações obtidas conjugaram pesquisa bibliográfica e documental. A análise foi norteada pelos seguintes temas: contextualizando a AIDS no Brasil e em Santa Catarina e a AIDS no estado de Santa Catarina; a implementação de políticas públicas em resposta à epidemia. A formulação de políticas e a implementação da rede assistencial se constituíram, à medida que novos casos surgiram, especialmente na faixa litorânea devido à incidência e maior concentração populacional. O estado tenta, entre outros desafios, diminuir as altas incidências por AIDS em relação ao nível nacional, conhecer as populações mais vulneráveis, instituir políticas públicas de prevenção e tratamento e promover a descentralização das ações, visando incorporar as políticas de doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS à macropolítica do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** síndrome de imunodeficiência adquirida; história; política de saúde; saúde pública.

### ABSTRACT

In the beginning of the AIDS epidemic, Santa Catarina state received media attention because of the incidence related to the transmission by injectable drugs and to municipalities with the highest incidences in the country. The aim of this study was to characterize the AIDS evolution in that state, as well as to analyze issues of state public policies targeting this syndrome. It is a historical-descriptive research, bounded in the period from 1984 to 2009. Information obtained conjugated bibliographic and documentary research. The analysis was guided by the following themes: contextualizing AIDS in Brazil and Santa Catarina, and AIDS in the Santa Catarina state; the implementation of public policies in response to the epidemic. Policy formulation and implementation of health care network was developed as new cases emerged, especially in the coastal strip due to the incidence and higher population density. The state confronts with other challenges: to reduce the high incidence of AIDS in relation to the national level, to identify the most vulnerable populations, to establish public policies for prevention and treatment and to promote the decentralization of actions, aiming to incorporate the policies in HIV/AIDS to macropolitics of Brazilian Public Health Care System (Brazilian Unified Health System).

**Keywords:** acquired immunodeficiency syndrome; history; health policy; public health.

<sup>1</sup> Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário da UFSC; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>3</sup> Professora-Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC; Doutora em Enfermagem pela Escola Annie Mery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup> Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>5</sup> Professora aposentada da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) – Itajaí (SC), Doutora em Enfermagem pela UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>6</sup> Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Isabel Cristina Alves Maliska – Rua Trajano Margarida, 744 – apto 203 – bloco A – Trindade – Florianópolis (SC), Brasil – CEP: 88036-050 – E-mail: isabel.alves07@yahoo.com.br.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A AIDS trouxe a exigência de novos paradigmas de cuidado, os quais os profissionais de saúde têm procurado desenvolver. Apesar de todos os avanços científicos alcançados desde o início da epidemia, esta síndrome ainda se constitui em um grave problema de saúde pública mundial. Os aspectos relacionados às suas formas de transmissão, o modo com que a epidemia tem se disseminado na população e as características de seu perfil epidemiológico sempre exigiram respostas rápidas, pelo governo e pela sociedade<sup>1</sup>.

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV tem se revelado como uma epidemia de múltiplas dimensões, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico ao longo do tempo. Inicialmente restrita a determinados grupos sociais, esta epidemia passou por processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização<sup>2</sup>, conformando subepidemias regionais. A difícil relação estabelecida entre a doença e a população veio mostrar a necessidade do envolvimento multidisciplinar de diferentes segmentos profissionais para que, na ausência da cura, o crescimento do número de casos pudesse ser detido e as dificuldades que acometem as pessoas atingidas pelo HIV fossem minimizadas<sup>3</sup>.

No Brasil, as respostas institucionais voltadas à AIDS ocorreram a partir do registro dos primeiros casos no país, no decorrer da década de 1980. Santa Catarina notificou seu primeiro caso em 1984. Desde o início da epidemia, o estado apresentou como peculiaridade o modo de transmissão por uso de drogas injetáveis e alguns municípios com as mais altas taxas de incidência no país, chamando a atenção das autoridades em saúde e exigindo respostas urgentes. Desde então, inúmeras ações têm sido desenvolvidas no campo das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS, a fim de prevenir e reduzir sua incidência.

Em 2009, a epidemia da AIDS, em Santa Catarina, completou 25 anos e durante este período muitos avanços foram alcançados, porém muitos desafios ainda se fazem presentes<sup>4</sup>.

Uma reflexão preliminar sobre a importância de algumas políticas, voltadas ao controle da AIDS no estado e no desenvolvimento de ações assistenciais e preventivas, motivou a proposição deste estudo, orientado pelas seguintes perguntas de pesquisa: Quais as principais características da história da AIDS em Santa Catarina? Como evoluíram as políticas públicas estaduais formuladas para atender aos portadores desta síndrome?

Com esta perspectiva, este artigo tem por objetivo caracterizar a evolução da epidemia de AIDS em Santa Catarina, bem como analisar os aspectos das políticas públicas estaduais formuladas durante os 25 anos de epidemia no estado.

## METODOLOGIA

Este estudo segue uma perspectiva histórica contemporânea<sup>5</sup>, envolvendo pesquisa e análise de políticas públicas, visando contribuir para o diálogo entre a pesquisa e a construção dessas políticas. Trata-se de um estudo histórico-descritivo, documental, da evolução da epidemia de AIDS em Santa Catarina, do período de 1984 a 2009, sendo o marco inicial o ano em que o primeiro caso de AIDS foi registrado no estado e o marco final, o ano em que esta epidemia completou 25 anos.

A busca pelas fontes de dados ocorreu no site do Ministério da Saúde (MS)<sup>6-8</sup> e da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC)<sup>9</sup>, além de documentos, cartilhas e materiais produzidos por estas instituições relativos ao tema AIDS. As fontes documentais primárias tratavam da epidemiologia da AIDS, no período estudado, especialmente os Boletins Epidemiológicos do MS; o site DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SUS)<sup>10</sup>; e as publicações produzidas pelo MS e Programa Nacional em DST/AIDS<sup>8-9</sup>, pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina<sup>10</sup>; Diretoria de Vigilância Epidemiológica Estadual e pela Gerência Estadual em DST/AIDS. As fontes secundárias foram: livros, teses, dissertações e artigos produzidos e relacionados ao tema nas bases de dados *online*: BIREME Lilacs e Scielo, disponibilizados no primeiro semestre de 2010. Os termos pesquisados foram: "AIDS, história, políticas" e "AIDS, história e SUS". Foram encontrados 67 estudos, sendo selecionados 18 deles como apoio para discussão neste estudo.

Desenvolveu-se a técnica de análise documental<sup>11</sup>, considerada uma forma de representar a informação que consta nos documentos, obtendo-se, ao final da análise dos dados, dois temas centrais. O primeiro, denominado "Contextualizando a AIDS no Brasil e em Santa Catarina", apresenta a descrição do perfil epidemiológico da AIDS, quanto à incidência, à mortalidade e às categorias de transmissão. O segundo tema, intitulado "AIDS no estado de Santa Catarina: a implementação de políticas públicas em resposta à epidemia", descreve o modo como as autoridades governamentais e os órgãos públicos desenvolveram respostas às demandas sociais para prevenção, tratamento e controle da doença.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Contextualizando a AIDS no Brasil e em Santa Catarina

A disseminação progressiva dos casos de AIDS, no Brasil, chegou a uma estimativa de cerca de 630.000 pessoas vivendo com HIV em 2008, sendo caracterizada como uma epidemia concentrada, apontando atualmente para um processo de estabilização<sup>12</sup>. De acordo com o Boletim Epidemiológico

DST/AIDS, publicado em 2010, do período de 1980 a junho de 2009, foram identificados 544.846 casos de AIDS no Brasil, dentre eles 356.427 casos de AIDS no sexo masculino e 188.396 no feminino. Em relação à razão entre sexos, houve diminuição progressiva ao longo dos anos, passando de 15,1 homens: 1 mulher, em 1986, para 1,5:1, em 2006. Entre 1980 e junho de 2009, do total de casos identificados em homens e mulheres, as taxas de incidência se concentraram na faixa etária de 25 a 49 anos, porém, ao longo dos anos da epidemia, houve aumento das taxas de incidência de AIDS na faixa etária de maiores de 50 anos em ambos os sexos<sup>8</sup>.

O estado de Santa Catarina se localiza na região Sul do Brasil, ocupando 1,1% do território nacional e 16,6% da região Sul. Com área de 95.442,9 km<sup>2</sup>, abriga 6.049.251 habitantes, localizados majoritariamente na região urbana (83,9%), com densidade demográfica de 63,38 habitantes/km<sup>2</sup>. Sua organização político-administrativa compreende 293 municípios, sendo que 87% dos municípios são de pequeno porte, apresentando no máximo 30.000 habitantes. Os maiores contingentes populacionais estão concentrados nas regiões da Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau, Itajaí e Criciúma, as quais juntas representam 46,8% da população catarinense<sup>13</sup>.

Em relação ao panorama nacional da AIDS, a região Sul, particularmente o estado de Santa Catarina recebeu destaque na mídia, desde o início da epidemia, por apresentar municípios com altos índices de contaminação. O primeiro caso de AIDS ocorreu em 1984, no município de Chapecó, e sua disseminação progressiva representa atualmente cerca de 26.057 pessoas com AIDS no estado. Segundo dados do MS, tomando como ano de referência 2007, dentre os 100 municípios brasileiros com mais de 50.000 habitantes e maior incidência da doença, o estado de Santa Catarina foi citado com 5 municípios entre os 20 de maior incidência, sendo eles: Camboriú (2ª posição), Itajaí (4ª), Balneário Camboriú (9ª), Florianópolis (12ª posição e 2ª capital do país com maior incidência) e Criciúma (19ª)<sup>8</sup>.

Em relação à distribuição dos casos de AIDS em Santa Catarina, durante a década de 1980, os primeiros casos ocorreram de maneira desconcentrada entre os municípios, mantendo o meio-oeste e extremo-oeste praticamente livres da epidemia. Em 1994, já havia 82 municípios com pelo menos um caso de AIDS, e em 2000, o estado apresentava 170 municípios atingidos pela epidemia. Atualmente, constam dos registros oficiais, 239 municípios com pelo menos um caso de AIDS, alcançando a porcentagem de 81,5% dos municípios catarinenses com presença da doença, confirmando o processo de interiorização da epidemia no estado<sup>14</sup>. No entanto, ao analisar-se a incidência dos casos de AIDS no estado, é possível notar que é na faixa litorânea que se concentra o maior número de casos

de AIDS, o que se justifica por sua alta densidade demográfica, pela movimentação intensa de pessoas em seus balneários, portos e aeroportos, pelo histórico do consumo de drogas e por ser rota de escoamento do tráfico, contribuindo para uma histórica alta incidência da doença nesta região<sup>15</sup>.

No que refere-se à pauperização da epidemia, a escolaridade é um indicador indireto utilizado para avaliar a situação social das pessoas atingidas pela AIDS. Em Santa Catarina, observa-se a tendência à pauperização, pois entre os casos diagnosticados do período de 1984 a 2008, 65,5% apresentam nível de escolaridade até o primeiro grau e 6,4% escolaridade superior, enquanto que, no Brasil, comparando o mesmo período, 49,4% apresentaram nível de escolaridade até o primeiro grau e 7,8%, o nível superior<sup>16</sup>. As desigualdades econômicas, sociais e culturais são, em todos os lugares do mundo, fatores que interferem diretamente na vulnerabilidade de populações específicas à transmissão do HIV/AIDS. Neste contexto, o fator da escolaridade está intimamente ligado à questão da vulnerabilidade, pois influencia o grau de informação, estando fortemente associado às condições de vida da população<sup>17</sup>.

Um panorama dos casos de AIDS registrados no Brasil desde o início da epidemia, bem como os óbitos pela doença, particularizados em relação à região Sul, pode ser visualizado na Tabela 1. No período analisado, foi utilizado como referência 2008 para apresentar a taxa de incidência por AIDS e o coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, a fim de serem estabelecidos graus de comparação entre as regiões do país, os estados da região sul e Santa Catarina.

A região Sul destaca-se na segunda posição, quanto ao número de casos e óbitos pela doença. Com referência a 2008, considerando-se a incidência por 100.000 habitantes, o país apresenta incidência de 18,2 casos, enquanto a região Sul registra a maior incidência, com 29,3 casos/100.000 habitantes, sendo que Santa Catarina destaca-se com 29,6 casos por 100.000 habitantes. Em relação ao número de óbitos, em 2008, o país apresentou um coeficiente de mortalidade de 6,1 casos, enquanto que a região Sul apresentou 8,9 casos e Santa Catarina, 8,6. Cabe salientar que, na distribuição dos casos e óbitos por AIDS na região Sul, Santa Catarina destaca-se com 24,9% dos casos e 21,6% dos óbitos. O piores índices da região estão no Rio Grande do Sul, com 49,8% dos casos e 55,4% dos óbitos por AIDS<sup>8</sup>.

Quanto à feminização da epidemia no estado, o surgimento do primeiro caso de AIDS em mulheres foi em 1987, resultando na época na proporção de 4,8 homens para 1 mulher, chegando a 2008 com a proporção de 1,3:1<sup>14</sup>, o que pode ser justificado pela heterossexualização da epidemia. As mulheres têm sido consideradas como mais vulneráveis a DST, em geral, bem como à infecção pelo HIV. As particularidades

da vulnerabilidade feminina frente ao HIV/AIDS ganharam visibilidade a partir da segunda metade da década de 1990, sendo que a baixa escolaridade, as iniquidades de gênero e as disparidades regionais têm sido apontadas como principais características desta condição<sup>18</sup>.

A feminização da epidemia se repercutiu também no risco de transmissão vertical. Em Santa Catarina, o primeiro caso de AIDS em crianças foi registrado em 1988. Em 2000, o monitoramento da infecção pelo HIV em gestantes e a redução da transmissão vertical passaram a serem estabelecidos como diretrizes políticas, por meio da Portaria Ministerial Nº 993, sendo adotada a notificação compulsória para gestantes infectadas pelo HIV, o que permitia maior conhecimento do número de casos e adoção de condutas mais apropriadas para o controle da transmissão desta infecção.

De 2000 a junho de 2009, foram notificados 47.705 casos em gestantes soropositivas para o HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Em 2008, o coeficiente de detecção em gestantes foi de 1,7/1.000 nascidos vivos no país. As regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores coeficientes de

detecção de gestantes infectadas pelo HIV, respectivamente 4,6 e 1,8/1.000 nascidos vivos, sendo que Santa Catarina apresentou o coeficiente de 4,9. Da mesma forma, a taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos, em 2008, foi de 3,8/100.000 habitantes, mantendo-se as maiores taxas de incidência nas regiões Sul (7,3) e Sudeste (3,6), sendo que Santa Catarina foi o terceiro estado com maior incidência (6,9)<sup>14</sup>.

As condutas indicadas para a redução da transmissão vertical foram implementadas gradualmente no sistema público de saúde brasileiro, conforme seguinte ordem: até 1994, havia o medicamento AZT (Zidovudina) na rede pública, porém ainda não utilizava-se como estratégia de prevenção, e a amamentação era contraindicada; em 1996, passou a ser indicado o uso do AZT pela gestante e pelo recém-nascido; a partir de 1997, passa a ser adotado o uso do AZT, conforme Protocolo ACTG 076; entre 1999 e 2000, passa a ser recomendada a terapia antirretroviral múltipla e cesariana eletiva<sup>19</sup>. Em Santa Catarina, estas medidas foram adotadas, resultando em uma significativa redução dos casos de transmissão vertical, especialmente a partir de 1997, com o início do uso da

**Tabela 1.** Distribuição dos casos notificados e óbitos por AIDS no Brasil e nos estados da região Sul, no período de 1980 a 2008, taxa de incidência e coeficiente de mortalidade por AIDS no Brasil e na região Sul, em 2008.

Regiões do Brasil	Número de casos de AIDS		Taxa de incidência por AIDS, em 2008, por 100.000 habitantes	Óbitos por AIDS		Coeficiente de mortalidade por AIDS, em 2008, por 100.000 habitantes
	1980 a 2008			1980 a 2008		
	Números absolutos	%		Números absolutos	%	
Norte	20.167	3,8	18,6	6.407	3,0	5,4
Nordeste	62.438	11,7	11,3	21.974	10,1	3,6
Centro-oeste	30.040	5,6	15,9	10.160	4,7	5,1
Sudeste	317.160	59,7	19,2	143.367	66,0	6,7
Sul	101.380	19,2	29,3	35.183	16,2	8,9
Santa Catarina	25.261	24,9*	29,6	7.589	21,6*	8,6
Paraná	25.644	25,3*	17,1	8.104	23,0*	5,1
Rio Grande do Sul	50.475	49,8*	41,2	19.490	55,4*	12,8
Brasil	531.185	100	18,2	217.091	100	6,1

\*percentual em relação à região Sul.

Fonte: Boletim Epidemiológico DST/AIDS (Brasil, 2010).

**Tabela 2.** Categorias de transmissão por AIDS, segundo o sexo, no Brasil, na região Sul e em Santa Catarina, notificados em 2008.

Principais categorias de transmissão	Brasil		Sul		Santa Catarina	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Heterossexual	25,20	48,12	48,88	94,97	60,97	96,35
Homossexual	10,87	-	14,61	-	15,28	-
Bissexual	4,62	-	5,80	-	6,66	-
UDI	3,55	1,19	10,13	2,56	9,43	1,82
Transfusão sanguínea	0,02	0,02	0,10	-	0,32	-
Hemofílico	0,03	-	0,03	-	-	-
Transmissão vertical	0,90	1,27	2,02	2,36	1,95	1,82
Acidente Trabalho	-	-	-	-	-	-
Ignorado	54,77	49,38	18,39	0,09	5,36	-
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2010).

terapia combinada, conforme Protocolo ACTG076<sup>20</sup>. Apesar dos resultados positivos, as incidências ainda permanecem altas, especialmente quando comparadas com outras regiões do país, mantendo-se o desafio de conter a transmissão do HIV neste grupo populacional.

Atualmente, são estratégias de prevenção para a transmissão vertical: a realização do exame sorológico para detecção do HIV no primeiro e terceiro trimestres de gestação, a utilização do antirretroviral e a não-amamentação. Em situações de falha do pré-natal, é realizado o teste rápido anti-HIV nas maternidades, a fim de identificar as parturientes infectadas que estão ainda em tempo de receber profilaxia para a redução da transmissão vertical. Apesar destas ações estarem disponíveis no SUS, a identificação dos casos de crianças infectadas por esta categoria pode sugerir baixa cobertura do pré-natal, falta de oferta do exame de HIV na gestação e falhas no atendimento às gestantes e ao recém-nascido<sup>14</sup>. A ausência da detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência em casos pediátricos infectados pela transmissão materno-infantil<sup>21</sup>.

Para interpretação destes dados, é preciso cautela, haja vista a possibilidade da subnotificação e/ou subregistro, além de fatores assistenciais e gerenciais de controle e monitoramento para os programas descentralizados. Uma das explicações para a forma de transmissão do HIV, que acomete mulheres e crianças de modo mais expressivo no estado, reside no fato de que a epidemia da AIDS em Santa Catarina, no seu início, apresentou crescimento diferenciado devido ao grupo populacional dos usuários de drogas injetáveis (UDI) ser o de maior incidência nos primeiros anos, elevando os casos de transmissão heterossexual e vertical<sup>15</sup>. Este fato se evidencia por diversos estudos, a exemplo do estudo de espaço temporal da epidemia da AIDS, realizado por Rodrigues Júnior e Castilho<sup>22</sup>, os quais apontam que, em 1991, Santa Catarina foi responsável por 35% das transmissões por uso de drogas injetáveis no Brasil, seguido por São Paulo, com 28%, e Rio Grande do Sul, com 25%. Ainda em 1991, os meios de contaminação no estado eram distribuídos da seguinte forma: 56% para a categoria UDI, 21% para a heterossexual e 18% para a homossexual.

A expressiva contaminação por drogas injetáveis no estado se justifica pela oferta de drogas ilícitas na região, dado que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil fazem parte das rotas de escoamento do tráfico que se direcionam a portos e aeroportos. É deste modo que na região litorânea do estado se concentram municípios com alta incidência da doença, tendo o uso de drogas injetáveis a principal forma de

contaminação naquela época. Já em 2000, o estado de Santa Catarina apresentou como meios de transmissão: 62% para a categoria heterossexual, 22% para UDI, 13% para homossexual, apontando a tendência à heterossexualização da epidemia. A Tabela 2 apresenta as principais categorias de transmissão por AIDS, segundo o sexo, no Brasil, na região Sul e em Santa Catarina, em 2008.

Ao longo do histórico da epidemia no país, tem sido observada uma tendência ao crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre os usuários de drogas injetáveis<sup>23</sup>, fato observado na Tabela 2, principalmente em Santa Catarina ao comparar-se com os dados de 2000, os quais foram apresentados anteriormente. O decréscimo da contaminação entre a categoria de UDI pode estar relacionado, entre outros fatores, à política de redução de danos adotada no Brasil; à mudança do comportamento dos UDI, adotando práticas mais seguras e à mudança no perfil do uso de drogas no país, seja a migração para o uso de outras drogas ou outras formas de uso<sup>16</sup>. Apesar das mudanças evidenciadas entre este grupo populacional, o perfil de transmissão com a categoria UDI em Santa Catarina encontra-se ainda acima da média nacional.

A categoria "ignorado", que alcança em torno de 50% das notificações em nível nacional, diminui com notoriedade à medida que os dados da região Sul são comparados aos de Santa Catarina. Deve-se levar em conta que os dados do DATASUS são provenientes de distintos Sistemas de Informações: o Sinan, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SIS-CEL). O Sinan apresenta algumas limitações na qualidade de suas informações que merecem ser consideradas, visto que as categorias de exposição deixam lacunas que dificultam a interpretação das informações e existem falhas no preenchimento, as quais favorecem o grupo de exposição ignorado, dificultando o conhecimento de quais são as populações mais atingidas<sup>24</sup>. As disparidades apresentadas nesta categoria podem suscitar algumas proposições, tais como uma deficiência no preenchimento dos dados, quando pensa-se na investigação epidemiológica em nível nacional, e melhor qualidade na coleta de dados na região Sul e Santa Catarina. Ainda assim, é necessário reconhecer que outros indicadores repercutem de modo negativo para o estado de Santa Catarina, como a taxa de incidência e coeficiente dos óbitos por AIDS, a incidência de gestantes soropositivas para o HIV e a notificação em menores de cinco anos.

Meirelles<sup>15</sup> aponta questionamentos em relação a estas incidências em Santa Catarina, visto que a região Sul e o próprio estado são considerados no cenário nacional como locais com melhor acesso aos serviços de saúde e melhor

nível cultural e econômico, quando comparado a outras regiões do país. A autora questiona também se os resultados seriam relacionados a uma maior sensibilidade do sistema de Vigilância Epidemiológica ou a consequências do perfil epidemiológico apresentado no início da epidemia. De qualquer forma, considera-se que estes altos índices, em relação aos outros estados, podem sugerir, ainda que de maneira empírica, que a epidemia de AIDS no país tem proporções muito maiores do que a conhecida oficialmente. Medidas mais efetivas de prevenção devem ser adotadas nas regiões atingidas, pois apesar das possíveis justificativas, os números são preocupantes e sinalizam que há ainda muito a se fazer para reduzir o crescimento da epidemia no estado e alcançar o seu controle.

#### **AIDS no estado de Santa Catarina: a implementação de políticas públicas em resposta à epidemia**

Após os primeiros anos da epidemia no Brasil, foi se estruturando uma rede assistencial no país, especialmente a partir do primeiro convênio firmado com o Banco Mundial, em 1993. Dentre os avanços alcançados em relação à assistência voltada à AIDS, registra-se a distribuição gratuita de antirretrovirais, em consonância com os princípios do SUS, proporcionando ao Brasil visibilidade e reconhecimento internacional devido à expressiva redução de morbidade e mortalidade por AIDS, a partir de 1996.

O contexto em que esta doença se desenvolveu em Santa Catarina não difere daquele de outros estados brasileiros, sendo que as respostas do Estado à epidemia foram implementadas à medida que casos da doença foram sendo notificados. O primeiro caso de AIDS foi registrado no mês de agosto de 1984, sendo que, em 1985, destinou-se no Hospital Nereu Ramos (HNR), referência estadual para doenças infectocontagiosas e localizado em Florianópolis, quatro leitos para o isolamento e tratamento destes pacientes, o que com o passar do tempo, em virtude de encaminhamentos oriundos de todas as partes do estado, tornou-se insuficiente para o atendimento da demanda<sup>25,4</sup>.

De acordo com a Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, em 1986, foram notificados 8 casos e, em 1987, 17 casos, e tal progressão para o estado representava a instalação da epidemia em níveis alarmantes. Ainda em 1987, implantou-se a primeira Comissão Interinstitucional para o Controle da AIDS no Estado, com a participação de vários órgãos governamentais, com o objetivo de coordenar, planejar, executar e controlar os recursos indispensáveis ao controle da doença, em conformidade com as orientações do MS<sup>42,3</sup>.

Foi ainda na segunda metade da década de 1980 que a sociedade civil começou a se organizar no estado, com a criação

das primeiras organizações não-governamentais (ONGs). O Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS/Santa Catarina (Gapa/SC) foi a primeira ONG catarinense a atuar na prevenção e no controle da AIDS, fundada em 23 de junho de 1988. Surgiu diante da necessidade de defesa dos direitos civis e apoio às pessoas com HIV/AIDS e até hoje tem atuação significativa na epidemia catarinense. A Fundação Açoriana para o Controle da AIDS (Faça) foi outra ONG, fundada em 01 de dezembro de 1991, objetivando o desenvolvimento de atividades de caráter social e científico, mantendo-se atuante no Estado com diversas ações de controle e prevenção da AIDS. Ambas surgiram no HNR, com a participação dos profissionais, pacientes e interessados no tema<sup>25,25</sup>. Deste modo, observou-se que no estado foi reproduzido o mesmo movimento de reação da sociedade frente à epidemia da AIDS, a exemplo de outros estados brasileiros, como São Paulo e Rio de Janeiro, com a participação social na formulação de respostas frente a este complexo problema de saúde pública. De acordo com Camargo Júnior<sup>26</sup>, este é um aspecto que a AIDS traz como exemplo a política do SUS, a ser disseminado para os diversos problemas de saúde da população.

Ainda em 1987, iniciou-se o atendimento Ambulatorial do HNR dedicado a pacientes com AIDS, formando-se, nesta época, uma equipe multidisciplinar para a assistência a estes pacientes. Com a crescente demanda, criaram-se novas formas de atendimento nesta instituição, como o Hospital-Dia (HD) e o Atendimento Domiciliar. Além de referência para o diagnóstico e tratamento, esta instituição passou a ser referência em AIDS na formação de estudantes da área da saúde, na capacitação de profissionais do estado, além de ter em seu quadro profissionais que se tornaram referência em palestras e conferências sobre prevenção e tratamento em HIV/AIDS<sup>25,4</sup>.

No período de 1993 a 1997, que correspondeu a vigência do Projeto AIDS I e ao primeiro financiamento do Banco Mundial, a estratégia de intervenção do MS na implementação da assistência aos pacientes portadores do HIV/AIDS se baseou em diversas ações. Estas ações compreendiam o credenciamento de hospitais, o desenvolvimento do Programa de Alternativas Assistenciais, a definição das condutas terapêuticas e a capacitação de profissionais no manuseio clínico dos pacientes<sup>27,6</sup>.

Quanto à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/AIDS, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial. O MS implantou serviços alternativos à forma convencional de assistência, instituindo inicialmente os serviços de HD, Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e Serviço de Assistência Especializada (SAE). Estes ambulatorios foram criados em municípios e regiões onde a epidemia estava presente de modo gradativo<sup>27</sup>.

A importância de se formar uma rede especializada no atendimento aos pacientes com HIV/AIDS, no início da década de 1990, ocorreu pela emergência da epidemia e por não haver um sistema de saúde estruturado o suficiente para atender estas novas demandas. O Brasil encontrava-se em processo de transição dos sistemas de saúde, com a implantação do SUS, em meio a um cenário político não favorável, dominado por um projeto neoliberal que ia contra aos princípios do novo sistema de saúde<sup>26</sup>. A implantação dessa rede assistencial pelo Programa Nacional de DST/AIDS, por meio de convênios estabelecidos com estados e municípios, foi o reflexo de uma ação do MS ainda de forma verticalizada, porém necessária para viabilizar medidas assistenciais e preventivas relacionadas à AIDS. Este fato, no entanto, possibilitou uma maior visibilidade do Programa de DST/AIDS frente aos demais programas de saúde, seja no âmbito federativo, como estadual e municipal, e até mesmo a interpretação de que as políticas voltadas à AIDS estavam de certo modo descoladas das políticas do SUS.

Independente das possíveis interpretações, deve-se reconhecer que houve uma evolução do sistema de saúde, com o credenciamento de hospitais-referência para tratamento, serviços de HD e inúmeros projetos que se transformaram em programas para promoção e prevenção à saúde. Estas políticas trouxeram como resultado o reconhecimento do Programa Nacional de DST/AIDS como um dos setores mais eficientes do país, consequência de um trabalho de parceria estabelecido entre o governo e os diversos segmentos da sociedade civil, formando uma resposta nacional concreta no enfrentamento da epidemia<sup>27</sup>.

A partir da organização da rede assistencial em DST/AIDS no país, passou-se a discutir a necessidade de descentralizar as atividades do Programa Nacional de DST e AIDS para estados e municípios, e realizar uma inserção mais institucionalizada no SUS, a fim de garantir a continuidade das políticas em HIV/AIDS para além dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial. Deste modo, a descentralização das ações em DST/AIDS foi instituída inicialmente por meio de uma política de incentivo, com a definição de um conjunto de municípios que receberiam recursos diretos do MS para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DST, utilizando-se critérios epidemiológicos, capacidade instalada e gestora das Secretarias de Saúde<sup>28</sup>.

Nesta perspectiva, o MS instituiu a Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002, determinando o incentivo para os estados, o Distrito Federal e os municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, visando melhor estruturar estes programas por financiamento, com transferência direta "fundo a fundo" entre os entes federados.

A partir desta política, foram eleitos em Santa Catarina, em 2002, 33 municípios que concentravam 95% dos casos de AIDS notificados no estado. Portanto, estes municípios passaram a receber incentivo financeiro para melhor estruturação dos Programas Municipais em DST/AIDS, visando ações de vigilância epidemiológica, prevenção e assistência, a fim de melhor responder a epidemia em suas necessidades locais<sup>29</sup>. Muitos destes municípios, além de atender à demanda de seus territórios, servem também como referência para municípios adjacentes, por meio do estabelecimento de pactuações articuladas pelo SUS.

O compromisso estabelecido com estes municípios tem se firmado com o Plano de Ações e Metas (PAM/AIDS), realizado anualmente, que tem como objetivos fortalecer o SUS; melhorar a capacidade de resposta dos serviços ao combate da epidemia de AIDS, contemplando o repasse de recursos para a implementação de ações e estratégias nas áreas de prevenção e assistência, bem como o desenvolvimento institucional, visando implementar ações de gestão e gerenciamento<sup>30</sup>.

Nos anos seguintes, com o acompanhamento do perfil epidemiológico do estado, notou-se um aumento dos casos em municípios de pequeno porte. Visando retomar a cobertura e criar novas medidas estratégicas de enfrentamento, o estado selecionou 15 municípios em 2005 e, posteriormente, mais 10 em 2007, somando-se 25 municípios que passaram a ser chamados de "municípios prioritários", os quais, de acordo com o perfil epidemiológico e estrutura organizacional, passaram a receber recursos do estado destinados a ações preventivas em DST/AIDS<sup>31</sup>. De acordo com Anjos e Peres<sup>32</sup>, com as inovações da política de incentivo, observou-se uma melhora na qualidade dos serviços, reduzindo as taxas de internações por AIDS e coinfeções após 2003, segundo estudo realizado pelas autoras.

Em relação à estrutura assistencial em DST/AIDS, atualmente, existem em Santa Catarina 57 SAE, encontram-se em funcionamento ainda sete serviços de HD. No campo da prevenção e diagnóstico, foram instituídos em Santa Catarina inicialmente os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (Coas), que surgiram no país em 1988 e, em 1997, passaram a ser denominados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), contabilizando-se atualmente 15 destes no estado<sup>33</sup>.

É necessário acrescentar que a estruturação dos serviços nestes moldes não é uma tendência atual, mas muitas das ações desempenhadas nestes serviços são absorvidas pela rede pública assistencial, especialmente pela atenção básica, a exemplo do aconselhamento e teste para o HIV. Nesta perspectiva, alguns municípios do estado, a partir do pacto de gestão, passaram a assumir a média complexidade, com atendimento especializado e descentralizado dentro do próprio município,

inserindo inclusive na atenção básica o atendimento ao paciente infectado para o HIV assintomático, referenciando-o na ocorrência de algum evento, como a necessidade de iniciar o tratamento antirretroviral.

Cabe ressaltar que a descentralização das ações ainda encontra resistências, especialmente no âmbito da assistência sob vários aspectos, como as características da doença, o estigma gerado e as questões de vínculo formadas nos serviços especializados, cuja discussão extrapola os objetivos deste estudo, mas merecem considerações que vão muito além da questão política e organizacional do sistema.

Outra importante ação foi a implantação do Projeto de Redução de Danos, no qual, pela lei estadual nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998, a Secretaria Estadual da Saúde foi autorizada a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas com o objetivo de prevenir, controlar e reduzir a transmissão do vírus da AIDS em Santa Catarina, mediante atividades para redução de danos. Além da realização de ações entre usuários de crack, silicone líquido e anabolizantes, são contempladas ações como orientação e aconselhamento sobre os riscos das drogas à saúde, prevenção da transmissão sexual de DST/AIDS e hepatites, distribuição de preservativos, encaminhamento de usuários aos serviços para tratamento de dependência química, dentre outros<sup>159</sup>.

O projeto redução de danos assumiu destaque pelo fato de que o estado de Santa Catarina sempre teve o uso de drogas injetáveis como um importante meio de transmissão para o HIV, como já relatado neste estudo. Sua implantação oficial ocorreu em 1997 nas cidades de Itajaí e Florianópolis, mas a discussão em torno desta temática teve como momento privilegiado a realização do "I Seminário Nacional para a Prevenção da Infecção pelo HIV/AIDS em Usuários de Drogas Injetáveis", promovido pelo Programa Nacional de DST/AIDS e realizado em Florianópolis, em 1993. Desde então, as discussões sobre a redução dos danos foram marcadas por questões que permeavam ética, moral, liberdade e repressão, envolvendo os profissionais de saúde, a sociedade civil e os representantes de diversos setores sociais, necessitando de um amadurecimento para sua efetivação<sup>79,30</sup>. Atualmente, a Redução de Danos passou a ser reconhecida como estratégia, estando vinculada já em alguns municípios aos Centro de Atenção Psicossocial - Álcool Drogas (CAPS-AD), o que sinaliza um processo de intersetorialidade dos programas de saúde, vislumbrando não apenas a questão da AIDS, mas de outros problemas sociais e de saúde que a redução de danos pode contribuir<sup>9</sup>.

O Programa Brasileiro de DST/AIDS conta com uma rede de serviços ambulatoriais, com características heterogêneas.

Em um estudo que avaliou a estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil, encontrou-se, entre os resultados, que os recursos específicos do programa de DST/AIDS estão disponíveis de modo satisfatório na maioria dos serviços, como a disponibilização de antirretrovirais e exames laboratoriais específicos (CD4/CD8 e carga viral), enquanto que a provisão de outros medicamentos, bem como a disponibilidade de exames que dependem da rede de referência do SUS possuem disponibilidade menor, o que indica a necessidade de articular esta rede de forma que a mesma possa garantir maior integralidade da assistência a seus usuários<sup>31</sup>.

Esses achados reforçam as tendências das políticas nacionais em DST/AIDS, visto que o Programa Nacional de DST/AIDS tem reconhecido como maior desafio a aproximação de suas modalidades assistenciais às demais estruturas do SUS, em especial a Rede Básica de Saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Hepatites, o Controle da Tuberculose etc., o que proporcionaria maior cobertura e acesso, com a definição de papéis e atribuições no contexto da atenção ao HIV e AIDS<sup>6</sup>. Corroborando com este raciocínio<sup>32</sup>, colocam como estratégia de atuação em relação à AIDS no sistema de saúde, a atuação das equipes de ponta, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família, que contam mais diretamente os grupos sociais, nos quais pesquisas científicas vêm revelando maior crescimento da epidemia.

Os desafios aqui colocados são reconhecidos também em Santa Catarina, que busca também promover ações que possam reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV; reduzir a taxa de incidência e mortalidade por AIDS; ampliar o diagnóstico precoce do HIV; ofertar insumos de prevenção na rede básica; ampliar o diagnóstico e tratamento das DST na rede de atenção básica; fortalecer as redes sociais e promover mecanismos para melhorar a qualidade do atendimento às pessoas portadoras de HIV/AIDS<sup>6</sup>. Frente a estas necessidades, pode-se perceber que há ainda muitas lacunas tanto na assistência voltada aos pacientes com HIV/AIDS, quanto nas ações de prevenção dedicadas à população em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, procurou-se caracterizar a evolução da epidemia de AIDS em Santa Catarina, bem como analisar alguns dos aspectos das políticas públicas formuladas durante os 25 de epidemia no estado. Recorreu-se, inicialmente, ao histórico das incidências e distribuição dos casos no estado. No início da epidemia, Santa Catarina recebeu destaque na mídia pela alta incidência relacionada à transmissão por uso de drogas injetáveis, que tem se reduzido paulatinamente até os



dias atuais, porém ainda se mantém acima da média nacional. As tendências observadas em nível nacional, como a heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia também repercutiram no estado. A faixa litorânea concentra as maiores incidências de casos de AIDS. As altas incidências, que conferem destaque ao estado no cenário nacional, suscitam algumas discussões a respeito da epidemia, tais como: um melhor serviço de busca e notificação dos casos, o resultado do perfil epidemiológico apresentado no início da epidemia, a posição estratégica do estado em relação às rotas do tráfico e ao turismo, especialmente na faixa litorânea. De todo modo, é preciso reconhecer que a epidemia ainda é preocupante no país e em Santa Catarina, configurando-se em um relevante problema de saúde pública que continua exigindo respostas por parte do estado e da sociedade.

Quanto às políticas públicas formuladas nos 25 anos da epidemia, observa-se uma resposta concomitante aos delineamentos da AIDS. Devido ao desconhecimento do porvir dos processos ocasionados pela doença, muitas propostas e projetos foram desenvolvidos à medida que os casos surgiam, como a implementação na atenção à saúde da gestante e da criança, relacionadas aos casos de transmissão vertical, e as estratégias de redução de danos relacionadas à transmissão por uso de drogas injetáveis.

A operacionalização das políticas estaduais foi evidenciada com a atuação do HNR na assistência aos pacientes infectados com HIV/AIDS, especialmente no início da epidemia. Destaca-se o relevante papel deste durante todos os anos, o

que fez desta instituição uma entidade de referência estadual no tratamento de pessoas com HIV/AIDS, bem como para profissionais em formação e capacitação nesta área.

Santa Catarina também organizou uma rede assistencial em DST/AIDS mais concentrada na região litorânea, devido à incidência da doença na região e maior concentração populacional. Atualmente, o estado enfrenta como desafios, além da diminuição das altas incidências por AIDS, o fato de: conhecer as populações mais vulneráveis e instituir políticas públicas de prevenção e tratamento; reduzir as diferenças regionais em assistência como forma de promover a equidade no atendimento às pessoas com HIV/AIDS; promover a descentralização das ações, visando incorporar as políticas em DST/AIDS à macropolítica do SUS, seguindo a tendência das políticas nacionais em DST/AIDS, as quais propõem integrar o atendimento a grupos que vivem em situação de vulnerabilidade (seja esta gerada por condições de enfermidade, deficiência, gênero, pobreza ou exclusão social) às políticas públicas existentes que se implementam para a população em geral.

Neste quarto de século de história da epidemia, os enfrentamentos à AIDS foram crescentes e mesmo exitosos no sentido de compreensão e abordagem do problema. No entanto, a vigilância é permanente e contínua. Novos conhecimentos e tecnologias são requisitos para os desafios que se apresentam na atualidade. As esferas governamentais, os profissionais de saúde envolvidos com a vigilância e assistência em saúde e a sociedade civil são protagonistas do processo de cooperação para o sucesso das políticas em DST/AIDS.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO MAL, ARAÚJO TL, DAMASCENO MMC. Conhecimento em HIV/AIDS de 1998 a 2005: estudos publicados em periódicos de Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2006;10(1). [cited 2011 jan 21]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000100017&lng=pt&btn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100017&lng=pt&btn=iso).
2. BRITO AM, CASTILHO EA, SZWARCOWALD CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Uberaba (Brasil): Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(2). [cited 2011 jul 20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-8682200100020001008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-8682200100020001008&lng=en).
3. LUZ PM, MIRANDA KCL, TEIXEIRA JMC. As condutas realizadas por profissionais de saúde em relação à busca de parceiros sexuais de pacientes soropositivos para o HIV/AIDS e seus diagnósticos sorológicos. *Rio de Janeiro (Brasil): Cienc Saúde CoL*. 2011;15 (Supl. 1). [cited 2011 jan 25].
4. SANTA CATARINA (BRASIL). Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/AIDS. Plano de Ações e Metas; 2009. [Acesso em 20 de outubro de 2009]. Disponível em: [http://www.divis.sc.gov.br/contenudos/gerenci\\_da\\_AIDS/noticias/2009/PAM\\_AIDS\\_2009.pdf](http://www.divis.sc.gov.br/contenudos/gerenci_da_AIDS/noticias/2009/PAM_AIDS_2009.pdf).
5. MARQUES MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro (Brasil); 2002;9:41-65.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. Programas nacional, estaduais e municipais; 2009. [cited 2009 set 20]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMEDCF21498585DB4D9F8812B75B92305DA.PTBR.EE>.
7. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Plano Estratégico. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [cited 2009 out 20]. Disponível em: [http://svs.sts.saude.gov.br/svs/publicacoes/plano\\_estrategico.pdf](http://svs.sts.saude.gov.br/svs/publicacoes/plano_estrategico.pdf).
8. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. 27ª e 52ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010; Ano VI; 1; semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008; 01ª a 26ª ed. Brasília (Brasil); Ano VI; 1; semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009.
9. SANTA CATARINA (BRASIL). Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. ABC Redução de Danos. Florianópolis (Brasil): SES; 2010.

10. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Informações em Saúde - Epidemiológicas e Morbidade. Casos de AIDS notificados no Brasil. [Acesso em: 28 de janeiro de 2010]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>.
11. BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (Portugal): Edições 70; 2008.
12. LOPES HV. AIDS 2007: os novos dados, no Brasil e no mundo. São Paulo (Brasil). *Rev Panamerican Infect*. 2007;9(4):65-6.
13. INDICADORES DEMOGRÁFICOS. Indicadores e Dados Básicos (Brasil); 2008. [Acesso em: 24 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tdb2007/matriz.htm?demog>.
14. GANDIN N. 25 anos da epidemia de AIDS: Uma História de Intas, Avulsos, Desafios e Conquistas. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Brasil). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS; 2009. [Acesso em: 26 de outubro de 2010]. Disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/gerencia\\_dst\\_AIDS/noticias/2009/Historico\\_25\\_anos\\_de\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/gerencia_dst_AIDS/noticias/2009/Historico_25_anos_de_Epidemia.pdf)
15. MEIRELES BHS. Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
16. CALAFA WT, BASTOS FL, FREITAS LL, MINGOTTI AS, PROIETTI FA, CARNEIRO-PROIETTI AB. The contribution of two Brazilian multicenter studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the A/UDE-Brasil I and II Projects. 01ª a 26ª ed. *Cad Saúde Pub*. 2006;22:771-82.
17. KOLLER EMP. Da vulnerabilidade ao protagonismo: profissionais do sexo e caminhoneiros frente à AIDS. [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
18. SANTOS CO, IRIART JAB. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pub*. 2007;23(12):2896-905.
19. AMARAL F, ASSIS-GOMES F, MILANEZ H, CECATTI JG, VIEIRA MM, SILVA JL. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. *Rev Panamerican Salud Pub*. 2007;21(6):357-64. [Acesso em: 18 março de 2011]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-4989200700060003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200700060003&lng=en).
20. FURIADO M, FERES KG. Tendência da transmissão vertical da AIDS após terapia anti-retroviral no Estado de Santa Catarina de 1994 a 2006; 2008. [Acesso em: 21 de janeiro de 2011]. Disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/publicacoes/tcc/Tendencia\\_da\\_transmissao\\_vertical\\_da\\_AIDS\\_apos\\_terapia\\_anti\\_retroviral\\_no\\_Estado\\_de\\_Santa\\_Catarina\\_de\\_1994\\_a\\_2006.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/publicacoes/tcc/Tendencia_da_transmissao_vertical_da_AIDS_apos_terapia_anti_retroviral_no_Estado_de_Santa_Catarina_de_1994_a_2006.pdf).
21. SOUZA JÚNIOR PRB, SZWARCWAŁD CL, BARBOSA JÚNIOR A, CASTILHO ME, CASTILHO EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinelas Parturientes, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pub*. 2004;38(6):764-72.
22. RODRIGUES JÚNIOR AL, CASTILHO EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37(4):312-7.
23. FONSECA MGE, BASTOS FL. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saúde Pub*. 2007;23(3):333-43.
24. BARBOSA JÚNIOR A, SZWARCWAŁD CL, PASCOM ARE, SOUZA JÚNIOR PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saúde Pub*. 2009;25(4):727-37.
25. MIRANDA AFB. História da AIDS em Santa Catarina: características de uma epidemia. [Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas]. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
26. CAMARGO JÚNIOR KR. A assistência e a prevenção a AIDS no âmbito do SUS. In: Passarelli CA, Parker R, Pimenta C, Terto Júnior V (Org). *Assistência e Prevenção à epidemia de AIDS no SUS*. Rio de Janeiro (Brasil): ABIA; 2004. p. 25-32.
27. FONSECA AFB. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade de atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro (Brasil): Fiocruz; 2005.
28. ANJOS MGC, PERES KG. Internações hospitalares por AIDS no Estado de Santa Catarina: principais características do período de 1998 a 2007; 2008. [Acesso em: 21 de janeiro de 2011]. Disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/publicacoes/tcc/Internacoes\\_hospitalares\\_por\\_AIDS\\_no\\_Estado\\_de\\_Santa\\_Catarina\\_principais\\_caracteristicas\\_do\\_periodo\\_de\\_1998\\_a\\_2007.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/contenudos/publicacoes/tcc/Internacoes_hospitalares_por_AIDS_no_Estado_de_Santa_Catarina_principais_caracteristicas_do_periodo_de_1998_a_2007.pdf)
29. CHIARADIA CF. Uma história social da AIDS: estudo de caso sobre a incidência da AIDS em Itajaí/SC [Dissertação de mestrado em educação]. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. 188 p.
30. LAGO MA. Da marginalidade à tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. [Dissertação de mestrado em Saúde Pública]. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
31. MELCHIOR R, NEMES MIB, BASSO CR, CASTANHEIRA ERL, ALVES E, BRITO MTS, BUCHALLA CM, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pub*. 2006;40:143-51.
32. SILVA ACES, KERR IRFS, GALVÃO MTG, LINHARES AMB, PONTES RIS. Perfil do conhecimento sobre sexualidade e AIDS de profissionais de saúde que atuam nas equipes do Programa Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. *Cad Saúde Col*. 2007;15(2):183-98.

Recebido em: 17/10/2010

Aprovado em: 28/02/2011

### 3.2 A EPIDEMIA DE AIDS EM FLORIANÓPOLIS

O primeiro caso de aids notificado em Florianópolis ocorreu no ano de 1986. Até o ano de 2010 foram notificados 4.240 casos de aids no município, sendo 2.689 casos em homens, 1.343 casos em mulheres e 208 casos em crianças menores de 13 anos de idade. O primeiro caso de aids no sexo feminino ocorreu no ano de 1987, e o primeiro caso de transmissão vertical ocorreu no ano de 1988 (SINAN-W/AIDS, 2011).

De acordo com Bastiani (2010), que analisou aspectos epidemiológicos da epidemia da AIDS em Florianópolis entre os anos de 1986-2006, o município enquadra-se no perfil da Região Sul, com prevalência das pessoas que vivem com HIV/aids adultas do sexo masculino, aumento progressivo de casos no sexo feminino, predominância da categoria de exposição heterossexual, com ensino fundamental incompleto, e residentes em áreas de interesse social. Em relação às categorias de transmissão do HIV do período de 1986-2010, apresentamos os seguintes dados:

**Tabela 3** - Casos de Aids em adultos segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010

<b>Categoria Exposição</b>	<b>1986- 1990</b>	<b>1991- 1995</b>	<b>1996- 2000</b>	<b>2001- 2005</b>	<b>2006- 2010</b>	<b>Total</b>
Ignorado	1	3	27	81	41	<b>153</b>
Homossexual	24	82	112	95	169	<b>482</b>
Bissexual	11	37	46	44	44	<b>182</b>
Heterossexual	19	225	437	615	591	<b>1887</b>
UDI	58	442	403	278	144	<b>1325</b>
Hemofilia	1	0	0	2	0	<b>3</b>
Transfusão	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Acidente Trabalho	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Perinatal	6	55	101	32	14	<b>208</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>844</b>	<b>1126</b>	<b>1147</b>	<b>1003</b>	<b>4240</b>

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Gerência Estadual DST/Aids. Vigilância Epidemiológica, 2011

Do período de 1986 a 1990 foram registrados no município 120

casos de AIDS, sendo a forma de transmissão do vírus assim distribuída: 50 % por uso de drogas injetáveis; 20 % por relações homossexuais; 9,2 % por relações bissexuais; 15,8% em relações heterossexuais e 5 % por transmissão perinatal. O número de casos de AIDS em UDI continuou aumentando durante a década de 90, tendo seu pico no ano de 1995, quando foram registradas 141 contaminações por esta via, representando uma taxa de transmissão de 58,2% . A partir deste ano, passa-se a perceber uma queda progressiva desta categoria de transmissão do vírus. Acompanhando as estatísticas do município em relação a epidemia, pode-se perceber que a partir da década de 90, a transmissão do HIV passou a ser expressiva entre heterossexuais, passando a ser a principal via de transmissão a partir de 1999, representando neste ano 45,6 % das contaminações.

Quanto a distribuição por sexo, podemos observar a seguinte evolução:

**Tabela 4** - Casos de Aids em adultos segundo sexo e ano de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010

<b>Sexo</b>	<b>1986-1990</b>	<b>1991-1995</b>	<b>1996-2000</b>	<b>2001-2005</b>	<b>2006-2010</b>	<b>Total</b>
Masculino	95	585	704	684	621	<b>2689</b>
Feminino	17	205	323	431	367	<b>1343</b>
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>807</b>	<b>1027</b>	<b>1115</b>	<b>988</b>	<b>4032</b>

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Gerência Estadual DST/Aids. Vigilância Epidemiológica, 2011

Pode-se perceber, a partir dos números, a participação progressiva das mulheres nas estatísticas da AIDS, visto que em 1990 a razão homem/mulher era de 4,4:1, em 2000 a razão foi de 1,8:1 e em 2009 a razão foi de 1,5:1 , configurando-se o fenômeno da feminização da epidemia na cidade, seguindo as tendências nacionais (SINAN-W/AIDS, 2011). Um outro fator contribuinte para a feminização da epidemia em nível local, refere-se alta participação da categoria de transmissão UDI, influenciando na disseminação da epidemia em mulheres e repercutindo no aumento de casos de transmissão vertical (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; MARQUES; DONEDA, 1998).

Em relação a distribuição dos casos de AIDS em adultos, classificados por faixa etária, temos a seguinte distribuição:

**Tabela 5** - Casos de Aids em adultos segundo faixa etária e intervalo de diagnóstico, município de Florianópolis, 1986-2010

<b>Faixa Etária</b>	<b>1986-1990</b>	<b>1991-1995</b>	<b>1996-2000</b>	<b>2001-2005</b>	<b>2006-2010</b>	<b>Total</b>
15-19 anos	10	27	12	9	14	<b>72</b>
20-34 anos	73	514	571	478	371	<b>2007</b>
35-49 anos	25	213	375	427	462	<b>1502</b>
50-64 anos	4	33	54	96	122	<b>309</b>
65-79 anos	0	6	13	18	10	<b>47</b>
80 e+ anos	0	0	0	0	2	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>793</b>	<b>1025</b>	<b>1028</b>	<b>981</b>	<b>3939</b>

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Gerência Estadual DST/Aids. Vigilância Epidemiológica, 2011

A faixa etária mais acometida por esta infecção em todo o percurso da epidemia encontra-se entre a idade de 20 a 34 anos, ou seja, na fase economicamente ativa e reprodutiva, sendo que as mulheres em idade fértil, o risco incide no aumento da frequência da transmissão materno-infantil do HIV. Os casos de contaminação por transmissão vertical em Florianópolis se destacaram do período de 1994 a 1999, chegando a serem notificados 30 casos no município no ano de 1996, passando a regredir paulatinamente na primeira década do ano 2000. A redução da transmissão materno-infantil do HIV se deve principalmente a medidas de profilaxia adotadas durante a gestação, parto e pós-parto, implementadas na rede pública brasileira de modo gradual, como a adoção do AZT pela gestante e recém-nascido a partir do ano de 1996, e o uso do AZT conforme protocolo ACTG 076<sup>6</sup> a partir de 1997. Outro fato que contribuiu para um maior controle da transmissão vertical refere-se a notificação da gestante HIV (Portaria MS Nº 993/2000), o qual se identificou um número maior de gestantes infectadas em tempo de receber a profilaxia anti-retroviral (AMARAL et al., 2007).

A partir do ano 2000, passa-se a perceber o incremento de pessoas com idade acima de 50 anos, evidenciando a crescente participação a população idosa nas estatísticas da epidemia na cidade.

<sup>6</sup> O Protocolo ACTG (Aids Clinical Trial Group) 076 resulta de estudos que comprovaram que o uso do AZT reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando usando durante a gestação, trabalho de parto, parto e em recém-nascidos (solução oral) alimentados com a fórmula infantil (BRASIL, 2006).

Como ilustração, no ano 2000 o número de casos em pessoas com mais de 50 anos de idade representou 4,9 % das notificações, e em 2010 a proporção de casos nesta população alcançou 18,7% do total de notificações, acompanhando também as tendências nacionais (SINAN-W/AIDS, 2011).

No contexto de todos os municípios do país, do período de 2000 a 2009, aqueles que apresentaram as mais elevadas taxas de incidência de aids pertencem à Região Sul, mais especificamente aos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Na classificação das capitais, Florianópolis oscilou de 1997 a 2009 entre a segunda e primeira capital com maior incidência da doença. No ano de 2009, dentre os municípios com mais de 50.000 habitantes com maior incidência em AIDS, Florianópolis se classificou na terceira posição (89,7 por 100.000 habitantes), sendo a primeira posição ocupada por Porto Alegre/RS (172,1), e segunda posição o município de Rio do Sul/SC (96,7) (BRASIL, 2010).

Santa Catarina desde o início da epidemia expressou nacionalmente a magnitude da doença. A área litorânea do Estado recebeu destaque em relação a morbimortalidade por aids, especialmente os municípios de Itajaí, Balneário Camboriú e Florianópolis (BASTIANI, 2010). De acordo com esta autora, o perfil dos óbitos por aids no município de Florianópolis do período de 1986-2006, compreendeu adultos com idade entre 20 - 49 anos, raça ignorada, com escolaridade entre 3 e 7 anos e categoria de exposição UDI e/ou heterossexual.

Em Florianópolis, a taxa de letalidade em 1996 foi de 38,5 %, sendo que a partir deste ano foi disponibilizada na rede pública de saúde a terapia antirretroviral. No ano 2000, a taxa de letalidade foi de 32,3%, e durante toda esta década sua variação foi de 28,2% a 43,2%. A taxa de letalidade relaciona o número de óbitos entre o total de pessoas que acometidas pela AIDS. Esta relação demonstra a gravidade do agravo, pois indica o percentual de pessoas que morreram por determinada doença dentro de um período de tempo, podendo sinalizar inclusive a qualidade da assistência em saúde oferecida à população (ROUQUAYROL et al., 1993; PEREIRA, 2008; PEREIRA, 2007).

Quanto a taxa de mortalidade na população em geral, o Relatório realizado pelo Programa DST/Aids do município no ano de 2004, apresenta que em 2003 a mortalidade por aids alcançou o quarto lugar na cidade, e a sétima causa em Santa Catarina. Esta colocação se justifica, de acordo com o documento, em virtude das migrações em busca de trabalho na capital, além da existência de um hospital especializado para doentes de aids no município (Hospital Nereu

Ramos), e o fato do óbito ser registrado no município de ocorrência (FLORIANÓPOLIS, 2004).

Ao analisar a curva entre ano de diagnóstico e ano de óbito, Bastiani (2010) encontrou aproximação dos dados até o ano de 1995, e a partir de 1996 a dissociação dos valores, com diminuição no número de óbitos, tanto em relação aos Coeficientes de Mortalidade e a Taxa de Letalidade. Uma das causas para a mudança deste perfil é atribuída ao acesso a terapia antirretroviral a partir de 1996 na rede pública de saúde, proporcionando maior longevidade e qualidade de vida aqueles acometidos pela infecção.





## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa trouxe como proposta um estudo de natureza sócio-histórica, utilizando as bases filosóficas da nova história. De acordo com Le Goff (1993), a nova história faz parte de um movimento de oposição à história tradicional e positivista do século XIX. A nova história representa a luta contra a história política e narrativa, que apresenta o fato histórico como uma realidade acabada em si.

A nova história está associada à *École des Annales*, mais especificamente a Lucien Febvre e a Marc Bloch, fundadores da *Revista Annales: économies, sociétés, civilisations*, em 1929, na qual passaram a divulgar esta nova perspectiva. Porém, é necessário considerar que este movimento não era absolutamente novo nesta época, pois alguns historiadores de alguns países, a exemplo de Alemanha e Estados Unidos, já haviam defendido este novo paradigma na história. A novidade é que a partir de Febvre e Bloch, este movimento toma força pelo número de adeptos que se identificam com este novo jeito de fazer história (BURKE, 1992).

A nova história vem representar uma história problemática, explicativa, que busca não apenas narrar os acontecimentos, mas analisar as estruturas. É uma história em movimento, que trata das evoluções e das transformações, buscando compreender o presente pelo passado e o passado pelo presente (LE GOFF, 2005).

De acordo com Burke (1992, p. 11) “a base filosófica da nova história é a idéia de que a realidade é social e culturalmente construída”. Este relativismo desconstrói a tradicional concepção daquilo que é central e periférico na história. Ainda de acordo com este autor, o contraste entre a antiga e a nova história pode ser resumido em alguns pontos:

De acordo com o paradigma tradicional, a história diz respeito especialmente a política, oferecendo uma visão vista “de cima”, a partir dos grandes feitos dos grandes homens, como generais, estadistas. Esta história se baseia em documentos e registros oficiais, negligenciando outras evidências, preocupando-se sempre com o ponto de vista oficial. Trata-se de uma abordagem objetiva, de fatos, imparcial, centrada em uma única explicação para determinado fenômeno.

A nova história, no entanto, vem romper com muitos destes pressupostos, visto que esta perspectiva passa a se interessar por toda a atividade humana, preocupada não com os fatos, mas com a análise das estruturas, com uma história “vista de baixo”, partindo de opiniões de

peças comuns, valorizando suas experiências na mudança social. A nova história preocupa-se com todas as evidências, como as visuais e orais, buscando várias respostas para a mesma questão. Este novo modo de fazer história não nega sua parcialidade, pois defende que só percebemos o mundo através de uma estrutura de convenções que variam de uma cultura para outra.

Padilha e Borenstein (2005) afirmam que um dos objetivos da investigação histórica é lançar luzes sobre o passado, a fim de desvelar o presente e visibilizar questões futuras. Deste modo, é importante que a escolha do tema a ser pesquisado esteja atenta às prioridades sociais do momento em que se vive. O método de pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados, e por fim a apresentação dos fatos acrescidos de uma interpretação e conclusão. Neste processo de reconstrução histórica, o historiador pode utilizar todas as evidências encontradas.

A nova história se estende às dimensões de todas as ciências humanas em sua globalidade (BRAUDEL, 1992). Deste modo, acreditamos que esta perspectiva vai ao encontro dos objetivos deste estudo, pois a partir deste método buscamos apreender a experiência de pessoas comuns, neste caso profissionais de saúde que desenvolveram suas atividades no Programa DST/Aids do município de Florianópolis, buscando problematizar esta história contemporânea, não negando as tendências produzidas pela visão de mundo de cada sujeito, bem como da própria pesquisadora, frente a impossibilidade de reproduzir uma história estéril.

## 4.1 CONTEXTO DO ESTUDO

### 4.1.1 A cidade de Florianópolis e o contexto histórico do Serviço Municipal de Saúde

Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, situa-se no litoral catarinense, tendo em seu território uma parte insular (ilha de Santa Catarina) e outra parte continental incorporada à cidade em 1927, perfazendo uma área total de 436,5 Km<sup>2</sup>. De acordo com o censo demográfico, em 2010 a população do município era de 421.240 habitantes. A região da Grande Florianópolis comporta 22 municípios, com uma população metropolitana de 1.012.831 habitantes. O município

tem sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo (IBGE, 2010; PMF, 2011).

De acordo com dados do IBGE (2010), Florianópolis tem em seu território 520 estabelecimentos de saúde, sendo 445 classificados como serviços privados, e 75 como serviços públicos de saúde. Destes, 4 são estabelecimentos do serviço público federal, 14 são estabelecimentos do serviço público estadual e 57 são estabelecimentos do serviço público municipal.

Por ser uma capital, Florianópolis concentra historicamente uma ampla estrutura administrativa e assistencial organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, desde 1970. Na época, a Secretaria Estadual de Saúde apresentava duas estruturas administrativas principais: a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), estrutura administrativa voltada a execução da política do setor médico-hospitalar; e o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), órgão voltado a prevenção e promoção da saúde. Esta estrutura manteve-se até uma nova reforma administrativa do estado, no ano de 1991, com o início a implantação do SUS (SANTA CATARINA, 2006). Além da estrutura de saúde pertencente à esfera estadual, Florianópolis apresentava em 1990, 39 postos de saúde municipais distribuídos em seu território, para uma população total de 255.391 habitantes, segundo censo do IBGE do ano de 1991 (PEREIRA, 1997).

Florianópolis iniciou o processo de implantação do SUS e municipalização dos serviços de saúde procurando definir as portas de entrada, o acesso e hierarquização aos vários níveis de atenção. Em seu nível gerencial, a Secretaria de Saúde do município de Florianópolis se estruturou em dois departamentos principais, constituídos pelo Departamento de Saúde Pública e o Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria. O Departamento de Saúde Pública era composto por três divisões, compostos pela Divisão de Estratégias Operacionais, Divisão de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Quanto a rede assistencial, a Secretaria Municipal de Saúde passou a administrar toda a rede básica de serviços públicos de saúde e uma unidade de Referência Regional de Especialidades. Esta transição do sistema de saúde se caracterizou ainda com um modelo hierarquizado de atenção, organizando o atendimento via especialidades básicas, que foram sofrendo transformações a medida que novos programas foram sendo implantados, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF). A partir do PSF passam a coexistir dois modelos simultâneos, buscando-se então a reordenação do sistema baseada no conceito de Vigilância em

Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2002).

Para regular a transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu pactuações com entidades representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, passando a utilizar-se de instrumentos reguladores legais, editados com o objetivo de implantar e operacionalizar esta política, regulando as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, bem como o planejamento das ações em saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos reguladores viabilizaram a habilitação dos municípios em modelos de gestão diferenciados, compreendidos desde a execução e gestão dos serviços básicos de saúde, até a gestão de todo o conjunto de prestadores de serviços em saúde e recursos financeiros repassados pelo governo federal, devendo para isto comprovar capacidade técnica e de gerenciamento de todo o sistema (BRASIL, 1996; SILVA; LIMA, 2005). Neste contexto, Florianópolis habilitou-se na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, conforme a NOAS/SUS/01/02 em 10/07/2002 (Portaria 1255/GM/2002), mantendo-se nesta condição até adesão ao Pacto pela Saúde, em 2007.

Ainda no ano de 2002, a Secretaria de Saúde inseriu um nível intermediário de gestão no município, configurando-se cinco Regiões de Saúde: Norte, Sul, Centro, Continente e Leste, inicialmente com estruturas regionalizadas da vigilância epidemiológica, visando o desenvolvimento de ações de saúde concernentes ao Departamento de Saúde Pública. Tratava-se de uma iniciativa voltada à descentralização, através da regionalização dos serviços, refletindo-se em um dos passos para o processo de Vigilância em Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2002).

A condição de gestor da Atenção Básica Ampliada conferiu ao município a capacidade de gerir apenas a atenção básica, além de alguns serviços especializados pré-existentes. Outro modo de gestão possível seria a Gestão Plena do Sistema Municipal, em que o município passaria a ser responsável pela gestão de todo o conjunto de prestadores de serviços em saúde nele existentes. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2002-2005), esta era uma alternativa desejável para o município, mas requeria a assunção de todos os níveis de complexidade de atenção no município. Neste sentido, algumas preocupações foram explicitadas no próprio Plano, que considerava o fato dos serviços públicos de saúde manterem-se ainda fragmentados e desarticulados do sistema, gerando deslocamentos aos centros urbanos maiores para se acessar serviços de médio e alto custo. Deste modo, Florianópolis, na posição de capital de estado, tinha uma demanda regional não organizada competindo com a demanda municipal nas mesmas condições de igualdade, o que causava

dificuldades tanto à rede básica, quanto aos ambulatórios especializados e serviços de urgência/emergência (FLORIANÓPOLIS, 2002).

O município manteve-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada até 2007, quando aderiu ao Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde foi publicado em 2006, se apresentando como uma nova forma de reorganizar o SUS, possibilitando aos municípios assumirem responsabilidades segundo suas possibilidades estruturais e financeiras, pactuando os demais níveis de atenção à saúde com os Estados e a União (BRASIL, 2006d). De certo modo, o Pacto apresentou-se como uma modalidade intermediária a Gestão Plena do Sistema Municipal e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o que facilitou a adesão do município a esta política. Com a adesão ao Pacto pela Saúde ocorrida em 20 de julho de 2007 através da Deliberação CIB n°. 066/2007, Florianópolis passou a assumir gradativamente os serviços de média e alta complexidade, conforme pactuação com a Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2010, o serviço municipal de saúde de Florianópolis apresentava-se com a estruturação de cinco distritos sanitários de saúde, denominados como Distrito sanitário Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Nestes distritos sanitários, estavam distribuídos 4 Policlínicas de Atendimento Regional, 4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 01 Laboratório Municipal e 49 Centros de Saúde (SILVA, 2010). As ações em saúde do município têm como eixo central a Estratégia de Saúde da Família, legitimada através da Portaria SS/GAB N°. 283/2007 (FLORIANÓPOLIS, 2007), que aprovou a Política Municipal de Atenção a Saúde no município, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família.

#### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde que atuam ou atuaram direta ou indiretamente no Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, dentre eles os coordenadores do Programa, profissionais que desempenharam atividades no âmbito técnico-administrativo ou assistencial no período do estudo, além de dois profissionais de saúde que atuavam no início da epidemia no Hospital Nereu Ramos, e tiveram as primeiras experiências com a doença na

cidade. Os critérios de seleção destes sujeitos foram: ter atuado no programa em algum momento do período histórico proposto (1986-2010), seja em cargo de gerência, técnico-administrativo, ou que tenha alguma participação e envolvimento com a questão da aids no município; poder contribuir com os objetivos do estudo, e estar disposto a participar, após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e dos preceitos éticos envolvidos no estudo. Como se trata de um estudo com uma perspectiva histórica, as entrevistas foram formuladas a partir da perspectiva da História Oral Temática.

A seguir apresentamos um quadro com a relação dos profissionais entrevistados:

	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Instituição de Vínculo</b>	<b>Função</b>	<b>Tempo de atuação no programa/ serviço voltado as DST/Aids</b>
1	Médico - M2	Hospital da SES	Diretor/ Assistência	1985-2011 – 26 anos
2	Enfermeira - E1	Hospital da SES	Assistência	1984-2005 = 21 anos
3	Médico - M1	Programa Municipal DST/Aids	Coordenador, após assistência	1986-2006 = 20 anos
4	Médico - M3	Programa Municipal DST/Aids	Assistência	1989-1991 = 2 anos
5	Enfermeira - E4	Programa Municipal DST/Aids	Assistência	1989-2006= 17 anos
6	Enfermeira - E2	Programa Municipal DST/Aids	Coordenação	1993-1997 = 4 anos
7	Enfermeira - E3	Programa Municipal DST/Aids	Coordenação	1995-2000 = 5 anos
8	Médico - M4	Programa Municipal DST/Aids	Assistência	1991-2006 = 17 anos
9	Médico - M5	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	Secretário da Saúde	1994-1996 = 2 anos
10	Assistente Social - AS1	Programa Municipal DST/Aids	Assistência CTA	1996-2011 = 15 anos
11	Assistente Social - AS2	Programa Municipal DST/Aids	Assistência CTA	1996-2011 = 15 anos
12	Enfermeira - E5	Programa Municipal DST/Aids	Coordenação	2000-2003 = 3 anos
13	Psicóloga - P1	Programa Municipal DST/Aids	Área Técnica	2001-2011 = 10 anos
14	Psicóloga - P2	Programa Municipal DST/Aids	Área Técnica	2002-2011 = 09 anos
15	Enfermeira - E6	Programa Municipal	Coordenação	2003-2006 = 3

		DST/Aids		anos
16	Médica - M6	Vigilância Epidemiológica	Gerência	2006-2009= 3 anos
17	Enfermeira - E7	Vigilância Epidemiológica	Gerência	2009-2012= 3 anos

**Quadro 1-** Relação dos profissionais entrevistados e especificação do Serviço, função e tempo de atuação no programa/serviço voltado às DST/Aids

Dentre os dezessete profissionais que participaram do estudo, foram entrevistadas sete enfermeiras, seis médicos, duas assistentes sociais e duas psicólogas. Destes profissionais, seis atuaram diretamente no Programa Municipal DST/Aids na atividade de coordenação ou técnico administrativa, quatro no Ambulatório DST/Aids, duas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), dois na direção da Vigilância Epidemiológica do município, e 01 foi gestor na Secretaria Municipal de Saúde durante o processo de implantação do Programa Municipal DST/Aids. Contamos com a participação de dois profissionais que atuaram no Hospital Nereu Ramos, que apesar de não pertencerem ao serviço municipal, desempenharam relevantes papéis em relação à epidemia na cidade, contribuindo com o tema em questão, especialmente em relação ao período em que o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis ainda não havia se estruturado. O tempo de permanência dos sujeitos nestes serviços variou de 2 a 26 anos, com uma média de 10 anos. O período de coleta dos dados ocorreu entre julho de 2010 a janeiro de 2012.

A escolha dos sujeitos e ordem de entrevista seguiu como critério inicial os coordenadores do Programa Municipal DST/Aids, iniciando pela primeira coordenadora do Programa Municipal de Controle de DST/Aids, oficializado em 1993, considerando esta entrevista como ponto zero, conforme coloca Meihy (1998). Esta participante fez indicações de profissionais que atuaram antes do programa estruturado oficialmente, ou seja, do período de 1986 a 1993, as quais foram procuradas e aceitaram participar do estudo. Após, fomos entrevistando as demais coordenadoras do Programa, seguindo o período cronológico. Estas participantes, por sua vez, fizeram referências a pessoas que colaboraram com o programa em sua época de atuação, e através destas indicações fomos contactando cada profissional, seguindo na realização das entrevistas. O instrumento de coleta de dados apresenta questões amplas de todo o período do estudo (Apêndice A), no entanto, buscamos detalhar e melhor explorar as questões que correspondiam ao período

que o sujeito atuou no programa.

Embora em uma pesquisa histórica que utiliza como recurso a história oral, a identificação dos sujeitos seja considerada, optamos por manter o anonimato dos mesmos neste estudo pelo próprio desejo da maioria deles. Deste modo, os sujeitos estão identificados por letras, de forma que para os enfermeiros a sequência se dá de E1 a E7, seguindo-se a ordem cronológica que estes profissionais participaram do programa, os médicos estão classificados na ordem de M1 a M6, assistentes sociais como AS1 e AS2, e psicólogos como P1 e P2.

### 4.3 FONTES

As fontes têm importante papel na pesquisa, pois são subsídios de análise ao processamento dos dados, garantindo sua objetividade e intersubjetividade das informações. As fontes históricas são todos os tipos de informações encontradas acerca do período de tempo estudado, podendo ser considerados objetos, monumentos, fotos, filmes, livros, revistas, jornais, diários, entrevistas, atas de reuniões e documentos diversos. Dependendo de sua natureza, as fontes são caracterizadas como fontes primárias ou secundárias.

As fontes primárias são informações de primeira mão e contato mais direto com os acontecimentos ou situações históricas, a exemplo de documentos originais, relíquias e objetos, autobiografias, leis, atas, constituições. As fontes secundárias caracterizam-se por apresentar informações de segunda ou terceira mão, já contendo a interpretação de quem as escreveu anteriormente, tendo portanto, um valor limitado pelas distorções que possa ter sofrido por interpretações anteriores. De modo geral, estas fontes são constituídas por periódicos, crônicas, coletâneas, revisões de literatura, entre outros (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Valendo-nos das fontes disponíveis, buscamos registrar, através da perspectiva da nova história, a história das políticas públicas voltadas as DST/Aids no município de Florianópolis do período de 1986 a 2010, analisando-as a partir dos princípios e diretrizes do SUS, partindo das políticas nacionais, estaduais e por fim municipais em DST/Aids, a partir de fontes documentais primárias, fontes documentais secundárias e fontes orais primárias.

As fontes documentais primárias foram as leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e do município, atas, projetos e relatórios, publicações do Diário Oficial do Estado e da União, que de algum modo contribuíram para a elucidação e



compreensão do momento estudado. As fontes documentais primárias foram utilizadas para a realização da crítica externa, ou seja, checagem da informação recebida oralmente com o documento - para elucidar os fatos de cada tempo histórico, visando balizar as informações.

As fontes secundárias que ofereceram suporte ao estudo foram as teses, dissertações, artigos, livros, anais de eventos, matérias divulgadas em jornais e revistas relacionadas a esta temática, especialmente relacionadas à cidade de Florianópolis.

Quanto às fontes orais primárias, utilizamos a técnica da História Oral Temática como recurso, visando complementar dados e impressões não totalmente claras nos documentos conhecidos. A história oral é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, sendo esta uma forma de aproximação do objeto de estudo. Através da História Oral, pode-se estudar acontecimentos históricos, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, conjunturas. A História Oral pode ser empregada em diversas disciplinas das ciências humanas, movendo-se em um campo multidisciplinar, apresentando estreita relação com categorias como biografia, tradição oral, memória, linguagem falada, métodos qualitativos. A História Oral pode ser definida como método de investigação, fonte de pesquisa, técnica de produção e tratamento de entrevistas gravadas (ALBERTI, 2005).

A História Oral se difundiu no plano internacional nos anos de 1960 do século XX, motivada pela contracultura, em oposição a uma cultura que compreendia a história como pertencente ao tempo longínquo, jamais do tempo presente. Os avanços tecnológicos como os recursos visuais e auditivos também foram fundamentais para o reconhecimento do valor da História Oral como documento, contestando a exclusividade da letra escrita. No Brasil, a História Oral foi introduzida na década de 1970, a partir de um programa pioneiro promovido pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV) do Rio de Janeiro, mas sua expansão ocorreu na década de 1990, tendo como ponto crucial a criação da Associação Brasileira de História Oral em 1994 (MEIHY, 1998; ALBERTI, 2005).

A História Oral pode ser utilizada com uma perspectiva temática, partindo de um assunto específico, buscando esclarecimentos acerca do tema em questão, podendo-se equivaler o uso da documentação oral e das fontes escritas como compatível. Este recurso pode ser utilizado em diferentes áreas do conhecimento acadêmico, sendo marcado por maior objetividade, em que a história pessoal do narrador interessa na medida

em que se revela aspectos que possam acrescentar informações a temática central (MEIHY, 1998). Neste contexto, utilizamos a História Oral Temática como recurso para obtenção de dados, tratando como tema central as políticas voltadas as DST/Aids no município de Florianópolis e sua articulação os princípios e diretrizes do SUS, buscando a partir da experiência e impressão dos sujeitos participantes, perceber como esta política se efetivou ao longo dos anos, considerando-se os dispositivos legais e políticas oficiais implantadas nas esferas governamentais durante o período estudado.

A entrevista na História Oral se divide em três momentos: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A pré-entrevista corresponde à preparação do encontro, incluindo o contato prévio com o sujeito, o esclarecimento do objetivo do trabalho e de sua participação, e o agendamento em local conveniente para o entrevistado. A entrevista corresponde ao ato em si, podendo ser únicas ou múltiplas, estimuladas ou não (a partir de documentos, fotos), diretivas ou não (com questionários estruturados ou livres), longas ou breves. Já a pós-entrevista refere-se ao momento seguinte ao da entrevista, onde pode se fazer um agradecimento pela participação e agendamento para validação das informações após a transcrição (MEIHY, 1998).

Neste estudo, as entrevistas foram contempladas por estes três momentos, sendo que na pré-entrevista foi feito o primeiro contato com o sujeito do estudo, através de telefone ou e-mail com agendamento da entrevista em local, dia e hora conveniente ao entrevistado. No ato da entrevista foi inicialmente lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitado autorização para gravação e realizada a entrevista em si, com duração de tempo entre 45 minutos a 1 hora e meia. Foi realizado um encontro com cada sujeito. A pós-entrevista seguiu-se com agradecimento pelo encontro e agendamento futuro para a validação dos dados, após o processo de transcrição dos depoimentos.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Quanto ao tratamento dos dados coletados, o conteúdo das entrevistas passou por um processo de transcrição, partindo do referencial de Meihy (1998), e posteriormente pela análise de conteúdo de Bardin (2004).

O processo de transcrição corresponde a passagem da gravação

oral para escrita, o que de acordo com Meihy (1998) inclui também a textualização, transcrição, e conferência. De acordo com o autor, após a tradução, a textualização corresponde a definição de palavras-chave e o estabelecimento de idéias contidas no texto, a transcrição corresponde a finalização do texto em sua versão pronta, retirando-se todas as expressões de uso coloquial, repetições e inferências desnecessárias, e a conferência se refere a avaliação da versão final da entrevista pelo entrevistado para autorização de seu conteúdo.

Neste estudo, a tradução da linguagem oral para escrita foi realizada tal qual como ela ocorreu, na sequência de perguntas, respostas e interferências. Após esta etapa, foi iniciada a textualização, onde foram destacadas algumas palavras-chave e estabelecimento de idéias centrais contidas no texto, as quais deram origem posteriormente às subcategorias e categorias. Neste momento também foram assinaladas expressões repetidas e coloquiais, dispensáveis a narrativa, para futura exclusão. Em seguida, passou-se a etapa da transcrição, que corresponde a finalização do texto, retirando os excessos, no que diz respeito a linguagem coloquial, repetições, buscando recriar o texto na forma como será publicado.

Com o texto lapidado, partiu-se para a etapa da conferência, em que as entrevistas foram apresentadas aos sujeitos participantes para a validação do conteúdo. Com a análise dos sujeitos, foram feitos por eles próprios pequenos ajustes, acrescentando, retirando, modificando ou confirmando algumas informações, findando-se com nova assinatura de validação de conteúdo. Esta etapa ocorreu pessoalmente, com agendamento de novo encontro entre a pesquisadora e o sujeito, ou por carta, conforme a escolha de cada participante.

Passado todo este processo, que pode ser nomeado de pré-análise, partiu-se para a análise propriamente dita, guiando-se pela análise de conteúdo de Bardin (2004).

Segundo esta autora, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 31) que tem como características fortes o rigor e a necessidade de ir além das aparências, propondo uma função heurística, enriquecendo o método exploratório para uma análise sistemática a fim de confirmar ou não certa proposição (BARDIN, 2004).

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo aplicada ao trabalho qualitativo apresenta algumas características peculiares. A análise qualitativa levanta problemas, selecionando temas, sem a necessidade de tratar todo o conteúdo. Porém, com o objetivo de evitar erros na análise, é importante que se mantenha o contexto como

referência. É necessário que o pesquisador leia e releia o material, alterne releituras, para evidenciar as aproximações. Porém o que vai caracterizar a análise qualitativa é a inferência sobre os temas em estudo, não apenas a frequência com que aparecem nos conteúdos a serem analisados.

Para esta autora, a categorização é uma operação de classificação de elementos que se destacam, sofrendo um reagrupamento, de acordo com critérios definidos. O critério de organização pode ser semântico, como a formação de categorias temáticas; sintático, formado por verbos e adjetivos; léxico, com a classificação de palavras segundo o seu sentido, como os sinônimos; ou expressivo, que são aquelas que classificam as diversas perturbações da linguagem.

Para realização da análise do conteúdo das entrevistas utilizadas neste estudo, partiu-se de entrevistas recriadas pelo processo de transcrição de Meihy (1998), e validadas pelos sujeitos, dando-se continuidade com nova leitura detalhada do conteúdo. Um primeiro critério de organização dos conteúdos seguiu-se pela ordem temporal, visto que se trata de um trabalho histórico, sendo firmadas diversas delimitações relacionando tempo e fatos importantes. Em seguida, passou-se a classificar as unidades de análise previamente selecionadas (palavras-chave), iniciando o agrupamento das semelhanças, constituição das subcategorias de análise; reagrupamento das subcategorias de análise para identificação das categorias.

Quanto à análise dos documentos, Bardin (2004) define que a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outra forma a informação que consta nos documentos, permitindo transformar um documento primário em secundário, onde a operação intelectual, como o recorte da informação e divisão em categorias, é idêntica a fase de tratamento das mensagens de certas formas de análise de conteúdo. Os documentos analisados neste estudo foram utilizados como suporte e complementação das categorias analisadas, não formando necessariamente categorias isoladas, mas respaldando ou questionando muitas das informações obtidas pelos depoimentos.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo, no que se refere à coleta de dados em instituições públicas e a realização de entrevistas, nos respaldamos

nos princípios éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a). Este estudo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado através do parecer Nº 592 de 22 de Fevereiro de 2010.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A partir dos dados coletados, compreendendo o resultado das entrevistas coletadas junto aos profissionais participantes do estudo, bem como leis, portarias, relatórios e da própria literatura utilizada para a discussão dos resultados, apresentamos os resultados que estão organizados em quatro manuscritos:

No primeiro manuscrito, intitulado “O surgimento da Aids e as primeiras respostas voltadas à epidemia no município de Florianópolis: um estudo do período de 1986 a 1993”, descrevemos o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até o ano de 1993, quando iniciou-se a estruturação oficial do Programa Municipal DST/Aids neste município.

No segundo manuscrito, intitulado “A política de redução de danos em Florianópolis como estratégia de prevenção ao HIV/Aids: da sua implantação aos seus desdobramentos (1993-2007)” apresentamos como o Projeto de Redução de Danos, criado junto e a partir do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, evoluiu como estratégia de cuidado e prevenção do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis no município de Florianópolis, ampliando sua proposta para responder a outros padrões do consumo de drogas lícitas e ilícitas, extrapolando o campo de ação das DST/Aids.

No terceiro manuscrito, intitulado “A implantação do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis” analisamos como se estruturou e consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial, destacando as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência.

No quarto manuscrito, intitulado “A reorganização da Política Municipal em DST/Aids em Florianópolis e as repercussões nos âmbitos administrativo e assistencial”, analisamos como o processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis no decorrer dos anos 2006-2010, bem como suas repercussões no nível assistencial e administrativo.

### **5.1.1 Manuscrito 1: O surgimento da Aids e as primeiras respostas voltadas à epidemia no município de Florianópolis: um estudo do período de 1986 a 1993**

#### **O surgimento da Aids e as primeiras respostas voltadas à epidemia no município de Florianópolis: um estudo do período de 1986 a 1993**

**The emergence of AIDS and the first responses to the epidemic facing by the city of Florianópolis: a study of the period of 1986 to 1993**

**El surgimiento del SIDA y las primeras respuestas frente a la epidemia en el municipio de Florianópolis: un estudio del período comprendido entre 1986 y 1993**

Isabel Cristina Alves Maliska  
Maria Itayra Padilha  
Selma Regina Andrade

**Resumo:** Trata-se de um estudo descritivo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que tem como objetivo descrever o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até 1993, quando foi oficializado o Programa Municipal DST/Aids neste município. Para coleta de dados, utilizou-se a pesquisa documental e História Oral Temática para as entrevistas. Os sujeitos do estudo foram oito profissionais de saúde que exerceram atividades de assistência e/ou gestão vinculadas as DST/Aids, no período do estudo. Para tratamento dos dados, utilizamos análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em três categorias: As primeiras notícias e mobilizações acerca da epidemia; A estruturação da assistência para atendimento dos primeiros casos; e a dificuldade de se lidar com uma doença permeada por estigmas e preconceitos. Destacam-se neste estudo, as iniciativas pessoais de profissionais de saúde que entenderam a emergência da epidemia e passaram a articular ações assistenciais e preventivas, apesar das limitações institucionais e dos poucos recursos disponíveis na época. **Palavras chave:** Aids, epidemia, Sistema Único de Saúde, Municipalização, história da saúde.



**Summary:** This is a descriptive study with a qualitative socio-historical perspective, aimed at describing the context which emerged from the first actions taken in response to the AIDS epidemic in Florianópolis, from the first reported case until 1993 when it was made official by the Municipal STD/AIDS Program in the city. For data collection, we used the archival research and oral history methods during the interviewing process. The study subjects were eight health professionals who have exercised care activities and/or management actions related to STD/AIDS during the study period. For data analysis, we used the content analysis method of Bardin (2004). The results are presented in three categories: The first news about the epidemic and its first mobilizations; the structuring assistance for care of the first cases; and the difficulty of dealing with an illness permeated by stigma and prejudice. The study highlights the personal initiatives from the health professionals who understood the emergency of the epidemic and began to administer care and preventive actions, despite the institutional constraints and limited resources available at the time.

**Keywords:** AIDS, epidemic, SUS, Municipalization, health history.

**Resumen:** Se trata de un estudio descriptivo cualitativo con perspectiva socio-histórica, cuyo objetivo es describir el contexto en que surgieron las primeras acciones en respuesta a la epidemia del SIDA en Florianópolis, a partir del primer caso reportado hasta 1993, cuando fue oficializado el Programa Municipal de ITS-SIDA en este municipio. La investigación documental fue la herramienta utilizada para la recolección de los datos y la Historia Oral Temática fue el método empleado para las entrevistas. Los sujetos de estudio fueron ocho profesionales de salud que ejercían actividades de atención y/o gestión vinculadas al ITS-SIDA durante el período en estudio. Para el procesamiento de los datos, se utilizó el análisis de contenido. Los resultados se presentan en tres categorías: las primeras noticias y movilización sobre la epidemia, la estructuración de la asistencia para la atención de los primeros casos, y la dificultad de lidiar con una enfermedad impregnada de estigmas y prejuicios. Se destacan en el estudio, las iniciativas personales de los profesionales de salud que entendieron la emergencia de la epidemia y comenzaron a articular acciones asistenciales y preventivas, a pesar de las limitaciones institucionales y los pocos recursos disponibles en el momento.

**Palabras claves:** SIDA, Epidemia, Sistema Único de Salud, Municipalización, la historia de la salud.

## INTRODUÇÃO

A aids foi conhecida pela sociedade já tomando forma de epidemia, trazendo a forte marca da letalidade, uma vez que os primeiros indivíduos acometidos pela doença tinham uma expectativa de meses de vida, visto a inexistência de tratamento que pudesse curar ou ao menos controlar a doença. O pavor criado em torno da aids, coincidiu com a desinformação da sociedade e da própria ciência biomédica, que apresentou dificuldades em compreender os mecanismos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BARATA, 2006).

No cenário internacional, os primeiros casos de imunodeficiência adquirida foram observados no fim da década de 70 e início da década de 1980, e a doença foi denominada como síndrome da imunodeficiência adquirida em 1982 (NASCIMENTO, 2005). Em resposta a esta nova epidemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou no ano de 1986 o Programa Especial de Aids (PEA), que em 1987 passou a ser denominado Programa Global de Aids (PGA). O PGA tornou-se rapidamente o maior programa da OMS, sendo que até o ano de 1989, 159 países haviam recebido apoio financeiro da OMS para estruturarem os seus Programas Nacionais de Aids (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

No Brasil, o surgimento da aids coincidiu com o enfrentamento de uma grave crise social, política e econômica. Juntos, estes processos contribuíram para uma extensa deterioração dos sistemas de saúde pública, limitando a capacidade de resposta aos problemas de saúde já existentes, bem como os emergentes, a exemplo desta epidemia. O momento histórico em que a aids adentrou no país caracterizou-se também pela instauração progressiva do regime democrático brasileiro e pelo surgimento e reorganização de diversos movimentos sociais. Neste contexto, as primeiras articulações e políticas em resposta a epidemia surgiram de atores ligados ao movimento sanitário progressista, partindo dos referenciais éticos, legais e políticos da Reforma Sanitária (MENDONÇA et al., 2010; TEIXEIRA, 1997).

Embora o primeiro caso da doença no Brasil tenha sido diagnosticado em 1982, foi identificado neste mesmo ano um caso retrospectivo de 1980, no estado de São Paulo. A partir dos primeiros casos, foram articuladas as primeiras respostas políticas ao HIV/Aids, quando um programa inicial de mobilização foi estabelecido no estado de São Paulo, no ano de 1983. Em 1985, surgiu a primeira organização não-governamental brasileira, o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA-SP), implantado posteriormente em outros estados, inclusive em

Santa Catarina em 1987. Este período inicial caracterizou-se também no Brasil, assim como em outros países, pela negação e omissão generalizadas pela maioria das autoridades governamentais, juntamente com uma onda de pânico, medo, estigma e discriminação (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; PARKER, 1997).

Em Santa Catarina, a primeira notificação de aids ocorreu no ano de 1984, no município de Chapecó. A partir desta notícia, profissionais de saúde que se interessavam pela epidemia sentiram a proximidade geográfica da doença e, embora nenhum caso tenha sido notificado no ano seguinte, em 1986 foram notificados nove casos no estado e dentre estes, três casos em Florianópolis (SANTA CATARINA, 2010). Esta ocorrência sinalizou a necessidade de estruturação dos serviços de saúde no âmbito local para assistir os casos que surgiriam, bem como atividades de esclarecimento e prevenção junto a população em geral, que tinham até o momento como principal fonte de informações os meios de comunicação, que tanto esclareciam quanto alimentavam os preconceitos em relação à doença.

Ao mesmo tempo em que os órgãos de saúde pública buscavam formular políticas que pudessem responder à epidemia da aids, as instituições de saúde, na época administradas pelo Instituto Nacional de Atenção Médica e Previdência Social (INAMPS), viram-se frente a uma demanda assistencial crescente, pelo progressivo aumento do número de casos de aids caracterizados por alta morbidade e mortalidade (TEIXEIRA, 1997). A ausência de um tratamento que pudesse controlar a doença resultava em uma expectativa de sobrevivência em torno de 5,1 meses, de acordo com estudo de Chequer et al. (1992). Neste contexto, era necessário criar estruturas de atendimento que pudessem acolher esta nova demanda, ainda que houvesse carência de conhecimento acerca da doença e estrutura adequada nos serviços públicos de saúde.

De acordo com Teixeira (1997), enquanto estados e municípios organizavam-se com seus programas locais para o controle da aids, o Ministério da Saúde ainda não havia estabelecido um programa nacional voltado ao controle da doença. Em 1985, a Portaria Nº 236 cria o Programa Nacional de Aids, atrelado a uma nova Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, porém só no ano seguinte foi iniciado o planejamento de ações para o controle da epidemia e a aids foi incluída na relação de agravos de notificação compulsória pela Portaria Nº 542/86 (BRASIL, 1985; VITÓRIA, 2008). No fim da década de 1980, algumas ações voltadas ao combate/controlar da aids foram sendo estruturadas, com a implantação de campanhas educacionais vinculadas na mídia, especialmente a televisiva, o início da

cooperação entre os serviços federais, estaduais e locais em relação a aids, além da implantação de políticas de controle do sangue no Brasil (PARKER, 1997).

A partir da década de 1990, um período de recessão profunda se fez no país, marcado por uma política neoliberal e pela deterioração dos serviços sociais. Neste contexto, o Programa Nacional de Aids sofreu uma redução de pessoal e orçamentária, com prejuízo para ações de vigilância epidemiológica e de prevenção, resultando em uma crise que se estendeu até o final de 1992. Deste modo, chegou-se em 1993 ao registro de 37.039 casos de aids no país, representando o maior número de casos na América Latina, e um dos países com maior número de casos notificados no mundo. Este cenário político e epidemiológico marcou a primeira década da epidemia no Brasil por um período com grandes dificuldades das autoridades governamentais em desenvolver programas e políticas que respondessem a epidemia com efetividade, seja pelas pressões políticas de cunho moral, como pelas limitações dos orçamentos dos programas estaduais e locais (PARKER, 1997).

Com esta síntese histórica, interessa-nos aqui concentrar nossos esforços na compreensão desta primeira fase da epidemia de aids no Brasil, marcada pelo número crescente de casos da doença, com alta morbidade e mortalidade, vinculada a um alto preconceito e estigma. Como fatores coadjuvantes, a aids se insere no cenário nacional em um importante momento político, marcado pela transição do regime autoritário para o democrático e por uma intensa crise político-econômica. No setor saúde, as contradições se revelam pelo movimento da reforma sanitária, pela conquista da aprovação da Lei Orgânica da Saúde e a transição das políticas de saúde no Brasil no início da década de 1990, incluindo a transferência das atribuições do INAMPS para o recém criado Sistema Único de Saúde.

Partindo deste contexto, elegemos como foco de estudo neste manuscrito o município de Florianópolis – Santa Catarina, que teve notificado o primeiro caso de aids em 1986, estruturando oficialmente o seu Programa Municipal DST/Aids em 1993. Porém durante estes sete anos iniciais, a partir do primeiro caso de aids notificado no município, muitas ações foram instauradas no sentido de conter a epidemia, contando com esforços de profissionais de saúde, da sociedade civil e das esferas governamentais do estado e município. Deste modo, este estudo tem por objetivo descrever o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até o ano de 1993, quando foi oficializado o Programa Municipal DST/Aids neste município.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo<sup>7</sup> de natureza sócio-histórica, que utilizou as bases filosóficas da nova história. De acordo com Le Goff (1993), a nova história é uma história problemática, explicativa, que busca não apenas narrar os acontecimentos, mas analisar as estruturas. É uma história em movimento, que trata das evoluções e das transformações, buscando compreender o presente pelo passado e o passado pelo presente. O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sendo os sujeitos do estudo, profissionais que atuaram direta ou indiretamente no Programa DST/Aids Municipal e/ou suas unidades assistenciais, a exemplo do Ambulatório DST/Aids, bem como o Hospital Nereu Ramos, vinculado até 1990 à Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

Para coleta dos dados, foram utilizadas fontes documentais primárias e secundárias, bem como fontes orais. As fontes documentais primárias foram as leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e do município, atas, projetos e relatórios, publicações do Diário Oficial do Estado e da União, que de algum modo contribuíram para a elucidação e compreensão do momento estudado. As fontes secundárias que ofereceram suporte ao estudo foram as teses, dissertações, artigos, livros, anais de eventos, matérias divulgadas em jornais e revistas relacionadas a esta temática, especialmente relacionadas à cidade de Florianópolis.

Quanto as fontes orais, realizamos entrevistas pela técnica da História Oral Temática. A História Oral Temática é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, sendo esta uma forma de aproximação do objeto de estudo (ALBERTI, 2005). Através do uso da História Oral temática, partiu-se de um assunto específico, neste caso os primeiros sete anos de epidemia de aids em Florianópolis, buscando-se desvelar as intervenções realizadas pelo sistema público de saúde e sociedade civil neste período.

Foram entrevistados oito profissionais de saúde, dentre eles três enfermeiras e cinco médicos que exerceram atividades de assistência e/ou coordenação no período de estudo. Este estudo foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

---

<sup>7</sup> Este estudo é parte da tese de doutorado, intitulada “A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”.

Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 592-315996 e aprovado em 22 de fevereiro de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

O recorte histórico se deu a partir de 1986, ano que o primeiro caso de aids foi diagnosticado em Florianópolis, até 1993, ano que se inicia a estruturação do Programa DST/Aids do município. A organização dos dados foi realizada através da transcrição detalhada por Meihy (1998), envolvendo etapas de textualização, transcrição e conferência, com posterior análise dos dados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2004).

A partir do conteúdo das entrevistas, foram formadas três categorias: As primeiras notícias e mobilizações acerca da epidemia; A estruturação da assistência para atendimento dos primeiros casos; e A dificuldade de se lidar com uma doença permeada por estigmas e preconceitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **As primeiras notícias e mobilizações acerca da epidemia**

A epidemia da aids emergiu no mundo já globalizado, em que a rápida difusão da informação já gerava ampla repercussão nacional e internacional. Deste modo, a aids chegou no Brasil inicialmente através da mídia, que trouxe a notícia dos primeiros casos dos Estados Unidos, fazendo referência a uma espécie de câncer que acometia os homossexuais. Segundo Galvão (2000), a principal fonte de informação eram as agências de notícias norte-americanas, que influenciavam o noticiário nacional na forma como a doença era tratada, ou seja, vinculada a homossexualidade e logo em seguida aos grupos de risco. Neste contexto, mesmo antes da chegada da doença propriamente dita, já havia chegado o pânico, o medo do desconhecido e o preconceito em relação as pessoas acometidas pela aids:

*Até então se começava a se ouvir na imprensa, que era uma doença nova, mas eu nunca tinha ouvido falar, na universidade a gente não teve nenhuma discussão, até porque não existia praticamente, como eu tava trabalhando com a infecto eu me interessei. Estava acontecendo nos EUA, com homossexuais, em 1985 a gente já tinha uma discussão mais preocupante, porque aí a gente já tava sentindo a proximidade, e em 1984 foi o nosso caso de Chapecó, então já era uma*

*discussão que a gente tinha, de onde tinha vindo este caso, quem era essa pessoa. A gente sabia que era um caso importado, que era uma pessoa que morava em São Paulo, e que só veio pra Chapecó já em estágio terminal, aí não foi um caso trabalhado por nós do Nereu. Como o HNR tinha essa característica de ser um hospital de retaguarda, sabia-se que estes casos provavelmente iriam pra lá, não havia uma discussão maior de como isso seria, quando em março de 1985 nós tivemos um caso (E1).*

*Ocorreu o primeiro caso foi em 1984 em Santa Catarina; mas, naquela época ainda era de contaminação no exterior, ainda não era de contaminação no próprio estado. Depois, [...] nós vimos que a epidemia tinha chegado aqui e que não era caso de contaminação de outros países de outras cidades, mas que tinha chegado aqui e que tinha que se fazer alguma coisa (M1).*

No Brasil, São Paulo foi o primeiro estado a notificar casos de aids, o que já sinalizava uma proximidade da doença em Santa Catarina, pois assim como já havia um rápido trânsito das informações, as pessoas também transitavam, especialmente no litoral do estado por seus balneários, portos e aeroportos, além do fato desta região ser rota de escoamento do tráfico de drogas (MEIRELLES, 2003; MALISKA et al., 2011). O primeiro caso no estado de Santa Catarina aconteceu no ano de 1984, mas o “alívio” estava em saber que se tratava de uma contaminação ocorrida fora do estado. Por se tratar de um caso isolado, notificado no interior do estado e que logo em seguida foi a óbito, este fato não chamou tanta atenção das autoridades em saúde da época, assim como da mídia. Porém para os profissionais que já se interessavam pela epidemia e acompanhavam as notícias internacionais e nacionais, sabia-se que era apenas uma questão de tempo, e que era necessário uma estruturação do sistema de saúde a nível local para receber os casos que não tardariam a acontecer.

No entanto, esta preocupação manifestada por alguns profissionais de saúde, não encontrava eco junto às autoridades de saúde da época, por entenderem que se tratava não de um problema de saúde pública, mas de uma doença relacionada a grupos restritos, com um

número de casos insignificante perante a população. Este fato fazia com que naquele momento a doença fosse vista mais como “virtual” do que real, portanto, não merecedora de tanta atenção:

*Quando eu era residente eu comecei a ver os primeiros casos de aids em São Paulo, no começo da década de 1980 e foi muito interessante, porque era uma coisa nova, uma doença nova. Tudo muito estranho, a gente tinha até medo de atender os pacientes, não sabia o que era [...] Eu cheguei aqui e a gente já sabia que ia acontecer, obviamente, mas o Hospital Nereu Ramos estava totalmente desestruturado, [...] as pessoas ainda viam a coisa como “- Ah, isso é doença de alguns grupos sociais, doença de gay, doença disso e daquilo.” Teve toda uma briga para estruturar a primeira Comissão Estadual Interinstitucional de Controle da Aids [...] começamos a ir no banco de sangue para implantar a sorologia para HIV, que o secretário [da saúde] achava uma bobagem, “- Isso é uma bobagem! Por que vai fazer isso aí se é um caso em não sei quantos mil?”(M2).*

Este relato vem ao encontro do que Parker (1994) refere, que nos primeiros anos da década de 1980, construiu-se na cultura popular brasileira uma imagem da aids e de suas vítimas baseadas na informação epidemiológica existente, em que a maioria das pessoas com HIV era de indivíduos ricos, homossexuais e promíscuos. Neste sentido, por se acreditar que era uma doença restrita a grupos com comportamentos entendidos como desviantes, e de pessoas com nível social mais elevado, esta epidemia ainda não era considerada como um problema relevante pelas autoridades sanitárias, diante de todos os outros problemas de saúde que a população apresentava, proporcionalmente muito mais representativos. Sinal disto, foi a própria declaração do Ministro da Saúde Carlos Santana, no ano de 1985, quando declarou que a aids não era prioritária para o país, visto que haviam cinco milhões de brasileiros com doença de Chagas, oito milhões com esquistossomose, quatrocentos mil com malária, duzentos e cinquenta mil com tuberculose e trezentos mil com lepra, sendo que só haviam confirmados até aquele momento quatrocentos casos de aids no Brasil (NASCIMENTO, 2005) .



Apesar das resistências encontradas, algumas ações foram implantadas no Estado de Santa Catarina visando o controle da epidemia, a exemplo do Programa de Controle de Aids, criado em 1985, como uma atividade ligada ao Serviço de Dermatologia Sanitária, e mais tarde a própria Comissão Interinstitucional de Controle da Aids, criada em 1987, contando com representantes do Departamento de Saúde Pública, do INAMPS, do Hemocentro e Hospital Nereu Ramos, e da Universidade Federal de Santa Catarina (SANTA CATARINA 2000; Resolução CIS 005/87). Em Florianópolis, a nível municipal, ainda não havia nenhuma mobilização oficial a respeito da aids, a não ser iniciativas pessoais e pontuais, a exemplo de um profissional médico que vinha acompanhando o movimento da epidemia e passou a realizar um trabalho preventivo na mídia e nas escolas, procurando esclarecer do que se tratava esta doença:

*Nos anos 80, não havia dezenas de pessoas trabalhando e, [...] quem sabia alguma coisa ia fazendo ou o que convinha fazer [...] porque no início era evitar que a epidemia chegasse de maneira forte e ter instrumentos para controlar a epidemia [...] alguns profissionais entenderam que estávamos diante de um problema grave. Embora houvesse pessoas que diziam que a tuberculose mata mais, o câncer mata mais, nós sabíamos que por se tratar de uma epidemia, agora atingia um número pequeno, mas daqui para frente atingiria um número maior. Depois passado alguns anos viu-se que a coisa chegou realmente e que seria necessário continuar o trabalho preventivo na mídia, nas escolas, usando todos os instrumentos que se tinha e também já começar a clinicar (M1).*

Este profissional acabou se tornando uma ‘referência em aids’ no município, em um momento que não havia qualquer serviço ou programa estruturado na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis voltado a esta epidemia. Com formação em Saúde Pública e envolvimento no Movimento da Reforma Sanitária, este profissional assumiu a causa da aids, passando a atuar não somente no município, mas também no estado de Santa Catarina como multiplicador de Aconselhamento em Aids, após sua especialização em Saúde Mental e Aids, concluída no ano de 1989:

*Existia um ambulatório e existia uma pessoa [...] que era conhecido da gente, ele era também um militante, ele trabalhava no ambulatório DST/Aids que era lá na Policlínica, e que fazia toda essa parte de prevenção. Ele tinha ido no Ministério, a pessoa dele centralizava várias questões em relação a aids. Era só ele. Ele fazia toda parte preventiva, ele tem uma inserção em várias coisas, ele não fazia clínica, mas ele dava palestras, ele era muito chamado pra falar sobre aids, ele dava muita entrevista, ele fazia grupos, ele conversava com as pessoas, ele fazia aconselhamento, tudo que se fazia, mas era uma coisa dele (E2).*

Até a formação do ambulatório de DST, no ano de 1989, as atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis eram pontuais, voltadas a prevenção e esclarecimento da população, visto que no decorrer da década de 1980 as notícias veiculadas na mídia eram pouco esclarecedoras, trazendo contradições e refletindo a perturbação causada pela epidemia no próprio campo científico (NASCIMENTO, 2005):

*Tinha-se que esclarecer, informar a população e informar com realismo, porque tinha muita mitificação, muita coisa que nós tínhamos que lutar contra. (...)No primeiro ano, em 87 eu registrei: foram 63 palestras, a gente chamava de palestras, mas na realidade eram informações, a pedido de escolas municipais e estaduais do município. [...] Eu me lembro que eu estava em um debate no Santinho, e tinha um caso de aids no bairro, no Santinho, lá nos Ingleses, e por causa de um caso a comunidade solicitou uma reunião conosco e nós fizemos a reunião dentro de uma escola, que não coube todo mundo; as pessoas estavam do lado de fora e nas janelas ouvindo o que a gente tinha a dizer (M1).*

Observa-se que a necessidade daqueles primeiros momentos era de informações mais precisas, que pudessem oferecer algum tipo de segurança ao pavor criado na época. A doença, antes de estranheiro,

passou a ser a doença ‘do outro’, visto que neste momento a aids estava fortemente associada aos homossexuais e o número crescente de casos a transformou numa ameaça geradora de grande angústia na população (NASCIMENTO, 2005).

### **A estruturação da assistência para atendimento dos primeiros casos**

Por ser uma capital, Florianópolis concentra historicamente uma ampla estrutura administrativa e assistencial gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde, desde 1970. Nesta época, a Secretaria Estadual de Saúde apresentava duas estruturas administrativas principais: a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), estrutura administrativa voltada à execução da política do setor médico-hospitalar; e o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), órgão voltado à prevenção e promoção da saúde. Esta estrutura manteve-se até uma nova reforma administrativa do estado, no ano de 1991, com o início a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando-se uma reorganização das estruturas técnico-administrativas (SANTA CATARINA, 2006). Além da estrutura de saúde pertencente à esfera estadual, Florianópolis apresentava em 1990, 39 postos de saúde municipais distribuídos em seu território, para uma população total de 255.391 habitantes, segundo senso do IBGE do ano de 1991 (PEREIRA, 1997).

No contexto em que a aids surgiu em Santa Catarina, no decorrer da década de 1980, os serviços de saúde seguiam a orientação dicotômica de prevenção *versus* assistência, sendo que o município tinha pouca participação nas ações em saúde, visto que muitas Secretarias Municipais de Saúde foram criadas apenas a partir de 1990. As primeiras ações concentraram-se institucionalmente no Hospital Nereu Ramos (HNR), referência no estado de Santa Catarina em doenças infecto-contagiosas, pertencente a FHSC, e mais tarde no DASP, que atendia casos de DST, e em 1989 estruturou um Ambulatório de DST, municipalizado no início da década de 1990. Neste sentido, passamos a descrever, através da experiência dos profissionais de saúde destas duas instituições, como ocorreram às primeiras ações voltadas a epidemia no município de Florianópolis.

### **Os primeiros casos atendidos no Hospital Nereu Ramos**

O Hospital Nereu Ramos foi criado em 1943, com uma capacidade inicial de 100 leitos, voltados para o atendimento dos casos

de tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas (BORENSTEIN et al., 2004). Com as notícias da nova epidemia, os profissionais do HNR percebiam a necessidade de se instrumentalizar, tanto estruturalmente quanto tecnicamente para o atendimento dos casos que viriam a surgir no estado. O primeiro caso de aids atendido nesta instituição ocorreu em 1985, causando grande repercussão:

*Na verdade eu não sei se esse caso apareceu nas estatísticas [em 1985], era uma pessoa muito conhecida daqui, e ele tinha uma influência social, ele estava internado no [Hospital de] Caridade, de uma pneumonia que não resolvia, e veio para o Nereu e na época ficou muito velado o caso, e ele logo foi a óbito, e ele seria notificado pelo critério de óbito e provavelmente não foi (E1).*

*Era muito complicado, porque cada caso de aids notificado era uma manchete de jornal, era tudo escondido. E essa historia ai daria um outro livro, uma tese talvez, escrever os bastidores da aids, tudo o que rolou por trás das pessoas importantes ou que tinham notoriedade que contraíram aids, como é que a gente tinha que abordar isso tudo, a nível pessoal, a nível social, a nível familiar, a nível de mídia, de imprensa. Naquela época era complicadíssimo, imagina você atender uma autoridade com aids, ou um religioso com aids (M2).*

Nos depoimentos acima, são destacadas por estes profissionais questões ligadas ao preconceito e ao estigma ao doente de aids, que repercutiam diretamente na assistência, ao ter que se lidar com a pressão da mídia, evitar a exposição do indivíduo e de sua vida, especialmente por alguns doentes terem posição de notoriedade na sociedade local. Este fato repercutia inclusive na subnotificação do número casos, resultando no desconhecimento da real situação da epidemia. Sinal disto, é que no ano de 1985 não foi notificado nenhum caso de aids no município ou estado. A imprensa em um primeiro momento mostrou-se mais sensacionalista do que esclarecedora, pois os casos de aids repercutiam em venda de jornal devido a especulação da época, como podemos observar no depoimento a seguir:

*A relação com a imprensa é um capítulo a parte,*

*no início da epidemia, eles tinham interesse em noticiar o que estava acontecendo no sentido que dava repercussão e venda de jornal. Quando internava alguém eles chegavam a se pendurar nas árvores, estilo paparazzi, pra fotografar os doentes, fotografavam a equipe de enfermagem, e hoje eu vejo que além de cuidar daquele doente, a gente tinha que cuidar de outros aspectos do viver desse indivíduo, porque a gente tinha que cuidar do social, do emocional, coisas que a gente não tinha preparo (E1).*

De acordo com Parker (1997), os meios de comunicação de massa tiveram papéis diferenciados no que diz respeito a epidemia da aids. Nos primeiros anos, as notícias de casos de aids eram tratadas de forma distorcida, sensacionalista, alimentando o preconceito e discriminação as pessoas acometidas pela doença. Quanto à estrutura de atendimento do HNR, os primeiros casos da doença já internavam em estado grave, sem muitos recursos assistenciais que pudessem responder a doença de modo efetivo. A partir do primeiro caso de aids no estado, esta instituição passou a estruturar-se para assistência, reservando no ano de 1985 quatro leitos para isolamento e tratamento destes pacientes. Estes se tornaram insuficientes devido à demanda que passou a ser encaminhada de várias partes do estado (MIRANDA, 2003). Em 1987, foi iniciado o atendimento Ambulatorial no HNR dedicado a pacientes com aids, formando-se nesta época uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeira, médico, odontólogo e psicólogo (WESTRUPP, 1997):

*Nós nos reunimos e criamos o primeiro ambulatório aqui embaixo (HNR), aqui na porta aonde tem aquela salinha de espera ali, do registro e a [...] enfermeira que fazia a admissão, que fazia os prontuários, que fazia a pré-consulta, a pós- consulta e isso daqui começou a crescer e a gente vinha aqui todas as manhãs, as manhãs inteiras [...] As pessoas vinham aqui enlouquecidas. Então todo mundo que tinha suspeita, ansiedade, riscos, vinha para cá, não tinha jeito, HIV era no Hospital Nereu Ramos, eram filas inteiras. Daqui a gente foi começando a se organizar a nível de LACEN para fazer os exames (M2).*

O ambulatório deste hospital passou a ser uma importante referência para a população, que assustada com a chegada da epidemia, procurava esta instituição para orientação, diagnóstico e assistência dos casos confirmados, o que necessitou em uma melhor estruturação do serviço para atender esta demanda. Frente a esta questão, em 1991 foram ampliadas as instalações do ambulatório e da ala de internação, disponibilizando-se uma ala própria de atendimento. No decorrer da década de 1990, outros serviços voltados a aids foram implantados no HNR, como o serviço Hospital-dia, criado em 1992 e credenciado pelo Ministério da Saúde em 1995, através da Portaria Nº 70/95 (MIRANDA, 2003; SANTA CATARINA, 2009; BRASIL, 1995). Deste modo, é reconhecido o papel preponderante desta instituição no atendimento aos casos de aids, no esforço dos profissionais de saúde que buscaram estruturar o serviço, atendendo a pacientes oriundos de diversas partes do estado, visto que poucos municípios haviam se organizado nos primeiros anos da epidemia para o atendimento dos seus próprios casos. Por outro lado, a retaguarda oferecida pelo HNR fez com que outros serviços de saúde demorassem a se estruturar, pois entendiam o HNR como a única referência para atender uma doença infecto-contagiosa como a aids:

*Na realidade naquela época a participação foi aos poucos. Dos hospitais, que desde o início deveriam ter se preparado, só o Nereu Ramos se preparou porque tinha aqueles dois infectologistas lá que entenderam a questão desde o início. Os outros hospitais demoraram por incompetência, ignorância e/ou discriminação. Havia resistência, o público alvo, como se falava na época, os grupos de risco, não foram grupos que tenham merecido o apoio adequado dos serviços de saúde (M1).*

De acordo com este depoimento, a demora na estruturação de outras instituições de saúde para o atendimento a pessoas com HIV/Aids, se deu por falta de profissionais qualificados nas outras instituições, falta de conhecimento técnico, ou mesmo por preconceito dos próprios profissionais de saúde. De fato, este problema não era exclusivo na cidade, pois em abril de 1987 se contabilizavam no país apenas 170 leitos para atendimento de casos de aids no sistema público de saúde. O sistema privado praticamente fechou as portas para o problema, fixando diárias extremamente altas para atender um paciente

com aids, e os convênios de saúde não cobriam a assistência a estes pacientes (SLAFF; BRUBAKER, 1987). Deste modo, eram muitas as demandas dos pacientes portadores de HIV/Aids e familiares, visto que a aids de fato havia chegado na cidade, mas o serviço de saúde ainda estava em processo de estruturação, e a doença por seu alto grau de letalidade exigia respostas urgentes. Neste sentido, apesar de todo o esforço dos profissionais de saúde que estavam comprometidos com a epidemia, era necessário também o envolvimento da sociedade civil para que a luta contra a epidemia tivesse mais força e maior visibilidade social, frente às necessidades que as pessoas acometidas pela doença apresentavam:

*Naquela época, basicamente, éramos dois médicos do Hospital Nereu Ramos e eu, na questão institucional. E, ao mesmo tempo, nós e mais alguns voluntários, começamos a nos reunir, em 1987, dentro do Hospital Nereu Ramos, junto com Assistentes Sociais, Enfermeiras. Eu me lembro de algumas pessoas do Hospital Nereu Ramos que foram importantíssimas na criação do GAPA e que fizeram como eu, elas trabalhavam numa ONG, o GAPA, e dentro do Hospital Nereu Ramos e eu, aqui, na Prefeitura; trabalhávamos dentro de uma estrutura não-governamental e governamental. Então foi em 87 que criamos o GAPA (MI).*

Foi desta forma que foi articulada a primeira organização não-governamental voltada a aids em Florianópolis, em 06 de agosto de 1987, criada nas dependências do Hospital Nereu Ramos, formada por profissionais de saúde (médicos, profissionais da enfermagem, assistentes sociais) e voluntários (GAPA, 1987). A iniciativa de criar o GAPA em Florianópolis foi influenciada por um movimento que se estendia por todo o país, cujo objetivo era apoiar o doente de aids face à rejeição social pela qual era submetido, bem como exigir das autoridades em saúde uma melhor estrutura de atendimento a estes doentes, como leitos hospitalares e tratamentos que se dispunham na época:

*Era muita gente, muito problema e já se criava ONGs no mundo inteiro, nos Estados Unidos, no Brasil, no Rio, em São Paulo, então resolveu se criar o GAPA [...] para dar apoio a essas pessoas*

*que não tinham onde buscar apoio, porque era muito difícil ser soropositivo. Os caras eram totalmente rejeitados, discriminados, era complicado sabe. E essas ONGs vieram para tentar ajudar esse pessoal, daí eles conseguiram remédio, internação, leitos. Era até paradoxal, porque a gente estava aqui no hospital, mas a própria ONG que nós criamos era para brigar com o próprio hospital para fornecer melhores condições para os pacientes, só que não dependia da gente, se fazia o que podia. Depois eles se criaram, tiveram vida própria, mas o trabalho do GAPA na década de 1980 foi fantástico, nos termos de levantar recursos assistenciais, de apoio a todos os pacientes com aids (M2).*

Conforme Nascimento (2005), praticamente em todos os países do mundo foram criadas organizações não-governamentais voltadas a epidemia. As primeiras a serem criadas dedicaram-se especialmente a questões específicas de cuidado, apoio, informação e educação sobre a doença, dando origem a um movimento mundial, que de diversas formas buscou desestigmatizar a aids. Parker (1994) acrescenta que o surgimento do ativismo contra a aids foi uma resposta a ineficiência dos programas governamentais. Entre 1985 e 1991, mais de cem organizações não-governamentais haviam surgido no país, desempenhando um importante papel na educação sobre aids, na defesa das liberdades civis e no fortalecimento da assistência básica e tratamento a pessoas com aids.

A problemática da aids propiciou a solidariedade social em busca da manutenção da existência humana. A presença de pessoas soropositivas ou com aids, naquele momento muitos apresentando um quadro de saúde grave, desencadeou um processo de desestruturação social, marcado pela ausência de garantias sociais (em relação a manutenção no trabalho, acesso a informações corretas e ao tratamento) passando a ser reivindicados os direitos das pessoas vivendo com HIV e aids (SILVA, 1998). Frente a complexidade que era o cuidado do paciente com aids, e que extrapolavam em muito o campo da saúde, buscou-se através do GAPA, contemplar outras necessidades dos portadores de HIV/Aids, e reafirmar algumas reivindicações junto ao próprio sistema de saúde, mas que não estavam ao alcance dos profissionais envolvidos resolver. Neste contexto, profissionais de saúde



e sociedade civil somaram esforços para resolução destas dificuldades, até o momento que estas organizações passaram a ter vida própria, desvinculando-se da questão institucional:

*Uma das coisas que a gente via era que não ia dar conta das múltiplas repercussões do que era viver com aids, as pessoas vinham com muitas necessidades que a gente não conseguia atender [...]aí a gente via que as necessidades que os usuários traziam a gente não conseguia suprir, numa instituição pública. A gente via a necessidade de lutar por algumas coisas, mas a gente estava do outro lado, e isso foi tanto o GAPA quanto a FAÇA foram fundadas dentro do Nereu Ramos. A gente sabia que tinha que ter mais leitos, mais pessoas para trabalhar, e a gente tinha que ter aliados, nós como profissionais pensávamos nisso, tínhamos que ter mais recursos, e tinha que ter alguém aliado para brigar conosco, e aí surgiu o GAPA, tanto que no começo a gente participava ativamente, aí chegou uma época a gente viu que eles podiam tocar sozinhos e que o nosso papel era outro (E1).*

*Depois teve a FAÇA, [...], a FAÇA era mais uma coisa de dar apoio de sustentação, de fazer um núcleo de debate, de discussão, de convivência entre eles, então foi isso. Foi fundamental. Hoje tem outras ONGs, tem o Sinal Verde, tem outras aí (M2).*

Além da criação do GAPA, foi criado em 1ª de dezembro de 1991 a FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da Aids), segunda organização não governamental voltada a aids do município de Florianópolis, também nascida no Hospital Nereu Ramos, com a participação de profissionais de saúde e voluntários, porém com uma linha de atuação voltada ao desenvolvimento de ações para prevenção do HIV e aids, visando fortalecer o papel político de homens e mulheres no exercício da cidadania. Deste modo, a FAÇA foi criada com enfoque mais técnico e político, mantendo suas ações definidas por projetos em diversas áreas, incluindo a prestação de assessoria jurídica, assistência psicológica, promoção de debates relacionados aos Direitos Humanos e prevenção às DST, HIV e Aids, e prestação de treinamentos em

instituições (FAÇA, 2008).

O Hospital Nereu Ramos foi uma instituição que contribuiu não apenas com a assistência aos pacientes com HIV/Aids, visto que seu espaço institucional foi o lócus das duas primeiras organizações não-governamentais do município e estado de Santa Catarina, onde muitos de seus profissionais, voluntários, pacientes e familiares abraçaram a causa da aids desempenhando seu papel político e social, visando contribuir para a superação das dificuldades apresentadas na época.

### **A estruturação do serviço municipal de saúde para o atendimento dos casos de aids**

Apesar do HNR ter tomado a linha de frente no que diz respeito a assistência aos casos de aids, era necessária uma própria organização do município de Florianópolis para atender sua própria demanda, uma vez que o HNR recebia pacientes de todo o estado de Santa Catarina, que não tinham em seus municípios condições de atendimento, salvo algumas exceções (MIRANDA, 2003). Florianópolis, porém, também passava por um período de reestruturação devido as transformações do serviço de saúde brasileiro ocorridas no fim da década de 1980, antes da implantação do SUS. Neste processo, gradativamente, alguns serviços de saúde deixavam de ser de responsabilidade do estado para serem assumidos pelo município, a exemplo das unidades sanitárias do conhecido Departamento de Saúde Pública:

*A Secretaria Estadual de Saúde era a proprietária e administradora do Departamento de Saúde Pública. Ali sempre foi uma instituição estadual, ali tinha uma porção de serviços [...] havia também um serviço de doença sexualmente transmissível [...] Então era um ambiente em que sabíamos que muitas prostitutas iam, [...] então até aquela época as doenças venéreas eram muito freqüentes, então tinha um serviço de doenças venéreas que era um precursor de doenças sexualmente transmissíveis (M1).*

O departamento de saúde pública conhecido como DSP ou DASP, era uma estrutura estadual que oferecia diversos serviços de saúde, sendo referência para todos os municípios da região. Embora este serviço atendesse historicamente casos de DST, não havia uma denominação oficial de ambulatório de DST. Esta denominação surgiu a

partir de 1989, quando um médico e uma enfermeira foram destinados para o atendimento exclusivo desta demanda, que era significativa. Este ambulatório se sedimentou como referência nas doenças sexualmente transmissíveis com um atendimento associado ao diagnóstico laboratorial, que era analisado pelo LACEN (Laboratório Central, pertencente ao estado, que ficava no prédio ao lado do DASP) e a instituição do tratamento supervisionado, sendo que muitas vezes todo este processo era realizado no mesmo dia do atendimento. Este ambulatório era referência não apenas para Florianópolis, mas também para os municípios vizinhos:

*A DST era assim: o pessoal chegava, a gente atendia, eu colhia o material, fazia a lamina ali e levava para o laboratório, as vezes eu ficava esperando lá, fazia a leitura, o resultado aqui, daí voltava. Já pegava essa pessoa e medicava, se precisava tomar uma injeção, já tomava, se tinha que tomar medicamento já pegava ali no laboratório (M3).*

*De tudo que era lugar que tu imaginas a gente atendia, não era restrito só a Florianópolis. E as DSTs ninguém era mandado embora, uma sífilis, uma gonorréia, ninguém era mandado embora, ele era tratado e tomava o medicamento supervisionado com a gente ali (E4).*

Ao mesmo tempo em que o ambulatório de DST estava sendo estruturado, a política de municipalização foi sendo instituída nesta unidade de atendimento:

*O ambulatório de DST iniciou em 1989, estava naquela fase de municipalização. Então era uma época que estava meio em transição, quando eu era chefe ainda era [do] estado, mas quando o chefe seguinte assumiu o posto, aí já tinha municipalizado (M3).*

*Esse ambulatório era estadual, era a Secretaria de Saúde do estado que tocava o ambulatório, que era conhecido como DSP ou DASP. Com o SUS houve a municipalização daquela unidade e a prefeitura assumiu a coordenação. E alguns serviços foram municipalizados e outros não. O*

*DST foi municipalizado (M4).*

Estas mudanças já eram reflexo das transformações do sistema de saúde, que vinha evoluindo no decorrer da década de 1980, em que se buscava implementar uma rede de serviços pautada nos princípios da Reforma Sanitária, tendo como base a atenção primária à saúde. Uma das estratégias para o processo de descentralização da saúde foi a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), iniciado em Santa Catarina no ano de 1982, no município de Lages, que teve como objetivo a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais de saúde. Em julho de 1987, iniciou-se a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros do INAMPS para os estados e municípios. Ainda neste ano foram implantadas as bases do SUDS, viabilizando o processo de municipalização de cerca de 90% dos municípios catarinenses até o fim da década de 1990 (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989; MENDES, 1995; ORTIGA; CONILL, 2009).

Deste modo, um dos reflexos desta política foi a descentralização de serviços de saúde do DASP para municípios:

*O município não existia como gestor e executor de política de saúde. Então desde antes da constituição tinham políticas que iam gradativamente tentando estabelecer, construir, concretizar essa idéia política da reforma sanitária. Iniciou com um plano de interiorização das ações de saúde [...], depois aqui em Santa Catarina se implantou o PAIS- Programas de Ações Integradas na Saúde, que eram as AIS no resto do Brasil, que eram transferência de recursos do INAMPS para financiar projetos para a expansão da rede pública municipal e estadual de saúde (M5).*

Em meio as mudanças no sistema público de saúde, a epidemia de aids tomava proporções significativas na cidade, gerando uma demanda de atendimento que era absorvida pela rede estadual de saúde, como já mencionado. No entanto, com um serviço de DST municipalizado, houve uma procura gradativa de pessoas procurando orientações, diagnóstico ou tratamento para o HIV, e embora a referência ainda fosse o HNR, o ambulatório de DST foi se

estruturando, pois sendo a aids uma doença sexualmente transmissível, seria natural que o atendimento fosse agregado a este serviço:

*Então quando começou a aparecer os casos de AIDS a gente teve que começar a se estruturar para atender uma coisa que nem sabia direito como é que era, era tudo muito novo. Então foi uma coisa gradativa, ela foi se integrando ao serviço e a gente foi aprendendo com a infecção, com a doença, com os casos que apareciam todos os dias [...] aquelas pessoas que se sentiam mais vulneráveis eram as que vinham mais, os homossexuais, os usuários de drogas, as prostitutas (E4).*

*No começo a gente atendia ali os portadores assintomáticos, os pacientes traziam os exames...ele fazia o teste anti-HIV, dava reagente, ele começava a fazer o acompanhamento inicial, no momento que ele necessitasse fazer o acompanhamento com medicamentos, ele era encaminhado pro Nereu Ramos, isso durou por muitos anos (M4).*

As mudanças ocorridas no sistema de saúde se processaram paulatinamente, pois, apesar da municipalização do ambulatório, a demanda que procurava atendimento vinha tanto de Florianópolis quanto dos municípios vizinhos, sendo necessário um período de adaptação para a população para que se modificasse a cultura de atendimento. Deste modo, embora a unidade que abrigava o ambulatório DST/Aids já estivesse municipalizada, era necessário manter o atendimento a população de outros municípios que ainda estavam despreparados em termos de infra estrutura e conhecimento:

*[Com a municipalização] algumas estruturas físicas seriam melhores para abrigar um serviço público municipal do que ficar para o estado, porque o estado foi diminuindo a sua participação. [...] E como a gente viu que era uma questão que estava com uma dificuldade de organização no nosso município, porque na realidade não vamos achar que foi uma facilidade, uma maravilha, não, foi difícil. A gente entendia que era difícil, e muito mais para municípios vizinhos e que nós poderíamos já ter*

*exclusividade para os municípios de certos serviços, mas em outros não dava para ter (M1).*

*No início a gente atendia Biguaçu, Palhoça, São José, Santo Amaro, levou muito tempo para se estruturar os programas nos municípios, e aos poucos foram se formando os serviços nestes municípios e a gente não atendia mais pacientes novos (M4).*

Se formos considerar o ano do primeiro caso de aids em Florianópolis (1986), podemos afirmar que houve um retardamento da organização do município para o acompanhamento dos seus próprios casos, o que pode ser justificado por duas questões: a presença de uma estrutura de atendimento estadual em Florianópolis e a ausência de uma estrutura municipal, coincidindo com toda uma mudança de paradigma do sistema público de saúde. Este fato é reconhecido pelos profissionais que estavam envolvidos na época:

*Florianópolis tinha uma dificuldade de assumir, porque existia uma estrutura de estado que estava bem montado, e o próprio pessoal do estado assumia o que era de Florianópolis. Por muitos anos o Nereu Ramos concentrou a questão da assistência, prevenção, atendimento em empresas, colégios, escolas, isto não seriam demandas nossas, e muitos anos a gente fez isso. [...] Entrou o SUS e teve toda uma reestruturação [...] com a municipalização as coisas foram tomando outro corpo [...] Uma coisa muito boa quando foi implantado o ambulatório na Rio Branco, a gente sentiu a prefeitura junto trabalhando, porque aí a gente passou a não fazer mais triagem sorológica, porque toda triagem sorológica acontecia com a gente, e aí quando se organizou um serviço na prefeitura, porque não dava mais conta o ambulatório, mas sim só atender os nossos pacientes e comunicantes. Aí o Nereu ficou só com isso... (E1).*

O HNR não se ateu no início da epidemia apenas a assistência dos casos de aids, pois, como relatado anteriormente, assim como

pacientes, pessoas interessadas em realizar a testagem para o HIV procuravam a instituição, bem como outras instituições públicas e privadas também procuravam o HNR para orientação e ações de prevenção. No entanto, a partir do momento que o ambulatório passou a estruturar-se para atender os casos de pacientes com HIV/Aids, buscou-se articular os serviços, refletindo numa melhor organização entre os serviços de saúde no âmbito estadual e municipal.

### **A dificuldade de se lidar com uma doença permeada por estigmas e preconceitos**

Os primeiros anos da epidemia de aids foram marcados por repercussões de várias ordens, dentre as quais a discriminação e preconceito, por ser uma doença ligada a comportamentos não aceitos socialmente, tendo como agravante a marca da morte associada a doença. Frente a toda esta problemática, os profissionais envolvidos com a epidemia viram-se frente a um trabalho que extrapolava em muito a questão da doença em si, pois mais do que isso, era necessário intervir junto ao núcleo familiar, social, buscando resgatar a dignidade que se via perdida frente ao diagnóstico positivo para o HIV:

*Era o que se podia fazer na época, apoiar, esclarecer, aconselhar, aconselhar os seus familiares, organizar o núcleo familiar, evitar que o núcleo familiar e social se deteriorasse mais, porque na época a gente lutou para que as pessoas não fossem demitidas, para que as pessoas não fossem expulsas de sua casa quando eram inquilinos. Então o nosso trabalho transcendia o trabalho clínico que se fazia até então. A aids nesse sentido foi um mal que veio para o bem, porque mostrou que as questões de saúde não são única e exclusivamente questões de saúde, elas são questões sociais, ambientais, profissionais, trabalhistas, etc (M1).*

Como expressa o depoimento, a aids foi amplamente reconhecida por sua capacidade de produzir discussões que envolviam muito mais do que aspectos patológicos, contribuindo para ampliar o olhar de muitos profissionais de saúde sobre o processo saúde-doença. De acordo com Galvão (2000) este período inicial da epidemia foi determinado por um

pânico moral, em que, principalmente ao longo da década de 1980, toda atenção se dirigia ao comportamento individual, tanto para expandir quanto para controlar a infecção do HIV. Neste contexto, a doença era mais tratada como contagiosa do que infecciosa.

*A discriminação era um problema importantíssimo na época, porque não havia tratamento e eles adoeciam mesmo e morriam. Essa era a realidade e nós trabalhávamos para que antes da morte física não viesse a morte social (M1).*

Além de todo estigma sofrido pelo indivíduo portador da síndrome, a falta de perspectiva da doença se evidenciava especialmente no momento de revelar o diagnóstico da soropositividade para o HIV, pois o sentimento de impotência era inevitável, frente a consciência da incapacidade de tratar a doença, visto que não havia tratamento no sistema público de saúde que pudesse restaurar o sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV (NASCIMENTO, 2005):

*Na época em que eu comecei, quando tu entregavas um resultado positivo para alguém tu não tinha muito o que oferecer. Quem tinha dinheiro ia para os Estados Unidos, lá comprava o AZT, que era uma droga só na época (...) e a gente tinha que lidar muito mais com o emocional das pessoas porque a gente não tinha o que tu tens hoje em dia, essa gama de medicamentos, todos os exames, monitorar a infecção para saber o momento certo de entrar com o medicamento (E4).*

A década de 1980 foi marcada por uma alta mortalidade por aids, devido a falta de tratamento que pudesse controlar a doença. O AZT começou a ser utilizado nos Estados Unidos em 1987, tendo bons resultados como bloqueador da replicação viral (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993), sendo disponibilizado no Brasil na rede pública de saúde a partir do ano de 1991 (FONSECA, 2005). Antes do AZT, a sobrevida não passava de seis meses e só se podia garantir o tratamento de doenças oportunistas, decorrentes da infecção pelo HIV (FRANÇA, 2008). Frente a este cenário, o diagnóstico positivo para o HIV passou a ter a representação da morte anunciada, de



difícil manejo tanto para o profissional de saúde, enquanto portador da má notícia, quanto para quem a recebe:

*Eu me lembro de uma definição que eu não sei se era minha ou nossa, que era: “-A consulta ou as consultas que se fazem antes de pedir ou de não pedir algum teste.” E depois o pós-teste que são: “A consulta ou as consultas que sucederiam a entrega de um teste.” Principalmente um positivo, porque naquela época entregar um positivo era muito diferente de entregar um positivo depois do advento dos antirretrovirais. Então, eu diria que, a história da AIDS divide-se em duas etapas: antes dos antirretrovirais e pós antirretrovirais (M1).*

Quanto a discriminação e preconceito, os primeiros militantes comprometidos com o controle da aids buscaram desenvolver estratégias de combate a discriminação, sendo um exemplo a participação de um programa de TV local, em que pessoas não portadoras se relacionavam normalmente com uma pessoa portadora do HIV, através do toque físico, do beijo e do abraço, tentando desmitificar o medo e preconceito construído em torno da doença e do doente:

*Certa ocasião, nós do GAPA fizemos uma reunião para ver como nós organizaríamos a participação dos profissionais da saúde, dirigentes do GAPA e uma portadora do HIV, em um programa de televisão [...] a pessoa portadora poderia querer se manter incógnita de costas ou borrada e ela decidiu nem uma coisa nem outra. E aí a gente fez uma coisa que foi desmitificar a coisa do medo, da intolerância, da discriminação. Nós não somente dissemos que ela era como a gente; a gente tocava, se aproximava, abraçava, e falava frente a frente. Então houve casos assim que foram contribuindo para que a gente trabalhasse relativamente bem. Eu diria que a gente trabalhou bem no combate a discriminação e ao medo exagerado (M1).*

A participação de uma pessoa soropositiva para o HIV em um programa local foi uma das estratégias pensadas pelos participantes do

GAPA, para desconstruir equívocos que circulavam entre a população, que eram alimentados mais pelo preconceito do que pelo desconhecimento. Era necessário esclarecer, entre outras questões, que “os contatos sociais não eram contagiantes” (M1).

Esta foi uma época que a problemática da aids foi reconhecida pelos diversos segmentos da sociedade, criando-se uma necessidade de difundir informações adequadas a população. Esta estratégia se fez necessária no momento inicial da epidemia, para que a divulgação de informações corretas sobre a doença pudesse combater ou minimizar a carga de tabus, mitos, preconceitos e crenças que acompanharam o surgimento da Aids (GIR, 1998).

Apesar dos progressos conquistados em relação ao tratamento, chegamos aos dias atuais ainda com uma doença passível de estigmatização, embora muitas barreiras tenham sido rompidas. Estamos vivendo um momento que a aids passa a ser reconhecida como doença crônica, com um tratamento que permite ao indivíduo portador viver muitos anos de vida. No entanto este passado recente repercute ainda no presente, fazendo com que muitos portadores não assumam sua condição frente ao preconceito que se sentem expostos:

*Então essa discriminação, esse preconceito hoje é muito mais atenuado, muito mais sutil, mas existe. As pessoas tem vergonha ainda de dizer que são portadoras do vírus HIV, vergonha explícita assim, as pessoas dizem que tem qualquer doença, não importa qual seja, HIV não, HIV é proibido, para a maioria, para alguns até assumem isso. Por que? Porque o preconceito lá fora, a discriminação, a hipocrisia social ainda existe. Se você tem HIV você é estigmatizado, você é puta, é padre, é doente, sei lá o que você é, é gay, é prostituta. E as pessoas não querem ter esses rótulos, porque é pesado viver com isso (M2).*

Diante deste cenário inicial, os primeiros profissionais de saúde envolvidos com a epidemia da aids em Florianópolis entenderam que além de adaptar e estruturar os serviços para acolher a população, tinham que desenvolver estratégias para lidar com questões bastante complexas, que era a situação de caos produzida pela doença, por seus estigmas e por sua íntima relação com a morte. Galvão (2000) denomina este período como os “anos heróicos”, em que a primeira geração dos militantes pela causa da aids buscou iniciativas mais estruturadas no

empenho pessoal que propriamente institucional para responder a epidemia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, tivemos o objetivo de analisar o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta a epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até o ano de 1993, quando o Programa Municipal DST/Aids foi oficializado e estruturado. Observa-se, a partir do contexto apresentado, que as notícias da epidemia no Brasil no início da década de 1980, não trouxeram preocupação para as autoridades de saúde da época (municipal/Estadual), por entenderem que este ainda era um problema distante.

Com a ocorrência dos primeiros casos na cidade, a estruturação da assistência em Aids ficou a cargo do Hospital Nereu Ramos, especializado em doenças infecto-contagiosas, que se tornou uma referência em aids no estado e passou a atender os casos do município, também por estar localizado em seu território. A participação do município nas políticas de saúde no decorrer da década de 1980 era bastante limitada, visto que a maior parte da assistência em saúde era executada pela Secretaria Estadual de Saúde. No entanto, com a transição do sistema de saúde para implantação do SUS no fim da década de 1980 e início da década de 1990, alguns serviços de saúde foram municipalizados, a exemplo do Ambulatório de DST, que progressivamente começou a atender os casos de aids.

Frente a todas as demandas daqueles acometidos pela doença, que incluíam uma assistência em saúde adequada, acesso aos tratamentos disponíveis e dignidade, foram fundadas no município as primeiras organizações não governamentais – o GAPA e a FAÇA - alavancadas inicialmente por profissionais de saúde, mas que criaram vida própria realizando um relevante trabalho da defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids. Diante deste cenário, destacam-se as iniciativas pessoais de profissionais de saúde que entenderam a emergência da epidemia e passaram a articular ações assistenciais e preventivas, apesar das limitações institucionais e dos poucos recursos disponíveis na época.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BARATA, G. **A televisão contribuindo para a história das doenças.** Esboços: Revista do programa de pós-graduação em história da UFSC, Florianópolis, v. 16, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BORENSTEIN, M.S. et al. Hospital Colônia Santa Teresa: o estigma da hanseníase e o cotidiano dos pacientes institucionalizados. In: BORENSTEIN, M.S. (Org.) **Hospitais da Grande Florianópolis:** fragmentos de memórias coletivas. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2004. p.79-95.

BORENSTEIN, MS, RIBEIRO, AAA, PADILHA, MI. **Hospital Nereu Ramos: as condições de trabalho do pessoal da enfermagem (1943 a 1960).** In: BORENSTEIN MS, organizador. Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas. Florianópolis: Assembleia Legislativa; 2004. p. 49-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 236, de 2 de maio de 1985.** Aprova as diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 542, de 22 de dezembro de 1986** – inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria Nº 70, de 17 de julho de 1995.** Define hospital autorizado para cobrança dos procedimentos Tratamentos da AIDS -HOSPITAL /DIA.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico.** Ano III Nº 01 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a julho de 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data>> Acesso em: 07 julho 2011.

CHEQUER, P. et al. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. **Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989.** AIDS, v. 6, p. 483-487, 1992.

FONSECA, A. F. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FRANÇA, M.S.J. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. **Interface** (Botucatu), v.12, n.27, p. 919-926, 2008.

FUNDAÇÃO AÇORIANA PARA O CONTROLE DA AIDS.  
**Histórico 03 de maio de 2008.** Disponível em:  
<[http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com\\_content&task=view&id=83&Itemid=36](http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=36)> Acesso em: 07 julho 2011.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil:** agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GAPA. **Ata da Assembléia Geral Extraordinária de Formação do Grupo de Apoio a Prevenção a Aids de Florianópolis – GAPA.** Florianópolis. 06/08/1987.

GIR, E. et al. Informação/educação em DST/Aids/sexualidade humana - um relato de experiência de 14 anos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 32, n.4, p. 291-96, dez.1998.

LE GOFF, J. **A história nova.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; MEIRELLES, B.S. et al. A aids em Santa Catarina/Brasil: um histórico dos vinte e cinco anos de

epidemia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2011.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENDONCA, P. M. E.; ALVES, M. A.; CAMPOS, L. C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, v. 9, n.1, 2010.

MIRANDA, A.F.B. **História da Aids em Santa Catarina: características de uma epidemia**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX: Tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ORTIGA, A. M. B. ; CONILL, L. M. **Municipalização da Saúde: a trajetória no Estado de Santa Catarina**. **R. Saúde públ. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul, 2009.

PARKER, R.(Org.) **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997.

PARKER, R. A. **Construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA: IMS, UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34, 2000.

PEREIRA, S. M. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis – 1989-1994.** Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

SANTA CATARINA. **Resolução CIS 005 de 02 de junho de 1987.** Cria a Comissão Interinstitucional de Controle da Aids em Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/Aids. **Planejamento Estratégico de Santa Catarina – Relatório de Análise de Situação e Resposta.** Florianópolis, 2000. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de\\_olho\\_na\\_saude/aids/relatório\\_planejamento\\_estrategico\\_sc](http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de_olho_na_saude/aids/relatório_planejamento_estrategico_sc)>. Acesso em: 14 agosto 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Gerências Regionais de Saúde. **Diretrizes de Organização.** Florianópolis: IOESC, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **25 anos da epidemia de Aids: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas.** Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2009/Historico\\_25\\_anos\\_de\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/Historico_25_anos_de_Epidemia.pdf)>. Acesso em: 26 agosto 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS**. Florianópolis: DIOESC, 2010.

SILVA, C. L. C. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 129-139, 1998.

SLAFF, J. L.; BRUBAKER, J.K. **AIDS**: a epidemia. Guia completo. São Paulo: Abril, 1987.

TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, R. (Org.) **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997.

TEIXEIRA, S. F; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

WESTRUPP, M. H. B. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV**: contribuições acerca da cadeia epidemiológica de transmissão do HIV/Aids. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.



### **5.1.2 Manuscrito 2: A política de Redução de Danos em Florianópolis como estratégia de prevenção ao HIV/Aids: da sua implantação aos seus desdobramentos (1993-2007)**

**A política de Redução de Danos em Florianópolis como estratégia de prevenção ao HIV/Aids: da sua implantação aos seus desdobramentos (1993-2007)**

**The policy of Harm Reduction in Florianópolis as a strategy to prevent HIV/AIDS: from the deployment to its consequences (1993-2007)**

**La política de reducción de daños en Florianópolis como una estrategia de prevención del VIH-SIDA: de la implementación a la ejecución (1993-2007)**

Isabel Cristina Alves Maliska  
Maria Itayra Padilha  
Selma Regina Andrade

**Resumo:** Trata-se de um estudo descritivo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, com objetivo de analisar como a política de Redução de Danos se desenvolveu enquanto estratégia de cuidado e prevenção do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis no município de Florianópolis. Para coleta de dados, realizamos pesquisa documental e entrevistas utilizando a técnica de História Oral Temática. Os sujeitos do estudo foram dez profissionais de saúde que exerceram atividades de assistência e/ou gestão vinculadas as DST/Aids, no período do estudo (1993-2007). As entrevistas foram transcritas conforme preconiza Meihy (1998) e analisadas conforme análise de conteúdo de Bardin (2004), chegando a quatro categorias: A vulnerabilidade de usuários de drogas injetáveis frente a Aids; A proposta da Redução de danos em Florianópolis; As resistências frente a Redução de Danos e A Redução de Danos como estratégia. A política de Redução de Danos foi concebida como importante estratégia de prevenção entre usuários de drogas, constituindo-se em um dos pilares do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis, colocando em prática os princípios do Sistema Único de Saúde entre a população de usuários de drogas. No entanto, o padrão de transmissão por HIV por uso da droga injetável em Florianópolis continua recebendo destaque no cenário nacional,

fazendo-se necessário pensar em políticas públicas intersetoriais que possam responder a este fenômeno.

**Palavras-chave:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, usuários de drogas injetáveis, Redução de Danos, história da saúde.

**Summary:** This is a descriptive study with a qualitative socio-historical perspective, in order to analyze how the policy of harm reduction has developed a strategy to care and prevent HIV/AIDS amongst injecting drug users in Florianópolis. For data collection, archival research and interviews were conducted using the thematic oral history technique. The subjects of the study were ten health professionals who have exercised care activities and/or management actions related to STD/AIDS during the study period of 1993 to 2007. The interviews were transcribed as Meihy (1998) suggests and analyzed according to Bardin's (2004) method of content analysis which produced four categories: the vulnerability of injecting drug users against AIDS; The proposal of Harm Reduction in Florianópolis; Resistance against Harm Reduction; and Harm Reduction as a strategy. The policy of Harm Reduction is designed as an important strategy of prevention amongst drug users, thus becoming one of the pillars of the Program Municipal STD/AIDS in Florianópolis. This puts into practice the principles of the Health System among the population of drugs users. However, the pattern of HIV transmission by injecting drug use in Florianópolis keeps getting highlighted on the national scene, making it necessary to think of intersectoral public policies that can respond to this phenomenon.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome, IV drug users, Harm Reduction, health history.

**Resumen:** Estudio descriptivo cualitativo con perspectiva socio-histórica, cuyo objetivo fue analizar cómo la política de reducción de daños se desarrolló como una estrategia para la atención y prevención del VIH-SIDA entre los usuarios de drogas inyectables en Florianópolis. Para la recolección de datos se utilizó la pesquisa documental y las entrevistas se llevaron a cabo utilizando la técnica de Historia Oral Temática. Los sujetos fueron diez profesionales de salud que habían ejercido actividades de atención y/o gestión relacionadas con las ITS-SIDA durante el período de estudio (1993-2007). Las entrevistas fueron transcritas de acuerdo a lo pregonado por Meihy (1998) y analizadas mediante análisis de contenido de Bardin (2004), llegando a cuatro categorías: La vulnerabilidad de los usuarios de drogas inyectables frente al SIDA, La propuesta de Reducción de daños en Florianópolis;

Las resistencias contra la Reducción de Daños y Reducción de Daños como estrategia. La política de reducción de daños se ha diseñado como una estrategia importante para la prevención entre usuarios de drogas, convirtiéndose así en uno de los pilares del Programa Municipal de ITS-SIDA en Florianópolis, poniendo en práctica los principios del Sistema Único de Salud entre la población de usuarios drogas. Sin embargo, el patrón de transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables en Florianópolis continúa destacándose en el escenario nacional, por lo que es necesario pensar en políticas públicas intersectoriales que puedan responder a este fenómeno.

**Palabras claves:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, usuarios de drogas inyectables, Reducción de Daños, Historia de la salud.

## INTRODUÇÃO

Desde seu surgimento, a aids apresentou uma interface com o uso de drogas injetáveis, constituindo-se desde os primeiros anos da epidemia em uma importante via de transmissão do HIV. O Brasil é um país que apresenta padrões de transmissão do vírus da aids diferenciados, de acordo com as regiões geográficas afetadas, compondo diversas sub-epidemias regionais. Neste contexto, a região Sul tem merecido destaque por concentrar altos índices da epidemia entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais (CAIAFFA et al., 2003).

Em Santa Catarina, nos primeiros anos de epidemia (1984-1993), a transmissão do HIV se deu em 52% dos casos por uso de drogas injetáveis. Em Florianópolis, do período de 1986 a 1993, 56,3% dos casos de aids foram transmitidos por esta mesma via de contaminação. Ao compararmos os primeiros anos da epidemia no país (1980-1993), verificamos que a transmissão dos casos de aids se deu em 27,9% pelo uso de drogas injetáveis, evidenciando uma diferenciação epidemiológica em relação a região Sul e a necessidade de intervenções para a mudança deste cenário (DATASUS, 2010; SINAN-W AIDS-SC, 2011).

Face ao preocupante padrão de transmissão do HIV observado no país, passou-se a buscar estratégias de controle da epidemia nesta população, partindo de experiências internacionais que se mostravam exitosas. Deste modo, foram estruturadas diversas ações buscando diminuir a expansão da disseminação do HIV entre a população em geral e, mais diretamente aos usuários de drogas injetáveis (CAIAFFA et al., 2003; MARQUES; DONEDA, 1998). Neste contexto, a Redução de Danos (RD) entrou em cena no país, inicialmente como forma de abordar a prevenção do HIV entre usuários de drogas injetáveis.

A Redução de Danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente propagação da aids na década de 1980. No entanto, as primeiras intervenções adotadas dentro deste referencial datam de 1926, na Inglaterra, através do relatório Rolleston, que estabelecia a possibilidade do médico prescrever opiáceos, legalmente, como forma de minimizar os efeitos mais danosos à saúde dos indivíduos que eram adictos a determinadas drogas que tinham o ópio como princípio ativo (QUEIROZ, 2001).

Antes de tornar-se uma estratégia de prevenção, a Redução de Danos deu-se como movimento político. A Holanda já vinha abordando esta temática no decorrer da década de 1970 através de sua legislação sobre drogas, e passou a adotar a troca de seringas de modo experimental em Amsterdã, no ano de 1984, a fim de prevenir a transmissão do vírus da hepatite B. Ao se perceber que o HIV poderia ser transmitido pelo compartilhamento de agulhas contaminadas, estes programas voltaram-se principalmente para a prevenção da transmissão da aids (QUEIROZ, 2001; VESTER, 1998). Essa abordagem ganhou notoriedade a partir do final da década de 1980 em alguns países europeus e da Austrália, se estendendo para outros países à medida que a infecção por HIV entre UDIs foi adquirindo magnitude (TELLES; BASTOS, 1995; CONTE, 2004).

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública, que visam reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. O princípio fundamental que orienta estas ações é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém, necessitam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (SANTA CATARINA, 2010; QUEIROZ, 2001).

Desde 1994, o Ministério da Saúde assumiu a Redução de Danos como estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/Aids e hepatites entre usuários de drogas injetáveis, por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, constituindo-se o primeiro projeto de Redução de Danos apoiado por este organismo internacional (BRASIL, 2003). No entanto, a primeira experiência em RD ocorreu em 1989, na cidade de Santos-SP, que foi interrompida devido a uma interdição judicial, sendo reiniciada somente em 1995 na cidade de Salvador (BUENO, 1998).

Até sua implantação definitiva no país, a proposta da RD manteve-se presente nas discussões sobre prevenção da aids entre UDIs. Em Florianópolis, a primeira discussão em torno desta proposta ocorreu durante a realização do Seminário Nacional de prevenção ao HIV/Aids

entre Usuários de Drogas Injetáveis, promovido pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina no ano de 1993. Neste seminário se discutiu a magnitude da epidemia entre usuários de drogas injetáveis, e a necessidade de se desenvolver estratégias de controle da epidemia nesta população, incluindo a proposta da RD e um programa de troca de seringas em cidades como Florianópolis e Itajaí, uma vez que nenhuma política específica estava sendo dirigida a este segmento (ANAIS, 1993; LAGO, 1999).

Tomando como ponto de partida aquele seminário, a proposta de RD fez emergir em Florianópolis uma série de reações da sociedade local, resistências de profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e muita polêmica em torno do tema. Em meio a este cenário, a política se desenvolveu inicialmente na forma de projeto, sendo reconhecida atualmente como estratégia sedimentada no sistema de saúde pública do município, trazendo, entre esta população específica, a perspectiva da integralidade, universalidade e equidade enquanto princípios do SUS.

Partindo desta contextualização, interessa-nos aqui examinar o modo como a temática da RD foi introduzida e desenvolvida em Florianópolis a partir da estruturação do Programa Municipal DST/Aids, como forma de responder à epidemia de aids entre uma das populações mais vulneráveis na época, e ainda atualmente. Neste sentido, temos como objetivo analisar como a Política de Redução de Danos se desenvolveu enquanto estratégia de cuidado e prevenção do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis no município de Florianópolis, no período de 1993 a 2007.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza sócio-histórica<sup>8</sup>, que utilizou as bases filosóficas da nova história. De acordo com Burke (1992, p. 11) “a base filosófica da nova história é a idéia de que a realidade é social e culturalmente construída”, buscando não apenas narrar os acontecimentos, mais analisar as estruturas (LE GOFF, 1993).

O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, bem como o Hospital Nereu Ramos, pertencente na época a Fundação Hospitalar de Santa Catarina. O recorte histórico se deu a

---

<sup>8</sup> Este estudo é parte da tese de doutorado, intitulada “A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”.

partir de 1993, ano que se inicia a estruturação oficial do Programa DST/Aids de Florianópolis e que é realizado o Seminário Nacional de prevenção ao HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis, neste município, e tem como ponto de corte o ano de 2007, como o ano em que a Estratégia de Redução de Danos passa a ser vinculada ao CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Este estudo foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 592-315996 e aprovado em 22 de fevereiro de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

Para coleta dos dados, foram utilizadas fontes documentais primárias e secundárias, bem como fontes orais. As fontes documentais primárias foram as leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e do município, atas, projetos e relatórios, publicações do Diário Oficial do Estado e da União, que de algum modo contribuíram para a elucidação e compreensão do momento estudado. As fontes secundárias que ofereceram suporte ao estudo foram as teses, dissertações, artigos, livros, anais de eventos, publicações da mídia comum e científicas relacionadas a esta temática.

Quanto as fontes orais primárias, foram entrevistados dez profissionais de saúde, dentre eles quatro enfermeiras, quatro médicos e duas psicólogas, utilizando-se a técnica da História Oral Temática. A história oral é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, sendo esta uma forma de aproximação do objeto de estudo (ALBERTI, 2005). As entrevistas passaram por um processo de transcrição em etapas, que conforme Meihy (1998) abrange a textualização, transcrição e conferência, sendo seus conteúdos analisados conforme análise de conteúdo de Bardin (2004). A partir do conteúdo das entrevistas, foram formadas quatro categorias: **O contexto do uso de drogas em Florianópolis e as repercussões frente a epidemia da aids; A implantação da proposta de Redução de Danos em Florianópolis; As resistências frente a Redução de Danos; e A Redução de Danos como estratégia.**

## RESULTADOS

### **O contexto do uso de drogas em Florianópolis e as repercussões frente a epidemia da AIDS**

A transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis foi

identificada pela primeira vez no Brasil no ano de 1983, ascendendo progressivamente no número de casos até 1993, ano que se tornou a principal via de contaminação do vírus no país, sendo posteriormente superada pela categoria heterossexual (DATASUS, 2010). Apesar desta via de transmissão ter apresentado diminuição progressiva na incidência, este grupo populacional ainda representa um importante risco para a infecção pelo HIV no mundo em geral (VLAHOV; CELENTANO, 2006).

No Brasil, diversos estudos tem analisado a dinâmica da epidemia de aids e dentre estes, o realizado por Rodrigues Junior e Castilho (2004), apontou que em 1991, Santa Catarina foi responsável por 35 % das transmissões por uso de drogas injetáveis no Brasil, seguido por São Paulo, com 28%, e Rio Grande do Sul, com 25%. O estudo de Barbosa et al. (2009), demonstrou maior vulnerabilidade em determinados segmentos populacionais, como os de homens que fazem sexo com homens (HSH) e UDI masculinos, enquanto categorias expostas a um maior risco de contaminação. Deste modo, é reconhecida a vulnerabilidade dos UDIs, e a necessidade de inclusão desta população no sistema de saúde, tanto no que diz respeito a medidas preventivas quanto de cuidado (TELLES-DIAS, WESTMANN, S.; FERNANDEZ, A.E.; SANCHEZ, 2007; VLAHOV et al., 2006).

Em Florianópolis, os primeiros casos de aids foram identificados entre indivíduos masculinos com prática homossexual, no entanto ainda no fim da década de 1980, a contaminação entre usuários de drogas injetáveis já se destacava, sendo um motivo de preocupação entre aqueles que estavam atentos ao curso da epidemia:

*Os primeiros casos eram homossexuais, dois, três, [...]. Aqui no estado a gente sempre teve uma característica diferenciada que desde o começo sempre teve usuário de droga. A partir de 1988, 1989, tinha um número grande de usuário de droga internado, era mais difícil o atendimento, pois eles eram dependentes químicos (E1).*

A participação dos UDIs entre os casos de aids influenciou na disseminação do vírus entre mulheres, contribuindo para o fenômeno da feminização da epidemia. Este fenômeno repercutiu também no aumento de casos de transmissão vertical, uma vez que os usuários de drogas injetáveis desempenham outros papéis sociais, não se limitando apenas ao círculo restrito de outros usuários (BRITO; CASTILHO et al.,

2000; MARQUES; DONEDA, 1998).

O depoimento a seguir ilustra bem esta questão:

*O usuário de drogas era um contaminador de duas mãos, ele transmitia o vírus no grupo deles ali que usavam a droga e sexualmente, porque todo usuário de drogas, a maioria são heterossexuais, ativos e jovens. Então o que mais se tinha eram meninas, mulheres soropositivas, namoradas, parceiras de usuários de drogas. Então essa questão das drogas, não é só a questão das drogas, porque todos os usuários de drogas na fase ativa da vida deles eram muito ativos e aí transmitiam, disseminavam muito vírus. A feminização da infecção começou com os usuários de drogas (M2).*

Em populações que tem como característica de transmissão do HIV maior prevalência em UDIs, a tendência é que a relação homem/mulher seja mais próxima, quando comparadas com outras regiões em que prevalece a transmissão sexual. Para exemplificar, a relação homem/mulher para casos de aids no país no ano de 1993 era de 3,8:1 (3,8 homens para 1 mulher), enquanto que na região sul era de 3,5:1 e Florianópolis 2,5:1 (DATASUS, 2010; SINAN-W AIDS-SC, 2011). Vale ressaltar também que o uso de droga injetável não é um comportamento exclusivamente masculino, pois nas estatísticas também é possível perceber a participação feminina no uso de drogas injetáveis, embora que em menor proporção. Como ilustração, entre os anos de 1986 a 1993, do total de infectados pelo HIV residentes em Florianópolis, na categoria de transmissão por uso de drogas injetáveis, 79,8% eram homens e 20,2 % em mulheres. Esta categoria de transmissão vai diminuindo sistematicamente ao longo dos anos, cedendo lugar a transmissão heterossexual em ambos os sexos (DATASUS, 2012).

A transmissão em UDIs se concentrou especialmente no litoral, por ser uma região de grande circulação de pessoas nos portos e aeroportos, por ser rota turística, além de estar em posição estratégica no estado em relação às rotas do tráfico, levando a maior disseminação de drogas nesta região (MEIRELLES, 2003; MALISKA et al., 2011):

*Naquele tempo se falava assim, por exemplo, Itajaí, aqui [Florianópolis] a incidência é entre os usuários de drogas injetáveis, e Santa Catarina*



*era diferente de outros estados do Brasil, porque Santa Catarina tinha a maior incidência de usuários de drogas injetáveis (M3).*

Os casos de aids em usuários de drogas no município de Florianópolis chegaram a ser considerados pelas autoridades locais não como um problema de saúde pública, mas como um problema de polícia, que deveria ser combatido na forma da lei. Esta percepção pode ser ilustrada pelo caso da “Gangue da Aids” ou do “Pacto de morte” noticiado pelos principais jornais locais no ano de 1987, a respeito de um grupo de jovens que eram usuários de drogas injetáveis e que se supôs transmitirem propositamente o vírus HIV em seringas contaminadas pelo uso de cocaína:

*Teve um caso, aquele foi um caos, não sei que ano foi aquilo, 1987, que eles diziam que era um pacto de morte, que era a gangue da aids, hoje a gente sabe muito bem o que era aquilo...aquilo era um grupo que compartilhava droga como todo usuário de droga faz, o que o usuário de droga faz? Eles estão numa festa, eles tão usando droga e compartilhando, não era nada daquela fantasia que se criou, mas que na época as coisas tinham esta conotação. Um pouco foi a mídia, foi muito complicado (E1).*

Em relação a este evento, segundo análise de Amorim (2009), os jovens que participavam do suposto “Pacto de morte” ou “Gangue da Aids”, protagonizaram um escândalo na cidade construído pelos jornais locais, em que a polícia procurava criminalizar o grupo por praticar “um novo tipo de crime”, associando o portador do vírus HIV a idéia de marginalidade. Em relação a este episódio, as autoridades de saúde pública no município e estado foram procuradas para se manifestarem sobre o caso, lançando a discussão sobre a necessidade de se criar mecanismos para o controle da epidemia. Neste contexto, a mídia impressa passou a construir o caso alimentando a polêmica, o medo, e a produção de imaginários sobre a aids dotados de forte preconceito. Este acontecimento também chamou a atenção para o tráfico de drogas na cidade, que na época pensava-se ser um problema mais voltado as grandes cidades e metrópoles.

## A implantação da proposta de Redução de danos em Florianópolis

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define Redução de Danos como políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas, resultantes do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo (IHRA, 2010).

A proposta de RD trouxe como princípio reduzir os riscos, prejuízos ou danos a saúde causados pelo uso de drogas lícitas ou ilícitas, no contexto da AIDS praticado em condições arriscadas quanto à contaminação do HIV. Por meio de orientações flexíveis e realistas, busca motivar os usuários de drogas para uma prática mais segura, baseada principalmente no não compartilhamento de seringas e agulhas. Deste modo, as estratégias de redução de danos incluem um trabalho de educação em saúde diretamente no *locus* destes usuários, realizado por pares (agentes de saúde que preferencialmente tenham alguma relação com o meio), se disponibilizando os insumos necessários a prevenção, como seringas e agulhas estéreis (BUCHER, 1996).

A introdução deste tema no âmbito do governo municipal ocorreu no Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, realizado de 30 de junho a 02 de julho de 1993 em Florianópolis, reunindo autoridades em saúde das esferas federal, estaduais e municipais, do representante no Brasil do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, representantes de Organizações não Governamentais, profissionais de saúde, e demais participantes que representavam instituições de várias partes do Brasil. Neste seminário se discutiu a gravidade da transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis no Brasil, a experiência de Programas de Redução de Danos em alguns países, e a necessidade de se criar estratégias no país para reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (ANAIS, 1993).

No evento, destacou-se o panorama dos casos de aids em Santa Catarina, sendo ressaltadas características diferenciais da epidemia ao serem observados os primeiros registros da transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis, e maior incursão da epidemia em cidades portuárias, centros turísticos e industriais. Até o ano do seminário, já haviam sido registrados 825 casos de aids no estado, com uma mortalidade de 42,5% dos casos. Quanto às categorias de transmissão identificadas na época, 43,8% dos casos haviam sido transmitidos por uso de drogas injetáveis, 40 % foram por transmissão sexual, e 16,2% por outras formas, como transfusões, transmissão vertical, etc

(GHIZZO, 1993). Estes dados causaram surpresa inclusive nos profissionais da saúde do município de Florianópolis, que não tinham acesso aos esses dados epidemiológicos:

*A questão do HIV entre usuários de drogas injetáveis que para nós era uma incógnita, e quando foram mostrados os dados que chegaram a Brasília, mas que eu não tinha conhecimento eu fiquei de queixo caído, não pelo número absoluto, mas pela incidência, mas Florianópolis já tava demonstrando uma maior proporção de casos em UDI, eram bem maiores que em qualquer outra categoria, e aqui se falava muito na transmissão por relações homossexuais, e a coisa era o contrário (E2).*

O desconhecimento dos profissionais do município de Florianópolis a respeito do perfil epidemiológico da epidemia em seu próprio território se deve, principalmente, pelo modo como o sistema de saúde estava organizado na época. Apesar da lei orgânica do SUS ter sido publicada no ano de 1990, o processo de municipalização da saúde foi lento, pois era necessário estruturar todo o município, desde estrutura física até recursos humanos, para que o mesmo pudesse assumir os serviços que até então estavam centralizados no estado, a exemplo da vigilância epidemiológica. Por este motivo, a investigação dos casos de aids esteve sob responsabilidade do estado até 1995. Acrescenta-se a esta questão o fato do município ter estruturado oficialmente o Programa Municipal DST/Aids apenas 1993, ficando a maior parte das ações relacionadas a aids concentradas na esfera estadual e federal, além da histórica segmentação dos programas de saúde, dificultando a troca de informações para o delineamento de ações mais efetivas.

Este evento também destacou o primeiro convênio estabelecido com o Banco Mundial, firmado em 1992, trazendo ao país um arrojado financiamento que se destinaria a prevenção e a estruturação de uma assistência alternativa aos doentes de aids, além do investimento em epidemiologia. Deste modo, haviam sido elencados alguns municípios para se estruturar os Programas Municipais em DST/Aids, sendo Florianópolis um destes prioritários por sua situação epidemiológica (MESQUITA, 1993).

De acordo com Lago (1999), no decorrer das discussões, foram expostos inúmeros pontos de vista a respeito do fenômeno das drogas, que oscilavam entre a defesa da redução da oferta, a criminalização e

repressão as drogas, e a concepção de uma nova idéia baseada nos preceitos da redução de danos, suscitando inúmeros conflitos em torno do tema.

O Programa Municipal DST/Aids do município de Florianópolis, ao estruturar-se a partir do ano de 1993, tendo conhecimento das altas incidências na cidade em relação a esta categoria de transmissão, passou a buscar alternativas para se aproximar destas populações de risco e conhecer sua própria dinâmica, a fim de estabelecer estratégias de intervenção:

*Quando nós começamos a pensar em projeto redução de danos e eles foram pensados não apenas de cima para baixo, mas porque nós fizemos um projeto muito bacana de planejamento local, territorialização, nós fizemos um levantamento de problemas com a comunidade e em muitos locais a prioridade era: controlar a drogadição, o tráfico de drogas, tinha toda uma proposta de integração com a rede de saúde, com todas essas demandas (M5).*

*A gente ia fazer oficinas, em comunidades onde a gente via a questão da prevalência do HIV, a gente tinha algumas fichas que a gente começou a estudar no Morro da Caixa [...] a gente subiu o Morro do 25 para conversar com pessoas que vendiam drogas, toda essa questão do uso injetável, o que eles achavam de ajudar essa questão do não compartilhamento [...] Em alguns locais, como o Morro da Caixa, quem estava lá era uma enfermeira, ela topou fazer uma discussão na unidade, se as pessoas da unidade topariam fazer uma troca, as pessoas da unidade tinham afinidade para trocar as seringas. Tinha muitas histórias desse tipo (E2).*

De acordo com os depoimentos, era necessário conhecer as populações mais atingidas pela epidemia, especialmente onde se evidenciava a prática do uso de drogas injetáveis, pois de acordo com Lago (1999), no início da epidemia pouco se sabia a respeito dos UDIs. Esta era uma população desconhecida para os serviços de saúde, de forma geral economicamente desfavorecida, marcada por uma estratégia policial-repressiva de criminalização ao usuário de drogas. Embora o

governo municipal de Florianópolis ainda não tivesse um programa estruturado o suficiente para aplicar a proposta da Redução de Danos, havia uma sensibilização em relação ao tema, o que fez com que a lógica da RD estivesse presente em todas ações destinadas a prevenção:

*A redução de danos não é uma coisa isolada, a redução de danos a gente pensa muito na questão das drogas, mas ela não é isolada da transmissão sexual e de outros tipos de transmissão, a gente vai pegando todos os vieses possíveis [...]. E não era só a questão do HIV, tinha a questão das DST's junto. Então quando se falava em redução de danos a gente estava pegando tudo. Nosso foco principal era que não se compartilhasse material de uso para drogas injetáveis por exemplo, mas qualquer material de propaganda que tinha, ele continha todas as informações sobre transmissão sexual, etc, etc. O que era novo aí era a gente poder falar claramente sobre essa cultura das drogas, isso que era a grande novidade (E2).*

De acordo com o depoimento, pode-se observar que a lógica da Redução de Danos é ampliada para outros comportamentos que podem levar ao dano, neste caso a transmissão do HIV, não necessariamente pelo uso da droga, mas por uma relação sexual desprotegida, por exemplo. Nesta perspectiva, ampliam-se os objetivos a serem Alcançados, em que são considerados todos os fatores de risco para planejar intervenções preventivas (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Do período de 1994 a 1997, diversos treinamentos e oficinas foram realizados em Florianópolis abordando a temática da redução de danos, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde e membros do Conselho Municipal e Estadual de Entorpecentes. No entanto, a oficialização desta proposta foi firmada pela assinatura de convênio específico entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 1997. A partir da assinatura deste convênio, uma organização não governamental selecionou quatro agentes que passaram a fazer o reconhecimento dos campos, iniciando as atividades efetivamente em janeiro de 1998, realizando um trabalho educativo entre os UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e materiais para injeção estéril (LAGO, 1999).

Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde assinou um

convênio com o Instituto Arco-Íris de Prevenção a Aids (Convênio Nº 112/99), assumindo o pagamento de recursos humanos da equipe, que até então era feito com recursos do MS-BIRD (PROJETO INSTITUCIONAL REDUÇÃO DE DANOS EM USUÁRIOS DE DROGAS, 2003). Em Florianópolis, as equipes de redução de danos se estruturaram com uma média de oito agentes redutores de danos, um supervisor de campo, e um profissional psicólogo ligado ao Programa DST/Aids do município, que de maneira geral exercia também as funções de coordenação. O trabalho de campo era executado em duplas, geralmente no fim da tarde, em locais de acesso as redes de UDIs. Após a implantação oficial da proposta, outras iniciativas de atividades de redução de danos foram desenvolvidas em Florianópolis por Organizações Não Governamentais, seja com trabalhos de campo contínuos ou pontuais.

É necessário salientar, que mesmo antes da atuação oficial das equipes de Redução de Danos em Florianópolis, alguns profissionais de centros de saúde de comunidades com alta prevalência de UDIs, forneciam seringas e agulhas aos usuários de maneira informal, movidos por um sentimento de solidariedade e respeito ao direito de escolha de cada um. Estas práticas foram observadas em vários pontos do país, demonstrando que a Redução de Danos já existia de forma tímida e velada (BUENO, 1998). No entanto, de acordo com Lago (1999), a oficialização desta proposta permitiu aos usuários de drogas injetáveis a entrada no cenário das políticas públicas de saúde, tornando-os importantes agentes nas estratégias de prevenção da aids.

### **As resistências frente ao Programa Redução de danos**

A proposta da redução de danos trouxe muita polêmica desde as primeiras discussões no Brasil. A primeira tentativa de colocar esta proposta em prática ocorreu no município de Santos-SP, no ano de 1989, sendo interrompida por uma decisão judicial. A legislação em vigor na época, apoiada na lei Nº 6368/76, que tratava de “medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes”, proporcionou interpretações que iam contra a prática de RD, pois considerava a distribuição de seringas como auxílio ou incentivo ao uso de drogas (BUENO, 1998; MARQUES; DONEDA, 1998). Estas divergências se repercutiram também no município de Florianópolis, quando esta prática passou a ser pensada na cidade:

*A redução de danos foi uma coisa muito difícil junto a justiça, pois muitos juízes achavam que os*

*médicos faziam apologia as drogas: “- Olha, se vocês usam drogas eu vou ensinar a usar direito.” (M2).*

*Nós começamos a fazer algumas ações, que inclusive fizeram na época um encontro estadual e me convidaram e quando eu disse que as ações da prefeitura eram no sentido de reduzir os danos, com um perfil epidemiológico fortemente concentrado em usuários de drogas, um policial se levantou e disse que era para eu me cuidar, era um encontro na secretaria de justiça, que mais uma colocação que eu fizesse nesse sentido eu estaria sendo enquadrado como incitamento ao tráfico de drogas. A briga era nesse sentido, posições muito firmes, cada um do seu lado, não havia uma possibilidade de negociação, que na verdade se tentava, nesses encontros eram muitas vezes uma possibilidade da gente tentar uma negociação, mas as posturas eram muito rigorosas (M5).*

A partir dos depoimentos, podemos perceber que autoridades e profissionais da área da justiça interpretavam a RD como incitamento ao uso de drogas ilícitas, portanto, passível de punição. Esta compreensão fez com que a prevenção da transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis tivesse alguns entraves, dentre os quais o entendimento dominante que o uso de drogas deveria ser tratado pela ótica da repressão, o que retardou o início das atividades de trocas de agulhas para UDIs por restrições e sanções legais (PARKER, 1994). Esta interpretação também era compartilhada por alguns profissionais de saúde que entendiam a troca de seringas como uma atitude ilegal, que ia contra os princípios da preservação da vida:

*Todo mundo dizia que a gente estava incentivando o uso de drogas. Tinha resistência dentro da secretaria “- Meu Deus, vocês estão loucas. O que vocês pensam que estão fazendo...” Havia locais que, pessoas que resistiram, postos de saúde, que quando a gente colocou pra todo mundo: “- Oh, vamos fazer isso. Vocês estão afim? Acham que podem? Vamos disponibilizar.”; “- Não, vão achar que a gente está incentivando o uso de drogas. Vão achar que*

*a gente é traficante.” (E3).*

*No ambulatório do DST/Aids tinha uma pessoa da área técnica que não concordava, para ela era uma questão moral, ela achava que era ridículo, assim, no sentido ela não via nenhuma fundamentação naquilo, e não se interessava em conhecer [...] Da mesma forma um professor meu, da época de faculdade, estava no conselho de entorpecentes, dizendo que eu estava indo contra o código de ética da enfermagem, por fornecer material para o uso (E2).*

*A idéia de trabalhar com aids, com drogadição, como problema de saúde publica era qualquer coisa assim minoritária era muito difícil você convencer as pessoas que trocar a seringa era uma coisa importante na sociedade, ou que redução de risco era uma ação de saúde publica e não de convivência com as drogas (M5).*

As posturas contrárias vinham de muitos lugares, de profissionais da rede básica de saúde, da Secretaria de Saúde, do próprio ambulatório DST/Aids, do Conselho de Entorpecentes. Os argumentos contrários envolviam questões éticas, morais, interpretando a proposta de troca de seringas como convivência ao tráfico e abuso das drogas. Conforme afirmam Marques e Doneda (1998), ao se direcionar a discussão da RD para o campo ideológico, pode-se deixar de reconhecer as conseqüências do uso da droga no campo social e da saúde. Frente às resistências, os profissionais envolvidos com a implantação da proposta esforçavam-se por apresentar argumentos que pudessem direcionar a questão para uma discussão científica, buscando demonstrar os aspectos positivos desta prática de prevenção:

*A única coisa que te fazia manter no rumo era o argumento técnico, então por isso a necessidade era de muita leitura, muito material e o ministério fazia isso, mandava muito material. Todos os dias chegava coisa nova, muito bem fundamentada, então era um programa que dava gosto de trabalhar, a gente tinha muito embasamento (E2).*



A difícil compreensão sobre a proposta da Redução de Danos esteve muitas vezes em torno do foco da discussão, pois a RD não incentiva o uso de drogas, mas reconhece que existem danos e consequências envolvidas. A abstinência não é rejeitada, mas se considera a necessidade de implementar estratégias realistas e pragmáticas, reconhecendo-se o grau de liberdade e coresponsabilidade do indivíduo em questão (BRASIL, 2003; 2004). À medida que o tema foi sendo debatido e polemizado, percebeu-se que a redução de danos seria possível não pela imposição, mas pela compreensão deste novo paradigma, pautado no reconhecimento da autonomia de cada cidadão, bem como dos direitos garantidos pela própria constituição vigente, que já previa no artigo 196, a “promoção de políticas que visem a redução do risco de doença, bem como acesso igualitário as ações de promoção, proteção e recuperação a saúde” (BRASIL, 1988).

Do mesmo modo, a legislação foi sofrendo modificações que passaram a permitir ações de saúde que contemplassem a redução de danos mediante o fenômeno das drogas, a exemplo da Lei Estadual Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998, que autorizou a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, legitimando a criação de projetos de Redução de Danos no Estado (SANTA CATARINA, 1998). Deste modo, a política de Redução de Danos foi se inserindo a política de saúde do município de forma processual, contando com a colaboração de profissionais que estavam sensibilizados com a proposta:

*Não se muda um paradigma a força. Foram muitas discussões até a gente perceber que a coisa se faria no corpo-a-corpo, por pessoas que fossem de uma ONG, que tivessem contato com a comunidade, pelas unidades que quisessem fazer, se quisessem fazer e de uma forma sutil, sem alarde (E2).*

*Porque isso era muito pessoal, de pessoa para pessoa e as vezes uma pessoa que era contra ela minava aquela unidade. Mas a equipe do PRD [Projeto Redução de Danos] naquela época era muito boa, eles desenvolviam um trabalho muito legal com os redutores e eles conseguiam fazer uma mobilização legal nas unidades de saúde. O bairro que entrava era o bairro que tinha sido preparado para aceitar (E5).*

Uma questão importante para a implantação do projeto de Redução de Danos em Florianópolis foi a captação de pessoas de comunidades que tinham algum tipo de vínculo com usuários de drogas, como é preconizado por esta proposta, embora nenhum deles fosse usuário ou ex-usuário de drogas. Inicialmente, os agentes concentravam suas atividades em locais onde havia maior número de UDIs. O projeto buscou parcerias com a comunidade (voluntários, bares que estavam localizados em locais onde circulava esta população, para distribuição de material informativo) bem como com os próprios centros de saúde, no sentido de descentralizar o trabalho naqueles locais que havia maior demanda, após sensibilização e capacitação dos profissionais (LAGO, 1999; FLORIANÓPOLIS, 2002). Deste modo, após a polêmica e rejeição inicial, a proposta foi gradualmente sendo compreendida pelos profissionais de saúde:

*Tinha uma serie de empecilhos, mas eu acho que foi um dos projetos que foi bem sucedido, teve adesão das pessoas das comunidades para trabalhar, teve liberdade de contratação de pessoas capacitadas ou que tinham um vinculo já com a comunidade, isso facilitou bastante, foi bem produtivo, [...] era tudo muito novo então as pessoas tinham um certo receio, mas depois a coisa foi deslanchando, foi indo e acabou vendo que não era aquilo, que não tinha nada a ver com o trafico, o que a gente queria era fazer saúde (E3).*

Em avaliação preliminar da coordenação do PRD após o primeiro ano de atividade, os usuários abordados por este projeto mostraram-se sensíveis a esta estratégia. Foram observadas mudanças de comportamento, como destino adequado do equipamento já utilizado e aumento da demanda para o tratamento da drogadição, à medida que se alcançavam novos usuários. Algumas das dificuldades apontadas foram a falta de serviços públicos destinados aos usuários que desejassem se tratar, e o preconceito persistente de alguns profissionais de saúde em relação aos UDIs (LAGO, 1999).

### **O reconhecimento da redução de danos como estratégia de prevenção**

Apesar do Ministério da Saúde ter reconhecido a redução de

danos como estratégia em 1994, a aceitação e implementação no país foi ocorrendo de forma diferenciada e gradativa. Esta proposta de intervenção foi ganhando força à medida que foi sendo integrada às políticas nacionais relacionadas ao fenômeno das drogas. Desde o ano de 2005, a Redução de Danos se constitui em um dos eixos da Política Nacional Sobre Drogas aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Os outros eixos, também de importância fundamental, são: Prevenção; Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; Redução da Oferta e Estudos, Pesquisas e Avaliações (BRASIL, 2008).

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde instituiu a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas no ano de 2003, reafirmando o uso de álcool e outras drogas como grave problema de saúde pública, e reconhecendo a necessidade de assumir esta responsabilidade através da política do SUS, visando subsidiar uma construção coletiva para o seu enfrentamento. Esta política passou a preconizar a assistência a esses usuários em todos os níveis de atenção, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – denominados CAPS AD (BRASIL, 2003).

À medida que a discussão em torno da Redução de Danos avançou, as formas do uso da droga também foram sofrendo modificações. Nas duas últimas décadas do século XX, o uso da cocaína inalada e injetada foi prevalente, com destaque para a década de 1990, com a expressiva participação dos usuários de drogas injetáveis na disseminação da aids. No entanto, ainda nesta década, passou-se a perceber um crescente consumo do crack, e indicativos da migração de usuários de cocaína injetável para esta droga (CAIAFFA et al., 2001; DE BONA et al., 2005). Deste modo, a preocupação em torno da RD foi sendo ampliada para outras drogas e outras formas de uso:

*O programa de redução de danos que trabalhava bastante com essa questão de usuários, principalmente de injetáveis, mas também estava se percebendo que a questão do crack é muito mais importante do que a discussão dos injetáveis, então estava-se começando a discussão sobre protetores labiais, cachimbo, enfim, outras formas de se trabalhar com os usuários de droga. E estavam trabalhando integrado a discussão do álcool também como sendo um outro fator de vulnerabilidade para a exposição, então isso já tinha se ampliado e já funcionava bem estruturado (M6).*

A abordagem da Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, passando-se a dar maior visibilidade ao usuário portador de transtorno mental e/ou toxicômano. Além do reconhecimento de direitos, os serviços de saúde buscaram diversificar as modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos, em compasso com os princípios e as diretrizes do SUS (CONTE et al., 2004).

Frente a estas tendências, a RD passou a ser entendida não mais como um projeto pontual, mais como uma estratégia de múltiplas possibilidades. Neste contexto, passou-se a considerar a Redução de Danos como estratégia em Saúde Pública no campo do uso de drogas junto à Saúde Mental e ao Programa Saúde da Família na Atenção Básica, abordando pessoas, famílias, grupos e instituições em sua integralidade, considerando aspectos da saúde física, psíquica, social, educação em saúde e cidadania (CONTE et al., 2004). Esta tendência se repercutiu no município de Florianópolis, que passou a reconhecer a RD como estratégia integrada ao Programa de Saúde Mental no município:

*A prefeitura dentro do quadro da coordenação de aids tinha o Projeto Redução de Danos que se transformou em estratégia e hoje, esta vinculada administrativamente aos CAPS AD. [...] O Ministério tem orientado, desde 2001 já tinha uma intenção do município de quando tivesse CAPS AD aqui a Redução de Danos estivesse junto, tanto que lá em 2001 teve um Seminário local da Saúde Mental e Redução de Danos. Em 2007 a Redução de Danos foi pactuada com a Regional Continente, com o CAPS e com a Saúde Mental, com o objetivo que a Redução de Danos ficasse mais próxima dos usuários, também trabalhar o vínculo e atividades de grupo com esses usuários, e não só fazer trabalho de campo. E hoje o Ministério incentiva e preconiza que a estratégia de ação do CAPS se pautem pela Redução de Danos (PI).*

A partir do depoimento, observamos que desde o início dos anos 2000, conforme orientação de políticas do Ministério da Saúde, passou-se a vislumbrar a integração da Redução de Danos ao Programa de Saúde Mental do município. No entanto, a integração da equipe de RD

ao CAPS AD ocorreu apenas em 2007, visto que o primeiro CAPS AD iniciou suas atividades no município no ano de 2006, e o segundo CAPS AD em 2010, com a consequente divisão de duas equipes de RD para cada CAPS AD (CREMONESE; SARAIVA, 2008):

*Hoje está fortemente vinculado ao CAPS. Na época eles já tinham começado essa discussão, até porque os CAPS eram muitos novos. Na verdade o movimento foi esse, do programa ir se integrando as coisas que passaram a existir, porque o programa existia e nada disso existia. Existiam unidades de saúde, daí quando o município começou a se estruturar melhor, a existir na média complexidade, o programa foi vendo as formas de se relacionar e construir as pontes entre esses serviços, já existia uma idéia de aproximação, até porque já se trabalhava bastante com essa questão de álcool e de orientação, de prevenção, dentro do programa de redução de danos. Então existia a intenção de se fazer uma integração, ela ainda não tinha se concretizado, ela passou a se concretizar em 2007, então quando eu cheguei existia essa discussão das aproximações, mas faltavam as amarras (M6).*

Vale ressaltar também que a posição da equipe de RD sofreu mudanças ao longo do tempo. Em 1998, o trabalho foi iniciado através de uma parceria entre uma organização da sociedade civil e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Em Abril de 2005, a Secretaria de Saúde assumiu a RD como ação própria, e a equipe passou a ser vinculada a Associação Florianopolitana de Voluntários, trazendo benefícios trabalhistas aos profissionais vinculados. No entanto, a inexistência do cargo de redutor de danos impossibilita a efetivação da equipe junto ao quadro de recursos humanos da Secretaria de Saúde, mantendo a equipe em uma situação de instabilidade, dependendo da renovação de convênios anuais para a manutenção da equipe, e necessitando de um trabalho de convencimento junto ao gestor a fim de manter o trabalho desenvolvido:

*Eu me lembro que sempre foi uma batalha, então a figura do coordenador do DST/Aids sempre foi o de estar marcando para o gestor a importância das coisas, insumos de prevenção, mesmo na*

*redução de danos, na renovação de contratos sempre foi uma coisa que era ano a ano batalhada (P2).*

Apesar da fragilidade desta proposta no que diz respeito à política de recursos humanos, a RD passou por um processo de reorientação, como resultado da reorientação do próprio Programa DST/Aids, que teve suas ações descentralizadas no município a partir de 2006, integrando-se ao Setor de Agravos Crônicos Transmissíveis da Vigilância Epidemiológica. Neste contexto, o foco de atenção desta estratégia deixou de ser apenas a transmissão do HIV, mas os agravos sociais e de saúde que esta população vulnerável está exposta:

*O programa de redução de danos acabou tendo destaque porque eles eram os agentes comunitários de saúde da população de rua. Essa foi a analogia que se criou e que o pessoal entendeu bem, porque eram eles que sabiam aonde é que essas pessoas acabavam circulando, quando elas saiam de um determinado lugar e acabavam indo para um outro lugar e saiam de um morro e iam para outro morro. Eles entendiam os conflitos que acabavam fazendo essas pessoas saírem. Muitas vezes só se conseguia resgatar essa pessoa para o serviço por intermédio da redução de danos, então a partir do momento que eles perderam essa coisa de estou preocupado com a aids e começaram a se preocupar com as pessoas que estavam com risco de aids, eles se deram conta que elas estavam com risco de outras coisas também. E daí acabou que o foco mudou para as pessoas também, eu acho que essa aproximação com o CAPS ajudou bastante (M6).*

Os Programas de Redução de Danos, através de seus redutores, vão até a população, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida (CONTE et al., 2004). Neste sentido, as ações de Redução de Danos deram visibilidade, inicialmente, aos UDIs no SUS, promovendo a organização de profissionais e usuários, trazendo contribuições para a revisão das leis em vigor, proporcionando o compartilhamento de saberes e criando

condições para a construção de estratégias que se mostram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas.

Desde a segunda metade da década de 1990 do século XX, tem-se observado um decréscimo contínuo na transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis em todas as regiões do Brasil, e aumento da transmissão heterossexual. No entanto, a região Sul e algumas cidades, como Florianópolis, persistem ainda com incidência maior na categoria de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, quando comparados com a média nacional. Como ilustração, no ano de 2007, a incidência de transmissão do HIV por UDI no país foi de 5,5%, em Santa Catarina foi de 8,9% e em Florianópolis 14,7% (BRASIL, 2011; SANTA CATARINA, 2010; SINAN-W AIDS SC, 2011).

O decréscimo de contaminação entre a categoria de UDI de maneira geral vem sendo relacionado, dentre outros fatores, à política de Redução de Danos adotada no Brasil, a mudança do comportamento dos UDIs, adotando práticas mais seguras; e à mudança no perfil de uso de drogas, seja a migração para o uso de outras drogas ou outras formas de uso (CAIAFFA et al., 2006). Estes fatos legitimam o trabalho da Redução de Danos no país, apontando para a necessidade de investimento e ampliação destas políticas, visando a manutenção e ampliação do acesso a estas populações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Redução de Danos foi concebida como importante estratégia de prevenção entre usuários de drogas, constituindo-se em um dos pilares do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis. A rejeição inicial da proposta foi identificada em diversos setores da sociedade, suscitando conflitos, porém mesmo frente a estas controvérsias se pôde reconhecer a problemática do uso de drogas na cidade, e a necessidade de inclusão dos usuários de drogas no sistema de saúde, proporcionando maior visibilidade para esta população, até então concebida pela ótica da criminalidade.

A perspectiva da Redução de Danos foi ampliando-se, buscando responder a outros padrões do consumo de drogas lícitas e ilícitas, e compreender o usuário de drogas não apenas como sujeito vulnerável a aids, mas as demais situações sociais e de saúde produzidas por sua própria condição de vulnerabilidade. Deste modo, esta proposta foi sedimentada no sistema de saúde do município inicialmente como projeto e posteriormente como estratégia, extrapolando o campo de ação das DST/Aids, e integrando-se a Política de Saúde Mental do município,

mais precisamente ao CAPs AD, seguindo orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Uma das fragilidades desta proposta, diz respeito ao próprio vínculo institucional da equipe, visto que a mesma ainda não faz parte do quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, dependendo da renovação de convênios anuais e de um constante trabalho de convencimento junto aos gestores para assegurar sua manutenção.

Pode-se afirmar também que, esta estratégia tem colocado em prática alguns princípios do Sistema Único de Saúde entre a população de usuários de drogas: de universalidade, levando o sistema de saúde ao *locus* do usuário, equidade, oferecendo-se como alternativa a redução da demanda das drogas, respeitando o direito a liberdade de escolha de cada indivíduo. No que diz respeito a integralidade, percebemos que este princípio é contemplado no que diz respeito a prevenção primária e secundária, visando prevenir a aids, hepatites e demais DSTs, ou co-infecções que possam produzir complicações em indivíduos já infectados por estas morbidades. Porém no que diz respeito à assistência a esta população, algumas dificuldades são bastante evidentes, visto que as instituições de tratamento para dependência as drogas são ainda restritas no âmbito do sistema, portanto de difícil acesso ao usuário que deseja se tratar.

A Redução de Danos contemplou entre usuários de drogas, a população de rua, excluída e vulnerável, exposta a violência e outras mazelas sociais, revelando-se em uma importante política de inclusão. No entanto, é necessário reconhecer que o padrão de transmissão por HIV por uso da droga injetável em Florianópolis continua recebendo destaque no cenário nacional, fazendo-se necessário pensar em políticas públicas intersetoriais que possam responder a este fenômeno.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

AMORIM, G. R. **Outsiders do bairro Trindade: “pacto da morte” ou “gangue da Aids?”** Para além da construção de um episódio (Florianópolis, 1987). Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.



BARBOSA JUNIOR, A. et al . Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e Aids**. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional de DST/Aids**. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em: 14 agosto 2009.

\_\_\_\_\_. Data Sus. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde**. Epidemiológicas e Morbidade. Casos de aids identificados no Brasil. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>> Acesso em: 16 agosto 2011.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico Aids DST** – Versão Preliminar – Ano VIII, Nº 1 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010.01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar-abr. 2000.

BUCHER, R. **Drogas e Sociedade em tempos de aids**. Brasília: UnB, 1996.

BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: Drogas e Aids**. Ciência, Debate e Saúde Pública. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CAIAFFA, W.T. et al. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjuDE-Brasil I and II Projects. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 771-782, 2006.

\_\_\_\_\_. The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. **Clin Infect Dis.**, v. 37, suppl 5, p. S376-81, 2003.

CAIAFFA, W. T. **Projeto Ajude-Brasil. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos Redução de Danos Apoiados pela CN-DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? **Revista n.º 26 - "Tóxicos e manias"**. APOA. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2004. Disponível em

<<http://www.apoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20Psican%E1lise%20e%20redu%E7%A6o%20de%20danos.pdf>>  
Acesso em: 16 agosto 2011.

CREMONESE, E.; SARAIVA, S.A.L. **Reestruturação da rede de atenção em saúde mental de Florianópolis, baseado na atenção primária**. Apresentação. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2008.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde**. Epidemiológicas e Morbidade. Casos de aids identificados em Santa Catarina. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>. Acesso em 16-02-12>. Acesso em: 16 fevereiro 2012.

DE BONI, R. et al . Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e Porto Alegre. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 32, n. 1, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000100001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 agosto 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Programa DST/Aids. **Cartilha de Redução de danos**. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Institucional Redução de Danos em Usuários de Drogas**. Sobre a importância da Estratégia de Redução de Danos. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde, 2003

GHIZZO FILHO, J. **Pronunciamento do Secretário de Saúde de Santa Catarina**. Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93. Florianópolis – SC. Organização: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programa Nacional de Controle da DST/Aids – MS. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

IHRA. Associação Internacional de Redução de Danos. **O que é redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em <[http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portugues\\_e.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portugues_e.pdf)>. Acesso em: 23 agosto 2011.

LAGO, M.A. **Da marginalidade a tolerância:** reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

LE GOFF, J. **A história nova.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MALISKA, I. C.A. et al. Aids em Santa Catarina/Brasil: um histórico dos vinte e cinco anos de epidemia. **Cadernos Saúde coletiva**, v. 19, n. 2, 2011.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas:** drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MESQUITA, F. **Palestra proferida no Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis.** Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93. Florianópolis – SC. Organização: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programa Nacional de Controle da DST/Aids – MS. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

PARKER, R. **A c**onstrução da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA: IMS, UERJ, 1994.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001 .

RODRIGUES JÚNIOR, A.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba**, v. 37, n. 4, p. 312-317, 2004.

SANTA CATARINA. **Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93.** Organização: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programa Nacional de Controle da DST/Aids – MS. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei estadual Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998.** Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências. 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS.** Florianópolis: DIOESC, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos.** Florianópolis: SES, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados do SINANW – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Casos de Aids em adultos e crianças segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Fpolis,**

**1986-2011.** Florianópolis, 2011.

SANTOS, V. E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 agosto 2011.

TELLES, P. R.; BASTOS, F.I. Estratégias da redução de danos In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Drogas, Aids e Sociedade**. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995.

TELLES-DIAS, P.R. et al . Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102007000900015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000900015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 agosto 2011.

VERSTER, A. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In: In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

VLAHOV, D.; CELENTANO, D.D. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resistance, and death. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, abr. 2006.

### **5.1.3 Manuscrito 3: A implantação do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis: um estudo do período de 1993 a 2006**

#### **A implantação do Programa Municipal DST/Aids em Florianópolis: um estudo do período de 1993 a 2006**

#### **The implantation of the Municipal Program of STD/AIDS in Florianópolis: a study of the period of 1993 to 2006**

#### **La implantación del Programa Municipal ITS-SIDA en Florianópolis: un estudio del período de 1993 a 2006**

Isabel Cristina Alves Maliska  
Maria Itayra Padilha  
Selma Regina Andrade

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial. É um estudo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que utilizou a pesquisa documental e História Oral Temática para as entrevistas. Os sujeitos foram onze profissionais de saúde que exerceram atividades de assistência e/ou gestão vinculadas as DST/Aids, no período do estudo. Os dados coletados foram tratados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2004), chegando-se a duas categorias: A formação do programa municipal em DST/Aids em Florianópolis a partir dos empréstimos do Banco Mundial; Ações empreendidas pelo Programa Municipal DST/Aids. A implantação do Programa Municipal DST/Aids possibilitou a estruturação de ações em vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência. Passou-se a conhecer o perfil epidemiológico da cidade e estabelecer ações de controle da epidemia através da prevenção primária e secundária, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida. No campo assistencial, a assistência ambulatorial em DST/Aids foi marcada por muitos entraves, alguns deles produzidos pelo próprio desenvolvimento do município em relação aos mecanismos do SUS.

**Palavras-chave:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Sistema Único de Saúde, vigilância epidemiológica, prevenção, assistência.

**Summary:** This study aims at analyzing how the Municipal STD/AIDS

Program was consolidated in Florianópolis, from the financing actions taken by the World Bank. It is a qualitative study with a socio-historical perspective, which uses the archival research and oral history interviewing techniques. The subjects were eleven health professionals who have exercised care activities and/or management actions related to STD/AIDS during the study period. The collected data were treated according to the content analysis method of Bardin (2004) which created two categories: the training of the municipal program on STD/AIDS in Florianópolis from World Bank loans; and actions taken by the Municipal STD/AIDS Program. The implantation of the Municipal STD/AIDS program has enabled the development of epidemiological surveillance, diagnosis, prevention and care. The study shows the epidemiological profile of the city and establishes measures to control the epidemic through primary and secondary prevention and seeks to reach the population in all their life cycles. In the field of care, outpatient care in HIV/AIDS was marked by many obstacles, some produced by the development of the municipality in relation to the mechanisms of SUS.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health System, epidemiological surveillance, prevention, assistance.

**Resumen:** Este estudio pretende analizar cómo se consolidó el Programa Municipal de ITS-SIDA en Florianópolis, a partir del financiamiento de acciones por parte del Banco Mundial. Es estudio cualitativo con perspectiva socio-histórica, que hace uso de la pesquisa documenta y de la Historia Oral Temática para la realización de las entrevistas. Los sujetos fueron once profesionales de salud que habían ejercido actividades de asistencia y/o gestión relacionadas con las ITS-SIDA durante el período de estudio. Los datos obtenidos fueron tratados de acuerdo con el análisis de contenido de Bardin (2004), proyectando dos categorías: la formación del programa municipal de ITS-SIDA en Florianópolis a partir de los préstamos del Banco Mundial; Las medidas emprendidas por el Programa Municipal ITS/SIDA. La implantación del Plan Municipal de ITS-SIDA permitió el desarrollo de acciones de vigilancia epidemiológica, diagnóstico, prevención y atención. Se dio a conocer el perfil epidemiológico de la ciudad y se establecieron medidas para controlar la epidemia a través de la prevención primaria y secundaria, buscando llegar a la población en todos sus ciclos de vida. En el campo asistencial, la atención ambulatoria en ITS/SIDA fue caracterizada por muchos obstáculos, algunos producidos por el propio desarrollo del municipio con relación a los mecanismos del SUS.



**Palabras claves:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Sistema Único de Salud, vigilancia epidemiológica, prevención, atención.

## INTRODUÇÃO

O surgimento da epidemia de aids no Brasil, no início da década de 1980, coincidiu com o enfrentamento de uma grave crise social, política e econômica. Estes processos contribuíram para uma extensa deterioração dos sistemas de saúde pública, limitando a capacidade de resposta aos problemas de saúde já existentes, bem como os emergentes. Ao mesmo tempo em que os órgãos de saúde pública buscavam formular políticas que pudessem responder à epidemia da aids, as instituições de saúde viram-se frente a uma demanda assistencial crescente pelo aumento progressivo de casos, pela alta morbidade e mortalidade, e uma expectativa de sobrevida em torno de 5,1 meses (MENDONÇA et al., 2010; TEIXEIRA, 1997; CHEQUER et al., 1992).

Esta situação repercutiu em diversos estados que apresentaram os primeiros casos de aids, ainda na década de 1980. Na falta de diretrizes nacionais que conduzissem as ações voltadas a epidemia, os estados da federação foram se mobilizando e se organizando com a participação da sociedade civil, a fim de oferecer uma estrutura de atendimento aos casos que surgiam. A criação do Programa Nacional de Controle da Aids ocorreu em 1986, quando 11 estados já haviam se organizado e estruturado com seus programas estaduais (TEIXEIRA, 1997).

Em Santa Catarina, o primeiro caso de aids foi notificado em 1984, na cidade de Chapecó, e em Florianópolis em 1986. No contexto em que a aids surgiu, os serviços de saúde seguiam a orientação dicotômica de prevenção *versus* assistência, sendo que o município tinha pouca participação nas ações em saúde, visto que algumas Secretarias Municipais de Saúde foram criadas somente a partir de 1990. Com a ocorrência dos primeiros casos na cidade, a estruturação da assistência ficou ao encargo do Hospital Nereu Ramos, especializado em doenças infecto-contagiosas, que se tornou uma referência em aids no estado e passou a atender os casos do município, também por estar localizado em seu território. Em 1989, o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP) estruturou o ambulatório de DST, que no decorrer da década de 1990 passou a atender casos de HIV/Aids, sendo este municipalizado no ano de 1991 (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2012).

Nos anos subsequentes, os casos de aids em Florianópolis foram se multiplicando, destacando-se a categoria de transmissão por uso de

drogas injetáveis, a exemplo de outras cidades litorâneas do estado. Chega-se ao ano de 1993 com 488 casos de aids notificados em Florianópolis, sendo as principais categorias de transmissão: 56,3% por uso de drogas injetáveis, 22 % por transmissão heterossexual, 14,5% por transmissão homossexual, 6% por transmissão bissexual e 4,1% por transmissão vertical (SINAN-SC, 2011). Até este ano, as ações de controle da aids tinham participação expressiva da esfera estadual, destacando-se no município iniciativas pontuais e pessoais de profissionais de saúde que entenderam a emergência da epidemia e passaram a articular ações assistenciais e preventivas, apesar das limitações institucionais e dos poucos recursos disponíveis na época (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2012).

A nível nacional, a primeira década da epidemia de aids no país foi marcada por um período com grandes dificuldades das autoridades governamentais em desenvolver programas e políticas que respondessem a epidemia com efetividade, seja pelas pressões políticas de cunho moral, como pelas limitações dos orçamentos dos programas estaduais e locais (PARKER, 1997). Nos anos de 1990-1991, houve um retrocesso nas políticas voltadas a aids, com a desarticulação do Programa Nacional de Controle da Aids e descontinuidade das políticas implementadas ainda na década de 1980. No entanto, a partir de 1992, uma nova fase política se inicia com a reestruturação do Programa Nacional, o restabelecimento da cooperação entre as esferas governamentais, organizações da sociedade civil e comunidades científicas, a retomada das ações no âmbito da vigilância epidemiológica, prevenção e assistência, contando com a importante participação do Banco Mundial no financiamento das ações voltadas ao controle da epidemia no Brasil (GALVÃO, 2000; PARKER, 2000).

Estes acontecimentos tiveram reflexo direto nos estados e municípios da federação, especialmente aqueles mais atingidos pela epidemia. O acordo de empréstimo com o Banco Mundial iniciado em 1992, foi assinado em 1993 e sua execução iniciou-se a partir de 1994, com a vigência do “Projeto Aids I”, com duração de quatro anos. Neste contexto, uma consequência direta para o município de Florianópolis foi a articulação de um Programa Municipal de DST/Aids, iniciada em 1993, alavancada na oportunidade da realização do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, realizado no ano de 1993 em Florianópolis, organizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e Ministério da Saúde.

A articulação e estruturação de um Programa Municipal de DST/Aids em Florianópolis, possibilitou o investimento no controle das

DST/aids no município, dando maior visibilidade a epidemia local e melhores condições para o investimento nestas ações. Deste modo, temos como objetivo neste artigo analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial, desvelando as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza sócio-histórica<sup>9</sup>, que utilizou as bases filosóficas da nova história. De acordo com Burke (1992, p. 11) “a base filosófica da nova história é a idéia de que a realidade é social e culturalmente construída”. Esta perspectiva teórica passa a se interessar por toda a atividade humana, preocupando-se em analisar as estruturas, com uma história “vista de baixo”, partindo de opiniões de pessoas comuns, valorizando suas experiências na mudança social.

O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sendo os sujeitos do estudo, onze profissionais de saúde (seis enfermeiras, quatro médicos e uma psicóloga) que atuaram direta ou indiretamente no Programa DST/Aids Municipal e/ou suas unidades assistenciais, a exemplo do Ambulatório DST/Aids, bem como o Hospital Nereu Ramos, vinculado até 1990 à Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O recorte histórico se deu a partir de 1993, ano em que é oficializado e estruturado o Programa DST/Aids do município de Florianópolis, e tem como ponto de corte o ano de 2006, quando o serviço municipal de saúde passa por um processo de reorganização das ações em DST/Aids no município. Este estudo foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 592-315996 e aprovado em 22 de fevereiro de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

Para coleta de dados realizamos pesquisa documental, buscando fontes documentais primárias, como leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e Município, atas, projetos, relatórios que pudessem contribuir para elucidação do momento estudado. As fontes secundárias que ofereceram suporte ao estudo foram

---

<sup>9</sup> Este estudo é parte da tese de doutorado, intitulada “A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”.

teses, dissertações, cartilhas, livros, anais de eventos, especialmente aqueles que referenciavam a cidade de Florianópolis. Para realização das entrevistas, utilizamos a técnica da História Oral Temática, partindo de um assunto específico e buscando esclarecimentos acerca do tema em questão. Este recurso pode ser utilizado em diferentes áreas do conhecimento acadêmico, sendo marcado por maior objetividade, em que a história pessoal do narrador interessa na medida em que se revelam aspectos que possam acrescentar informações a temática central (MEIHY, 1998). As entrevistas foram transcritas seguindo as etapas definidas por Meihy (1998) de textualização, transcrição e conferência, e após analisadas conforme análise de conteúdo (BARDIN, 2004). A partir dos resultados, duas categorias foram formadas: A formação do programa municipal em DST/Aids em Florianópolis a partir dos empréstimos do Banco Mundial; Ações empreendidas pelo Programa Municipal DST/Aids, tendo como subcategorias: Vigilância Epidemiológica; Diagnóstico e Prevenção; Parcerias com as Organizações Não Governamentais – ONGs, e Assistência.

## **RESULTADOS**

### **A formação do programa municipal em DST/Aids em Florianópolis a partir dos empréstimos do Banco Mundial**

A participação do município nas políticas de saúde no decorrer da década de 1980 era bastante limitada, visto que a maior parte da assistência em saúde era executada por estruturas estaduais, como o Departamento de Saúde Pública (DASP) e Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Em 1991, Florianópolis iniciou o processo de implantação do SUS e municipalização dos serviços de saúde, procurando definir as portas de entrada, com acesso organizado e hierarquizado aos vários níveis de atenção. Naquela ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde passou a administrar toda a rede básica de serviços públicos de saúde e uma unidade de Referência Regional de Especialidades, além de implantar outros serviços, dentre eles o setor de vigilância epidemiológica, o qual passou a ser estruturado por uma enfermeira transferida da Secretaria Estadual de Saúde para este fim. Em 1993, ocorreu o Seminário Nacional de Prevenção da Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis na cidade, desvelando uma situação epidemiológica pouco conhecida no município e dando novos direcionamentos em relação a epidemia:

*Eu assumi a Vigilância Epidemiológica*

*[municipal] em 93. Neste mesmo ano, teve um Seminário Nacional de Prevenção do HIV em usuários de drogas injetáveis em Florianópolis, eu participei e conheci algumas pessoas do ministério que me chamaram pra uma reunião [...] e aí conheci o Fábio Mesquita que tinha montado o programa em Santos, e ele disse “vamos pra uma reunião que a gente vai tratar desta questão que eu acho que tem a ver com a vigilância”, e aí tinha, que era a questão do HIV entre usuários de drogas injetáveis que pra nós era uma incógnita. Quando eu vi os dados que chegaram em Brasília eu fiquei de queixo caído, não pelo número absoluto, mas pela incidência, que a gente achava que estava pra lá, mas Florianópolis já estava demonstrando uma maior proporção de casos em UDI. Eram bem maiores que em qualquer outra categoria, e aqui se falava muito na transmissão por relações homossexuais, e a coisa era o contrário (E2).*

O desconhecimento da enfermeira em relação ao perfil epidemiológico da epidemia em Florianópolis se devia, principalmente, pelo modo como o sistema de saúde estava organizado na época, pois a investigação dos casos de aids esteve sob responsabilidade do estado até 1995. Este evento, além de desvelar a situação epidemiológica da aids no país, em Santa Catarina e algumas cidades, como Florianópolis, também destacou o primeiro convênio estabelecido com o Banco Mundial (BIRD), firmado em 1993, que traria ao país um arrojado financiamento destinado a prevenção e a estruturação de uma assistência alternativa aos doentes de aids, conhecido como Projeto Aids I (ANAIS, 1993).

O projeto AIDS I foi financiado através de um empréstimo do Banco Mundial, contando com uma contrapartida governamental, tendo sua efetivação ocorrida no período de 1994-1998. Este projeto trouxe como objetivos reduzir a incidência e transmissão de HIV e das DST, e fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DST e HIV/AIDS, com destaque para a estruturação de serviços assistenciais alternativos por todo o país, como o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Hospital-Dia (HD), Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) além dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Neste primeiro projeto Florianópolis participou

com o recebimento de recursos específicos, a exemplo do convênio para implantação do Projeto Redução de Danos. O segundo acordo com o Banco Mundial, conhecido como Projeto Aids II, foi efetivado do período de 1999 a 2003, que deu continuidade as ações do primeiro empréstimo, voltando-se mais especificamente as ações de prevenção. A partir do Projeto Aids II, Florianópolis e outros municípios catarinenses receberam regularmente recursos do Banco Mundial, passando a executar o POA (Plano Operativo Anual), uma programação de atividades cujas diretrizes estavam articuladas ao projeto aprovado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial. A partir das avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/Aids firmaram um terceiro convênio, denominado "Projeto AIDS III" com período de execução de 2003 a 2006, atingindo uma cobertura de 95 % das regiões do país com casos notificados (BANCO MUNDIAL, 2000; 2004; GALVÃO, 2000; PARKER, 2000).

A partir do primeiro convênio, foram elencados alguns municípios para estruturar os Programas Municipais em DST/Aids ou aplicar projetos específicos, sendo Florianópolis um destes por sua situação epidemiológica (MESQUITA, 1993). A estruturação do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis prosseguiu com negociações com o Ministério da Saúde após este evento, conforme o depoimento:

*O Ministério da Saúde me chamou para uma reunião em Ribeirão Preto [...] eles estavam determinando algumas coisas, e que a gente receberia um financiamento do Banco Mundial [...] e aí eu vi a responsabilidade que tinha aquilo, de montar um projeto, e ver o que ia gastar. Eu fui conversar com o Secretário e a gente foi ver isso...[...] Após algumas reuniões com o ministério, passamos a fazer o primeiro projeto para receber o financiamento e estruturar algumas ações. A partir dessa reunião eu me desliguei da Vigilância Epidemiológica e assumi o Programa de Aids. [...] A coordenação de DST/Aids do Ministério da Saúde, Dra Lair Guerra veio a Florianópolis reunir-se com o Secretário [Municipal] de Saúde e reforçar politicamente a necessidade de estruturar o programa (E2).*

Seguindo as negociações com o Ministério da Saúde, a enfermeira, que até então pertencia ao Setor de Vigilância Epidemiológica do município, passou a dedicar-se a implantação do Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids. Ainda nesta época, a coordenadora do Programa Nacional DST/Aids da época, Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, visitou Florianópolis com o intuito de reforçar a necessidade de estruturar o Programa:

*Na verdade ela era uma grande executiva e ela queria ver as coisas acontecerem [...] Ela queria ver acontecer o convenio e era difícil, o dinheiro não comprava a quantidade de estrutura administrativa que se exigia para executar e de fato não era simples (M5).*

O grande interesse do Programa Nacional DST/Aids em Florianópolis relacionava-se principalmente a alta incidência de transmissão por uso de drogas injetáveis na cidade, visto que a partir de 1987 a maior categoria de contaminação do HIV passou a ser por esta via (SINAN-SC, 2011), sinalizando a necessidade de direcionar políticas específicas a esta população, a exemplo do Programa Redução de Danos<sup>10</sup>. Apesar das dificuldades do município na condução de suas políticas, especialmente no período imediato a municipalização, o incremento dos recursos do Programa DST/Aids permitiu o investimento em ações de epidemiologia, diagnóstico, prevenção e assistência, dando visibilidade ao Programa DST/Aids Municipal. No entanto, a chegada dos recursos nos cofres da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para o desenvolvimento do Programa DST/Aids causou uma situação contrastante com a própria situação do município, que tinha poucos recursos para o desenvolvimento das ações preconizadas pelo SUS, como relata o gestor da época:

*Os recursos disponíveis para a aids eram quatro vezes maiores do que os recursos que eu tinha pelo SUS para cuidar de toda a população de*

---

<sup>10</sup> A Redução de Danos se constitui em um conjunto de medidas de saúde pública, que visam reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Um exemplo de prática de redução de danos é a troca de seringas (usadas por estêreis) visando controlar a disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis. O princípio fundamental que orienta estas ações é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém, necessitam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (SANTA CATARINA, 2010; WODAK, 1998; QUEIROZ, 2001).

*Florianópolis. A pressão para fazer saúde no município era violenta e tu tinhas aquele dinheiro carimbado, via convênio, completamente engessado. Ele era muito difícil de ser gasto, tanto é que o dinheiro sobrava [...] tinha mais dinheiro da aids parado do que para gastar com toda a população. E não gastava né, não podia tirar de um e botar em outro e não conseguia gastar com a aids [...] Na verdade dinheiro não era problema para aids. Então a gente até fazia atividades integradas com as unidades básicas, treinamentos, mobilizações, toda aquela confusão na época de carnaval. (M5).*

Apesar do Programa Nacional DST/Aids garantir os recursos financeiros para a estruturação do Programa Municipal, era necessário que o município oferecesse uma contrapartida de apoio a este programa. Em relação a aids, os recursos financeiros em si não eram o problema, mas toda a estrutura técnico-administrativa para operacionalizar o programa, pois haviam mecanismos bem definidos para investimento e prestação de contas ao Ministério. Já em relação aos programas estruturantes do SUS no município, a falta de recursos financeiros era um dos principais problemas, gerando uma situação paradoxal e uma sensação de iniquidade dentro do próprio sistema público de saúde.

Esta situação se deve pelo modo como o SUS foi implantado, marcado por várias dificuldades, visto que a operacionalização deste sistema se tornava dificultosa especialmente para os municípios, que até então praticamente não participavam da estrutura de saúde. É necessário ressaltar também que, no início da década de 1990, as políticas do SUS se defrontavam com uma contradição central, situada entre o domínio do projeto neoliberal, que ia em direção ao estado mínimo, e a organização de um sistema que visava a universalidade, equidade e integralidade em saúde (MATTA; LIMA, 2008). Este conflito de interesses dificultou em muito a implantação do novo sistema de saúde, tendo se perpetuado até os dias atuais. Embora a Lei Orgânica de Saúde tenha explicitado claramente seus princípios filosóficos e organizacionais, os mecanismos de viabilização desta política ainda não estavam bem definidos, sendo desenvolvidos nos anos seguintes:

*Na época, nós estávamos em uma fase de compra de serviços. Nós tínhamos que prestar serviço para poder ter o recurso. Então várias das*



*estruturas que aumentaram muito significativamente as receitas da saúde, foram criadas após 96, e principalmente depois de 98, com o piso da atenção básica, transferências fundo a fundo, que na época não existia, era tudo na base do convênio, ou na base de ressarcimento de serviços prestados (M5).*

A grande dificuldade dos municípios era angariar os recursos financeiros para subsidiar as ações previstas no novo sistema. De fato, para viabilização do sistema de saúde, foram editadas durante a década de 1990 as Normas Operacionais Básicas (NOB), que serviram de instrumentos reguladores legais para implantar e operacionalizar o SUS, regulando as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios. As primeiras NOBs (91 e 92) foram formuladas ainda sob influência do INAMPS, definindo uma lógica de financiamento ainda voltada a produção de serviços, gerando críticas do ponto de vista do modelo assistencial, pois eram privilegiadas as atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para saúde coletiva. De acordo com a avaliação da IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, o processo de municipalização apontava deficiências, visto que os municípios estavam assumindo cada vez mais responsabilidades sem uma contrapartida suficiente de recursos financeiros (ANDRADE, 2007; SILVA; LIMA, 2005).

Apesar das dificuldades já existentes para implantação dos programas previstos no SUS, havia a urgente necessidade de implantar o Programa DST/Aids e oferecer uma infra-estrutura para a aplicação dos recursos previstos. Porém, o apoio do Ministério da Saúde foi fundamental para a condução deste processo que ocorria paralelamente em todo o Brasil, em todas as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde escolhidas para estruturação dos programas:

*Nós tínhamos uma assessoria muito boa no ministério. Eles tinham interesse que a coisa fosse bem feita, bem gasta e que tivesse resultados. E eles tinham uma equipe muito boa. Era uma relação bem estreita [...] A gente tinha muito acesso e tinha acesso também ao estado. Por que o estado e nós estávamos no mesmo patamar, era todo mundo começando, todo mundo tendo as mesmas dúvidas, os mesmos entraves pra resolver. Todos nós nos referíamos ao ministério,*

*não que eles [o estado] não nos prestassem assessoria ou dessem assistência, mas nós estávamos juntos, caminhando juntos (E3).*

*Tinha muita informação, tinha muito apoio, era uma discussão muito interessante, todos os estados do Brasil estavam fazendo isso ao mesmo tempo, então havia uma rede (E2).*

O financiamento foi reconhecido pelos profissionais por sua importância na estruturação do programa mediante as deficiências do Sistema Único de Saúde:

*Eu acho que isso foi extremamente importante no momento em que o SUS ainda estava se estruturando e se não tivesse esse caráter de se olhar isso como uma coisa especial, como uma coisa diferente, certamente não ia se ter o resultado de controle que se considera que tem, porque o que existe de prevalência de aids hoje no Brasil, inclusive o de incidência de aids no Brasil não era o que se projetava no início e provavelmente, o grande responsável por isso é o programa, é ter sido olhado de uma forma diferente, é não esperar o SUS se estruturar para isso ser estruturado junto, eu acho que o momento histórico foi importante (M6).*

De acordo com Barboza (2006), a principal contribuição do primeiro projeto executado junto ao Banco Mundial foi o fortalecimento da estrutura gerencial do Programa Nacional DST/Aids no Ministério da Saúde, ampliando sua articulação técnica e política junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, às Universidades e organizações não governamentais voltadas ao combate a epidemia. A partir do primeiro Acordo de Empréstimo do Governo Brasileiro com o Banco Mundial, conhecido como Projeto Aids I, houve o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais, além de fomentar uma ampla participação da sociedade civil nas ações voltadas a epidemia. Estas ações se pautaram em três eixos de intervenção: a vigilância epidemiológica, prevenção e assistência.

## Ações empreendidas pelo Programa Municipal DST/Aids

### *Vigilância Epidemiológica*

Através da vigilância epidemiológica, empreendeu-se no país um esforço em caracterizar como a epidemia de aids vinha se distribuindo na população, quais eram os segmentos populacionais mais vulneráveis, e quais suas tendências (FONSECA, 2005). Visando reproduzir conhecimento epidemiológico acerca da epidemia em Florianópolis, uma das primeiras ações promovidas pelo recém criado Programa Municipal DST/Aids foi o levantamento do número de casos de aids na cidade, a fim de definir quais seriam os primeiros pontos de intervenção do programa:

*E nós resolvemos fazer os resgates dos casos [...] Então a gente conseguiu fazer um perfil por ano, a gente passa do número x para o número y. Para nós foi bom é obvio porque tinha a coisa da realidade, mas da situação que não se tinha nada se passou a ter um monte de casos, e os casos iam delineando o perfil da pessoa, que tipo de contato que tinha sido, então a gente fica com uma realidade bastante assustadora, uma prevalência alta, eu acho que eram 40% usuários de drogas (E2).*

*E eu entrei para fazer a vigilância epidemiológica que precisava ser implantada, porque até o momento só tinha uma vaga idéia, sabia-se muito pouco de quantos casos de aids tinha no município. Foi feito resgate de todos os casos antigos. Tinha um critério de investigação para resgatar a história bem como notificação e investigação de casos novos (E3).*

A partir do levantamento de casos, passou-se a ter conhecimento do quadro epidemiológico da aids no município, ratificando-se a alta prevalência de contaminação entre usuários de drogas injetáveis e a associação a outras formas de transmissão, especialmente em relação a transmissão heterossexual e perinatal:

*Algum tempo depois é que começa aparecer, eu não sei te precisar isso, a [transmissão] perinatal e junto com essa questão toda a cultura que envolvia o uso de drogas [...] Em mulheres*

*começa a surgir ou porque usava drogas, ou o companheiro compartilhava e a infectava, então nunca era uma linha só. Sexualmente contaminava as mulheres e as crianças nasciam soropositivas, então a perinatal começa a surgir. Então a gente começa fazer o panorama todo (E2).*

A partir da vigilância epidemiológica, despontam os grupos mais vulneráveis à epidemia na cidade. Passa a ser observada a influência do uso de drogas injetáveis na disseminação do vírus entre mulheres, seja por parcerias com homens UDI ou pelo próprio consumo de drogas injetáveis, porém em menor proporção quando comparado a população masculina. Estes fatos contribuíram para o fenômeno da feminização da epidemia, repercutindo também no aumento de casos de transmissão vertical (BRITO; CASTILHO et al., 2000; MARQUES; DONEDA, 1998). Estes fenômenos foram observados no país durante a década de 1990, porém repercutiram em Florianópolis de maneira diferenciada, pois do período de 1990-1995 a categoria de transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis no país foi de 26,4%, e a transmissão vertical foi de 2,6 %, enquanto que em Florianópolis no mesmo período a proporção foi de 55,45% e 6,8%, respectivamente (DATASUS, 2010; SINAN/AIDS-SC, 2011). O conhecimento real da epidemia de aids no município gerou repercussões, e o reconhecimento que este era um problema de saúde pública nacional e principalmente local:

*Deu um pico bem grande em 1995 porque teve todo o resgate dos anos anteriores. E teve um investimento grande em investigação epidemiológica e a gente também treinou e capacitou o pessoal para diagnosticar [...] estava todo mundo muito assustado, foi uma coisa que de repente começou a ter visibilidade, e eu acho que teve um grande investimento, tanto dos municípios, do estado, federal, foi assim uma preocupação que tinha e deu visibilidade, não dava mais para dizer “não, não acontece aqui...” (E3).*

No ano 2000, o Ministério da Saúde tornou a notificação de gestante HIV+ e criança exposta obrigatória (Portaria Nº 993, de 04 de

setembro de 2000), com o objetivo de monitorar e avaliar as ações de prevenção preconizadas para a redução da transmissão vertical do HIV nos seus três momentos: pré-natal, parto e acompanhamento da criança (SÃO PAULO, 2009). Deste modo, o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis passou a dedicar-se também ao acompanhamento epidemiológico das gestantes HIV+ e criança exposta, através da investigação e monitoramento da transmissão vertical. A partir dos dados epidemiológicos referentes a transmissão vertical em Florianópolis, observa-se que os casos de contaminação do HIV em crianças são progressivos até 1999, quando são registrados 24 casos, e a partir deste ano sofrem regressão contínua, sendo notificados em 2006 dois casos. Este fato se deve a uma maior efetividade na detecção das gestantes soropositivas para o HIV, no acompanhamento pré-natal e nas medidas de profilaxia adotadas ao longo dos anos, a exemplo do uso da terapia antirretroviral combinada, a partir de 1997 (FURTADO; PERES, 2010).

A partir de 2002, parte do processo de vigilância epidemiológica dos casos de aids, gestante HIV+ e criança exposta e sífilis congênita, que estavam sob a responsabilidade do Programa DST/Aids, passam a ser descentralizados, com a criação de um nível de gerenciamento intermediário no próprio município, com unidades regionais, como parte do processo de atenção voltado a vigilância em saúde (FLORIANÓPOLIS, 2002). Deste modo, a investigação dos casos notificados passa a ser descentralizada, sendo incorporada pelo setor de vigilância epidemiológica do município juntamente com outros agravos, ficando sob responsabilidade do Programa a inclusão de dados no SINAN, bem como análise dos dados coletados.

### ***Diagnóstico e Prevenção***

A partir da investigação epidemiológica, o município passou a ter maior visibilidade pelas altas incidências de aids em populações específicas, o que até então era de certa forma ignorado pelas autoridades e profissionais de saúde. Neste sentido, o Programa Municipal DST/Aids se mobilizou no sentido de controlar a epidemia na cidade, desempenhando diversas ações no âmbito da prevenção e diagnóstico:

*A gente queria prevenção, o foco maior tinha que ser prevenção (...) Então a gente queria treinar o pessoal, por exemplo, odontologia tinha que ter alguém treinado, ginecologia e obstetrícia para o pré-natal. Então, pessoas que pudessem atuar*

*nisso e montar uma equipe de redutores de danos, que desde o princípio a gente começou a trabalhar dentro da lógica de redução de danos para os usuários de drogas. E a parte laboratorial, o município já existia mas a parte de testagem para o HIV era feita pelo LACEN [Laboratório Central do estado], tivemos que treinar o pessoal e comprar os kits para os testes. O COAS também foi montado na época (E2).*

*Começamos a treinar as pessoas também para fazer a solicitação do teste de HIV. Poucos, bem poucos na época solicitavam. Não era rotina na época. Tínhamos que fazer a solicitação, tínhamos que capacitar toda a rede para fazer a solicitação. Porque não não é um exame qualquer, então a gente tem que ter todo um preparo de aconselhamento de pré e pós-teste, então foi assim, bem intenso em 97, 98, até em 99 foi bem intenso essa historia de capacitação da rede (E3).*

As primeiras e principais ações do Programa Municipal de DST/Aids executadas ainda na década de 1990, foram os treinamentos com a rede de atenção básica em relação a testagem do HIV, incluindo o aconselhamento pré e pós-teste, a estruturação do Laboratório Municipal (LAMUF) para realização do teste de detecção de anticorpos para o HIV, o que até então era realizado no Laboratório Central (LACEN) do Estado, e a estruturação e abertura do Centro de Orientação e Apoio Sorológico em 1995, conhecido como COAS, que a partir de 1999 passou a ser denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os COAS passaram a oferecer exames anti-HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença, através da realização do diagnóstico precoce em pessoas infectadas e seus parceiros, promovendo à oferta de aconselhamento, de preservativos e de informações pertinentes a epidemia, além do encaminhamento aos serviços de referência quando necessário (FONSECA, 2005; SOUTO, 2003).

Uma preocupação do Programa Municipal DST/Aids foi em relação ao crescente número de casos de aids entre mulheres, pois o primeiro caso no sexo feminino em Florianópolis foi em 1987, evidenciando na época uma razão de 4,5 homens para 1 mulher (4,5:1),

sendo que em 1995, a razão na cidade era de 2,8:1 mulher e no ano 2000 a razão era de 1,8:1 mulher, ratificando a crescente feminização da epidemia na cidade (SINAN/AIDS-SC, 2011). Frente o aumento do número de casos em mulheres, o Programa Municipal passou a desempenhar ações com foco principalmente na prevenção da transmissão vertical:

*Foi uma época que o aumento de número de aids começou a ser muito alto em mulheres com parceiros fixos. Então a gente sempre se preocupou em pedir para que as unidades de saúde reforçassem a questão do uso de preservativo, porque a mulher como tinha parceiro fixo acabava se descuidando no uso do preservativo e a gente estava detectando muitos casos de HIV só durante a gestação (E5).*

Em relação à transmissão vertical, foram realizados treinamentos com ginecologistas e pediatras da rede, embora a assistência a gestantes soropositivas para o HIV fosse referenciada inicialmente a um serviço de acompanhamento de gestantes de alto risco, pertencente a Maternidade Carmela Dutra, uma maternidade-escola vinculada a Secretaria Estadual de Saúde (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006), e a partir do ano 2000 ao Ambulatório DST/Aids, pertencente ao município. A monitorização destas gestantes e crianças era mantida pelo Programa DST/Aids municipal, que passou a perceber a ocorrência de desnutrição nas crianças soropositivas, gerando alguns pontos de intervenção:

*A gente colocou cesta básica para criança soropositiva, porque a gente começou a trabalhar juntos na mesma sala com o SISVAN [Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional] e a gente começou a perceber que tinha uma alta incidência de desnutridos entre as crianças soropositivas. Então começou a ter a cesta básica ali [...] Uma coisa que melhorou muito já na minha época foi a transmissão vertical. Teve todo um cuidado, estava tendo um controle melhor e assim então, já começou a distribuir o leite para prevenir a amamentação (E3).*

A partir do trabalho conjunto do Programa DST/Aids e SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), percebeu-se a

necessidade de sistematizar o cuidado nutricional a gestante HIV+, bem como a criança exposta ao HIV ou com a infecção já confirmada. Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde emitiu em 15 de julho de 1998 a Portaria 15/98, que trata do Programa de Distribuição de Cestas Básicas, através do Programa DST/Aids, beneficiando as gestantes HIV+ residentes do município, o leite especial ao bebê exposto ao HIV até o sexto mês de vida, a cesta básica a toda criança exposta ao HIV, dos 6 meses até os 2 anos de idade, e as crianças HIV + até os 13 anos de idade com uma cesta nutricional mensal:

*A prefeitura fez uma portaria a 15/98. Essa portaria definiu alguns cuidados com as mulheres soropositivas que estavam grávidas e os filhos. [...] então a mulher grávida ia receber a cesta nutricional até o final da gestação. Quando ela ganhava o neném ela parava de receber a cesta, o filho recebia o leite especial até os seis meses, depois parava e recebia uma cesta até um ano e meio e depois se ele era realmente portador ele receberia uma cesta até os 13 anos, se não ele pararia ali, quando fecharia o caso. E essa portaria ela é válida até hoje. E mais o passe para a gestante poder vir nas consultas, fazer os exames, até hoje também (E4).*

Faz-se importante ressaltar que esta portaria se mantém válida ainda atualmente, dando continuidade a essa estratégia de cuidado implantada ainda em 1998, sendo incorporada na política de saúde do município. Esta foi uma política inovadora que precedeu a política nacional, que somente no ano de 2003 passou a garantir a liberação de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil para as crianças verticalmente expostas ao HIV até o sexto mês de vida, contemplando os Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST (BRASIL, 2003).

Outra ação importante implantada em nível nacional em relação a prevenção da transmissão vertical foi o "Projeto Nascer Maternidades", instituído em 2002 no SUS, visando resgatar a oportunidade perdida do diagnóstico para o HIV e sífilis durante o pré-natal. Este projeto determina a realização de testes em todas as parturientes que não comprovem no peri-parto, sorologias negativas para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e a adoção de medidas profiláticas e/ou



terapêuticas, diante de exames positivos. A triagem diagnóstica é realizada através do teste rápido para HIV e do VDRL (BRASIL, 2002; 2002a). Este projeto passou a ser aplicado também em Florianópolis, das maternidades localizadas no município.

Outra importante ação implementada ainda na década de 1990 foi a proposta da Redução de Danos, introduzida ainda em 1993 durante a realização do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis. Do período de 1994 a 1997, diversos treinamentos e oficinas foram realizados em Florianópolis abordando a temática da redução de danos, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde e membros do Conselho Municipal e Estadual de Entorpecentes (LAGO, 1999), o que gerou em muitas oportunidades situações de conflito e polêmica, pois:

*A idéia de trabalhar com aids, com drogadição, como problema de saúde publica era qualquer coisa assim minoritária... era muito difícil você convencer as pessoas que trocar a seringa era uma coisa importante na sociedade, ou que redução de risco era uma ação de saúde pública e não de convivência com as drogas (M5).*

Apesar de toda a polêmica gerada pela perspectiva da Redução de Danos, a oficialização desta proposta foi firmada pela assinatura de convênio específico entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e Ministério da Saúde no primeiro semestre de 1997, o qual garantiu financiamento pelo BIRD para o pagamento dos recursos humanos da equipe de Redução de Danos até 1999. A partir da assinatura deste convênio, foram selecionados quatro agentes redutores de danos<sup>11</sup> pelo Instituto Arco-Íris de Prevenção à Aids, que passaram a fazer o reconhecimento dos campos, iniciando as atividades efetivamente em janeiro de 1998, realizando um trabalho educativo entre os UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e materiais para injeção estéril. A partir de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis estabelece novo convênio com este Instituto (Convênio 112/99) assumindo o pagamento dos recursos humanos deste programa,

---

<sup>11</sup> Os redutores de danos são agentes que têm como função estabelecer contato com as pessoas da rede de interação social dos UDI, apresentar a proposta de trabalho para a população alvo, identificar os UDI, buscar sua aceitação e executar as atividades programadas (BRASIL, 2006).

ficando os insumos financiados pelos recursos do convênio com o BIRD (LAGO, 1999; FLORIANÓPOLIS, 2004).

Partindo destas intervenções pontuais, podemos verificar que nos primeiros anos de atuação do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, especificamente ainda na década de 1990, as ações de prevenção procuravam responder aos comportamentos de risco mais comuns na cidade, seja pelo uso de drogas injetáveis, ou relações heterossexuais desprotegidas acometendo um número crescente de mulheres, e a transmissão vertical, como resultado da interação destes comportamentos. Nesta perspectiva, medidas de prevenção primária passaram a ser adotadas, visando conter a epidemia na cidade, definindo-se ações que em um primeiro momento se dirigiram aos segmentos populacionais mais vulneráveis, pautando-se no comportamento de risco, estimulando um envolvimento individual com a prevenção (AYRES et al., 2003). Estas ações se pautaram na distribuição de insumos de prevenção (preservativo masculino e feminino, material informativo e seringas e agulhas estéreis), bem como ações de educação em saúde, visto que este é um elemento importante para este objetivo (BUSS, 2000).

Além das ações voltadas a prevenção primária, foram adotadas ações que visavam a prevenção secundária, visando evitar as complicações nos casos em que a infecção já estava instalada, como o comprometimento da nutricional de gestantes, crianças e adolescentes expostos ao HIV ou já infectados, as co-infecções aos usuários de drogas injetáveis, e estratégias de cuidado que pudessem retardar a progressão da infecção e estado de doença. De acordo com Ayres (2002), a prevenção secundária pode ser uma estratégia sensível para detectar contextos vulnerabilizadores, possibilitando a construção de respostas sociais para promover a saúde e obter melhor qualidade de vida.

Já nos anos seguintes, especialmente a partir dos anos 2000, as ações de prevenção primária passaram a ser desenvolvidas sistematicamente entre a população geral, incluindo-se crianças/adolescentes, a população adulta e idosa, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida, em busca de maior alcance social, passando-se a considerar o potencial de vulnerabilidade como fator de maior risco de contaminação do HIV (BRASIL, 1999; AYRES et al, 2003). Nesta direção, as políticas de prevenção passaram a requerer a participação de outros atores sociais e setores da sociedade, a fim de promover espaços de socialização de conhecimentos e vivências, a fim de contribuir para prevenção de morbidades e promoção da saúde, com estímulo a inclusão social e participação cidadã (PEREIRA; VIEIRA, 2011).

Deste modo, algumas estratégias que já eram adotadas desde o

início do programa de modo pontual, passaram a ser sistematizadas, se constituindo em linhas de atuação, como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, voltado a formação de multiplicadores da prevenção no contexto escolar, atingindo alunos e educadores; o Projeto Empresa ou Prevenção S/A, voltado a homens e mulheres inseridos no mercado de trabalho; a Prevenção do HIV na Terceira Idade, com projetos de intervenção e formação nos grupos da terceira idade, devido ao avanço da epidemia nesta população, além da parceria com Organizações não Governamentais.

Em relação as Organizações Não Governamentais, o município de Florianópolis buscou parcerias a fim de ampliar suas ações, atingindo populações que dificilmente se conseguiria acessar através de suas unidades de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2007). As Ongs tem espaço legitimado nas atividades e políticas voltadas as DST/Aids desde o início da epidemia, representando a sociedade civil organizada na luta pelo controle da aids e pelos direitos das pessoas vivendo com a infecção/doença. Em Florianópolis, as primeiras organizações não-governamentais voltadas a aids foram criadas por profissionais de saúde e voluntários no Hospital Nereu Ramos, sendo a primeira o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção a Aids) em 1987, e a segunda a FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da Aids), criada em 1991, seguindo uma tendência nacional e mundial ainda no início da epidemia:

*Havia a coordenadora do HIV/AIDS que era a Lair Guerra, que era uma pessoa extraordinária e que soube valorizar as ONGs [...] no sentido de entender o que a OMS na época já dizia que: “- As organizações governamentais não tem condições de enfrentar sozinhas essa epidemia. É necessário trabalhar com as ONGs.”(M1).*

A partir da criação destas primeiras ONGs, outras organizações foram criadas em Florianópolis, voltadas a temática da aids de modo geral ou elaborando projetos específicos de intervenção, seja com crianças portadoras de HIV/aids, usuários de drogas, adolescentes e jovens, travestis, transexuais, profissionais do sexo, acessando populações que muitas vezes se encontram a margem dos serviços de saúde:

*Tem o trabalho de parceria com as ONG's, onde a gente fornece material informativo, preservativo e gel lubrificante e são as ONG's que acessam a população específica: travestis, transexuais, HSH*

*e profissionais do sexo (P1).*

A manutenção das Ongs foi viabilizada principalmente pelos acordos com o Banco Mundial, garantindo o financiamento das ações destas organizações, desde o primeiro projeto, que data do ano de 1994, sendo que nos dois primeiros projetos (Aids I e Aids II), este processo foi conduzido pelo Ministério da Saúde e a partir de 2003, com a transferência de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), as parcerias com ONGs passaram a ser reguladas pelos estados e municípios.

Representadas por instituições de naturezas diversas, bem como aquelas criadas especificamente para a luta contra a aids, as ONGs desenvolvem atividades de apoio e assistência a pessoas portadoras de HIV/Aids e seus familiares, atuando na prevenção e educação em DST/AIDS, e na articulação política na luta pelos direitos das pessoas soropositivas. São iniciativas, muitas vezes, marcadas pela participação de pessoas soropositivas e pela criação de laços marcados pela identificação e solidariedade (RASERA; ISSA, 2007). Deste modo, é reconhecido o relevante papel destas organizações nas diversas ações voltadas a esta epidemia.

***Assistência***

A assistência em aids em Florianópolis foi estruturada inicialmente no Hospital Nereu Ramos<sup>12</sup> em 1985, por ser uma instituição especializada em doenças infecto-contagiosas, tornando-se uma referência em aids no estado. Esta instituição, além de dedicar leitos para o atendimento dos casos de aids que necessitavam de hospitalização, estruturou um ambulatório de infectologia em 1987, passando a atender os casos de aids que surgiam, sendo credenciado como Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) pelo Ministério da Saúde em 1997. No decorrer da década de 90, outros serviços voltados a aids foram implantados no HNR, como o serviço Hospital-dia (HD), criado em 1992 e credenciado pelo Ministério da Saúde em 1995, e o serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), credenciado em 1998 e desativado por volta do ano 2000. Quanto ao atendimento dedicado as crianças expostas ao HIV ou doentes de aids, o Hospital Infantil Joana de Gusmão<sup>2</sup>, referência estadual no atendimento a criança, também localizado no município de Florianópolis, credenciou em 1995

---

<sup>12</sup> Vinculado na época a Fundação Hospitalar de Santa Catarina e a partir de 1991 a Secretaria Estadual de Saúde.

seu HD, e em 1997 o SAE, atendendo toda a demanda do município e servindo de referência estadual até os dias atuais (MIRANDA, 2003; BANCO MUNDIAL, 1999).

Em relação a assistência ao paciente com HIV/Aids vinculada ao Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, o ambulatório de DST, municipalizado a partir de 1991, passou a estruturar-se frente a procura gradativa de pessoas procurando orientações, diagnóstico ou tratamento para o HIV. Seu âmbito de atuação, no entanto, era primordialmente o atendimento voltado as DSTs, sendo referência para toda a rede municipal de saúde, passando a agregar ainda no começo da década de 1990 a solicitação do teste anti-HIV, a partir da demanda crescente:

*A aids ainda era mais voltada no estado, tanto que o hospital-dia era no Nereu, porque a assistência, o tratamento era com o estado. No município ainda era mais DST/HIV, diagnóstico, vigilância epidemiológica e prevenção (E3).*

*Uma coisa muito boa quando foi implantado o Ambulatório de DST/Aids na Rio Branco, a gente sentiu a prefeitura junto trabalhando [...] porque toda triagem sorológica de Florianópolis acontecia no HNR. Quando se organizou um serviço na Secretaria Municipal de Saúde melhorou muito, porque o ambulatório do HNR não dava conta de toda a demanda, passando a atender só os nossos pacientes e seus comunicantes (E1).*

O ambulatório DST passou a ser denominado Ambulatório de DST/Aids a partir de 1992, sendo reconhecido posteriormente como SAE, e foi ampliando seu âmbito de atuação gradativamente, sendo que no fim da década de 90 já estava sendo realizado o acompanhamento dos portadores assintomáticos, além da assistência de enfermagem, psicológica e psiquiátrica, atendimento às DSTs, às mulheres vítimas de abuso sexual, sendo ainda referência para a rede básica municipal nos casos de alterações de colo uterino (FLORIANÓPOLIS, 2002):

*A gente atendia ali os portadores assintomáticos, os pacientes traziam os exames...ele fazia o teste anti-HIV, dava reagente, ele começava a fazer o acompanhamento, no momento que ele necessitasse fazer o tratamento, ele era encaminhado para o Nereu Ramos, isso durou por*

*muitos anos (M4).*

Uma outra questão importante era a população que era atendida no ambulatório no decorrer da década de 90, pois apesar deste serviço estar municipalizado desde 1991, historicamente se tratava de um serviço do estado, atendendo a toda a demanda da região. Deste modo, por anos foi necessário manter o atendimento a outros municípios, que ainda não tinham instituído seus próprios programas para o atendimento de pacientes com HIV/Aids:

*No início a gente atendia Biguaçu, Palhoça, São José, Santo Amaro, levou muito tempo para se estruturar os programas nos municípios, e aos poucos foram se formando os serviços nestes municípios e a gente não atendia mais pacientes novos, mas só os que já se tratavam (M4).*

À medida que este serviço passou a restringir o atendimento aos pacientes de outros municípios, passou a ampliar progressivamente o acompanhamento dos pacientes com HIV/Aids do próprio município, ampliando no início dos anos 2000, o atendimento de ginecologia também para obstetrícia, com acompanhamento das gestantes HIV + do município que eram monitoradas até as trinta e sete semanas de gestação, e posteriormente encaminhadas para o ambulatório de alto risco da Maternidade Carmela Dutra, pertencente a Secretaria Estadual de Saúde, a fim de dar os encaminhamentos necessários para o parto:

*A gestante era acompanhada lá, na 37ª semana tinha que marcar a cesárea, então já existia um fluxo pré-estabelecido para que naquele período a médica do ambulatório já encaminhava para o ambulatório da Carmela (E6)*

A medida que os anos foram avançando e que os profissionais passaram a ter maior conhecimento e experiência com o manejo do paciente com HIV/Aids, passou-se a instituir gradativamente o tratamento antirretroviral pelos profissionais atuantes no ambulatório, pois:

*Teve uma hora que o Nereu Ramos também não conseguiu mais dar conta. Mas aí eu já trabalhava a bastante tempo, já conhecia os pacientes assintomáticos, comecei a ver que não*

*era uma coisa do outro mundo, fiz vários treinamentos, para me sentir seguro e a começar a trabalhar com isso. Depois foi assim, a gente começou a tratar pacientes que eram de primeiro tratamento, eles eram assintomáticos a gente acompanhava, começava a tratar e entrava com o primeiro esquema de antirretroviral. Se houvesse falha, a gente encaminhava para o HNR. A gente foi assumindo mais, aí chegou uma hora que a gente assumiu tudo. A gente sempre pedia infectologista para tratar, a gente não tinha infectologista ali (M4).*

Uma dificuldade, no entanto, marcada pelos profissionais que trabalhavam no ambulatório, bem como pelas coordenadoras do Programa, era a falta de infectologista no serviço, o que fragilizava a assistência ao paciente com HIV/Aids residente em Florianópolis:

*O atendimento nós tínhamos, na parte municipal, nos tínhamos o ambulatório de DST/AIDS, que tinha um psiquiatra, uma psicóloga, na época duas enfermeiras mais uma técnica de enfermagem e uma médica que atendia gestantes e dois clínicos. Nós não tínhamos infectologista na rede. Ai nós recebíamos a retaguarda da Secretaria Estadual de Saúde, que funcionava lá no PAM, na Policlínica do Centro, tinha um infectologista que acompanhava alguns pacientes e os demais tinha o próprio Nereu Ramos que atendia. Porque na época nós também não podíamos ser credenciados para fazer o CD4, o CD8 e a carga viral. Então o município, na época ele era gestão básica ampliada, várias tentativas a gente teve de contratar infectologista, mas pela questão da gerência não era permitido, daí os pacientes eram acompanhados no ambulatório de DST/AIDS, quando complicava acabavam indo diretamente para o Nereu Ramos (E6).*

A assistência aos pacientes com HIV/Aids em Florianópolis se constituiu de uma importante participação dos serviços assistenciais pertencentes a Secretaria Estadual de Saúde. Uma das dificuldades do

município em assumir a assistência destes casos, era a impossibilidade de inclusão de infectologistas no serviço de saúde municipal, visto que a infectologia se insere na média complexidade, e o município manteve-se habilitado na Gestão plena da Atenção Básica Ampliada até 2007. Este aspecto, inclusive, gerava críticas do estado em relação ao município, visto que o Florianópolis absorvia muito da demanda assistencial oferecida pelo estado, que tinha que atender também outros municípios:

*O estado nos criticava muito porque ele achava que nós tínhamos que dar conta de toda a demanda que vinha. E o estado estava atendendo muita gente com aids inclusive de Florianópolis, porque a gente não tinha infecto, nós não tínhamos serviço de retaguarda adequado. Tanto é que os pacientes eram atendidos na policlínica do estado mesmo morando em Florianópolis. Nem todo mundo usava o ambulatório de aids, por isso que só tinha 800, 900, mas nós tínhamos 2000 pessoas em tratamento. Dessas 2000 só 800 aderiam ao ambulatório [...] a unidade não era informatizada, a distribuição dos medicamentos também não era com o município, era com o estado, o estado pedia relatórios e a gente não tinha como registrar (E6).*

Outra questão também que se traduzia em uma dificuldade, era o limitado acesso ao ambulatório, visto que tratava-se de uma equipe reduzida frente a uma demanda assistencial crescente e superior a capacidade do serviço, bem como a falta de um fluxo de atendimento que ordenasse oficialmente os encaminhamentos necessários a assistência:

*A parte de entrada do sistema era uma porta extremamente afunilada, existia pouca integração entre as unidades de saúde em geral, que deveriam ser a porta de entrada e o ambulatório de aids, alguns pacientes eram encaminhados para o ambulatório de aids pelas unidades de saúde e muitos acabavam entrando via emergência de hospital, via internação, via Nereu Ramos, que contra-referenciava para esse ambulatório especializado. Então, do ponto de vista de acesso, esse era um dos principais nós e um dos principais problemas que se estava discutindo na época, porque a porta de entrada*



*estava muito estreita para o perfil epidemiológico que se tinha no município, um ambulatório centralizado para atender todos os casos de HIV, de DST, AIDS no município (M6).*

*Os próprios profissionais do ambulatório eles entravam em contato com os profissionais do ambulatório dos hospitais, do Nereu Ramos. Então eles faziam o encaminhamento. Isso era muito sofrido para eles também, porque eles não tinham uma retaguarda oficial. Era feito por relações, não existia um sistema. (E6).*

*O paciente não tinha nenhum atendimento diferenciado, eu me lembro de pacientes que eu precisava de avaliação neurológica, não conseguia, as gestantes quando precisava de exames, não conseguia, isso dependia da enfermeira ir lá e falar com a pessoa da marcação, não tinha nada, o que se conseguia agilizar era através do relacionamento pessoal, e inclusive era uma coisa que eles diziam, os pacientes não podem ser privilegiados em relação aos outros (M4).*

A partir dos depoimentos, podemos observar que o acompanhamento dos pacientes com aids era marcado por alguns entraves, que iam desde a dificuldade de acesso, a falta de continuidade do fluxo do sistema, com a dificuldade de referenciar a outros especialistas ou disponibilizar exames, comprometendo o acesso ao sistema de saúde. De acordo com Couto (2009), dada a conformação e evolução da política nacional de HIV/Aids, depois do acesso à primeira consulta a continuidade do cuidado é mais fácil para quem se infecta pelo HIV, ou desenvolve aids, do que para qualquer outra pessoa com doença crônica. Porém, ao se necessitar de serviços que não fazem parte do Programa DST/Aids, e são ofertados pelo SUS não há uma garantia de assistência. Estas dificuldades não são exclusividade da estrutura assistencial da cidade, pois entre os achados do estudo sobre a avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil (MELCHIOR et al., 2006), se identificou que na necessidade de especialidades médicas com referenciamento externo ao Programa DST/Aids, o tempo de espera chega a ser imprevisível. Do mesmo

modo, quanto aos exames complementares, quando são mais simples, a disponibilidade no sistema é maior, mas aqueles mais complexos, dependentes da rede de referência do SUS, a disponibilidade é menor.

Em relação a assistência ao paciente com aids, podemos considerar que houve no município de Florianópolis um retardamento no acompanhamento dos seus próprios casos, o que pode ser justificado por duas questões: a presença de uma estrutura de referência estadual em aids dentro do seu próprio território, e a ausência de uma estrutura municipal:

*Como a gente tinha uma estrutura de estado em Florianópolis, Florianópolis tinha uma dificuldade de assumir, porque existia uma estrutura de estado que estava bem montado, e o próprio pessoal do estado assumia o que era de Florianópolis. [...] com a municipalização as coisas foram tomando outro corpo [...] (E1).*

Conforme o depoimento, a posição estratégica do município, o fato de ser uma capital e conter em seu território uma estrutura administrativa e assistencial pertencente a Secretaria Estadual de Saúde, a exemplo do Hospital Nereu Ramos, reconhecido como Centro de Referência estadual em tratamento e treinamento em HIV/Aids, e do Hospital Infantil Joana de Gusmão, que adequou toda uma estrutura ambulatorial para o atendimento da criança exposta do HIV e/ou portadora da infecção, possibilitou ao município o acesso a estas estruturas assistenciais do estado de forma privilegiada, visto que a municipalização se constituiu em um processo lento, estando ainda em evolução. Um dos importantes passos para a municipalização foi a adesão do município ao Pacto pela Saúde em 2007, permitindo reorganizar o atendimento da média complexidade e instituindo o atendimento em infectologia no município, viabilizando uma reorganização do acompanhamento ambulatorial dos pacientes portadores de HIV/Aids.

O pacto pela saúde tem reforçado as novas perspectivas para a atenção à saúde ao portador de HIV, direcionando-se para a sedimentação da atenção primária enquanto porta de entrada para ações preventivas, de diagnóstico e assistência, vinculando o paciente soropositivo a Unidade Básica de Saúde e a construção de um modelo de ações programáticas de controle da epidemia, integrando os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde (XXIV CONGRESSO, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos compreender como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, tendo como ponto de partida o ano de 1993, e contextualizando o sistema de saúde municipal da época, em processo de implantação e implementação do SUS. Ao contextualizarmos as políticas de saúde no município de Florianópolis no fim da década de 80 e início da década de 90, observamos algumas dificuldades em relação a implantação das políticas do SUS, como a implementação da municipalização e a mobilização de recursos de todas as ordens para gerenciar o sistema. Paralela a esta realidade, a epidemia da aids contracenava, criando demandas na área de assistência e prevenção, que até o momento eram majoritariamente assumidas pela esfera estadual.

A implementação do Programa Municipal DST/Aids não foi iniciativa direta do município, mas do próprio Ministério da Saúde, através do Programa Nacional DST/Aids, que passou a determinar quais municípios deveriam participar do Acordo do Projeto Aids I, obtido através de empréstimo junto ao BIRD, devido principalmente a sua situação epidemiológica. Neste contexto, Florianópolis se destacava pela incidência da contaminação entre usuários de drogas injetáveis, demandando políticas de saúde que pudessem responder a este fenômeno.

A implantação do Programa Municipal DST/Aids possibilitou a estruturação de ações em três eixos: em vigilância epidemiológica, diagnóstico e prevenção, além da assistência. A partir da vigilância epidemiológica passou-se a conhecer o perfil epidemiológico da cidade e estabelecer ações de controle da epidemia através da prevenção primária e secundária, inicialmente voltando-se as populações específicas, e posteriormente a população em geral, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida. No campo do diagnóstico foi estruturado o COAS, posteriormente renomeado como CTA, além de diversos treinamentos na rede assistencial para inserção da testagem na atenção primária. Se os recursos financeiros alavancaram as ações nestes eixos, o mesmo não ocorreu no campo assistencial, visto que a assistência ambulatorial em DST/Aids foi marcada por muitos entraves, alguns deles produzidos pelo próprio desenvolvimento do município em relação aos mecanismos do SUS, o que sinaliza que a velocidade entre a política setorial em DST/Aids e a macropolítica do SUS por vezes apresenta descompasso. Este fato também sinaliza a dificuldade do município em colocar em prática sua própria contra-partida de

investimento nas políticas em DST/Aids, visto que esta é uma condição prevista nesta política, especialmente no que se relaciona a recursos humanos e estrutura física de atendimento. Deste modo, o estado continuou a protagonizar a assistência ao paciente com HIV/Aids em Florianópolis durante todo o período do estudo.

É consenso que o acordo com o Banco Mundial alavancou grande parte destas ações nos país, especialmente nos estados e municípios, a exemplo de Florianópolis. Porém o recurso isolado por si só não garante a universalidade, integralidade e equidade na atenção, sendo necessário que todo o sistema único de saúde acompanhe este processo.

## **REFERÊNCIAS:**

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ANDRADE, L. O. M. Evolução das Políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

AYRES J. R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

AYRES, J.R.C.M. Prácticas educativas y prevención de HIV/SIDA: lecciones aprendidas y desafíos actuales. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BANCO MUNDIAL. **Primeiro e segundo projetos de controle de AIDS e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto**. Washington DC: Banco Mundial, 2004.

\_\_\_\_\_. Projeto Brasil. **Projeto de Controle de Aids e DST III, 2000.** Disponível em: <[http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód\\_object=1624](http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód_object=1624)>. Acesso em: 04 agosto 2006.

BARBOSA, A.S.M. **Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo.** Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.biblioteca.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

BARBOZA, R. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://bravo.ilo.org/wcm5/groups/public/---ed\\_protect/-protrav/ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127698.pdf](http://bravo.ilo.org/wcm5/groups/public/---ed_protect/-protrav/ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf)>. Acesso em: 05 julho 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.104 de 19 de novembro de 2002.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF; nov. 2002, Seção I, p. 48.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição. **Manual para Oficina de Capacitação Projeto Nascer-Maternidades.** Brasília, DF; 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela**

**Saúde 2006.** Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

\_\_\_\_\_. **Portaria N.º 1071/GM, de 09 de julho de 2003.** Normas relativas aos recursos adicionais para Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento do Incentivo, para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1071.htm>>. Acesso em: 26 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Projeto de Controle da AIDS e DST-"AIDS I"-BRA 001/92 (1993-1997).** Unidade de Assistência/Setor de Serviços Aids. Aids I. Relatório de Atividades. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_introducao.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_introducao.htm)>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas:** guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BURKE, P (Org.). **A escrita da história:** novas perspectivas. São Paulo: UNESP, 1992.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc.**, v. 5, n. 1, pp. 163-177, 2000.

CHEQUER P. et al. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. **AIDS**, v. 6, p. 483-487, 1992.

COELHO, R.C.H.A.; ERDMANN, A.L.; SANTOS, E.K.A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 506-515, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Novas estratégias de municípios para o enfrentamento das epidemia de aids e hepatites**. 2008. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/files/aula\\_conasems\\_salva.ppt](http://www.conasems.org.br/files/aula_conasems_salva.ppt)>. Acesso em: 21 setembro 2011.

COUTO, M.H. **Brasil: A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia deHIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em <[portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task...](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task...)>. Acesso em: 02 outubro 2011 .

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde**. Epidemiológicas e Morbidade. Casos de aids identificados no Brasil. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em 16-08-11>. Acesso em: 12 junho 2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Estadual de Educação. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. **Programa Saúde na Escola: Florianópolis**. 2008. Disponível em <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22\\_10\\_2010\\_11.23.34c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.23.34c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf)>. Acesso em: 18 agosto 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Florianópolis, 2007.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde – DST/Aids. **Comunicação Interna: Quem somos? Onde estamos?** Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. **Portaria Nº 15 de 15 de Julho de 1998**. Programa de Distribuição de Cestas Básicas.

FONSECA, A. F. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FURTADO, M.; PERES, K.G. Tendência da Transmissão Vertical da Aids após terapia anti-retroviral no Estado de Santa Catarina de 1994 a 2006. In: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS**. Florianópolis: DIOESC, 2010.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil**: agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

LAGO, M.A. **Da marginalidade a tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

LE GOFF, J. **A história nova**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MALISKA, I.C.A, et al. A aids em Santa Catarina/Brasil: um histórico dos vinte e cinco anos de epidemia. **Cadernos Saúde coletiva**, v. 19, n. 2, 2011.



MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. Introdução. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (orgs.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MELCHIOR, R. et al . Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, fev. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 outubro 2011.

MENDONCA, P.M.E.; ALVES, M.A.; CAMPOS, L.C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, v. 9, n. 1, 2010.

MESQUITA, F. Palestra proferida no Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. **Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93**. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

MIRANDA, A.F.B. **História da Aids em Santa Catarina: características de uma epidemia**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34, 2000.

\_\_\_\_\_. (org.) **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997.

PEREIRA, A.V.; VIEIRA, A.L.S.; AMANCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-41, 2011.

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001 .

RASERA, E.F.; LUCIA G. A atuação do psicólogo em ONG/AIDS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 3, set. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 setembro 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS.** Florianópolis: DIOESC, 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados do SINANW – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Casos de Aids em adultos e crianças segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Fpolis, 1986-2011.** Florianópolis, 2011

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Programa Estadual DST/Aids. Boletim Epidemiológico C. R. T. – DST/Aids – C. V. E.**, ano XXVI, n. 1, 2009.

SILVA, J.P. V; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus

princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUTO, M. C. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, R.(org.) **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997.

\_\_\_\_\_. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R.(org.) **Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997.

WODAK, A. **Redução de danos e programas de troca de seringas**. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

#### **5.1.4 Manuscrito 4: A reorganização da Política Municipal em DST/Aids em Florianópolis e as repercussões no âmbito administrativo e assistencial**

**A reorganização da Política Municipal em DST/Aids em Florianópolis e as repercussões no âmbito administrativo e assistencial**

**The reorganization of the Municipal Policy of STD / AIDS in Florianópolis and its impact on the administrative and health care**

**La reorganización de Política Municipal de ETS / SIDA en Florianópolis y su impacto en la atención administrativa y de la salud**

Isabel Cristina Alves Maliska  
Maria Itayra Padilha  
Selma Regina Andrade

**Resumo:** Trata-se de um estudo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que tem como objetivo analisar como o processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis no decorrer dos anos 2006-2010, bem como suas repercussões no nível assistencial e administrativo. Para coleta de dados foram utilizadas fontes documentais primárias, secundárias e orais. Quanto as fontes orais, foram realizadas entrevistas segundo a técnica de História Oral Temática. Foram entrevistados onze profissionais de saúde entre enfermeiras, médicos, psicólogas, assistentes sociais que exerceram atividades de assistência e/ou gestão vinculadas as DST/Aids, no período do estudo. Os resultados foram analisados segundo análise de conteúdo, chegando a duas categorias: A descentralização Administrativa do Programa DST/Aids no município de Florianópolis; A descentralização da Assistência em DST/Aids no município de Florianópolis. A reestruturação do Programa DST/Aids fez parte do processo de reordenação do sistema de saúde do município de Florianópolis, iniciado com a instituição da Estratégia de Saúde da Família no município, e da incorporação progressiva do conceito de Vigilância em Saúde. A descentralização das ações foi percebida como condição necessária para a integração das políticas em DST/Aids a macropolítica do SUS, porém deixa interrogações sobre as reais repercussões na condução da prevenção e assistência a aids no

município.

**Palavras-chave:** Programa DST/Aids, descentralização, Sistema Único de Saúde, políticas de saúde.

**Summary:** This is a qualitative study with a socio-historical perspective, which aims to analyze how the process of the decentralization of STD/AIDS programs took place in Florianópolis during the period of 2006 to 2010, as well as its impact on the level of care and administrative staff. The data collection was based on primary and secondary sources and oral fronts. Oral sources were managed in the form of interviews according to the technique of thematic oral history. We interviewed eleven health professionals who include nurses, doctors, psychologists and social workers who have exercised care activities and/or management actions related to STD/AIDS during the study period. The results were analyzed using content analysis, which lead to the creation of two categories: Administrative Decentralization of STD/AIDS Program in Florianópolis; and the decentralization of assistance in STD/AIDS in Florianópolis. The restructuring of the STD/AIDS Program was a part of the process of reorganizing the health system in the municipality of Florianópolis, undertaken with the establishment of the Family Health Strategy in the city, and the progressive incorporation of the concept of Health Surveillance. The decentralization of the actions were perceived as a necessary condition for the integration of policies on the STD/AIDS macro politics of the SUS, but leaves questions about the real consequences for the conduct of AIDS prevention and care in the city.

**Keywords:** STD/AIDS Program, decentralization, SUS, health policy.

**Resumen:** Se trata de un estudio cualitativo con perspectiva socio-histórica, que pretende analizar cómo el proceso de descentralización de las acciones en la temática de ITS-SIDA se dio en Florianópolis durante los años 2006-2010, así como las repercusiones en el nivel de asistencial y administrativo. Para la recolección de los datos fueron utilizadas las fuentes documentales, primarias, secundarias y orales. Con respecto a las fuentes orales, las entrevistas se realizaron de acuerdo a la técnica de Historia Oral Temática. Se entrevistaron once profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales que habían ejercido actividades de asistencia y/o gestión relacionados con las ITS-SIDA durante el período de estudio. Los resultados se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido, llegando a dos categorías: la descentralización administrativa del Programa ITS-SIDA

en Florianópolis, la descentralización de la Asistencia a las ITSs-SIDA en el municipio de Florianópolis. La reestructuración del Programa de ITS-SIDA formó parte del proceso de reorganización del sistema de salud del municipio de Florianópolis, iniciado con la constitución de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio y de la progresiva incorporación del concepto de Vigilancia en Salud. La descentralización de las acciones fue percibida como una condición necesaria para la integración de las políticas de ITS-SIDA en la macro política del SUS, sin embargo deja interrogaciones sobre las consecuencias reales en la conducción de la prevención y atención del SIDA en el municipio.

**Palabras claves:** Programa ITS-SIDA, descentralización, Sistema Único de Salud, Políticas de salud.

## INTRODUÇÃO

O surgimento da epidemia de aids no Brasil coincidiu com o desenvolvimento de uma grave crise social, política e econômica, e ao mesmo tempo, com a reforma do sistema público de saúde, liderado pelo Movimento da Reforma Sanitária, que resultou na configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição de 1988. Neste contexto, a institucionalização das ações voltadas a aids, ocorreram de forma co-evolutiva com o campo de emergência do SUS. Porém, mesmo apresentando similaridades, as ações voltadas a aids evoluíram de forma diferenciada (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

Um dos aspectos diferenciais em relação a epidemia de aids no Brasil, se refere a política de financiamento que possibilitou a implantação de ações programáticas voltadas ao controle da epidemia. O Programa Nacional de DST/AIDS firmou acordos com o Banco Mundial a partir de 1994, permitindo o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais, além de fomentar uma ampla participação da sociedade civil nas políticas voltadas a aids. O desenvolvimento destas ações se pautou em três eixos de intervenção: a vigilância epidemiológica, prevenção e assistência. A articulação destes campos definiu como característica do programa a integralidade das ações voltadas a aids no Brasil (BRASIL, 1999; FONSECA, 2005).

A descentralização das ações no campo da aids, no entanto, é uma preocupação manifestada pelo Programa Nacional DST/Aids desde o início da década de 2000, como forma de manter a sustentabilidade das ações e controle da epidemia. No entanto, pode-se dizer que a política voltada a aids tem evoluído, de certo modo, segregada das

outras áreas da saúde, e não como parte indissociável da macropolítica do SUS. Tal situação, se expressa na fragmentação ainda observada na organização das ações e serviços de saúde, representando um desafio para a sedimentação dos princípios norteadores do SUS. Este desafio, crucial para a saúde no país, deve ser enfrentado pelos gestores, profissionais de saúde, bem como pelos usuários dos serviços de saúde e a comunidade em geral (CHERCHIGLIA; ACURCIO; MELO, 2008).

Da mesma forma, a Gerência de Controle de DST/Aids do Estado de Santa Catarina vem expressando sua preocupação com a descentralização e sustentabilidade das ações no campo das DST/Aids. Este fato se evidencia no Planejamento Estratégico da Gerência de Controle De DST/Aids, realizado ainda no ano 2000, em que se assinala a necessidade de descentralização, entendida como a regionalização e municipalização das ações de prevenção, promoção, proteção e assistência em DST/Aids; bem como a promoção da intersetorialidade, caracterizada pelo trabalho integrado e articulado a outras áreas da saúde, outras secretarias do estado e outras instituições (SANTA CATARINA, 2000).

Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, situado na região Sul do Brasil, notificou o primeiro caso de aids em 1986, passando a estruturar oficialmente o seu Programa Municipal em DST/Aids a partir de 1993. A partir de uma reorganização do sistema de saúde no municipal, baseado no conceito da Vigilância em Saúde, houve intervenções do ponto de vista administrativo e assistencial, visando à integração e descentralização das ações em saúde. Neste contexto, o Programa DST/Aids municipal foi integrado a Área Técnica de Agravos Crônicos da Vigilância Epidemiológica do município; e a assistência aos pacientes portadores de HIV/Aids referenciada aos serviços de atendimento especializados, nas policlínicas de referência da cidade. Este movimento, no entanto, gerou diversas controvérsias e diferentes pontos de vista por parte dos profissionais de saúde, envolvidos direta ou indiretamente ao Programa e assistência a Aids no município. Neste sentido, buscamos analisar como o processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis, bem como suas repercussões no nível assistencial e administrativo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza sócio-histórica<sup>13</sup>, que utilizou as bases filosóficas da nova história. A nova história vem representar uma história problemática, explicativa, que busca não apenas narrar os acontecimentos, mas analisar as estruturas. É uma história em movimento, que trata das evoluções e das transformações, buscando compreender o presente pelo passado e o passado pelo presente (Le Goff, 2005). Padilha e Borenstein (2005) acrescentam que um dos objetivos da investigação histórica é lançar luzes sobre o passado, a fim de desvelar o presente e visibilizar questões futuras. Deste modo, é importante que a escolha do tema a ser pesquisado esteja atenta às prioridades sociais do momento em que se vive. O método de pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados, e por fim a apresentação dos fatos acrescidos de uma interpretação e conclusão. O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Para coleta de dados, utilizamos fontes documentais primárias, secundárias e orais. Foram fontes documentais primárias as leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e Município, atas, projetos, relatórios que pudessem contribuir para elucidação do momento estudado. As fontes secundárias foram teses, dissertações, cartilhas, livros, anais de eventos, matérias da mídia escrita, especialmente aqueles que referenciavam a epidemia da aids e políticas públicas no município de Florianópolis. Quanto as fontes orais, foram entrevistados onze sujeitos, dentre eles quatro enfermeiras, três médicos, duas psicólogas e duas assistentes sociais que exerceram atividades de assistência e/ou coordenação no Programa DST/Aids do município. As entrevistas foram realizadas segundo a técnica da História Oral Temática. A história oral é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, sendo esta uma forma de aproximação do objeto de estudo (ALBERTI, 2005). Para o tratamento das entrevistas, foi adotada a sequencia de transcrição de Meihy (1998), e para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2004).

O momento histórico estudado se inicia no ano de 2006, quando foi instituído no município o código de Vigilância em Saúde organizando as cinco vigilâncias (Vigilância Sanitária, Epidemiológica,

---

<sup>13</sup> Este estudo é parte da tese de doutorado, intitulada “A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”.



Nutricional, Ambiental em Saúde e Saúde do Trabalhador), e dentro da Vigilância Epidemiológica ocorre uma reorganização administrativa, em que o Programa Municipal DST/Aids é incorporado ao Setor de Agravos Crônicos não transmissíveis, sendo destituída sua coordenação oficial. Este ano é marcado também pelo início da desativação do Ambulatório DST/Aids, repercutindo-se em novos direcionamentos para a assistência em DST/Aids no município. O ponto de corte é o ano de 2010, quando toma corpo a discussão do acompanhamento ao paciente HIV positivo assintomático na rede de atenção primária. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 592-315996, em 22 de fevereiro de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

Os resultados estão organizados em duas categorias: A descentralização Administrativa do Programa DST/Aids no município de Florianópolis; e A descentralização da Assistência em DST/Aids no município de Florianópolis.

### **A descentralização Administrativa do Programa DST/Aids no município de Florianópolis**

Ao contrário da maioria dos municípios catarinenses, em que as equipes dos Programas Municipais de DST/Aids concentram atividades administrativas e assistenciais (SANTA CATARINA, 2000), Florianópolis ao criar o Programa Municipal DST/Aids no ano de 1993, estruturou a parte administrativa do Programa na sede da Secretaria Municipal de Saúde, vinculada a Vigilância Epidemiológica, e o CTA e Ambulatório DST/Aids mantiveram-se sediados em unidades assistenciais do município, vinculados administrativamente a estes locais. De acordo os depoimentos, esta estruturação teve vantagens e desvantagens, explicitadas a seguir:

*Da interação que a gente tem com outros municípios, sempre foi um pouco diferente Florianópolis, porque em outros locais a coordenação do programa é sempre ligada ao SAE, ou ao CTA, ou aos dois ao mesmo tempo. E aqui, nunca foi assim, sempre foi um relacionamento até as vezes difícil, com as pessoas que estão lá na assistência, que estão lá no CTA. [...] Então a coordenação sempre teve um papel mais político, de articular coisas e de colocar os requisitos técnicos, mas o*

*funcionamento nunca foi a gente que controlou, que organizou, então nesse sentido é ruim. Por outro lado eu acho que toda parte de prevenção a gente conseguiu dar atenção, com um olhar diferenciado daquele que as pessoas que estão na assistência podem dar, no sentido de prevenção primária (P2).*

*Uma coisa que eu achava muito ruim na minha gestão e que talvez seja melhor nos outros municípios, é que a vigilância em Florianópolis é separada da assistência. Então por exemplo, qualquer coisa que eu quisesse interferir na assistência eu sofria um embate [...] O ambulatório funcionava dentro de uma unidade de saúde, onde existia uma coordenação, que não tinha nenhum entendimento na política de DST/AIDS (E6).*

A partir dos depoimentos, podemos verificar que o fato do Programa Municipal possuir uma divisão entre a coordenação e assistência pode-se traduzir de forma positiva, por a coordenação poder exercer um papel político dentro da Secretaria de Saúde garantindo o espaço do programa, de fazer as articulações necessárias com programas setoriais e/ou intersetoriais, de planejar e executar a prevenção primária, voltada a população em geral. As dificuldades se expressam no distanciamento da assistência e dos problemas enfrentados pela equipe assistencial, no fato das equipes tanto do CTA quanto do ambulatório DST/Aids estarem vinculadas administrativamente as unidades aos quais estão sediadas, possibilitando apenas uma gerência parcial do Programa DST/Aids, limitada a questão técnica. Em estudo realizado por Tostes (1999) nestas mesmas estruturas assistenciais do município de Florianópolis, os profissionais destes serviços também relataram dificuldades nesta dupla subordinação, por causar impecílios na operacionalização nas atividades, o que demonstra que este aspecto se traduz em dificuldades tanto para a coordenação administrativa, quanto pelas próprias equipes do ambulatório e CTA.

A crítica em relação a compartimentalização do Programa DST/Aids não se estende apenas ao próprio programa em si, mas também as demais atividades e programas do sistema de saúde do município:

*O programa funcionava compartimentalizado, separado do resto das atividades da vigilância epidemiológica e tinha a parte de assistência e a parte administrativa [...] as atividades dentro da vigilância, da parte administrativa, da parte da prevenção, o programa de redução de danos, o programa que trabalhava com as empresas e que depois acabou fixando o nome de “Prevenção SA”, o programa feito com as escolas também, isso tudo funcionava bem, desintegrado com as outras atividades da secretaria de uma forma geral [...] Ninguém sabia dentro do programa, como é que funcionava o sistema de saúde do município (M6).*

A partir do depoimento, verificamos que se havia uma compartimentalização dentro do programa em relação a sua administração e assistência, o Programa Municipal também estava compartimentalizado em relação aos demais programas de saúde do município. De acordo com Cherchiglia, Acurcio e Melo (2008), apesar das políticas em DST/Aids estimularem práticas articuladas a rede ampliada de serviços de saúde, na prática, estas políticas ainda funcionam como uma rede específica, constituindo-se como um subsistema de serviços de saúde, desvinculado da rede assistencial, refletindo a tradicional segregação entre as diversas áreas da saúde.

Ainda antes da adesão oficial ao Pacto, alguns processos foram desencadeados no sistema de saúde do município a partir do ano de 2006, a partir de uma nova gestão na Secretaria, como a extinção do Departamento de Saúde Pública, a reorganização ascendente da Atenção à Saúde de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, a reestruturação da Vigilância em Saúde, entre outros. Como resultado destes processos, o Plano de Saúde do Município (2007-2010), apresentou algumas modificações estruturais, como a consolidação das Regionais de Saúde no Organograma Oficial da Secretaria configurando-se em um novo desenho administrativo, e uma Gerência de Vigilância Epidemiológica que passou a coordenar todas as áreas técnicas envolvidas, dentre elas a Área de Agravos Crônicos Transmissíveis, na qual ficou vinculada a aids (FLORIANÓPOLIS, 2007). Nesta época, a coordenação do Programa Municipal DST/Aids foi perdendo sua força, até sua extinção:

*Quando entrou o novo secretário, ele colocou*

*uma chefia no departamento de saúde pública e uma chefia na vigilância em saúde. Eram dois médicos que achavam que o programa de aids estava empoderado e que tinha que diminuir o poder do programa de aids. Entre essa diminuição do poder, eles colocaram no organograma sem a coordenação de DST/aids [...] Foi até 2006, até mais ou menos agosto de 2006, que eu consegui gerenciar. [...] E aí eu não conseguia mais fazer as ações, eu fazia o que tinha que fazer, os treinamentos, mas eu não recebia mais apoio para estar continuando com as ações (E6).*

Uma das interpretações sobre a dissolução da coordenação do programa situava-se na questão da sua autonomia e visibilidade quando comparada aos demais programas municipais, relacionada especialmente aos recursos financeiros recebidos regularmente através do Plano de Ações e Metas - PAM, subsidiados pelo convênio com o Banco Mundial. Em um estudo de caso realizado nos serviços públicos sobre a prevenção e assistência a aids no município de Florianópolis, Tostes (1999) já havia identificado entre os profissionais a ênfase dada aos recursos financeiros destinados ao Programa DST/Aids, o que destacava este setor em relação aos demais setores públicos de saúde pertencentes a esfera pública municipal. Ligada a questão econômica, também havia a própria visibilidade do programa, por ter um relacionamento direto com o Ministério da Saúde, pelas viagens e treinamentos, o que conferia certo destaque aos profissionais que lá atuavam:

*É um programa que te dá um poder diferente, era muita entrevista na mídia, era uma malinha sempre pronta para ir para não sei aonde, porque o ministério mandava as passagens [...] isso era bom, porque era um programa que lá em cima funcionava, eles tinham dinheiro lá para fazer a coisa andar (E2).*

Apesar destas questões terem surgido nos depoimentos dos profissionais, e de fazerem parte do senso comum no ambiente da Secretaria Municipal de Saúde, a questão não se limitava apenas a estes

aspectos, mas a necessidade de reordenar o sistema de trabalho dentro da própria Secretaria Municipal de Saúde, o que envolvia todos os setores, visando acompanhar o recente movimento de constituição e consolidação da Vigilância em Saúde no Brasil. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, visando reduzir a fragmentação das ações e superar as dicotomias entre o assistencial e preventivo, individual e coletivo, visando a construção da integralidade do modelo assistencial vigente. Neste contexto, a vigilância em saúde passou a reunir as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, e a vigilância epidemiológica a compreender os agravos transmissíveis e não transmissíveis, os programas de prevenção e controle de doenças, a vigilância em saúde ambiental, informações epidemiológicas e análise de situação de saúde (BRASIL, 2006). Visando construir o conceito de Vigilância em Saúde no município, especialmente a partir da adesão ao Pacto pela Saúde, e por outro lado desconstruir a compartimentalização dos programas sedimentada ao longo dos anos, a necessidade de mudança de algumas estruturas foi tomando força:

*Quando eu assumi [a coordenação da Vigilância Epidemiológica] o município era responsável só pela atenção básica, então do ponto de vista de assistência era um momento pré-pacto, e o que tinha de serviço especializado dentro do município era o serviço do programa, que não era atenção básica, um serviço já de média complexidade e alguns serviços isolados que funcionavam em uma policlínica aqui no continente. Não se tinha nada estruturado para nível secundário, para emergência, para nível hospitalar...Mas existia já um movimento para se partir para a plena, que era a discussão que existia na época, isso daí foi antes da assinatura do pacto da forma como a gente conhece, existia essa discussão da necessidade de uma capital aderir a plena e também de se fortalecer a atenção primária como ordenadora do sistema [...] Então, essa necessidade de se integrar as políticas de saúde, de se descompartimentalizar os programas, não só com relação a aids, porque mesmo a gente pode falar em relação a tuberculose, em relação a outros programas dentro da vigilância e em relação a programas de fora da vigilância também, programa da mulher,*

*programa da criança, enfim, isso era uma idéia que estava em fase de amadurecimento (M6).*

De acordo com o depoimento, havia a compreensão por parte de alguns profissionais que os programas encontravam-se compartimentalizados, desintegrados, e que era necessário reordenar o sistema a partir da atenção primária. Esta constatação, no entanto, não era exclusiva deste município, pois de acordo com documento publicado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) relativo aos vinte anos do SUS, em diversas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde brasileiras era observada ainda a persistência de um processo de trabalho individualizado, fragmentado, desintegrado e desarticulado entre seus setores (BRASIL, 2009). Frente a esta reorganização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o Programa Municipal DST/Aids integrou-se a Vigilância Epidemiológica do município, agregando-se a Área Técnica de Agravos Crônicos Transmissíveis:

*Então desde 2007 era um programa e daí saiu a coordenação, a gente ficou fazendo parte da vigilância como um todo, e em 2007 assumiu a nova coordenadora da vigilância que transformou em setor de crônicos, e a AIDS ficou dentro do setor de crônicas. Então as pessoas que trabalhavam no setor de crônicas e com a aids antes, ficaram também responsáveis pela Hanseníase, pela Tuberculose, pela Leishmaniose e aids, DST's (P1).*

*Então essa foi uma coisa que acabou tendo um ganho grande com a integração entre os programas, principalmente do que foi feito dentro da vigilância, fora da vigilância a velocidade ainda não é desejada, o pessoal da aids não ser mais o pessoal da aids, mas o pessoal da vigilância junto com o pessoal da tuberculose, junto com o pessoal da hepatite, junto com o pessoal da imunização, porque o foco passou a ser a população que estava em risco e não o programa. (M6).*

Estes depoimentos trazem a perspectiva de um modelo assistencial pautado na integralidade das ações e na prática da vigilância

em saúde. De acordo com Campos (2003), as ações programáticas necessitam ser repensadas buscando desenvolver ações que reduzam os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento. Deste modo, mesmo considerando a importância da especialização e das distintas áreas do conhecimento técnico das equipes, é inadmissível que estas continuem trabalhando de forma isolada, cada qual voltada para a sua área de conhecimento. Grupos técnicos que controlam mosquitos, qualidade da água, alimentos, tuberculose, meningite, aids, sarampo, hanseníase, entre outros agravos e problemas de saúde, devem buscar articulação e planejamento, visto que a realidade é indivisível e inter-relacionada. Esta integração junto aos outros programas da Vigilância Epidemiológica gerou várias repercussões, vistas pelos profissionais do programa DST/Aids como positivas e negativas:

*Eu acho que a aids perdeu um destaque porque ela estava sempre separada, né? Então assim eu acho que ao mesmo tempo foi importante sair da “caixinha” da aids, porque a gente só pensava na aids, e as pessoas que tem aids geralmente em Florianópolis também têm ou vai ter Tuberculose e tem as Hepatites, tanto que agora o Departamento também desde o ano passado tem o Departamento de Hepatites Virais [...] Então eu acho que foi importante isso de sair das “caixinhas”, mas ao mesmo tempo a gente tem uma equipe muito reduzida (P1).*

*O programa oficialmente não existe mais: Programa DST/Aids, Programa da Tuberculose, todos estes agravos estão dentro do setor de agravos transmissíveis crônicos, então as pessoas que trabalham ali tentam trabalhar mais integrado, tem várias ações que se faz junto, se trabalha a questão da co-infecção, da prevenção, porém culturalmente existe a questão do Programa, então por vezes o Ministério pergunta “quem é o coordenador do programa DST/Aids?” ou o estado pergunta então eu sempre coloco “é o gerente da vigilância epidemiológica” existem os técnicos que trabalham ali dentro que são mais responsáveis por determinada área, junto com o gerente. Porque antigamente, isso era bem delimitado (...) talvez isso seja mais claro para quem trabalha no dia a dia dentro da vigilância, do que pra quem está na ponta, no centro de*

*saúde (E7).*

*Acho que era muito mais interessante, quando existia o programa, porque eu acho que agregava muito mais, eu sentia as coisas mais juntas, mais estruturadas. Hoje em dia, eu vejo tudo muito fragmentado, muito complicado. E a gente se sente muito a parte do processo (AS2).*

O destaque conferido a aids, seja pela história da doença, financiamento próprio, autonomia e visibilidade, passou a se diluir a partir do momento que houve a integração do Setor de Agravos Crônicos Transmissíveis, pois o campo de visão estava restrito apenas a este agravo, e começa-se a perceber concretamente que o mesmo indivíduo vulnerável a aids também é vulnerável a outros agravos ou já apresenta outras comorbidades, a exemplo das hepatites. Esta foi uma tendência que se concretizou inclusive no próprio Programa Nacional DST/Aids, que agregou o Programa Nacional das Hepatites Virais em 2009, e a Gerência Estadual DST/Aids de Santa Catarina, que acrescentou as Hepatites Virais em 2010. Porém esta nova cultura organizacional ainda não foi incorporada pelos programas de outras esferas, a exemplo do nacional e estadual, que mantêm ainda a estrutura tradicional de trabalho, ou mesmo pelos próprios profissionais da rede de atenção, que ao se defrontarem com alguma dificuldade em relação a aids, buscam referência ainda no “programa” do município. Do mesmo modo, alguns profissionais que atuam em serviços assistenciais ligados as DST/Aids se sentem “a parte” desta nova conformação organizacional, percebendo o “programa” mesmo desestruturado e fragilizado. Outra questão reforçada no depoimento a seguir é a falta de recursos humanos para corresponder a esta nova demanda:

*Eu acho que a gente teve um ganho grande com relação a compreensão do que é a vigilância epidemiológica e do papel da vigilância epidemiológica inclusive em relação a aids, ao HIV. Tuberculose, hanseníase, leishmaniose, hepatite. Em compensação eu acho que a gente perdeu autonomia e capacidade de trabalho. Eu acho que não foi necessariamente por causa dessa mudança, mas foi porque essa mudança não foi acompanhada por uma reestruturação real da vigilância, no sentido de trazer mais profissionais,*



*de dimensionar mesmo a equipe em relação a quantidade de trabalho, e como a gente passou a ser um setor de doenças crônicas e a equipe não só aumentou como diminuiu, a gente não tem mais tempo mesmo de fazer ações de educação, de prevenção. Mas eu não acho que a mudança em si foi ruim, mas hoje, aqui dentro da vigilância, a gente não tem muito claro o que são prioridades e o que não são (P2).*

*A equipe diminuiu consideravelmente, por conta disso algumas ações deixaram de ser feitas e isso era o carro chefe do programa, ao mesmo tempo acho que isso nos fez pensar na possibilidade de retransformar isso inserindo nas Unidades Básicas o trabalho na prevenção, que elas têm muito mais condições de estar atingindo a sua comunidade do que a gente lá no Programa. Então é por isso que a lógica do SPE foi direcionado para o profissional da equipe de saúde, o profissional da escola atuasse em conjunto (P1).*

A partir desta nova conformação do serviço, os profissionais reconhecem que agregaram conhecimento em relação a Vigilância Epidemiológica, mas percebem a necessidade de uma reestruturação do próprio setor, no sentido de redimensionar o volume de trabalho e pessoal, visto que as ações de educação e prevenção, percebidos como pilares do Programa Municipal DST/Aids, estavam em prejuízo face a todo o trabalho agregado e a própria dificuldade de se definir quais as prioridades do serviço, visto que durante todo o período de atuação do Programa DST/Aids no município, diversas atividades foram desenvolvidas nas escolas, como o Projeto Saúde na Escola, em empresas, como o projeto Prevenção S/A, junto a terceira idade e demais segmentos populacionais, além de diversas campanhas pontuais dedicadas a população em geral (FLORIANÓPOLIS, 2007).

Porém se considera também que esta nova condição se mostra como possibilidade para assunção das atividades de prevenção na Atenção Primária, visto que as Equipes de Saúde da Família estão inseridas na comunidade, portanto com maiores condições de atingir a população para realização da prevenção primária, uma vez que esta se constitui em uma rede de serviços capilarizada e suas equipes trabalham

com enfoque na promoção da saúde, tendo uma grande inserção na comunidade (BRASIL, 2006).

Outra preocupação demonstrada refere-se a extinção da figura do coordenador do programa, visto que a concretização de muitas ações desempenhadas pelo Programa DST/Aids eram conquistadas e mantidas através do exaustivo trabalho de convencimento do profissional que desempenhava este papel:

*Eu me lembro que sempre foi uma batalha, então a figura do coordenador do DST/AIDS sempre foi o de estar marcando para o gestor a importância das coisas, acompanhando o processo de compra, acompanhando tudo para que não se esquecesse, eu acho que nunca foi uma coisa garantida. Entender eles entendem né, é claro, mas sempre foi uma coisa de batalha diária, de acompanhamento das coisas, mesmo na redução de danos, na renovação de contratos sempre foi uma coisa que era ano a ano batalhada, a compra de preservativos sempre foi ano a ano batalhada, tem que justificar porque precisa comprar, todo mundo sabe que preservativo é um insumo importantíssimo para se fazer prevenção, mas todo o ano tinha que se fazer um convencimento da importância real desse insumo na rede municipal (P2).*

Apesar da existência de recursos próprios do Programa e do entendimento dominante sobre a importância das ações de prevenção e assistência para o controle da epidemia da aids, cabe ao coordenador a função de garantir a continuidade da aplicação destas políticas, a efetivação da contra-partida financeira do município e acompanhar a execução das ações pactuadas anualmente através do Plano de Ações e Metas, planejados anualmente. De acordo com Barboza (2006), o discurso em torno da estratégia da descentralização no âmbito da gestão, pode ser incorporado ao cotidiano das instituições sem as devidas críticas acerca de suas fragilidades. O autor defende que é necessário um processo contínuo de empoderamento dos coordenadores de DST/Aids nos diversos níveis de gestão para a consolidação das ações programáticas, pois além de recursos, é necessário conhecimento técnico, científico e poder de decisão para os níveis regionais e locais do sistema de saúde, visando aumentar a capacidade de resposta do sistema público

de saúde e melhorar sua resolubilidade.

### **A descentralização da Assistência em DST/Aids no município de Florianópolis**

Acompanhando a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis desencadeada a partir de 2006, as intervenções realizadas no nível administrativo do Programa tiveram como paralelo transformações também na assistência, mais precisamente na dinâmica do Ambulatório de DST/Aids, iniciada em 2006, quando o ambulatório deixou sua sede devido a reforma no Centro de Saúde II, para as instalações da Policlínica Centro:

*Em 2006, a área física do ambulatório tinha sido desativada porque estava passando por reforma, que era onde estava sendo montada a primeira Policlínica Municipal, então o ambulatório estava funcionando na área física dos ambulatórios do Nereu [...] quando a policlínica ficou pronta e se montou a referencia de infectologia foi nesse momento que se deu essa transição, então a referencia em aids passou ser a referencia em infectologia e se procurou formar uma equipe em infectologia para se dar conta dos outros agravos também, e esses profissionais foram integrados [...] a primeira descentralização foi feita, ter dois serviços de referencia, ia ficar um serviço no centro e outro no continente (M6).*

*Se pensou em um atendimento para aids diferente. Então assim, não tinha mais o ambulatório DST/AIDS aqui, isso não existe mais, foi um capítulo passado. Então aqui se estruturou como? Policlínica com atendimento especializado, dentro das especialidades que a policlínica atende, ela atende infectologia. A infectologia está atendendo o que? Os pacientes com HIV, com aids, e paciente com hepatite C, co-infectados né, HIV com Hepatite C. E as DSTs foram para os postos atenderem (E4).*

Em 13 de agosto de 2007 foi inaugurada a Policlínica Municipal do Centro, consolidando de modo progressivo a oferta de serviços de

média complexidade pela gestão municipal, respaldados tanto pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência, quanto pela própria adesão ao Pacto pela Saúde (Deliberação CIB 131/2006/ CIB 066/2007, respectivamente), iniciando o atendimento de diversas especialidades. Nesta oportunidade, as DSTs foram definitivamente descentralizadas para os Centros de Saúde, consolidando um movimento já iniciado pelas últimas coordenações do Programa, e o atendimento em infectologia que se restringia aos pacientes com /HIV/Aids do Ambulatório DST/Aids, passou a ser considerado uma especialidade em infectologia, descentralizado inicialmente em dois pontos da cidade, Policlínica Centro e Policlínica Continente, visto que o município contém parte do seu território na ilha e outra parte continental, atendendo também outras doenças infecciosas. Quanto às gestantes acompanhadas no ambulatório, as mesmas passaram a ser referenciadas ao ginecologista e infectologista da rede para adoção da profilaxia, visto que não trata-se necessariamente de uma gestação de alto risco pela condição de soropositividade para o HIV. Todas estas mudanças, no entanto, trouxeram várias repercussões a equipe de saúde, especialmente no momento da ruptura:

*Cada um foi pra um lugar, foi total falta de consideração, eu já trabalhava há 15, 16 anos. De um dia pro outro aconteceu assim: a gente trabalhava na Rio branco, e tinha que fazer a reforma, aí a gente foi pro HNR, mas o Nereu precisou da área e a gente ficou na Agrônômica, trabalhou 1 ou 2 meses, e aí mandaram um pra cada lugar, eu fui lá no CTA, a outra médica foi pra outro lugar, e foi assim (M4).*

Mediante esta nova conformação do serviço, a equipe assistencial do ambulatório, consolidada por alguns membros desde o início da década de 1990, foi dividida para atender ao princípio da descentralização, gerando uma perda de identidade e insegurança frente ao desconhecido, quebra de vínculo entre os membros da equipe e os pacientes que passariam a ser atendidos por outros profissionais, visto que alguns destes profissionais não permaneceram nestes serviços. Este fato gerou resistências e receios perante a mudança na assistência:

*Em relação ao ambulatório, que era o serviço de referência existente na época, foi bem complicado, porque foi essa coisa da leitura da perda de identidade, do medo da perda da identidade dentro da rede, “- Ah, mas eu sei*

*atender AIDS e eu vou ter que ver hepatite também, eu vou ter que ver tuberculose também?” Enfim, e da gente ter que trabalhar com essa coisa assim: “- Não, é nível secundário, é referência em infectologia, não é referência para essa doença, a gente não vai criar uma referência para cada doença e uma caixinha para cada coisa.” E a gente vai absorver isso porque está tudo na mão do estado e é obrigação do município fazer, então o município tem que começar a trabalhar como gente grande, não dá para ficar ‘tudo manda para o estado’, tem que se reorientar, foi um pouquinho mais difícil essa mudança, principalmente com o envolvimento das ONGs que estavam com esse medo “estão acabando com o ambulatório de referência”, a idéia não era que estavam criando um ambulatório mais abrangente e nem que estava ampliando o serviço, porque no lugar de um só iam ter dois locais de referência. A idéia era: “- Do jeito que a gente conhece não vai existir mais.” E mudança sempre gera esse medo...(M6).*

A descentralização, no entanto, já era um tema que vinha sendo introduzido especialmente pela última coordenação do programa, tanto em relação as DST quanto a aids propriamente dita. Em relação as DSTs, esta mudança foi ocorrendo de forma mais processual, visto que vários treinamentos tinham sido realizados na rede no intuito de capacitar os profissionais para o atendimento das DSTs, já quanto a assistência a aids houveram maiores resistências e dificuldades, o que gerava pontos de tensão entre a coordenação do Programa DST/Aids e a equipe do Ambulatório:

*A gente acabava entrando em atrito porque eles queriam que todos os pacientes com DSTs, AIDS e HIV fossem atendidos lá no ambulatório e nós já tínhamos a visão que tinha que descentralizar. O que a gente conseguiu trabalhar mais com a questão da descentralização? As DST [...]. Era uma equipe envolvida, era uma equipe que queria fazer a coisa certa, mas não conseguiam enxergar o paciente descentralizado [...] A unidade não era informatizada, a distribuição dos medicamentos também não era com o município era com o*

*estado, o estado pedia relatórios e a gente não tinha como registrar. Quantos pacientes estavam em tratamento? A gente não conseguia levantar. A gente sabia que na época eram 800, 900 pacientes no ambulatório, mas a gente não sabia quantos desses 800, 900 estavam tomando coquetel (E6).*

A mudança na assistência ao paciente com HIV/Aids foi concebida de diferentes formas entre os profissionais envolvidos com o programa, configurando-se em distintas posições: aqueles que se posicionavam contra esta forma de descentralização, os que se posicionavam a favor, e ainda aqueles que não entraram diretamente no mérito da questão, mais apresentaram importantes considerações em relação a forma de organização da assistência descentralizada. Um ponto levantado entre os profissionais que defendiam a descentralização do serviço se pautava na necessidade do município assumir a média complexidade, pois a maior parte dos pacientes com HIV/Aids residentes do município de Florianópolis continuavam sendo atendidos por serviços estaduais, especialmente o ambulatório do Hospital Nereu Ramos, visto que em 2007 estimava-se que haviam cerca de 2.100 pessoas vivendo com aids no município (FLORIANÓPOLIS, 2007), e destas, apenas 900 eram acompanhadas no ambulatório municipal. Este fato se explica no modo como a assistência ao paciente com HIV/Aids se constituiu historicamente em Florianópolis, pois o Hospital Nereu Ramos, por ser especializado em doenças infecto-contagiosas, foi pioneiro no atendimento a esta demanda, e sua localização no próprio município facilitou que esta referência se mantivesse por muitos anos. Outra questão importante com a descentralização foi o fato do município instituir nestas Policlínicas de referência as UDMs (Unidades Dispensadoras de Medicamentos), assumindo a distribuição dos antirretrovirais aos usuários, facilitando o acesso a terapêutica no mesmo local da assistência.

Embora esta nova configuração na assistência tenha trazido rupturas na conformação do serviço, com repercussões tanto para os profissionais quanto para os pacientes, alguns profissionais concebiam ser necessário passar para por este processo para estruturar uma política municipal de assistência ao paciente com HIV/Aids, o que pode ser ilustrado no depoimento a seguir:

*O fato de nós termos agora dois serviços de*

*referência, um aqui e outro no continente, eu acho que tinha que ser, é claro que a mudança foi meio traumática sempre tinha sido concentrada aqui no centro então os pacientes todos estavam muito acostumados com o esquema que tinha lá. Por outro lado eu acho que nós como município não podemos nos estruturar através de particularidades pessoais de um profissional ou outro, ou de como historicamente um serviço se organizou, como o caso ali do o ambulatório do Centro, então eu acho que a gente tem que ter uma política municipal mesmo e nesse sentido essa mudança foi importante, para que não ficasse idiossincrático daquela equipe, mas que fosse assumido como uma política municipal (P2).*

Era reconhecido também que a equipe do ambulatório tinha todo um envolvimento com a assistência, buscando oferecer um olhar integral ao paciente com HIV/Aids, e mantinha-se ainda como importante referência para as DSTs, visto que apesar dos inúmeros treinamentos dedicados a rede de atenção primária para descentralização das DSTs, este ambulatório continuava recebendo pacientes referenciados pela rede, oferecendo inclusive o diagnóstico laboratorial e tratamento muitas vezes no mesmo dia do atendimento:

*A gente acreditava que era bom, fazia o possível, a gente resolvia as coisas, a gente tinha um pronto atendimento em DST. A gente fazia o diagnóstico ambulatorial e conseguiu montar este atendimento, no mesmo dia que ele era atendido ele saía com o diagnóstico de laboratório e tratamento na mão. Isso foi um avanço grande que teve na época e que se perdeu [...] No tempo que começou o PSF a gente fez várias capacitações, então alguns se sentiam em condições e tratavam, outros não se sentiam em condições de tratar e encaminhavam direto pra gente, mas a gente continuava sendo referencia (M4).*

Algumas das preocupações manifestadas em relação a descentralização, relacionava-se ao estigma por vezes gerado pela condição de

ser um portador de uma DST ou Aids, do sigilo da informação, visto que o paciente passaria a ser atendido mais próximo de sua casa, portanto com a possibilidade de ter pessoas da comunidade, a exemplo de agentes de saúde e demais profissionais que poderiam conhecer seu status sorológico:

*O objetivo na prefeitura é que os postos atendam esses casos (DSTs), cada local atenda os seus casos. Mas quando a gente lida com doenças que mexem com o preconceito, que mexem com a auto-estima, as pessoas não procuram os seus postos de origem, elas querem ir bem longe, elas não querem dar a cara a tapa, mostrar “- Olha eu tenho isso.” Não vão, não adianta, não vão (E4).*

*Hoje está descentralizado, são atendidos nas unidades de saúde, mas o paciente com DST ou HIV/AIDS, geralmente ele não quer ser atendido na sua comunidade, é como se fosse, ele tivesse mais privacidade quando ele era atendido no ambulatório. Então era muito difícil o paciente com DST procurar ajuda do lado, uma rua depois da que ele mora. Então essa confiança que existia eu acho que fazia com que eles tivessem mais liberdade e procurassem mais os serviços de DST/AIDS (E5).*

Em relação ao sigilo da informação e ao preconceito relacionado ao diagnóstico, são feitas algumas ponderações:

*A gente acabava ouvindo várias opiniões. Tinham aqueles que já estavam acostumados a serem atendidos em serviços longe da sua casa e que aí ficam com receio de como vão ser tratados em uma unidade mais perto da sua casa, que facilita em algumas coisas, mas que gera esse medo. Por outro lado tem aqueles que não queriam ir para o serviço de referência porque todo mundo sabia que quem entrava no serviço de referência já sabia qual era o diagnóstico, [...] e na unidade de saúde não, a pessoa entra na consulta e ninguém sabe se está lá para tratar o problema de pressão alta, de diabetes, de aids, de unha encravada, porque na unidade de saúde a gente vê tudo, então não vincula o diagnóstico, no serviço*



*especializado era diferente (M6).*

A partir do depoimento podemos observar que o fato de tratar-se de doenças que podem conferir estigma, o fato do local de tratamento ser distante da residência pode oferecer algum tipo de proteção a pessoa portadora destas doenças, por outro lado, um lugar específico de atendimento de aids, por exemplo, pode expor ao diagnóstico ao se identificar a pessoa em uma sala de espera. Trata-se de uma questão que não há consenso, mas é necessário salientar que a segregação ou diferenciação sempre coloca o outro em um lugar diferente, e de certo modo alimenta o estigma e preconceito relacionado à doença.

Entre profissionais envolvidos com a assistência a estes pacientes, se ponderou que o sistema de saúde ainda não está preparado para receber este paciente de forma descentralizada, sendo necessário ainda um serviço exclusivo para atender esta demanda, a fim de garantir um efetivo seguimento ambulatorial e evitar problemas relacionados ao abandono ao tratamento, resistência a terapêutica, o que comprometeria a condução do tratamento e qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/Aids:

*Infelizmente existe as duas formas da epidemia, da doença no Brasil. Existem as pessoas que tratam, que tomam o remédio e estão vivendo bem e tem um grupo grande de pessoas que não tem acesso ao remédio, por vários motivos, mas ainda não se trata, então morre igual, então a aids continua matando igual como matava na década de 80, isso é uma coisa complicadíssima, mortalidade altíssima ainda no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, isso por que? Estados desenvolvidos morrendo gente de aids como morria na década de 80? Porque essas pessoas ainda não têm acesso a esses medicamentos, que são ótimos, chegam tarde, chegam doentes, a condição é complicada, não tem acompanhamento, acabam morrendo, isso é triste.[...] O diagnostico precoce seria uma coisa importantíssima para definir, já começar um tratamento precoce porque as pessoas hoje estão vivendo 20, 25 anos, 28 anos com o HIV e vivendo bem, mas quem faz um diagnostico precoce, quem tem um bom atendimento médico, quem tem todo um acompanhamento de saúde vai viver décadas (M2).*

Apesar dos recursos tecnológicos disponíveis, a aids continua ceifando vidas, especialmente entre aquelas pessoas que tiveram diagnóstico tardio, muitas vezes por dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Em estudo realizado por um grupo de pesquisadores da Universidade São Paulo (USP) demonstrou que 40% da mortalidade por aids no Brasil está associada ao diagnóstico tardio, o que explica a pequena redução da taxas de óbito na primeira década dos anos 2000. De acordo com o estudo, no ano 2001 foram registradas no país 6,4 mortes a cada 100 mil habitantes, e em 2009, o índice foi de 6,2 por 100 mil habitantes. Dentre os achados do estudo, se concluiu que uma pessoa que inicia tardiamente o tratamento tem um risco 49 vezes maior de morrer do que outra que começa o acompanhamento no período adequado (FORMENTI, 2011).

Do mesmo modo, o estudo de Reis, Santos e Cruz (2007), que analisou as taxas de mortalidade por aids no Brasil entre 1982 a 2002, foram observados nos últimos três anos do estudo uma desaceleração da queda da mortalidade por aids no país. Entre as macrorregiões do país, chamou a atenção o comportamento de ascensão da mortalidade na região Sul. Embora o decréscimo da mortalidade por aids no país tenha sido expressivo, especialmente entre 1996 e 1999, a partir de 2000, a mortalidade permaneceu estável e com padrões distintos entre as Regiões. O estudo sugere que além da história natural da doença, tal comportamento evidencia a necessidade de outras investigações para verificar as condições de acesso ao diagnóstico precoce do HIV, a rede de apoio diagnóstico de CD4, carga viral e genotipagem, a profilaxia das doenças oportunistas e ao tratamento com medicamentos antirretrovirais, bem como os investimentos nas estratégias de prevenção e controle do vírus. Para reverter esta situação, os autores sugerem a necessidade de aumento do acesso ao diagnóstico precoce e à assistência, melhoria da qualidade da assistência, aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica e monitoramento dos óbitos por aids, para um controle mais efetivo da epidemia.

Oliveira (2001), ao analisar a situação epidemiológica da mortalidade por aids em Santa Catarina durante a década de 90, sugeriu que diversos fatores estariam contribuindo para mortalidade por aids no estado, como: pacientes que morrem por ocasião do diagnóstico tardio da doença, problemas de adesão ao tratamento, a adoção de esquemas de tratamento antirretroviral e de profilaxia para doenças oportunistas inadequados, características próprias das doenças oportunistas que ocorrem em Santa Catarina, dificuldade de acesso ao

acompanhamento médico, resultando no agravamento da doença, e/ou ainda outras causas não identificadas.

Os dados estatísticos e estudos relacionados a mortalidade por aids alertam para a necessidade de se observar a qualidade da assistência e o modo como a mesma é conduzida nos serviços. De acordo com Nemes e colaboradores (2004), além do acesso universal e da disponibilização dos antirretrovirais, a qualidade da assistência refere-se ao processo do cuidado em sua amplitude e complexidade, articulando os preceitos da integralidade aos da universalidade. A assistência ao paciente com HIV/Aids conta com propostas tecnológicas específicas, como os mecanismos estabelecidos para captação de casos, o aconselhamento pré e pós-teste, o acolhimento de pacientes e os grupos de adesão, conduzidos por equipes multiprofissionais formadas para este fim. De acordo com os autores, esta proposta assistencial tende a entrar em conflito com o padrão tecnológico predominante em ambulatórios de especialidade, onde a assistência é organizada em torno da abordagem clínica individual.

Enquanto alguns profissionais que participaram deste estudo ponderam a necessidade de se manter uma equipe multiprofissional voltada para o atendimento exclusivo da pessoa que vive com HIV/Aids, outras abordagens tem sido desenvolvidas, especialmente a partir da expansão das Equipes de Saúde da Família no país nos últimos anos. Neste contexto, novas propostas assistenciais vêm surgindo, a exemplo do acompanhamento da Equipe de Saúde da Família a pessoa portadora do HIV, visto que a infecção pelo HIV é concebida atualmente como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável. Experiência desta natureza vem sendo desenvolvida em Curitiba-PR, que implementou uma assistência descentralizada as pessoas que vivem com HIV/Aids, em que os profissionais da atenção primária fazem o acompanhamento ao paciente portador do HIV, particularmente aqueles que ainda não estão em tratamento antirretroviral, referenciado-os, quando necessário, aos centros de referência especializados (CURITIBA, 2007).

Esta proposta de assistência foi vislumbrada já no Plano Municipal de Saúde do município Florianópolis em 2007, apresentando como “diretriz do programa municipal de DST/AIDS transferir gradualmente o acompanhamento dos casos de HIV para os Centros de Saúde, permitindo um melhor acesso dos pacientes aos serviços de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2007, p. 57)”. Esta proposta tem tomado corpo, embora ainda não tenha sido colocada inteiramente em prática:

*O que existe é um movimento, que é de*

*descentralizar o atendimento aos portadores de HIV, de você manter as referencias, as policlínicas, realmente como referencia, mas as pessoas, os portadores do HIV sem complicações seriam atendidos nos centro de saúde na rede e aí só os casos mais complicados ou que precisassem de um outro tipo de atenção iriam para as referencias. Então tem essa grande mudança que estaria acontecendo, mas que não está muito bem estruturada ainda (P2).*

Em 2010, esta discussão foi iniciada junto à atenção primária na forma de treinamento visando qualificar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para o acolhimento desta demanda:

*Nós fizemos uma capacitação para quarenta e poucos médicos da rede sobre o manejo básico do HIV, com a idéia de qualificar a assistência na ponta, porque este paciente está lá no centro de saúde, com os profissionais da rede pra não ficar só aquela coisa de encaminhar e para os médicos não saberem nem manejar o básico, a idéia não era nem trabalhar com a prescrição de antirretrovirais, era trabalhar a adesão, as reações adversas, já dar o primeiro atendimento, solicitar carga viral, se o paciente estivesse bem ele poderia ser acompanhado lá na atenção primária perto da casa dele com o médico que está acostumado sem ter que vir para o especialista (E7).*

Esta abordagem, no entanto, gerou reações diferentes entre os profissionais, pois:

*No próprio treinamento alguns profissionais médicos se sentiram inseguros, foi discutido que a equipe de saúde da família deve se apropriar deste conhecimento, saber que pode manejar, não precisa ficar apavorado, é como tratar um paciente com tuberculose, com hipertensão, diabetes (...) Então muitos querem se apropriar do conhecimento e entendem que o paciente é seu, outros que não tinham formação na saúde da família ficaram um pouco mais preocupados, e*

*alguns manifestaram que mesmo que esteja tudo bem, encaminhariam para o infectologista, porque acham melhor, porque vão se sentir mais seguros. Então uns aderiram, mas a rede movimenta muito, alguns já foram embora, e isso dificulta (E7).*

Estes diferentes pontos de vista explicitados no depoimento demonstram que mesmo entre profissionais da estratégia de saúde da família não há um consenso prático do que pertence ao seu campo de atuação ou não. Isto se vislumbra inclusive em questões que teoricamente já deveriam estar sedimentadas, como a prática do aconselhamento e solicitação de testagem do HIV que por vezes ainda é encaminhado para o CTA, como podemos verificar no depoimento:

*Eles falam na descentralização, que é uma proposta do SUS também. Só que eu vejo que essa descentralização, ela não acontece porque quem são grande parte dessas pessoas encaminhadas que chegam para a gente? Chegam para a gente porque eles passam pelas unidades de saúde, ou os profissionais que foram capacitados já saíram ou ainda estão lá e não querem fazer aconselhamento e encaminham para nós (AS1).*

Como podemos observar, questões que há muitos anos vem sendo debatidas no município, como os treinamentos na rede assistencial desde o início do Programa DST/Aids para a descentralização da testagem do HIV nas unidades de saúde ainda não foram totalmente incorporadas, seja por resistência, despreparo dos profissionais, ou pela alta rotatividade que é característica neste contexto, o que leva a encaminhamentos desnecessários no atual contexto do sistema de saúde. A estratégia de saúde da família não seria uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, mas pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento dos casos, permitindo ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e recursos terapêuticos mais caros. Neste sentido, a Atenção Primária em Saúde, entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, deve orientar todos os princípios do sistema, dedicando-se aos problemas mais freqüentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais (BRASIL, 2007a; 2007b). Uma das

dificuldades para se adotar este tipo de conduta é a alta rotatividade de profissionais da ESF, o que impede a continuidade desta lógica de atendimento, bem como da formação de vínculo com o próprio paciente. Ainda em relação a descentralização da assistência a Aids na rede de atenção básica, o depoimento a seguir valoriza a iniciativa mas relativiza a questão:

*É importante esta questão da descentralização, porém a gente tem que tomar muito cuidado para não banalizar, e achar que tudo a atenção primária pode atender e que não precisa do especialista, porque a gente sabe também que quando se está sendo visto pelo especialista, existe uma diferença, o olhar do profissional, a experiência que ele tem, a gente tem uma rede muito grande, quando existe uma referência é muito mais fácil o profissional ter uma habilidade para aquilo, do que alguém que vê as vezes (E7).*

Nemes et al (2009) defendem que doenças de alta prevalência e distribuídas homogeneamente devem ser abordadas por estruturas de atenção extensivas, como na atenção básica, enquanto doenças de baixa prevalência e de distribuição heterogênea, como a aids, exigem abordagem diferenciada, pois além de suas características epidemiológicas, se acresce a dificuldade no manejo clínico da patologia, bem como suas peculiaridades sociais e psicológicas. Neste contexto, os autores defendem que a estruturação da atenção deve, mais do que atender necessidades institucionais, atender as necessidades de saúde da população.

Sadala e Marques (2006), ao desenvolverem estudo sobre a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids, encontraram que o preparo específico para atender os doentes estaria ainda restrito aos profissionais dos centros especializados, resultando na descontinuidade da assistência para as pessoas com HIV positivo, quando as mesmas são atendidas em outros serviços do SUS. Os autores remetem aos aspectos da formação profissional na área da saúde, levando a refletir sobre as competências esperadas dos profissionais da saúde no cuidado com pessoas com HIV/AIDS, e o impacto dessa formação na eficácia do programa, no que se refere a assistência e prevenção da doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação e dissolução do Programa DST/Aids fez parte do processo de reordenação do sistema de saúde do município de Florianópolis, iniciado com a instituição da Estratégia de Saúde da Família no município, e da incorporação progressiva do conceito de Vigilância em Saúde. Neste sentido, esta reestruturação buscou reorganizar e articular os antigos programas no âmbito da Vigilância em Saúde, vinculando-se a aids e hepatites virais a Área Técnica de Agravos Crônicos, buscando-se direcionar o olhar não apenas para o agravo em si, mas para a população vulnerável a estes agravos. Ao mesmo tempo em que estas mudanças proporcionaram maior inserção da equipe que atuava anteriormente só no Programa DST/Aids ao sistema de saúde municipal, algumas dificuldades foram manifestadas, como a descontinuidade de ações de prevenção primária em detrimento de todo o volume de trabalho acrescido.

É necessário considerar que o município tem autonomia para optar em ter ou não uma coordenação específica para o Programa DST/Aids, ou uma Gerência de Vigilância Epidemiológica que conduza todo este processo. Neste sentido, o mais importante é que seja garantida de uma forma ou outra a continuidade das políticas de prevenção, assistência e promoção da saúde voltadas as DST/Aids, otimizando a aplicação dos recursos e monitorando a continuidade e qualidade das ações.

Em relação a assistência, a adesão ao Pacto pela Saúde deu impulso para o município assumir algumas atividades da média complexidade, estruturando Policlínicas de Referência em pontos estratégicos da cidade. Frente as dificuldades já vivenciadas pela equipe do ambulatório DST/Aids e limitações no atendimento a demanda, a assistência foi descentralizada inicialmente para dois pontos da cidade, o que foi visto como ponto positivo, mas custou a dissolução da equipe do ambulatório sedimentada a vários anos, o que gerou resistências, pontos de tensão e rupturas para construção de uma nova lógica na assistência a pessoa que vive com HIV/Aids em Florianópolis.

A partir de diferentes pontos de vista, a descentralização da assistência relacionada a aids encontra resistências, que levam em conta as características da doença, o estigma gerado e as questões de vínculo formadas nos serviços especializados, merecendo considerações que extrapolam a questão política e organizacional do sistema.

O acompanhamento da pessoa portadora do HIV em sua fase inicial na Unidade Básica de Saúde requer algumas condições, como

treinamento da equipe assistencial, fixação dos profissionais nas equipes, predisposição e comprometimento dos profissionais, e o apoio de uma equipe interdisciplinar que possa dar conta das demandas de cuidado destes pacientes. O uso de protocolos de atendimento, prevendo as condutas a serem tomadas desde a testagem até os critérios de encaminhamento para o serviço de referência também se fazem importantes. No entanto é necessário avaliar com cuidado esta dinâmica de trabalho para não colocar em risco a qualidade da assistência, monitorando sistematicamente este processo junto aos profissionais e usuários. Deste modo, faz-se importante a divulgação científica deste tipo de experiência, a fim de se encorajar, orientar ou repensar iniciativas desta natureza.

## **REFERÊNCIAS:**

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BARBOZA, R. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399**. Divulga o Pacto pela



Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília; Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CHERCHIGLIA, M.L.; ACURCIO, F.A.; MELO, A.P.S. O desafio de construir a integralidade das ações de saúde mental e IST/AIDS no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas** Projeto PESSOAS. Brasília: ASCOM, 2008. p.19-29.

COUTO, M.H. **Brasil: A Estratégia brasileira de enfrentamento à**

epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde. 2009. Disponível em <[portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task...](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task...)>. Acesso em: 02 outubro 2011 .

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Aids:** Atendimento Inicial ao portador do HIV em Unidade Básica de Saúde. 2. ed. Curitiba: 2007.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Estadual de Educação. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. **Programa Saúde na Escola:** Florianópolis. 2008. Disponível em <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22\\_10\\_2010\\_11.23.33.4c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.23.33.4c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf)>. Acesso em: 18 agosto 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005.** Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde – DST/Aids. **Comunicação Interna:** Quem somos? Onde estamos? Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010.** Florianópolis, 2007.

FORMENTI, L. Quarenta por cento da mortalidade de pacientes com aids está ligada a diagnóstico tardio. **O Estado de São Paulo**, 14 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,40-da-mortalidade-de-pacientes-com-aids-esta-ligada-a-diagnostico-tardio,679150,0.htm>>. Acesso em: 20 janeiro 2012.

FONSECA, A. F. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LE GOFF, J. **A história nova**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MALISKA, I.C.A, et al. A aids em Santa Catarina/Brasil: um histórico dos vinte e cinco anos de epidemia. **Cadernos Saúde coletiva**, v. 19, n. 2, 2011.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

MELCHIOR, R. et al . Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, fev. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 outubro 2011.

MENDONCA, P.M.E.; ALVES, M.A.; CAMPOS, L.C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5590&Secao=ARTIGOS&Volume=9&Numero=1&Ano=2010>>. Acesso em: 10 outubro 2011.

NEMES, M.I.B. et al . Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009.

\_\_\_\_\_. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad.**

**Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 outubro 2011.

OLIVEIRA, L.A. et al . Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

OLIVEIRA, O. V. Situação Epidemiológica da Mortalidade por AIDS em Santa Catarina. **Boletim Epidemiológico DST/Aids**. 2001. Disponível em <[http://www.saude.sc.gov.br/inf\\_saude/not\\_comp/aids/Boletim.pdfArtigo](http://www.saude.sc.gov.br/inf_saude/not_comp/aids/Boletim.pdfArtigo)>. Acesso em: 18 outubro 2011.

REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; CRUZ, M. M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul-set. 2007.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. L. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/Aids. **Planejamento Estratégico de Santa Catarina – Relatório de Análise de Situação e Resposta**. 2000. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de\\_olho\\_na\\_saude/aids/relatório\\_planejamento\\_estrategico\\_sc](http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de_olho_na_saude/aids/relatório_planejamento_estrategico_sc)>. Acesso em: 14 agosto 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 131/CIB/06, de dezembro de 2006**. Aprova a transferência da Programação Pactuada e Integrada da Assistência.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 066/CIB/07, de 20 de julho de 2007.** Aprova a adesão do município de Florianópolis ao Pacto pela Saúde.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil Epidemiológico da Aids.** Florianópolis: SEA/DGAO, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS.** Florianópolis: DIOESC, 2010.

SILVA, J.P. V; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUTO, M. C. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

TOSTES, A. C. A. **Percepção do desempenho organizacional e pessoal:** um estudo de caso nos serviços públicos de prevenção e assistência de Aids em Florianópolis. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar a problemática da aids e das políticas públicas relacionadas a epidemia, é necessário reconhecer antecipadamente que a aids extrapola em muito os limites e possibilidades do setor saúde. Partindo deste reconhecimento, buscamos delimitar nesse estudo nosso olhar no sistema público de saúde, percebendo o desafio que é enfrentar uma epidemia com repercussões sociais, psicológicas, econômicas, políticas, culturais, e estruturar respostas que possam de algum modo responder a estas demandas, sobretudo no início da epidemia, quando pouco se conhecia sobre o objeto em questão. É o caso da aids no início da década de 80 do século XX, uma doença desconhecida pela comunidade científica, com alta letalidade, produtora de estigmas e preconceito, dada as características dos grupos inicialmente acometidos pela infecção.

No Brasil, podemos dizer que a situação foi bastante problemática, visto que a doença foi introduzida no país em um momento histórico turbulento, pautada pela crise no regime militar e o movimento de redemocratização no país, com um sistema de saúde excludente, voltado aos interesses do setor privado, e um movimento de mudança liderada pela reforma sanitária, buscando defender um sistema de saúde universal e integral. Reconhecendo que a epidemia de aids em nosso país é contemporânea a este movimento político-social, buscamos nesta tese compreender como se desenvolveram as políticas públicas relativas a aids ao longo destes anos, limitando nosso objeto de estudo ao município de Florianópolis, buscando referenciar suas bases nos princípios e diretrizes do SUS.

Para compreender este fenômeno, recorreremos à nova história, como forma de problematizar este passado-presente, pois como nos coloca Marques (2002), a história contemporânea, ao se envolver com a pesquisa e análise das políticas públicas modernas, pode contribuir para o diálogo entre a pesquisa e a construção dessas políticas.

Em um primeiro momento, buscamos analisar o contexto em que surgiram as primeiras ações em resposta à epidemia da aids em Florianópolis, a partir do primeiro caso notificado, até o ano de 1993, quando foi oficializado e estruturado o Programa Municipal DST/Aids neste município. Foi possível perceber que apesar do problema já se fazer presente na cidade, ainda que de maneira tímida inicialmente, os dirigentes do sistema público de saúde percebiam a aids como um problema distante e ainda limitado a grupos restritos, os quais não

mereciam a devida atenção do sistema de saúde.

As primeiras mobilizações em torno da epidemia foram pontuais, de poucos profissionais ligados ao serviço de saúde municipal e estadual, que passaram a desenvolver ações com os instrumentos que tinham na época, pautados basicamente nas poucas informações divulgadas pela comunidade científica. Tratavam-se de profissionais articulados com o movimento da reforma sanitária, com forte compromisso social e político, que perceberam a gravidade da epidemia e a necessidade de mobilização do serviço público de saúde para responder a esta problemática. Neste contexto, cabe destacar que a ação destes profissionais sobressaiu-se a ação institucional, visto que no decorrer das entrevistas, as ações voltadas a aids nestes primeiros anos de epidemia não foram associadas a um programa em si, mas aos profissionais que estavam a frente destas ações.

A partir da ocorrência dos primeiros casos na cidade, a estruturação da assistência em aids foi assumida pelo Hospital Nereu Ramos, especializado em doenças infecto-contagiosas, que passou a dedicar leitos para pacientes com aids, estruturando também um ambulatório para a população que procurava a testagem e/ou acompanhamento. O suporte do HNR vinha suprir também a baixa capacidade de resposta do município nos serviços e políticas de saúde, dada a conjuntura política da época. Este quadro começa a sofrer transformações a partir de 1990, quando o SUS começa a ser gradativamente implantado, a municipalização da saúde começa a avançar, e o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis pertencente ao antigo DASP é municipalizado, estruturando-se gradualmente para o atendimento desta demanda.

Frente a dificuldades de todas as ordens encontradas especialmente por portadores da infecção e familiares, são fundadas no município as primeiras organizações não governamentais – GAPA e FAÇA – acompanhando o movimento mundial e nacional de formação de ONGs para reivindicar os direitos daqueles acometidos pela infecção, sendo este processo inicialmente conduzido pelos mesmos profissionais de saúde envolvidos com a epidemia.

Dado esta primeira fase da epidemia na cidade, buscamos analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial. Trata-se de uma época em que já havia despontado na cidade de forma bastante preocupante a categoria de transmissão por uso de drogas injetáveis, chamando a atenção inclusive das autoridades nacionais. A estruturação do Programa Municipal parte de uma iniciativa do próprio Programa



Nacional de Controle das DST/Aids, ou seja, de cima para baixo, que elege cidades prioritárias para a estruturação da proposta de Redução de Danos, visando implementar medidas de prevenção principalmente entre usuários de drogas injetáveis. Neste sentido, observamos que o Programa Municipal DST/Aids nasce junto e a partir da política de redução de danos, implantada na forma de projeto apenas no final da década de 90, suscitando muita polêmica em torno deste modo de fazer prevenção.

É necessário reconhecer a importância do empréstimo com o Banco Mundial, que alavancou diversas ações voltadas a aids no Brasil, repercutindo-se em uma resposta concreta a epidemia no município de Florianópolis, dando possibilidade para o serviço de saúde municipal estruturar-se, em um momento que o SUS começa a dar seus primeiros passos, ainda com pouca capacidade de reação frente à problemática apresentada. Neste contexto, o Programa Municipal DST/Aids vai tomando forma desvinculando-se da Vigilância Epidemiológica do Município, visto que a profissional que toma frente ao programa atuava neste setor, e vai se formando de forma independente, ocupando uma posição diferenciada perante os outros programas. Esta posição diferenciada tem explicação tanto nas repercussões produzidas pela epidemia, quanto nos recursos financeiros próprios subsidiados pelo governo federal, repercutindo-se em uma operacionalização mais dinâmica em relação aos demais serviços.

A partir da implantação do Programa Municipal DST/Aids, foram estruturadas ações em três eixos: em vigilância epidemiológica, diagnóstico e prevenção, além da assistência. A partir da vigilância epidemiológica passou-se a conhecer o perfil epidemiológico da cidade e estabelecer ações de controle da epidemia através da prevenção primária e secundária, inicialmente voltando-se as populações específicas, e posteriormente a população em geral, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida. No campo do diagnóstico foi estruturado o COAS, posteriormente renomeado como CTA, além de diversos treinamentos na rede assistencial para inserção da testagem na atenção primária. Porém o campo assistencial manteve em todo o período do estudo a expressiva participação do serviço de saúde estadual, o que se justificou pela própria estrutura estadual montada no território de Florianópolis, bem como por mecanismos dos SUS ainda não desenvolvidos no município, de forma a impossibilitar a assunção de alguns serviços da média complexidade, necessários para a inclusão de infectologistas na rede municipal de atenção.

A partir da implantação do programa municipal, verificamos que

até a primeira metade da primeira década dos anos 2000, este programa manteve-se voltado para as suas próprias ações, seguindo a lógica fragmentada dos programas de saúde, o que não se constitui em característica própria deste, visto que o processo de municipalização da saúde ao mesmo tempo em que proporcionou a melhoria de acesso da população aos serviços de saúde, manteve ainda como característica a fragmentação dos serviços.

Porém, nos últimos anos, especialmente a partir do ano de 2006, podemos observar um processo de abertura do programa municipal, a sua reinserção no setor de Vigilância Epidemiológica, como parte de uma reestruturação do Serviço Municipal de Saúde, guiado pelo conceito mais amplo de Vigilância em Saúde, buscando introduzir o princípio da integralidade na organização do trabalho, dos serviços e das práticas de saúde. Com este movimento, busca-se desconstruir o caráter de excepcionalidade da aids, visando reconhecê-la como doença crônica potencialmente controlável.

Busca-se desmitificar a aids, dando visibilidade a pessoa que está exposta a outros agravos e situações de vulnerabilidade social. Esta perspectiva já vinha sendo desenvolvida pela Redução de Danos, que buscando responder a outros padrões do consumo de drogas lícitas e ilícitas, e compreender o usuário de drogas não apenas como sujeito vulnerável a aids, integrou-se a Política de Saúde Mental do município, seguindo orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A descentralização das ações é uma tendência sinalizada pelo Programa Nacional DST/Aids desde a década de 90, que, preocupado com a sustentabilidade das ações, buscou ampliar esta discussão entre Programas Estaduais, Municipais e Organizações não Governamentais, especialmente a partir dos anos 2000, iniciando este processo pelo próprio incentivo financeiro, pautando-se em mecanismos do SUS para o repasse automático fundo a fundo, instituído desde 2002 para estados e municípios.

O processo de descentralização das ações em DST/Aids se deu no município de Florianópolis no nível administrativo e assistencial. No nível administrativo, os profissionais que “cuidavam” da aids, passam a cuidar de outros agravos crônicos transmissíveis, como hepatites, hanseníase, tuberculose. Passa-se a desconstruir o conceito de “Programa” já intrinsecamente incorporado na rede de atenção, embora este ainda permaneça culturalmente consolidado. Ao mesmo tempo em que estas mudanças proporcionaram maior inserção da equipe no sistema de saúde municipal, algumas dificuldades foram manifestadas, como a descontinuidade de ações de prevenção primária voltadas a aids

em detrimento de todo o volume de trabalho acrescido, o que sinaliza que esta mudança pode não ter sido acompanhada de uma reestruturação de recursos humanos para estas novas demandas. Por outro lado, lança-se o desafio de introduzir com maior veemência na rede capilarizada da Estratégia de Saúde da Família as ações de prevenção até então impulsionadas pelo antigo programa.

Em relação à assistência, a adesão ao Pacto pela Saúde deu impulso para o município assumir algumas atividades da média complexidade, estruturando Policlínicas de Referência em pontos estratégicos da cidade. Parte-se para uma nova forma de pensar a assistência a aids, referenciando-a em mais pontos da cidade, a partir da especialidade em infectologia. Esta nova racionalidade se repercutiu na dissolução do Ambulatório DST/Aids, referência no atendimento as DSTs e Aids desde início da década de 90, o que não deixou de ser percebido por muitos profissionais como uma perda. Esta nova conformação do serviço assistencial buscou enquadrar a aids no *hall* das especialidades médicas, buscando sua normalização.

Dentre os sujeitos que participaram do estudo, foi possível perceber que aqueles que estavam diretamente envolvidos com a condução das políticas do SUS e implementação de seus princípios filosóficos e organizacionais, a descentralização das ações é condição *sine qua non* para a integração das políticas em DST/Aids a macropolítica do SUS, dando seguimento ao processo de consolidação do sistema de saúde vigente. Entre os profissionais envolvidos diretamente com a assistência as pessoas que vivem com HIV/Aids, percebemos claras resistências frente a este processo, por se considerar as dificuldades de operacionalização de nosso sistema de saúde, e da necessidade da manutenção de um acompanhamento ainda especial a esta população, a fim de assegurar a continuidade do tratamento.

Frente as considerações dos sujeitos entrevistados e da própria literatura, observamos que estes processos devem ser discutidos, amadurecidos, ponderados e periodicamente avaliados, sob pena de colocar em risco a qualidade da assistência. A descentralização do cuidado deve levar em conta não apenas o acompanhamento clínico da doença pautada na especialidade, mas manter o suporte de uma equipe interdisciplinar que possa dar conta das múltiplas repercussões da doença na vida das pessoas que convivem com o HIV/Aids, pois apesar de já termos superado muitos dos medos e preconceitos, a aids continua a ser uma doença produtora de estigmas. As tendências vislumbradas para um futuro próximo, como o acompanhamento dos portadores do HIV assintomáticos na rede primária de atenção, tem seu mérito no fato

de retirar a aids do status de excepcionalidade conferido pela doença, além de reconhecê-la como uma condição crônica controlável, mas corre o risco de banalizar esta condição, o que implica em se tratar a questão com seu devido cuidado.

É neste sentido que sustentamos a tese de que a atenção integral à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids, às populações vulneráveis e à população geral exige integração de ações entre a macropolítica do SUS, a política setorial em DST/Aids e a política municipal de saúde. Isto implica no comprometimento, manutenção e integração destas três instâncias, dividindo as responsabilidades e somando esforços no combate a epidemia. Requer o investimento efetivo na atenção primária, no que diz respeito a formação continuada para a incorporação das ações de cunho preventivo e assistencial relacionados também a aids, visto que a integralidade se sobrepõe a qualquer doença específica; a adoção de novas tecnologias de cuidado, como a formação de protocolos de atendimento, definindo as portas de entrada, o delineamento de linhas de cuidado e a formação de redes, pré-definindo o percurso deste usuário no sistema de saúde; a formação de grupos de apoio a doenças crônicas e/ou grupos de adesão; o investimento na política de recursos humanos, a fim de conter a alta rotatividade das equipes, favorecendo a formação de vínculos; bem como o suporte de uma equipe multidisciplinar de referência na média complexidade, que possa não só acompanhar os aspectos relacionados a especialidade, mas que possa dar conta das múltiplas repercussões que a doença produz na vida das pessoas. Percebemos também que o foco não é manter necessariamente um Programa voltado a aids, mas uma política municipal que possa conduzir todo este processo, mantendo uma vigilância contínua sobre a epidemia.

A realização deste estudo através da perspectiva da nova história, nos proporcionou acompanhar o percurso do programa ao longo dos anos, percebendo seus desdobramentos. Foi possível observar também o movimento do programa municipal, que instituído como programa vertical, nos últimos anos de análise passa a fazer “amarras” com a macropolítica do SUS, num lento processo de integração. Uma grande dificuldade deste estudo foi o acesso as fontes documentais, especialmente as primárias, ao nível de todas as instâncias (municipal, estadual e federal), evidenciando o pouco interesse das instituições em preservar sua própria história, num gesto de desvalorização do seu próprio passado. Neste sentido, esta (re)construção se deu, especialmente, pelo olhar, experiência e memória dos profissionais que tiveram envolvimento direto ou indireto com o Programa municipal e/ou

a epidemia no município de Florianópolis, considerando-se as vivências, impressões e juízos derivados de suas experiências singulares.

Uma questão que cabe destacar neste estudo, é a participação das enfermeiras no processo de construção das políticas voltadas a aids no município, visto que dos sete coordenadores do Programa no período do estudo, cinco foram enfermeiras. Durante o desenvolvimento do estudo, percebemos que a participação destas profissionais não limitou-se apenas a questão técnica, mas sobre tudo a participação política e real envolvimento ao combate a epidemia no município, lançando-se inclusive a desafios que suscitaram grande polêmica, a exemplo da política de redução de danos na cidade. Neste sentido, é necessário reconhecer o papel destas profissionais como propulsoras de políticas públicas de saúde para o combate a epidemia, bem como na consolidação do SUS e de seus princípios.

Percebemos que os novos desdobramentos conferidos a política de DST/Aids em Florianópolis são coerentes com os princípios filosóficos e organizacionais do SUS, mais ainda deixam interrogações sobre as reais repercussões na prática de prevenção e assistência a aids no município. Deste modo, muitos questionamentos são feitos a respeito desta nova conformação do serviço: Já podemos tratar o paciente com aids como portador de qualquer outra doença crônica? Ao dar uma atenção especial ao paciente, estamos reforçando sua segregação e discriminação?

Neste sentido, esta tese permite encaminhar novos estudos que possam desvelar junto aos profissionais especialistas e da Estratégia de Saúde da Família, bem como usuários do sistema, as potencialidades e fragilidades desta nova conformação nos serviços, além de um cuidadoso acompanhamento epidemiológico em relação aos direcionamentos da epidemia. É através da produção e divulgação destes conhecimentos, que poderemos concluir se estamos seguindo no rumo certo.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ABDALLA, F. T.M.; NICHATA, L.Y. I. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-152, jun. 2008.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ALVES, I. C.; PADILHA, M.I.C.; MANCIA, J. R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de HIV/AIDS. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 133-139, 2004.

AMARAL, E. et al. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. **Ver. Panamerican Salud Pub.**, v. 21, n. 6, p. 357-364, 2007.

AMORIM, G.R. **Outsiders do bairro Trindade: “Pacto da morte” ou “Gangue da Aids?”** Para além da construção de um episódio (Florianópolis, 1987). Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

ANDRADE, L. O. M. Evolução das Políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-36.

ANJOS, M.G.C.; PERES, K.G. **Internações hospitalares por AIDS no Estado de Santa Catarina**: principais características do período de 1998 a 2007. 2008. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/tcc/Internacoes\\_hospitalares\\_por\\_AIDS\\_no\\_Estado\\_de\\_Santa\\_Catarina\\_principais\\_caracteristicas\\_d\\_o\\_periodo\\_de\\_1998\\_a\\_2007.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/tcc/Internacoes_hospitalares_por_AIDS_no_Estado_de_Santa_Catarina_principais_caracteristicas_d_o_periodo_de_1998_a_2007.pdf)>. Acesso em: 21 janeiro 2011.

ARAÚJO, M.A.L.; ARAÚJO, T.L.; DAMASCENO, M.M.C. Conhecimento em HIV/AIDS de 1998 a 2005: estudos publicados em periódicos de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 1, p. 126-131, 2006.

AYRES J. R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

AYRES, J.R.C.M. Prácticas educativas y prevención de HIV/SIDA: lecciones aprendidas y desafíos actuales. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BANCO MUNDIAL. **Primeiro e segundo projetos de controle de AIDS e DST**: relatório de avaliação de desempenho de projeto. Washington DC: Banco Mundial, 2004.

\_\_\_\_\_. Projeto Brasil. **Projeto de Controle de Aids e DST III, 2000**. Disponível em: <[http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód\\_object=1624](http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód_object=1624)>. Acesso em: 04 agosto 2006.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema de saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-42.



BARATA, G. A televisão contribuindo para a história das doenças. **Esboços: Revista do programa de pós-graduação em história da UFSC**, Florianópolis, v. 16, p. 127-146, 2006.

BARBOSA, A.S.M. **Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo**. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.biblioteca.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

BARBOSA JÚNIOR A. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad Saúde Pub.**, v. 25, n. 4, p. 727-737, 2009.

BARBOZA, R. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTIANI, J. A. N. **Trajetória histórica da AIDS em Florianópolis (1986 – 2006)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BORENSTEIN, M.S. et al. Hospital Colônia Santa Teresa: o estigma da hanseníase e o cotidiano dos pacientes institucionalizados. In: BORENSTEIN, M.S. (Org.) **Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas**. Florianópolis: Assembleia Legislativa; 2004. p.79-95.

BORENSTEIN, M.S.; RIBEIRO, A.A.A.; PADILHA, M.I. Hospital

Nereu Ramos: as condições de trabalho do pessoal da enfermagem (1943 a 1960). In: BORENSTEIN, M.S. (Org.) **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas. Florianópolis: Assembleia Legislativa; 2004. p.49-62.

BRAGA, JCS.; PAULA, SG. **Saúde e Previdência: Estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Ano VII Nº 01 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009. 01ª a 26ª semanas – janeiro a junho de 2010. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers\\_o\\_final\\_15923.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf)>. Acesso em: 10 dezembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2001**. Rregulamentação da Lei Nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XVII Nº 1 – 01 a 52 semanas epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim\\_Epidemiologico\\_AIDS\\_Ano\\_XVII\\_n\\_1\\_janeiro\\_dezembro\\_2003.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_AIDS_Ano_XVII_n_1_janeiro_dezembro_2003.pdf)>. Acesso em: 12 dezembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDST**. Ano I Nº 1 – 01ª a 26ª semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2004. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/BOLETIM2.pdf>> . Acesso em: 25 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. Secretaria de Vigilância em saúde. **Plano Estratégico**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. Secretaria de Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico – DST /AIDS 2007**. Janeiro a junho de 2007. Ano IV. N° 1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE6930...>> Acesso em: 25 novembro 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. **Programas nacional, estaduais e municipais**. Disponível em: <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico**. Ano III N° 01 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a julho de 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data>>. Acesso em: 07 julho 2011.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf)>. Acesso em: 15 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Texto da Norma Operacional Básica, 1993 In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao\\_196\\_de\\_10\\_10\\_1996.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf)>. Acesso em: 18 fevereiro 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. v. 3. Brasília: CONASS, 2011. 197 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 196. Texto Promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 14 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Data Sus. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. **Epidemiológicas e Morbidade**. Casos de aids identificados no Brasil. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em: 16 agosto 2010.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS - Datasus. **Informações em Saúde - Epidemiológicas e Morbidade**. Casos de AIDS notificados

no Brasil. Disponível em:

<<http://www.AIDS.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def.>> Acesso em: 28 janeiro 2010.

\_\_\_\_\_. Indicadores Demográficos. **Indicadores e dados básicos.**

2008. Disponível em

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#demog.>>. Acesso em: 24 fevereiro 2010.

\_\_\_\_\_. **Legislação e políticas públicas sobre drogas.** Brasília:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>>. Acesso em: 15 março 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 15 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080 , de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 09 abril 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Desafios para a equidade e o acesso.**

Brasília: MS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Controle da AIDS e DST- "AIDS I"-BRA 001/92 (1993-1997)**. Unidade de Assistência/Setor de Serviços Aids. Aids I. Relatório de Atividades. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_introducao.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_introducao.htm)>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em <[http://bravo.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/-protrav/ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127698.pdf](http://bravo.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/-protrav/ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf)>. Acesso em: 05 julho 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Plano Estratégico**. Programa Nacional de DST e AIDS. 2005. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_estrategico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf)>. Acesso em: 20 outubro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. **Programas nacional, estaduais e municipais**. 2009. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE>>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS Nº 2/92, Portaria Nº 234/92. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007. p.187-206.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica. INAMPS N° 1/91. Resolução N° 258 de 07 de janeiro de 1991. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007. p.171-186.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 05 fevereiro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1255/GM de 9 de julho de 2002**. Habilita os municípios do Estado de Santa Catarina, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1255.htm>>. Acesso em: 25 junho 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006**. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> Acesso em: 23 janeiro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.203**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Disponível em:  
<[http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001\\_96.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf)>. Acesso em: 20 abril 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2314, de 20 de dezembro de 2002**. Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST - n.º 01/2002. Disponível em:  
<<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/16461-2314>>. Acesso em: 19 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 236, de 2 de maio de 1985.** Aprova as diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/GM\\_P236\\_85aids.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/GM_P236_85aids.doc)>. Acesso em: 19 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007. p.315-420.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional. In: \_\_\_\_\_. **Diretrizes para Atenção à Saúde em HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.** Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Vitória: MS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.) **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2. ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007. p.281-314.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids.** Caderno do Aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 326-319, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 junho 2011.



\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Projeto de Controle da AIDS e DST-"AIDS I"-BRA 001/92 (1993-1997)**. Unidade de Assistência/Setor de Serviços Aids. Aids I. Relatório de Atividades. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_introducao.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_introducao.htm)>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria Nº 70, de 17 de julho de 1995**. Define hospital autorizado para cobrança dos procedimentos Tratamentos da AIDS -HOSPITAL/DIA. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_introducao.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_introducao.htm)>. Acesso em: 20 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria Nº 319, de 25 de setembro de 2009**. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial sob gestão estadual, e sob gestão dos municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal e aderidos ao Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/0319-%5B2745-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 23 setembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria Nº 2.792, de 15 de setembro de 2010**. Dá nova redação ao art. 2º da Portaria N. 2.048, de 3 de setembro de 2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e dispõe sobre sua consulta pública. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105471-2792.html?q=>>>. Acesso em: 01 fevereiro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria Nº 2.230, de 23 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a aplicação da Portaria Nº 2.048/GM, de 3 de setembro de 2009, que aprovou o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_2230.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2230.pdf)>. Acesso em: 26 maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde.

**Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento\\_sus\\_240909.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf)>. Acesso em: 15 junho 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde.

**Portaria Nº 2.669/GM/MS, de 3 de novembro de 2009.** Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Disponível em:

<[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669\\_versao\\_impresso.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impresso.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos:** uma abordagem inovadora para países em transição.

Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2006.

Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>>. Acesso em: 12 agosto 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

**Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

**A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Projeto **AIDS SUS-2011-2014**. Manual operacional. Brasília: MS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV e Aids. **Prevenção e trabalho**: manual de implantação e implementação de programas e projetos de prevenção ao HIV e aids no local de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids**: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS**: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 291 de 17 de junho de 1992**. Inclui e normatiza no SIH/SUS procedimentos referentes a tratamento da AIDS. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/>> Acesso em: 21 março 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em 25 jul 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria N.º 1071/GM, de 09 de julho de 2003.** Normas relativas aos recursos adicionais para Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento do Incentivo, para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1071.htm>>. Acesso em: 26 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretoria de Vigilância Epidemiológica.** ABC Redução de Danos. Florianópolis: SES, 2010.

BRAVO, M.I.; ROCHA, F.; MAKSUD, I. et al. **Políticas públicas de DST/AIDS e controle social no Estado do Rio de Janeiro:** capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS. Relatório. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

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

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Uberaba (Brasil): **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 34, n. 2, 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en)>. Acesso em: 20 julho 2011.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade em tempos de aids.** Brasília: UnB, 1996.

BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. n: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 163-170.

BURKE, P (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc.**, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAIAFFA, W.T. et al. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AJUDE-Brasil I and II Projects. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 771-782, 2006.

\_\_\_\_\_. The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. **Clin Infect Dis.**, v. 37, suppl. 5, p. S376-81, 2003.

CAIAFFA, W. T. **Projeto Ajude-Brasil. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos Redução de Danos Apoiados pela CN-DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. A assistência e a prevenção a AIDS no âmbito do SUS. In: PASSARELLI, C.A.; PARKER, R.; PIMENTA, C. et al. (Org.). **Assistência e prevenção à epidemia de AIDS no SUS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 25-32.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2010.

CARTA DE NATAL. In: CONGRESSO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, XX, Natal, 2004. **Anais...** Rio Grande do Norte: COSEMS, 2004.

CARVALHO, A. L. B. **O Decreto 7.508 e os aspectos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde.** Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/10/04/63-o-decreto-7-508-e-os-aspectos-da-regulamentacao-da-lei-organica-da-saude>>. Acesso em: 11 abril 2012.

CHEQUER, P. et al. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. **AIDS**, v. 6, p. 483-487, 1992.

CHEQUER, P. **Aids vinte anos** - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo, 2005. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE.htm>> Acesso em: 21 agosto 2011.

CHEQUER, P. Editorial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CHERCHIGLIA, M.L.; ACURCIO, F.A.; MELO, A.P.S. O desafio de construir a integralidade das ações de saúde mental e IST/AIDS no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas** Projeto PESSOAS. Brasília: ASCOM, 2008. p. 19-29.

CHIARADIA, C. F. **Uma história social da AIDS:** estudo de caso sobre a incidência da AIDS em Itajaí/SC. Dissertação (Mestrado em

Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, Brasília, 1998. 188 p.

COELHO, R.C.H.A.; ERDMANN, A.L.; SANTOS, E.K.A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 4, p. 506-515, 2006.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? **Revista n.º 26** - "Tóxicos e manias". APPOA. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2004. Disponível em <<http://www.appoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20Psican%20e%20redu%20de%20danos.pdf>> . Acesso em: 16 agosto 2011.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petropolis: Vozes/Abrasco, 1986.

COUTO, M.H. **Brasil**: A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia deHIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde. 2009. Disponível em <[portals.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task...](http://portals.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task...)>. Acesso em: 02 outubro 2011.

CREMONESE, E; SARAIVA, S.A.L. **Reestruturação da rede de atenção em saúde mental de Florianópolis, baseado na atenção primária**. Apresentação. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2008.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Aids**: Atendimento Inicial ao portador do HIV em Unidade Básica de Saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2007.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde**. Epidemiológicas e Morbidade. Casos de aids identificados no

Brasil. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>. Acesso em 16-08-11>. Acesso em: 12 junho 2011.

DE BONI, R. et al. Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e Porto Alegre. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000100001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 agosto 2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 29/07/2009> Acessado em: 20 agosto 2011.

DUARTE, G. et al. Sífilis – conhecida, desconhecida ou esquecida? **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 14, n. 3, p. 34-115, 2002.

FADEL, C.B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar./abr. 2009.

FASSIN, D. **Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises**. Paris: Karthala, 2000.

FERREIRA, ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 49-87.



FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Estadual de Educação. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. **Programa Saúde na Escola**. 2008. Disponível em <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22\\_10\\_2010\\_11.23.33.4c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.23.33.4c155e875fddfe5fc22692ff4d3a6404.pdf)>. Acesso em: 18 agosto 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde – DST/Aids. **Comunicação Interna: Quem somos? Onde estamos?** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. **Portaria Nº 15 de 15 de Julho de 1998**. Programa de Distribuição de Cestas Básicas. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Programa DST/Aids. **Cartilha de Redução de danos**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Institucional Redução de Danos em Usuários de Drogas**. Sobre a importância da Estratégia de Redução de Danos. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **História de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=historia&menu=5>>. Acesso em: 05 janeiro 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Portaria SS/GAB N° 283, de 06 de agosto de 2007**. Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

FONSECA, A.F.F. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade de atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-206.

FONSECA, M.G.P.; BASTOS, F.I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 333-343, 2007.

FRANÇA, M. S. J. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. **Interface** (Botucatu), v.12, n.27, p. 919-926, 2008.

FUNDAÇÃO AÇORIANA PARA O CONTROLE DA AIDS. **Histórico 03 de maio de 2008**. Disponível em: <[http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com\\_content&task=view&id=83&Itemid=36](http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=36)>. Acesso em: 07 julho 2011.

FURTADO, M.; PERES, K.G. Tendência da Transmissão Vertical da Aids após terapia anti-retroviral no Estado de Santa Catarina de 1994 a 2006. In: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS**. Florianópolis: DIOESC, 2010. p. 93-105

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GANDIN, N. **25 anos da epidemia de AIDS: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas.** 2009. Disponível em <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_AIDS/noticias/2009/Historico\\_25\\_anos\\_de\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_AIDS/noticias/2009/Historico_25_anos_de_Epidemia.pdf)>. Acesso em: 26 janeiro 2010.

GAPA. **Ata da Assembléia Geral Extraordinária de Formação do Grupo de Apoio a Prevenção a Aids de Florianópolis.** Florianópolis: GAPA, 1987. Acervo do GAPA. Consulta em: 12 março 2010.

GHIZZO FILHO, J. **Pronunciamento do Secretário de Saúde de Santa Catarina.** Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93. Florianópolis – SC. Organização: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programa Nacional de Controle da DST/Aids – MS. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

GIR, E. et al. Informação/educação em DST/Aids/sexualidade humana - um relato de experiência de 14 anos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.4, p. 291-96, dez.1998.

GOMES, O. Controle da Aids será definido. Estratégia contra a doença e criação de comissão estadual estão na pauta de encontro entre ONGs e municípios. **A Notícia**, 29 de janeiro de 1999. Disponível em: <<http://www1.an.com.br/1999/jan/29/0ger.htm>>. Acesso em: 20 janeiro 2011.

HOUAISS, A; VILLAR, MS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades.

**Informações de Florianópolis-SC.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 dezembro 2011.

IHRA. Associação Internacional de Redução de Danos. **O que é Redução de Danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em <[http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portugues\\_e.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portugues_e.pdf)>. Acesso em: 23 agosto 2011.

KOLLER, E.M.P. **Da vulnerabilidade ao protagonismo:** profissionais do sexo e caminhoneiros frente à AIDS. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LAGO, M.A. **Da marginalidade à tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

LE GOFF, J. **A história nova.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LIMA, A. L. L. M. et al. **HIV/AIDS:** perguntas e respostas. São Paulo: Atheneu, 1996.

LOPES, H.V. AIDS 2007: os novos dados, no Brasil e no mundo. **Rev Panamerican Infect.**, v. 9, n. 4, p. 65-66, 2007.

LUZ, P.M.; MIRANDA, K.C.L.; TEIXEIRA, J.M.C. As condutas realizadas por profissionais de saúde em relação à busca de parceiros sexuais de pacientes soropositivos para o HIV/AIDS e seus diagnósticos sorológicos. **Cienc Saúde Col.**, v. 15, supl. 1, p. 1191-1200, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dezembro

2011.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MAGAJEWSKI, F. R. L. A construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 1, p. 9-22, 2008.

MALISKA, I.C.A, et al. A aids em Santa Catarina/Brasil: um histórico dos vinte e cinco anos de epidemia. **Cadernos Saúde coletiva**, v. 19, n. 2, 2011.

MALISKA, I.C.A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MANN, J; TARANTOLA, DJM.; NETTER, TW. **A aids no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MARINO, S. R. A. Implantação do modelo assistencial em Santa Catarina é impulsionada pelo projeto Macrorregiões de Saúde. In: SANTA CATARINA, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Experiências Inovadoras.** Florianópolis: Gráfica IOESC, 2002.

MARKSON, L.E. Clinic services for persons with Aids: experience in a high-prevalence state. **J Gen Intern Med.**, v. 12, n. 3, p. 141-149, 1997.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 41-65, 2002.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 137-152.

MARTINS JÚNIOR, F. Análise do Processo de Implantação do SUS no Brasil e Propostas de Avanço com a Garantia dos Princípios Definidos Legalmente. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Brasília: CONASS, 2004. p. 62-86.

MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. Introdução. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (orgs.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 27-32.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 39-64.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

\_\_\_\_\_. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a**

**complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. **Rev Saúde Pub.**, v. 40, p. 143-151, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. (Org). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENDONCA, P.M.E.; ALVES, M.A.; CAMPOS, L.C.

Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, v. 9, n. 1, 2010.

Disponível em:

<<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5590&Secao=ARTIGOS&Volume=9&Numero=1&Ano=2010>>.

Acesso em: 10 dezembro 2011.

MESQUITA, F. Palestra proferida no Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. . In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS, Florianópolis, 30/06/93 a 02/07/93. **Anais...** Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

MIRANDA, A.F.B. **História da Aids em Santa Catarina:** características de uma epidemia. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX:** Tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO, V. B. **SUS:** Pacto Federativo e Gestão Pública. São Paulo: Hucitec/CESCO, 2007.

NEMES, M. I. B. et al . Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-2302009000200028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302009000200028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 310-321, 2011. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 outubro 2011.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.O. Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, L. A et al . Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, set. 2005. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 agosto 2010.

OLIVEIRA, O. V. Situação Epidemiológica da Mortalidade por AIDS em Santa Catarina. In: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Gerência Estadual de Controle de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico DST/Aids** .2001. Disponível em <[http://www.saude.sc.gov.br/inf\\_saude/not\\_comp/aids/Boletim.pdfArtigo](http://www.saude.sc.gov.br/inf_saude/not_comp/aids/Boletim.pdfArtigo)>. Acesso em: 18 outubro 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: Componentes Estruturais de Ação. Relatório Mundial. Doenças Não transmissíveis e saúde mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORTIGA, A. M. B. ; CONILL, L. M. Municipalização da Saúde: a trajetória no Estado de Santa Catarina. **R. Saúde Públ. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p 27-35, jan./jul, 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/5/74>>. Acesso em: 10 fevereiro 2010.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, 2005.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 91-122.

PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS**: Enfrentado a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.

\_\_\_\_\_. **A Construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA: IMS, UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 89-102, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 setembro 2009.

PEREIRA, A.V.; VIEIRA, A.L.S.; AMANCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-41, 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, S.D. **Conceitos e Definições da Epidemiologia utilizados na Vigilância Sanitária.** 2007. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf)>. Acesso em: 20 janeiro 2012.

PEREIRA, S.M. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis – 1989-1994.** Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro:

IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 65-112.

PORTO, C.B., BOGA; J. M.M. Investigando Doenças Sexualmente Transmissíveis. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 14, n. 3, p. 34-115, 2002.

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932001000400002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932001000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 agosto 2011.

RASERA, E. F.; LUCIA G. A atuação do psicólogo em ONG/AIDS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 3, set. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 setembro 2011.

REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; CRUZ, M. M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul-set. 2007.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

RODRIGUES JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba**, v. 37, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br.htm>>. Acesso em: 14 agosto 2006.

ROUQUAYROL, M. et al. **Epidemiologia e Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S. L. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 agosto 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/AIDS. **Plano de Ações e Metas**. 2009. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_AIDS/noticias/2009/PAM\\_AIDS\\_2009.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_AIDS/noticias/2009/PAM_AIDS_2009.pdf)>. Acesso em: 20 outubro 2009.

\_\_\_\_\_. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV E AIDS. **A epidemia de AIDS em Santa Catarina**. 2007. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2008/Situacao\\_da\\_AIDS\\_em\\_Santa\\_Catarina\\_Tendencias.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2008/Situacao_da_AIDS_em_Santa_Catarina_Tendencias.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei estadual Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998**. Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências. 1998. In: \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos**. Florianópolis: SES, 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização**. Governo do Estado de Santa Catarina, Março/2002. Plano diretor de regionalização: PDR 2002. Florianópolis: IOESC, 2002.

SANTA CATARINA. Secretaria Técnica da CIS. Ofício Nº 02791. **Resolução CIS 005 de 02 de junho de 1987**. Cria a Comissão Interinstitucional de Controle da Aids em Santa Catarina. Florianópolis: Estado de Santa Catarina, 1987.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados do SINANW – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Casos de Aids em adultos e crianças segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Fpolis, 1986-2011.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **25 anos da epidemia de Aids: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas.** Disponível em <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2009/Historico\\_25\\_anos\\_de\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/Historico_25_anos_de_Epidemia.pdf)> . Acesso em: 26 agosto 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS.** Florianópolis: DIOESC, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados do SINANW – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Casos de Aids em adultos e crianças segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Fpolis, 1986-2011.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/Aids. **Planejamento Estratégico de Santa Catarina – Relatório de Análise de Situação e Resposta.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde. 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da Aids.** Florianópolis: SEA/DGAO, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS.** Florianópolis: DIOESC, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/Aids. **Plano de Ações e Metas- 2009**. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2009/PAM\\_AIDS\\_2009.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/PAM_AIDS_2009.pdf)>. Acesso em: 20 outubro 2009.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos**. Florianópolis: SES, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde**. Florianópolis: IOESC, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Gerências Regionais de Saúde. **Diretrizes de Organização**. Florianópolis: IOESC, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano diretor de Regionalização: PDR 2008**. Florianópolis: IOESC, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 131/CIB/06, de dezembro de 2006**. Aprova a transferência da Programação Pactuada e Integrada da Assistência. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 066/CIB/07, de 20 de julho de 2007**. Aprova a adesão do município de Florianópolis ao Pacto pela Saúde. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 001/CIB/03, de 14 de fevereiro de 2003**. Aprova a indicação dos municípios catarinenses a receberem o incentivo Fundo a Fundo para as Ações de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 002/CIB/02, de 27 de maio de 2002.** Aprova ad referendum a indicação dos seguintes municípios catarinenses a receberem o incentivo Fundo a Fundo para as Ações em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 005/CIB/03, de 27 de março de 2003 a.** APROVA a pactuação da medicação para infecções oportunistas, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e de preservativos masculinos. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/Aids. **Planejamento Estratégico de Santa Catarina – Relatório de Análise de Situação e Resposta.** Florianópolis, 2000. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de\\_olho\\_na\\_saude/aids/relatório\\_planejamento\\_estrategico\\_sc](http://www.saude.sc.gov.br/cidadão/de_olho_na_saude/aids/relatório_planejamento_estrategico_sc)>. Acesso em: 14 agosto 2006.

SANTOS, C.O.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pub.**, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. A importância da Avaliação no Contexto das Políticas de Saúde no Brasil. In: SANTOS, E. M. (org.) **Dimensão sócio-histórica:** unidades didático-pedagógicas: políticas públicas de saúde, atitude social em avaliação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 11-20.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, 2010 v. 20, n. 3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 agosto 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Programa Estadual DST/Aids**. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2009.

SILVA, A.C.E.S., et al . Perfil do conhecimento sobre sexualidade e AIDS de profissionais de saúde que atuam nas equipes do Programa Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Cad Saúde Col.**, v.15, n. 2, p. 183-98, 2007.

SILVA, C.L.C. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 129-139,1998.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-74.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, I. F. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, ) Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

SLAFF, J.L.; BRUBAKER, J.K. **AIDS: a epidemia**. Guia completo. São Paulo: Abril, 1987.

SOUTO, M.C. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde



Pública da ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinelas Parturientes, Brasil, 2002. **Rev Saúde Pub.** v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004.

STANISE, V. L. **Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na Regional de Saúde de Campinas - São Paulo, Brasil.** Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2008.

TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, R.(org.) **Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997. p. 43-68.

TEIXEIRA, S.F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. p. 193-227.

TELLES, P. R.; BASTOS, F.I. Estratégias da Redução de danos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Drogas, Aids e Sociedade.** Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995. p. 109-113.

TELLES-DIAS, P.R. et al . Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 94-100, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102007000900015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000900015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 agosto 2011.

TEMPORÃO, J. G. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

**Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras.** 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

TEMPORÃO, J.G. Editorial. Resposta Positiva 2008: **A experiência do Programa Brasileiro de DST e Aids.** Ministério da Saúde. Programa DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

TOSTES, A. C. A. **Percepção do Desempenho Organizacional e Pessoal:** um estudo de caso nos serviços públicos de prevenção e assistência de Aids em Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

VENTURA, M. Instrumentos Jurídicos de Garantia dos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer:** drogas, aids e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 125-154.

VERSTER, A. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas:** drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 115-124.

VLAHOV, D; CELENTANO, DD. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resistance, and death. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p 705-718, abr. 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 agosto 2009.

WESTRUPP, M. H. B. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV:** contribuições acerca da cadeia epidemiológica de transmissão do HIV/Aids. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

WODAK, A. Redução de danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 55-72.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

### Perfil do profissional entrevistado:

Profissão:

Formação em pós-graduação:

Tempo de formado:

Data de entrada na Secretaria de Saúde de Florianópolis:

Setores em que trabalhou:

Como se deu o contato com o Programa DST/Aids/Assistência:

Tempo de permanência no programa/assistência em HIV/Aids:

Qual a(s) função(ões) desenvolvida (s) e atividade (s) relacionada (s):

- 1 - Quando foi registrada a primeira notificação de aids no seu município?
- 2 - Como foi a repercussão na época ?
- 3 - Qual o perfil de transmissão mais comum na época?
- 4 - Na época como estava estruturado o serviço de saúde no município?
- 6 - Existiam dificuldades em atender um paciente HIV positivo? De que ordem eram estas dificuldades?
- 7 - Que ações em resposta a epidemia foram adotadas na cidade? Quem e quais instituições iniciaram este movimento?
- 8 - Como foram estruturados os primeiros serviços em DST/Aids? A partir do Ministério da Saúde, da própria iniciativa do estado ou do município?
- 9 - Como eram financiadas inicialmente as ações em DST/Aids ?
- 10 - Que serviços de atendimento seu municípios estruturou para atender os sujeitos com DST/HIV/Aids?
- 11 - Quais foram as primeiras Ongs em Florianópolis?
- 12 - Como surgiram as primeiras Ongs? Quem liderou este movimento?
- 13 - Qual a importância das ONGs naquele momento inicial da epidemia?
- 14 - Qual a participação do Estado e do Ministério em relação a

política de DST/Aids no município?

15- Como o programa DST/Aids foi estruturado no seu município? De quem foi a iniciativa?

16 – Com a estruturação do Programa Municipal de Controle das DST/Aids, quais foram as primeiras ações adotadas?

17– Quais perfis de transmissão começaram a ser observados?

18 – Como a proposta de redução de danos chegou a cidade? De quem foi a iniciativa?

19 – Como foi financiado este projeto?

20 – Quais repercussões a proposta da RD causou na cidade?

21 – Quem era a favor e quem era contra a RD?

22 – Como a equipe foi selecionada e montada? Alguém prestou alguma assessoria?

23 – Como as autoridades na época receberam esta proposta?

24 – Qual a reação dos profissionais de saúde?

25 – Qual a relação da RD com a saúde mental? Como se deu esta aproximação?

26 – Qual a participação do Estado e do Ministério em relação a política de RD no município?

27 – Como se dá (deu) o acesso dos usuários do SUS aos serviços em DST/Aids no âmbito do seu município?

28 – Que ações são (eram) realizadas no âmbito da prevenção e da assistência, tanto no âmbito individual e coletivo?

29 - Esta assistência é (era) prestada por quem? Equipe multi/interdisciplinar? Quais profissionais são (eram) responsáveis pela assistência?

30 - As equipes estão (eram) completas? Tinham qualificação/habilitação na temática?

31 – Existe (ia) algum tipo de atendimento diferenciado a populações com condições sócio-econômicas menos favoráveis ou populações mais vulneráveis a contrair o vírus da Aids ou que apresentem maior dificuldade de seguir o tratamento?

32- Como você vê a responsabilidade e autonomia do município em relação a implementação de ações e serviços de saúde voltados a DST/Aids?

33- Como fica o acesso aos serviços de maior complexidade em seu município? Quais níveis de atenção estes usuários tem (tinham) acesso no município? Quais situações são (eram) encaminhadas para



referência? Onde é (era) a referência?

34 - Qual a política de referencia/contra-referência? Como ela se concretiza (concretizava)?

35 - Como os serviços de atenção básica (PSF, Saúde da Mulher, etc) tem participado das ações em DST/Aids? Esta interlocução tem ocorrido de que forma?

36 - Como você percebe a política de incentivo em relação as DST/Aids com financiamento próprio e exclusivo: esta forma de financiamento tem facilitado o processo de estruturação das ações em DST/Aids? Isto também tem facilitado o processo de descentralização das ações e incorporação a atenção básica?

37 - Como o programa DST/Aids estava organizado (estrutura administrativa e assistencial)?

38 - Qual o contexto do SUS na época?

39 - Como ocorreu o processo de reorganização do sistema de saúde no município? Porque?

40 - Antes da reorganização da VE vc percebia que os programas de saúde funcionavam compartimentalizados? O programa DST/ Aids era segregado dos demais programas?

41 - Como ficaram as atividades de prevenção (escola, empresa, idoso)?

42 - O pacto da saúde foi assinado em julho/2007. De lá pra cá , vc percebeu alguma mudança no sistema municipal de saúde? E em relação ao programa DST/Aids?

43 - o Plano de Saúde do Município (2007-2010) apresentou algumas modificações estruturais, como a consolidação das Regionais de Saúde no Organograma Oficial da Secretaria configurando-se em um novo desenho administrativo, e uma Gerência de Vigilância Epidemiológica que passou a coordenar todas as áreas técnicas envolvidas, dentre elas a Área de Agravos Crônicos Transmissíveis, na qual ficou vinculado o Programa Municipal DST/Aids. Um dos apontamentos deste plano é o atendimento dos pactes HIV assintomáticos na atenção primária. De lá para cá, como este processo evoluiu?

44 - Quais repercussões, na sua opinião, podem se dar com o atendimento do pcte HIV positivo na atenção primária? (vantagens / desvantagens)?

45- Como os profissionais da rede estão percebendo estes novos direcionamentos? Existem resistências?

46 - Em relação a dissolução do ambulatório e a formação de referências em infectologia, como vc vê este processo, quais vantagens e desvantagens?

47 – Entre 2007 e 2010, o que foi se modificando ao longo do tempo em relação a estrutura do programa e estrutura da assistência?

48 - Em relação ao PRD como vem sendo conduzida a questão da manutenção da equipe?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Isabel Cristina Alves Maliska, sou enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”**, que tem como objetivo geral: Compreender o desenvolvimento das políticas públicas de saúde relativas à aids no município de Florianópolis, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS. A justificativa deste estudo se pauta pelo fato que Florianópolis é um município que tem recebido destaque desde o início da epidemia, por seu perfil epidemiológico e pela persistência de altas incidências da doença até os dias atuais. Neste sentido, nos propomos a desenvolver um estudo através de uma perspectiva histórica, com o intuito que o mesmo sirva como instrumento de conhecimento e de trabalho para os profissionais e instituições envolvidas com a temática e comprometidas com a formulação de políticas públicas no combate a epidemia no estado. A sua participação consiste em participar de uma entrevista, buscando apreender sua experiência no período em que você colaborou como profissional ou gestor do Programa DST/Aids municipal, dentro do período estudado. Será lhe garantido privacidade, o sigilo de todas informações, o anonimato, a liberdade em desistir da pesquisa no momento em que desejar. Este estudo não oferece riscos a quem dele participar. Para qualquer dúvida/esclarecimento da pesquisa, ou desistência da mesma, você poderá me encontrar nos telefones (48) 9105-8963, (48) 3333-8574 e e-mail: [isabel.alves07@yahoo.com.br](mailto:isabel.alves07@yahoo.com.br). A orientação desta pesquisa está sendo realizada pela Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, que poderá ser contactada no telefone (048) 9962-4510 ou pelo e-mail: [padilha@ccs.ufsc.br](mailto:padilha@ccs.ufsc.br).

Assinatura do pesquisador principal:

Assinatura do Orientador:

---

Isabel Cristina Alves Maliska

---

Maria Itayra C. de S. Padilha

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010**”, e concordo em participar desta pesquisa, estando ciente que os dados coletados na entrevista serão utilizados para delineamento deste estudo.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura: \_\_\_\_\_

R. G.: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**



## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Logado como: **Pesquisador**, Olí Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (.....)

[Início](#) [Cadastrar Nova pesquisa](#) [Minhas Pesquisas](#) [Sair](#)

### Parecer Consubstanciado Nº: 592/10

**Data de Entrada no CEP:** 09/02/2010

**Título do Projeto:** A implantação das políticas públicas em DST/Aids em Santa Catarina: um estudo do período de 1985 a 2009

**Pesquisador Responsável:** Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

**Pesquisador Principal:** Isabel Cristina Alves Maliska

**Propósito:** Doutorado

**Instituição onde se realizará:** Outras

### Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

**Geral:** Compreender o desenvolvimento das políticas públicas de saúde relativas à aids em Santa Catarina, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS, do período de 1985 a 2009. Específicos: 1- Analisar como as políticas nacionais e estaduais foram implementadas nos programas municipais, em três municípios catarinenses eleitos por sua posição estratégica no estado e por sua estrutura organizacional, administrativa e assistencial em relação ao Programa DST/Aids municipal; 2- Analisar a articulação de políticas públicas em DST/Aids nos diferentes níveis de atenção, a luz dos princípios ideológicos e organizacionais do SUS. 3- Analisar a participação dos profissionais de saúde no processo de planejamento e implementação das políticas públicas voltadas a aids no Estado e municípios eleitos para o estudo.

### Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

**Breve introdução/Justificativa:** Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido durante o curso de doutorado em enfermagem da UFSC, que aborda as políticas públicas de saúde voltadas a aids no estado de SC, do período de 1985 a 2009, em que buscamos apreender como as políticas de saúde pública voltadas as DST/Aids vêm sendo articuladas com os princípios e diretrizes do SUS e implementadas em Santa Catarina. A justificativa deste estudo é que Santa Catarina tem recebido destaque desde o início da epidemia pelas altas incidências da doença que persistem até os dias atuais. Esperamos com este estudo obter um entendimento mais amplo deste processo e como ele foi construído ao longo de sua trajetória, e que este seja objeto de conhecimento e trabalho para instituições envolvidas com a temática e comprometidas com o combate à epidemia e a garantia que os preceitos do SUS sejam aplicados em todos os setores da saúde.

**Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido):** Estimam-se 30 a 35 sujeitos, entre gerentes do programa estadual e dos programas municipais em DSTAids, bem como profissionais que possam e queiram estar colaborando com a pesquisa, que trabalharam no Programa no período do estudo (1985-2009).

**Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa):** Serão entrevistados os gerentes da Gerência Estadual em DST/Aids e dos Programas Municipais das cidades de Florianópolis, Itajaí e Chapecó, dentro do período estudado, bem como profissionais que tenham apresentado uma colaboração expressiva nestes programas, que sejam indicados por estes gerentes, e que possam contribuir com os objetivos do estudo.

**Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa:** A entrevista será desenvolvida no local de trabalho destes profissionais, ou algum local escolhido pelos sujeitos da pesquisa, e que permita privacidade e tranquilidade para entrevista, tendo apenas a presença da pesquisadora e do sujeito da pesquisa.

**Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica):** Haverá apenas uma entrevista gravada com o consentimento do sujeito, em que desejamos apreender as experiências dos mesmos

avalia o projeto em que atua e gerente do programa DST/Aids ou profissional que colabora/ou neste programa. Não são previstas outras intervenções.

**Parâmetros avaliados:** Será utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada a fim de identificar a como os princípios do SUS tem sido articulados no Programa DST/Aids, buscando tratar do tema através de uma perspectiva histórica.

**"Outcomes":** Espera-se que através desta pesquisa se possa identificar em como as políticas de saúde voltadas a aids se constituíram no estado e nos municípios eleitos para o estudo, e como vem se articulando com os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam, de universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização.

**Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:** Este estudo não oferece riscos aos participantes do estudo.

**Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento:** O recrutamento dos sujeitos será através dos Departamentos pessoais do Estado e dos municípios escolhidos para o estudo, que constem o histórico dos gerentes dos programas DST/Aids, e onde estes gerentes estão lotados no momento da pesquisa. Após obtido estes nomes, a pesquisadora fará um contato que pode ser pessoal como telefone, em que será feita a apresentação da pesquisadora, explicação inicial da pesquisa, convite para participação do estudo e agendamento de um encontro no local que o sujeito desejar. Neste encontro, a pesquisadora deve explicar ao sujeito novamente o que é a pesquisa e quais seus objetivos de forma simples e clara, realizar a leitura do termo de consentimento livre esclarecido, e assinatura do documento se o sujeito oficialmente concordar em participar da pesquisa para finalmente realizar a entrevista.

**Estao os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim**

**Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?** Os sujeitos poderão entrar em contato via telefone ou e-mail da pesquisadora, explicitados no termo de consentimento livre e esclarecido.

#### Ultimo Parecer enviado:

Enviado em: 19/02/2010

#### Comentários

Projeto bem delimitado e escrito adequadamente. Tem relevância social e academica e atende aos requisitos éticos propostos pela legislação vigente.

#### Parecer

Aprovado "ad referendum"

#### Data da Reunião

22/02/2010





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 592

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 592

FR: 315996

TÍTULO: A implantação das políticas públicas em DST/Aids em Santa Catarina, um estudo do período de 1985 a 2009

AUTOR: Maria Haysa Coelho de Souza Padilha, Isabel Cristina Alves Maliska

FLORIANÓPOLIS, 22 de Fevereiro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portele de Souza  
 Coordenador do CEP/PRPe/UFSC



## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DA PESQUISA PELA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV E AIDS



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV E AIDS



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Gerência Estadual em DST/Aids, tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **"A implantação das políticas públicas em DST/AIDS em Santa Catarina: um estudo do período de 1985 a 2009"**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 03 de fevereiro de 2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Antônio da Silva'.

Luis Antônio da Silva

Diretor da Vigilância Epidemiológica  
Secretaria de Estado da Saúde de SC



## ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DA PESQUISA PELO DEPARTAMENTO DE INTEGRAÇÃO E SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Integração Ensino Serviço

### COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício N° 28/2010

Florianópolis, 27 de agosto de 2010

Para: Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "A Implantação das Políticas Públicas em DST/AIDS em Santa Catarina: Um Estudo no Período de 1985 a 2009", enviado por V<sup>as</sup> S<sup>as</sup> a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde.

Certas de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 3239-1593.

Atenciosamente,

**Maria Francisca dos Santos Daussy**

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

SMS - PNF