

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL DOUTORADO

LUCIANE PINHEIRO JARDIM

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO HIV/AIDS NO SUS-
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO DAS AÇÕES ENTRE RIO
GRANDE DO SUL E PERNAMBUCO**

SÃO LEOPOLDO

2018

Luciane Pinheiro Jardim

A descentralização da Política de Atenção ao HIV/AIDS no SUS-Sistema Único de Saúde:
estudo comparativo das ações entre Rio Grande do Sul e Pernambuco

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção de título de Doutora em Ciências
Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Rogério Lopes

Coorientador: Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes

São Leopoldo

2018

Dedico este trabalho:

À minha família, em especial, ao meu filho Breno, aos meus professores, aos meus colegas e amigos pelo apoio, incentivo e respeito.

Aos militantes do MSLA e os amigos da RNP+Brasil pela coragem de lutar pelo direito à vida.

Aos profissionais de saúde que são comprometidos e trabalham para o enfrentamento da epidemia.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para construção deste trabalho, deixo registrada minha gratidão e lembrança de que são todos importantes para mim.

Aos meus pais (em memória): Antônio, pela vida, e Reinaldo pelo cuidado, pela educação, para que eu chegasse até aqui.

À minha mãe, Marlene, pela vida, pelo exemplo, pelo amor incondicional e pelas orações; e às minhas irmãs: Rose e Daniela, pelo amor, carinho e apoio.

Ao meu esposo, Gilnei, pelo incentivo, escuta, compreensão, companheirismo em conviver comigo nesses quatro anos, abdicando de vários momentos para estar sempre ao meu lado.

À minha filha Aminie, pela escuta, orações e incentivo a realizar este sonho, aos meus netos, Marco Antônio e João Pedro, pelo amor incondicional, pela alegria de receber o título de “vovó”.

Ao meu filho Breno, por me desafiar a cada dia a acreditar na esperança de viver, me dando coragem de ser mãe.

Aos professores José Rogério Lopes e Breno Augusto Souto Maior Fontes pelas orientações, que incentivaram-me a superar dificuldades, pela compreensão e tranquilidade nos momentos de dúvidas e inquietações. O resultado deste trabalho se deve, em grande parte, ao estímulo dado por vocês.

Ao Pe. José Ivo Follmann, que acompanha e contribui para a minha formação acadêmica desde a graduação até a chegada ao doutorado.

Às professoras Maristela Riva Knauth, Noeli Klein Varela (em memória), Jussara Gue Martini e Miriam Dazzi, por serem referência e base para eu chegar até o doutorado. Meu reconhecimento e gratidão por toda ajuda nos momentos de dificuldades.

Ao professor Nadir Lara Júnior que me acompanhou no mestrado, por me instigar, incentivar e ensinar a superar barreiras de aprendizagem, me empoderando na nova condição como socióloga.

Ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Sociais, em especial, à Maristela Simon, pela atenção e sugestões nesses anos.

Ao Movimento Social de Luta contra AIDS do Rio Grande do Sul, a Articulação AIDS Pernambuco e Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/AIDS, pela receptividade, pelas aprendizagens, pela confiança, pelo exemplo de luta em defesa do SUS e persistência na busca por direitos.

Aos profissionais de saúde das Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre e Recife, e das Secretarias Estaduais de Saúde do Rio Grande do Sul e Pernambuco, pelareceptividade à proposta de estudo, pelas aprendizagens, e pela confiança com que me receberam contribuindo para realização deste trabalho.

À Equipe diretiva da Escola Municipal Capitão Gentil Machado de Godoy e colegas, professoras e professores, pelo carinho e incentivo.

À Capes por me proporcionar acesso ao Mestrado e ao Doutorado concedendo o meu direito ao estudo e à pesquisa.

“O maior ato de amor não é somente dar a vida a alguém, mas sim ter o cuidado constante para que esse alguém se mantenha vivo!” (Luciane Jardim)

RESUMO

A presente proposta de tese de doutorado visa, por meio de um estudo comparativo, compreender como os governos estaduais do Rio Grande do Sul e de Pernambuco; os governos municipais de Porto Alegre e de Recife (representados pelos gestores dos programas estaduais e municipais de DST/HIV/AIDS e profissionais de saúde); e da mesma forma, os representantes do Movimento Social de Luta contra AIDS–Fórum ONG/AIDS/RS e Articulação AIDS/PE; percebem as condições de efetividade da proposta de mudança, no modelo de atenção especializada ao HIV/AIDS, para o Serviço de Atenção Básica. Para esse estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa no campo das Ciências Sociais, através de um estudo comparativo, no qual os procedimentos metodológicos utilizados foram: a entrevista semiestruturada, a análise documental, o diário de campo e a observação participante, e como técnica de análise de dados, foi realizada uma análise comparativa qualitativa. A partir dos dados coletados, verificou-se que a proposta do Ministério da Saúde em descentralização do HIV para Atenção Básica, está em andamento no estado do Rio Grande do Sul e Porto Alegre, embora apresentem limitações, enquanto que, em Pernambuco e Recife, o processo não foi implantado, devido à fragilidade dos serviços de Atenção Básica. Contudo, considera-se que para a implementação ou manutenção, desta estratégia de compartilhamento do cuidado, deve haver, além da vontade política e gerencial, o financiamento para fomentar as ações necessárias, bem como, a concessão de direito de acesso universal aos serviços de saúde.

Palavras chaves: Política pública. Política de HIV/AIDS. Descentralização.

ABSTRACT

The present proposal of doctoral thesis aims by means of a comparative study to understand how the state governments of Rio Grande do Sul and Pernambuco; the municipal governments of Porto Alegre and Recife (represented by managers of state and municipal STD / HIV / AIDS programs and health professionals); and in the same way, the representatives of the Social Movement of Fight against AIDS - NGO / AIDS Forum / RS and Articulation AIDS/PE; perceive the conditions of effectiveness of the proposal of change, in the model of specialized attention to HIV/AIDS, for the Basic Attention Service. For this study, a qualitative research was conducted in the field of Social Sciences, through a comparative study, in which the methodological procedures used were: semi-structured interview, documentary analysis, field diary and participant observation, and as analysis technique a qualitative comparative analysis was performed. From the data collected, it was verified that the Ministry of Health's proposal for decentralization of HIV for Basic Care is in progress in the state of Rio Grande do Sul and Porto Alegre, although there are limitations, while in Pernambuco and Recife the process was not implemented due to the fragility of Primary Care services. However, it is considered that for the implementation or maintenance of this strategy of sharing care, there should be, beyond the political and managerial will, the funding to foster the necessary actions, as well as the granting of universal access rights to health services.

Keywords: Public policy. HIV/AIDS policy. Decentralization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Serviços de Saúde DST/AIDS no RS	117
Figura 2 - Distritos Sanitários de Porto Alegre 2017	120
Figura 3 - Regiões de cobertura de testagem rápida em PE	131
Figura 4 - Distritos Sanitários de Recife	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Gestores federais da política de AIDS	108
Quadro 2 - Gestores da AIDS no RS	119
Quadro 3 - Gestores da AIDS em POA	123
Quadro 4 - Gestores da AIDS em PE	132
Quadro 5 - Gestores da AIDS em Recife	137
Quadro 6 - Quadro resumo de POA/RS	150
Quadro 7 - Quadro resumo de Recife/PE	154

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Testagem de HIV nas UBS em Recife	136
Tabela 2 - Resumo global da epidemia 2016	142
Tabela 3 - Municípios com maior incidência em HIV/AIDS no BR	145
Tabela 4 - Municípios com maior incidência em HIV/AIDS em PE	146
Tabela 5 - Municípios com maior incidência em HIV/AIDS no RS.....	147

LISTA DE ABREVIACÕES OU SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS
ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AHF	AIDS Healthcare Foundation
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
BEMFAM	Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAMS	Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CE	Ceará
CHERGS	Centro dos Hemofílicos do estado do Rio Grande do Sul
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIEVS	Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNAIDS	Comissão Nacional de IST/AIDS
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação Sorológica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDS	Divisão de Dermatologia Sanitária
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EC	Emenda Constitucional
EMC	Equipes do Melhor em Casa
ENONG	Encontro Nacional de ONG, Redes e Movimentos Sociais de Luta contra a AIDS

ESF	Equipes de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do RS
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
GPA	Programa Global de AIDS
GIV	Grupo de Incentivo à Vida
HD	Hospitais-Dia
HHS	Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula T Humana
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MSLA/RS	Movimento Social de Luta contra AIDS
NEPAIDS	Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica
OGU	Orçamento Geral da União
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Programa Global de AIDS
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSS	Orçamento de Seguridade Social
PAB	Piso Assistencial Básico
PAM	Plano de Ações e Metas
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PE	Pernambuco
PEP	Profilaxia Pós-Exposição Sexual

PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PN/IST/AIDS	Programa Nacional de Infecção Sexualmente Transmissíveis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POA	Porto Alegre
PPI	Programação Pactuada Integral
PreP	Profilaxia Pré-Exposição Sexual
PRN	Partido da reconstrução Nacional
PS	Profissionais do Sexo
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica/RS
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/AIDS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REC	Recife
REDUC	Rede Nacional de Redução de Danos
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
RNP+ Brasil	Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/AIDS
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Atendimentos Especializado
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SICLOM	Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPE	Secretaria de Projetos Especiais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UCSF/EUA	Universidade da Califórnia/Campus São Francisco nos Estados Unidos
UD	Usuários de Drogas

UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio do Sinos
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O Interesse no Tema e a Delimitação do Objeto.....	20
1.2 Procedimentos Metodológicos de Pesquisa e Análise.....	22
1.3 Da Estrutura da Tese	29
2 A REVISÃO TEÓRICA	31
2.1 Políticas Públicas: conceitos e modelos.....	33
2.2 Modelo do Múltiplos Fluxos e do Equilíbrio Pontuado	39
2.3 A Política de Descentralização no Brasil.....	43
2.4 Descentralização e Participação	48
2.5 A Criação do SUS e o Princípio da Descentralização da Política de Saúde.....	50
2.6 A Gestão do SUS para União, os Estados e Municípios.....	55
2.7 A Política de Atenção Básica	57
2.8 A Política de Vigilância em Saúde	59
3 A POLÍTICA DE AIDS	62
3.1 A AIDS e a Mobilização pela Resposta à Epidemia	63
3.2 O Processo de Descentralização da Política de AIDS.....	82
3.3 A Descentralização do Atendimento ao HIV/AIDS.....	96
4 OS CONTEXTOS REGIONAIS.....	110
4.1 As Particularidades da Política de AIDS no Rio Grande do Sul.....	110
4.2 As Particularidades de Porto Alegre	119
4.3 As Particularidades de Pernambuco.....	124
4.4 As Particularidades de Recife.....	132
4.5 A Constituição e o Papel do Movimento Social de Luta Contra AIDS de Pernambuco e do Rio Grande do Sul	138
4.6 O Perfil da Epidemia: mundial, nacional, regional e local.....	142
5 ANÁLISE DE DADOS.....	149
5.1 Quadro Comparativo	149
5.2 Análise de Dados Comparativa	157
5.2.1 A Participação dos Atores	158
5.2.2 As Percepções dos Atores	168
5.2.3 Os Efeitos do Novo Modelo de Atenção	181
5.2.4 As Relações entre os Atores	191

5.2.5 Os Limitadores do Compartilhamento do Cuidado.....	200
5.3 Diálogo entre a Teoria e a Prática.....	223
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
REFERÊNCIAS	237
APÊNDICE A - PROPOSTA DE ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA	246
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	247
ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 235/14 – CIB/RS	248
ANEXO B - RESOLUÇÕES DO CES 2014 - PUBLICADAS	251
ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 582 DE 11 DE JUNHO DE 2014	252

1INTRODUÇÃO

Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), divulgado no dia 16 de julho do ano de 2014, a epidemia da AIDS, no cenário mundial, nos últimos oito anos, estava em queda de 27%, enquanto no Brasil vinha crescendo em 11% o número de novos casos e mortes associados à doença. Representantes do governo justificavam esses índices a uma maior oferta de teste e uma melhor notificação de novos casos; por outro lado, os dados também demonstravam a lacuna dos serviços de saúde, no que tange às ações de prevenção.

Essa tendência do país, contrária à realidade global, incitou questões a serem respondidas, o que motivou a proposta para realização deste estudo de doutorado, em que, a partir de uma pesquisa qualitativa, no campo das Ciências Sociais, buscou-se contribuir para uma reflexão mais profunda sobre a descentralização da política de assistência ao HIV, no contexto atual.

Ao ultrapassarmos a terceira década convivendo com a AIDS pode-se perguntar: Será que as respostas dadas à epidemia foram adequadas? A multiplicidade de tentativas de respostas soma-se à própria complexidade que a infecção veio desenhando até hoje. A cada momento que passa, sua dinâmica torna-se mais complexa e mutante, e, na medida em que se dissemina, vai compondo um mosaico de epidemias menores, que exigem outras diferentes respostas.

Sabe-se que a política de HIV/AIDS, no que refere-se a resposta brasileira à infecção vem passando por transformações. Predominantemente, a política de atenção ao HIV/AIDS, esteve vinculada aos serviços de Atendimento Especializado, contudo, nos últimos anos, o Ministério da Saúde veio construindo estratégias de aproximação da política do HIV/AIDS, com o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo iniciou com a descentralização da testagem rápida, até chegar a proposta de mudança do modelo de atenção especializado, para o modelo matriciado, no qual a Atenção Básica passou a exercer o papel de ordenadora do cuidado e reguladora do fluxo de atendimento ao HIV.

A estratégia do compartilhamento do cuidado do portador do HIV, entre o serviço de Atenção Básica e o Serviço de Assistência Especializado foi a única forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e à assistência ao HIV. A condição crônica da doença, de fácil manejo clínico com o uso de terapias simplificadas, a capilarização dos serviços de Atenção Básica, nas últimas décadas, e os sérios problemas enfrentados nos Serviços Especializados culminaram no redirecionamento do fluxo de atendimento ao HIV, pela principal porta de entrada do SUS. (BRASIL, 2014).

Apesar dessa estratégia já vir sendo implementada, em alguns municípios como: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Curitiba, entre outros, surgiu por parte do Movimento Social de Luta contra AIDS/RS, a preocupação em relação a mudança no modelo de atenção. Tal receio foi constatado durante a pesquisa de dissertação do mestrado de Jardim (2013), que, por sua vez, instigou a realização desta proposta de pesquisa de doutorado no Rio Grande do Sul, em comparativo com Pernambuco.

A escolha do estado gaúcho se deu devido os indicadores da pesquisa de mestrado da pesquisadora. Já a opção do estado pernambucano foi motivada em primeiro lugar, pela participação do professor Breno Augusto Souto Maior Fontes, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, que é o coorientador deste estudo, e, em segundo lugar, porque Pernambuco manteve a assistência ao HIV nos Serviços de Atendimento Especializado, contrastando com o Sul do país.

Desse modo, esta tese visa, por meio de um estudo comparativo, compreender como os governos estaduais do Rio Grande do Sul e de Pernambuco; os governos municipais de Porto Alegre e de Recife (representados pelos gestores dos programas estaduais e municipais de DST/HIV/AIDS e profissionais de saúde); e, da mesma forma, o Movimento Social de Luta contra AIDS–Fórum ONG/AIDS/RS e a Articulação AIDS/PE; percebem as condições de efetividade da proposta de mudança, no modelo de atenção especializada ao HIV/AIDS, para o Serviço de Atenção Básica.

A pesquisa também objetivou: verificar como os representantes do Estado e do MSLA entendem os efeitos em relação ao acesso dos pacientes ao serviço público de saúde, na rede de Atenção Básica; identificar quais os limitadores e/ou obstáculos que interferem na efetivação da descentralização do atendimento ao HIV; compreender como se estabelece a relação do Estado, nas três esferas de governo, com o Movimento Social de Luta Contra AIDS acerca da reformulação na política de atenção; e descobrir o grau da participação desses atores sociais e governamentais no processo decisório.

Acredita-se, que é importante a incorporação do tema sobre política pública, em especial à política de HIV/AIDS, na agenda de pesquisa, a medida em que se faz-se necessário trazer à discussão acadêmica, as formas que Governo Federal pensa essa política. Pesquisas comparativas são cruciais para se compreender-se as interfaces do processo de como as políticas são (re)formuladas e como são implementadas, levando em conta as particularidades de cada região. É preciso considerar que o Brasil é um estado federativo, no qual a maior concentração de poder legislativo está na esfera federal, e que existem diferenças regionais e locais que podem interferir, ou não, no momento de sua implantação. (SOUZA, 2003).

Considera-se ainda, a relevância do tema de pesquisa, para trazer ao cenário acadêmico os registros da proposta de mudança que ocorre no modelo de atenção ao HIV, dentro do SUS e do ressurgimento da epidemia da AIDS, em alguns estados brasileiros. E, deste modo, reconhecer, a partir das percepções dos atores sociais e governamentais, como se dão os desdobramentos dessa proposta, nas práticas de saúde de dois estados de extremos territoriais, Rio Grande do Sul (RS) e Pernambuco (PE).

A pesquisa foi realizada através de um estudo comparativo entre os atores sociais envolvidos - MSLA e Estado, na região Sul (RS) e na região Nordeste (PE). Com esse estudo será possível reconhecer como, nas diferentes regiões, os governos locais administram a proposta da descentralização da atenção do HIV/AIDS, respeitando, às particularidades regionais de simetria ou assimetrias da gestão dos serviços públicos voltados à infecção; e as implicações que envolvem o processo democrático¹ para a efetivação do novo modelo. As semelhanças e/ou diferenças, entre as regiões se dão através da percepção dos atores envolvidos, neste caso, gestores locais e movimento social.

Com relação às técnicas utilizadas para alcançar os objetivos desta pesquisa contou-se com: a realização de 19 entrevistas semiestruturadas como principal corpus de análise; seguidos da análise de documentos; do registro do diário de campo; e da observação participante. Como técnica de análise de dados foi utilizada a análise comparativa qualitativa, embasada no princípio da correspondência e diferenças entre os campos de estudo.

O trabalho de campo, desenvolvido nos dois estados, foi dividido em três etapas: 1) realização de visitas para a apresentação e apreciação do projeto de pesquisa; 2) participações em reuniões e eventos e 3) realização da coleta de dados. A escolha dos entrevistados foi por meio de indicações dos próprios participantes, desta forma foram selecionadas as entrevistas consideradas peças-chaves para essa investigação.

As entrevistas foram gravadas, individualmente, seguindo os critérios éticos exigidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sobre os objetivos, métodos e contribuições para a política de HIV/AIDS, foi assegurado à confidencialidade do participante, e, com sua autorização, foi gravada a entrevista. Para assegurar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados pelo local de atuação, seguido de um número indicando a correlação de função, ou, ainda, pela função que exercia.

¹ Considera-se que um regime político democrático é aquele em que há a participação direta através de representantes da sociedade civil nos conselhos deliberativos, na (re)formulação e implementação das políticas públicas.

Durante a investigação surgiram alguns desafios como: a responsabilidade com os dados obtidos; a delimitação das informações, frente a um vasto corpus de dados; e, também, as poucas publicações em relação ao tema de pesquisa, que fez com que se recorresse ao uso de fontes orais² e pesquisa em sites de informações, principalmente, para a construção histórica da epidemia, nos contextos regionais.

Entretanto, a maior dificuldade esteve em manter o distanciamento da pesquisadora com o objeto de estudo. Esse foi o exercício diário mais árduo. O ato de escutar, transcrever, ler e reler as entrevistas foi profundo, intenso, mexeu com sentimentos e casou incômodo. O que antes pairava no imaginário, passou a fazer parte de um recorte de duas realidades. O contraditório e as evidências antes desconhecidas, passaram a fazer parte da busca de respostas para soluções que escapam das mãos. O desafio da AIDS é tão grande que, algumas vezes, coloca o pesquisador à frente de dificuldades, aparentemente, intransponíveis.

1.1 O Interesse no Tema e a Delimitação do Objeto

Minha trajetória até ingressar na universidade foi difícil. Concluí o ensino fundamental somente aos vinte cinco anos, apesar de gostar muito de estudar. Durante a infância vivi num contexto social de grande dificuldade financeira, logo, frequentar a escola, era algo que necessitava ficar em segundo plano, uma vez que a prioridade, na época, era trabalhar para contribuir no alimento e sustento da família. Depois de treze anos afastada dos estudos despertei, retornei e não quis mais parar.

Encarei a conclusão do Ensino Fundamental como um propulsor, de tamanha paixão pela oportunidade de aprender. Meu esposo e minha filha me incentivavam a prosseguir, mesmo em meio as dificuldades, conforme surgiam as oportunidades, eu seguia avançando. Em 1997 cursei o Ensino Médio, através do incentivo de uma bolsa de estudo no Supletivo Mauá, em Porto Alegre. E, a partir da indicação do professor Malafaia, ganhei Supletivo um curso intensivo de pré-vestibular, como estímulo a cursar a graduação e também em reconhecimento pelo meu esforço em tirar as melhores notas.

Fiz vestibular na Unisinos e ingressei no curso de Pedagogia. Na universidade não foi menos difícil, afinal, nem minha família e nem eu tínhamos uma situação financeira melhor, logo, não havia mais condições de continuar o curso e manter as mensalidades, transporte, xerox e minha alimentação que sempre ficava em último lugar. Novamente, encontrei professores que me ajudaram de múltiplas formas a chegar até aqui: Maristela Riva

² Ver: Ricoeur (1997).

Knauth, Noeli Klein Varella (in memoriam), Jussara Gue Martini, Miriam Dazzi e Padre José Ivo Follman.

Ganhei bolsa de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do RS (FAPERGS), o que somou muito, me oportunizando cursar toda a graduação. Sendo bolsista, me envolvi em projetos de pesquisa ligados ao tema da prevenção da AIDS, apresentei diversos trabalhos na área, participei de seminários e eventos, o que me levou a conhecer muitas instituições, tanto acadêmicas, quanto não-governamentais, abrindo caminhos e contatos com muitas pessoas.

No ano de 2001 me formei no curso de Pedagogia, da Unisinos, mas continuei na universidade envolvida com os projetos da pesquisa, que abrangiam ações em 10 diferentes escolas e cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA). Numa dessas atividades fui com alunos de uma das escolas públicas atendidas, que participavam do projeto da pesquisa, de nome Multiplicadores em Prevenção as DST's/HIV/AIDS, fazer uma visita a um abrigo de crianças soropositivas, a Clínica Esperança, em Porto Alegre.

Foi na Clínica Esperança que minha filha e eu conhecemos um menino de cinco anos, chamado Breno. Desde a primeira visita formamos um laço afetivo bastante forte com ele. E, juntamente com meu esposo optamos por seguir acompanhando-o e dar entrada num processo de adoção, aprovado e concluso no final do ano de 2007. Hoje, o Breno faz parte da nossa família. Desde que chegou me dedico a seu cuidado diário, ele tem uma mãe à disposição, que o ama incondicionalmente. Meu filho veio para me ensinar a superar medos, ter forças para lutar, estudar e somar no enfrentamento da epidemia.

Em 2002, participei como supervisora da pesquisa: Análise de demanda por ações de prevenção de HIV/AIDS no Sul do Brasil, desenvolvida pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), oriunda do Estado do Rio de Janeiro. A partir da supervisão tive a incumbência de realizar o mapeamento das ONG/AIDS do RS, e, desta forma, foi-me oportunizada uma aproximação junto ao Movimento Social de Luta contra AIDS no RS.

Com o conhecimento do trabalho das ONG fui até a professora Jussara Gue Martini e colegas bolsista do projeto, com a sugestão e sonho de fundar uma ONG no município de Alvorada. A intenção foi contribuir no enfrentamento da AIDS, na minha cidade. Naquele ano, Alvorada estava em quinto lugar no Estado, em incidência de HIV. Em março de 2003 fundamos a Educativa: Ação para Saúde, Educação e Cidadania em Alvorada, e começamos a trabalhar na prevenção da AIDS do município à RMPA.

Durante cinco anos atuei na presidência do conselho diretor da Educativa, na coordenação e execução de projetos, também representei a instituição nas instâncias de

controle social, entre elas a participação, no Conselho Estadual de Saúde do RS, na Comissão de DST/AIDS e no Fórum ONG AIDS/RS. Em 2008, com a adoção do Breno, que apresentava um quadro clínico muito grave de coinfeção por tuberculose, desnutrição, infecções nos ouvidos devido perfuração de tímpano, feridas pelo corpo e psoríase cutânea, me distanciei aos poucos das atividades da ONG, me dedicando ao cuidado, sobrevivência e recuperação do meu filho, que hoje tem 21 anos e está com carga viral indetectável. E todas essas experiências e vivências só me incentivaram ainda mais aos estudos.

Em 2011, participei da seleção para Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unisinos e fui aprovada. A proposta da dissertação foi a realização de uma pesquisa sobre a construção da identidade coletiva do Movimento Social de Luta contra AIDS do RS, dessa vez fui bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nas visitas de campo, realizadas no Fórum ONG/AIDS, para o Mestrado surgiram discussões acerca da descentralização da assistência ao HIV, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Os integrantes do movimento demonstraram grande preocupação com os rumos que essa medida poderia causar. E assim, através das falas e conversações nas reuniões foram surgindo vários questionamentos, o que estimulou a proposta de um estudo comparativo e realização do presente doutorado.

1.2 Procedimentos Metodológicos de Pesquisa e Análise

A proposta desta tese foi realizar uma pesquisa qualitativa, por meio de um estudo comparativo, entre a perspectiva do Estado (gestores estaduais e municipais da Política de AIDS do RS/POA e PE/Recife e profissionais de saúde) e, a do MSLA (representantes do Fórum ONG/AIDS do RS e Articulação AIDS de PE), sobre a descentralização do atendimento de HIV/AIDS, no SUS.

Predominantemente, a assistência ao HIV/AIDS foi prestada pelo Serviço de Atendimento Especializado, e, a partir de 2014, surgiu a diretriz do Departamento Nacional de Saúde estabelecendo cinco passos para o manejo clínico da infecção pelo HIV, na Atenção Básica. Perante essa mudança, no fluxo de atendimento, compreende-se a relevância dessa investigação.

Conforme Minayo (2007), entendeu-se que a proposta de desenvolver uma pesquisa qualitativa possibilitaria responder a questões muito particulares de cada região, considerando aspectos específicos do processo, que não teriam como ser mostrados de forma quantificada.

Nas Ciências Sociais, e, particularmente, nesta proposta de pesquisa, a metodologia qualitativa vai auxiliar na verificação, de maneira mais aprofundada, do universo dos significados, das motivações, e das práticas do entorno da política de atenção ao HIV/AIDS compreendendo como os atores³ (gestores públicos, profissionais de saúde e representantes do movimento social) pensam e envolvem-se no processo de (re)formulação da Política Atenção ao HIV.

Ainda, segundo Minayo (2007), a primeira etapa contou com uma análise social, em que definiu-se os sujeitos sociais que foram pesquisados. Para esta definição tomou-se bastante cautela, a fim de que a amostra não prejudicasse o resultado da pesquisa, apontando, por exemplo, resultados que não condiziam com a realidade. A amostragem foi realizada com base numa parte da população da pesquisa, e, para que esta fosse considerada representativa, foi preciso apresentar as mesmas características gerais da população da qual foi extraída.

Com isso, tomou-se o cuidado, no momento de definição da amostragem, de considerar as características dos atores envolvidos, bem como a quantidade de entrevistados pesquisados. No caso do estudo qualitativo sugeriu-se que o número de entrevistados não fosse muito grande, ao contrário do que exige uma pesquisa quantitativa, mas sim suficiente para que o pesquisador tivesse uma amostra/corpus capaz de responder ao seu objeto de estudo.

A partir da contribuição de Minayo (2007), para cumprir com os objetivos da pesquisa compreendeu-se que era necessária uma amostra representativa, que levasse em consideração a estrutura que envolvia o objeto de estudo, ou seja, a condição e posição dos atores envolvidos no processo relacionado à (re)formulação da Política de AIDS. Deste modo, foi proposta a escolha de características que estabelecessem correlações de serviços ou funções, dentro de suas instituições, para que fosse obtida uma equidade entre os participantes, permitindo certa reincidência de informações, sem desprezar as contradições, cujo potencial explicativo também, foram considerados na análise.

Além da correlação de serviço ou função dos participantes, adotou-se como critério o reconhecimento de todos os entrevistados como sujeitos, que elaboram conhecimentos e

³Embora a concepção de ator social tenha larga trajetória nas Ciências Sociais, considera-se, nesse estudo, a concepção estruturada sobre as colaborações de Alan Touraine, (*O retorno do ator: ensaio sobre a sociologia*, 1984) e Pierre Bourdieu (*O poder simbólico*, 1989), no qual a concepção dos autores convergem na ideia de que o ator e um agente emergem frente a uma situação de conflito e de relações de dominação. As ações dos atores manifestam-se frente às estruturas sociais determinadas e com vistas à mudanças sociais, a partir das arenas de conflito e de sua capacidade de agenciar recursos para efetivação de projetos. Nos contextos tradicionais esta concepção distinguia esferas de oposição entre o Estado e o Movimento Social, mas, contemporaneamente, esta oposição é superada em proveito do reconhecimento do trabalho de representação operado pelos atores segundo a lógica de situacionalidade e posicionalidade nas arenas de disputas por recursos.

produzem práticas adequadas para intervir até mesmo nas dificuldades, caso as identifiquem. Nesse sentido, entendeu-se que os sujeitos da pesquisa, ao identificarem possíveis problemas em relação à (re)formulação da Política de Atenção ao HIV/AIDS, teriam condições de posicionar-se e apontarem avaliações ou, até mesmo, proporem ações mais efetivas para o seu enfrentamento. (CHIZZOTTI, 1998).

Os sujeitos mais próximos do objeto de estudo são os que, normalmente, têm mais relevância à pesquisa qualitativa. Logo, para definição da amostragem foi fundamental identificar quais atores tinham uma vinculação mais significativa para a investigação. Neste estudo foram considerados e envolvidos no processo: atores estatais/governamentais; gestores estaduais e municipais da política de DST/HIV/AIDS (RS e PE), que representam o Estado; e atores sociais participantes do Movimento Social Luta contra AIDS (RS e PE).

No que refere-se à coleta de dados foram realizadas entrevistas, nas cidades de Porto Alegre/RS e em Recife/PE, devido às capitais possuírem tanto as sedes dos MSLA, quanto as Secretarias de Saúde: SES e SMS. Referente ao número de entrevistados optou-se pela coleta de dados de três integrantes do MSLA/PE e três integrantes do MSLA/RS, nas capitais de Porto Alegre e Recife, por estas conterem um número maior de integrantes do movimento; alusivo ao Estado. Os dados foram coletados com os seguintes integrantes: três da gestão e/ou profissionais da secretaria estadual de PE, três da gestão e/ou profissionais da secretaria municipal de Recife, três da gestão e/ou profissionais da secretaria estadual do RS e quatro da gestão e/ou profissionais da secretaria municipal de Porto Alegre, totalizando nos dois estados, 19 entrevistados.

As entrevistas foram realizadas a partir da aceitação voluntária dos participantes, mediante a assinatura de um termo de consentimento informado⁴, no qual estavam esclarecidos os objetivos da pesquisa e o sigilo da identidade dos entrevistados. Para manter o sigilo das fontes, os entrevistados foram identificados no texto pelas iniciais de suas representações, acrescidos do número da entrevista. Para representantes do Movimento Social de Luta contra AIDS do Nordeste: MSLA/PE1, MSLA/PE2, MSLA/PE3; e do Sul: MSLA/RS1, MSLA/RS2, MSLA/RS3. Para representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Nordeste: SES/PE1, SES/PE2, SES/PE3; e para os representantes do Sul: SES/RS1, SES/RS2, SES/RS3. Para os representantes da Secretaria Municipal de: Recife: SMS/REC1, SMS/REC2, SMS/REC3; e Porto Alegre: SMS/POA1, SMS/POA2, SMS/POA3 e SMS/POA4.

⁴Modelo no Apêndice B neste trabalho.

Buscou-se desenvolver o estudo, com recortes de duas realidades regionais: PE e RS, que, a partir do instrumental teórico e metodológico, possibilitasse estabelecer correspondências entre os elementos obtidos na pesquisa. Para isso, foi organizado um cronograma, que desenvolveu-se em três modalidades de trabalho científico: 1) fase exploratória, 2) trabalho de campo e 3) análise/tratamento do material empírico e documental, indicados por Minayo (2000).

Segundo Minayo(2000), a fase exploratória consistiu na produção do projeto de pesquisa, ao desenvolvê-lo teórica e metodologicamente com todos os procedimentos necessários para entrada no trabalho de pesquisa em campo. O trabalho de campo envolveu a inserção, na prática empírica (realidade social/objeto), foi o momento de entrar no campo de pesquisa, aproximar-se do objeto, observar, testar e colocar em prática todos os instrumentos metodológicos subsidiados pela fundamentação teórica. A última etapa foi a construção da tese, a análise e tratamento do material empírico e documental, que incidiu num conjunto de procedimentos que trazem a compreensão e interpretação dos dados coletados, que articulados com a teoria, fundamentam a tese.

A primeira etapa da pesquisa consistiu na produção descritiva do projeto de pesquisa, por meio da observação empírica do campo, e uma revisão teórica-metodológica inicial. A partir desta revisão foram propostos os instrumentos metodológicos necessários para execução da pesquisa. Para técnica da coleta de dados, optou-se pela elaboração de entrevistas semiestruturadas, a análise documental, o diário de campo e a observação participante. A proposta metodológica foi apresentada e aprovada pela banca de qualificação da pesquisa.

A segunda etapa abordou inserção no trabalho de campo junto ao MSLA e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de PE/Recife e RS/Porto Alegre, que ocorreu em dois momentos: 1) a partir de contato telefônico e e-mails, em que foram agendadas visitas para aproximação do campo, encontro presencial com os participantes, apresentação da proposta de investigação, recebimento de indicações, surgimento de novos contatos e verificação da viabilidade⁵ de execução da pesquisa nas instituições. No segundo momento, foram realizados os contatos para novos agendamentos de visitas junto às instituições nos dois estados, PE e RS, por onde iniciaram-se os cumprimentos dos cronogramas das entrevistas e coletas de documentos referentes ao tema de pesquisa.

⁵ No que se refere à viabilidade do trabalho de campo, a pesquisa foi bem recebida pelos participantes, e o trabalho foi possível pela mediação que os representantes do MSLA fizeram no contato com os gestores de saúde dos respectivos estados. Também pelo apoio ímpar do Professor Breno Augusto Souto Maior Fontes do Programa de Pós-graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Pernambuco, que se disponibilizou a participar da pesquisa como coorientador.

Contudo, para investigar e interpretar uma realidade social, Víctoraet al. (2000) menciona que devemos saber qual tipo de instrumental metodológico é mais adequado para conhecer o campo de pesquisa observado e estudado. Cada metodologia produz uma série de pressupostos sobre a realidade social e, cabe ao pesquisador, além de obter conhecimentos acerca de vários conceitos e instrumentos, treinar o olhar e técnicas para observação do objeto estudado, ou seja, saber o que observar e dominar os conceitos e técnicas é o que dá sentido à sua observação.

Na etapa voltada ao trabalho de campo foram aplicadas as técnicas consideradas necessárias à construção da tese. Neste sentido, buscou-se a fundamentação teórico-metodológica para justificar as opções das técnicas utilizadas. Preferiu-se realizar a entrevista semiestruturada por privilegiar a comunicação, no sentido restrito de colher informações sobre determinado objeto de pesquisa, permitindo uma “interação social” entre pesquisador e entrevistado, através do que eles falam ou escrevem. Desse modo, os textos e falas foram relacionados aos pensamentos, sentimentos, memórias, planos, projetos que foram expressados por meio da escrita ou fala, servindo de base de dados empíricos à análise da pesquisa.

Segundo Minayo (2000, p.72), a entrevista “[...] tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. Ainda, a autora destaca que a entrevista pode ter uma finalidade que caracteriza-se pela forma como é organizada. Deste modo, a entrevista semiestruturada pode ser organizada por uma combinação de perguntas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem prender-se aos detalhes formulados nas perguntas. Assim, foi organizado um roteiro de entrevista⁶, com perguntas direcionadas à obtenção de respostas aos objetivos propostos na pesquisa.

Já, a técnica da análise de documentos, proporciona uma fonte de informações auxiliares, complementando ou evidenciando fatos novos obtidos com a pesquisa. Segundo Víctoraet al. (2000, p. 72):

[...] uma das vantagens da pesquisa documental, comparada, por exemplo, com a entrevista, é a forma elaborada do conteúdo e o fato de uma vez na nossa posse. A seleção dos aspectos de interesse junto a fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio por parte do pesquisador.

⁶ Roteiro de entrevistas no Apêndice A deste trabalho.

Conforme as autoras, a análise de documentos pode facilitar o cruzamento de dados com outras técnicas como as entrevistas, permitindo ao pesquisador recorrer em várias perspectivas sobre a mesma situação, ou até mesmo fazer comparações entre as informações coletadas, possibilitando uma validação consistente à forma como os dados foram recolhidos. Neste estudo, especificamente, foi proposta uma análise minuciosa de diferentes documentos, tais como: estatuto, atas de reuniões, moções, manuais, normativas, e as legislações que desenharam e desenharam as diretrizes vinculadas ao tema da Política de AIDS.

Com relação à escolha da técnica do diário de campo, foi considerada a importância do registro diário das saídas como forma de sistematizar, os detalhes das situações ocorridas no dia da visita, durante a intervenção no campo. Para VÍCTORA ET AL. (2000, p.73), o diário de campo é,

[...] o instrumento mais básico de registro de dados do pesquisador. Inspirado nos trabalhos dos primeiros antropólogos que, ao estudar sociedades longínquas, carregavam consigo um caderno no qual eles escreviam todas as observações, experiências, sentimentos, etc, para posteriormente selecionar os dados mais relevantes para suas etnografias, o diário de campo é um instrumento essencial para o pesquisador.

Como documento pessoal utilizado pela pesquisadora, o diário de campo foi como um instrumento que incorporou-se à rotina de suas saídas a campo. Consistiu na forma de registro de observações, comentários ou, até mesmo, reflexões que auxiliaram na hora da análise, complementando as informações coletadas, com outras técnicas formais como as entrevistas.

Em relação à técnica da observação participante utilizada, justifica-se pelo fato de que ela permitiu que a pesquisadora se aproximasse dos entrevistados, de forma interativa, mantendo a presença de observadora num determinado campo social, com a finalidade da realização da pesquisa científica.

Para MINAYO (2000, p. 135), a técnica de observação participante é considerada fundamental para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, “[...] sua importância é de tal ordem, que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade”, pois ressalta que a presença do observador seja considerada como parte do contexto observado; para que ele tenha uma melhor compreensão da realidade social, trazendo consigo uma dualidade: ao mesmo tempo, quem observa deve estar próximo e distante do objeto observado.

Para cumprir com a terceira etapa da modalidade da pesquisa, que envolve a análise dos dados, optou-se por realizar dois procedimentos: 1) realização do tratamento de dados, como

método de apoio; 2) uma análise comparativa qualitativa das entrevistas, por entender que este tipo de instrumento permitiria ao pesquisador uma reflexão profunda sobre o tema em estudo. Para o tratamento dos dados foi construído um quadro-resumo, que serviu como suporte para orientação da análise comparativa.

A comparação, enquanto processo de análise do social, pode ser compreendida como um método inerente às ciências sociais, abordada pelos clássicos da área⁷ e situada no campo epistemológico, que fundamenta a construção do conhecimento. Neste estudo, optou-se pela análise comparativa, por entender que o método permitia a pesquisadora uma reflexão profunda sobre o tema estudado e, ao mesmo tempo, ainda possibilitava correlações, de um processo social apreendido, que envolve um complexo de práticas específicas, que podem ou não estar relacionadas. Nesse sentido, foi utilizada nessa pesquisa, como base de fundamentação teórica, o princípio da homologia trazido por Williams (1979); para a realização de uma análise comparativa, embasada na correspondência entre os campos de estudo, em Pernambuco e no Rio Grande do Sul, que trazem a seguinte ideia,

Quais são, então, teoricamente, essas correspondências, e qual sua relação com o conceito, mais rigoroso, de homologia? Num nível as correspondências são semelhanças, em práticas que parecem muito diferentes, e que pela análise se pode ver que constituem expressões diretas, e relacionadas diretamente, com o processo geral, do qual constituem também reações. (WILLIAMS, 1979, p.107).

Partindo desse princípio, a análise comparativa procura estabelecer correspondências entre duas realidades distintas a partir das relações, de origem e desenvolvimento, mesmo que apresentem práticas específicas, que possam parecer semelhantes ou diferentes. Esse método permite compreender como as semelhanças, entre diferentes práticas específicas desenvolvem-se nas relações dentro de um processo, como ocorrem suas ligações e mediações tornando-se, assim, evidentes as práticas particulares e autônomas de cada realidade; considerando ainda que, de alguma maneira, elas podem ou não correlacionar-se.

Nesta perspectiva, as estruturas homólogas utilizadas na tese, e que sugerem correlações-correspondência-equivalência, ao mesmo tempo permitem evidenciar as distinções-diferenças em práticas específicas. Considerou-se que a relevância e riqueza desse princípio esteve na possibilidade de mostrar como as relações sociais estabeleceram-se a partir das correlações e intersecções nas diferentes regiões, PE e RS, sem desconsiderar as práticas específicas de

⁷ Os clássicos que abordaram o método comparativo: Comte, Durkheim e Weber. (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998, p. 49-87). Também na Antropologia há uma importante contribuição através de Radcliff Brown (1990, p. 195-210), no qual ele traz um estudo sobre "O método comparativo na Antropologia Social, apontando que a Antropologia Social se utiliza da comparação como um método de análise para compreender a dinâmica social".

cada região, as ligações e mediações que puderam aparecer de forma semelhante ou distinta, sem a exclusão de nenhum dado no processo de análise.

Todos os dados coletados nas entrevistas foram considerados partes importantes do processo de implementação da Política de atendimento ao HIV/AIDS. O objeto desse estudo, apesar de ter uma mesma origem e desenvolvimento enquanto uma diretriz do Ministério da Saúde, foi passível de comparação em relação às perspectivas e práticas específicas de cada região, sem descartar as complexidades e contradições que, por vezes, fizeram parte do processo.

Por fim, a metodologia e os procedimentos propostos neste trabalho procuraram privilegiar um conjunto de técnicas que tornasse possível o desenvolvimento de uma análise consistente da realidade social estudada e, ao mesmo tempo, respondesse aos objetivos antes já esboçados.

1.3 Da Estrutura da Tese

A primeira parte da tese divide-se entre a introdução, o interesse ao tema, a estrutura e os métodos e técnicas da pesquisa. Ou seja, essa etapa conta com uma rasa apresentação, justificativa, divisão e abordagem dos instrumentos utilizados para o desenvolvimento deste estudo, acerca da “Descentralização da Política de Atenção ao HIV/AIDS das especialidades à Atenção Básica”.

O segundo capítulo apresenta uma revisão teórica através de conceitos e modelos de uma conjectura mais ampla sobre Políticas Públicas, em destaque estão os modelos do Múltiplos Fluxos/Equilíbrio Pontuado e a Política de Descentralização da Saúde, até se chegar às políticas de saúde específicas que incorporam a política de DST/HIV/AIDS.

O terceiro capítulo traz a historiografia da Política de AIDS enfatizando três momentos, sendo o primeiro: de identificação da infecção, mobilização social, construção da Política de AIDS e seu incrementalismo, de 1983 a 2002; o segundo: da descentralização da gestão da Política de AIDS da União para os Estados e Municípios, de 2003 a 2012; e o terceiro: da descentralização da Política de Atenção ao HIV/AIDS das especialidades para a Atenção Básica, de 2013 a 2017.

O quarto capítulo abrange as particularidades regionais do Rio Grande do Sul e Pernambuco, bem como, locais de Porto Alegre e Recife no que se refere: ao contexto histórico dos desdobramentos da Política de AIDS; de como se organiza e qual o papel do

Movimento Social de Luta contra AIDS; e a amostra do perfil da epidemia em nível mundial, nacional, regional e local.

O quinto capítulo engloba o processo de análise de dados das entrevistas realizadas com gestores estaduais, municipais e representantes dos movimentos sociais no qual, utilizou-se métodos comparativos para compreender os aspectos que envolveram a descentralização do atendimento ao HIV, encerrando com um diálogo entre a teoria e a prática.

Conclui-se essa proposta com a reflexão dos dados obtidos na pesquisa e aponta-se para uma ampliação no leque de possibilidades de respostas para o enfrentamento da epidemia.

2 A REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentados conceitos e modelos baseados em referenciais teóricos mais amplos, interligados ao objeto da presente pesquisa. Todavia, compreendeu-se necessária, para construção da tese, uma revisão bibliográfica específica, sobre a política de DST⁸/HIV/AIDS, que, posteriormente, está devidamente aprofundada, para dar o aporte teórico exigido à pesquisa.

A proposta do texto foi trazer uma síntese teórica, que permita a compreensão de que a formulação e implementação de uma política pública está diretamente imbricada a um processo político. E que, num país federativo, a sua implementação em estados e municípios, pode-se desenvolver de diferentes formas. Cabe ressaltar ainda, que a intenção não foi fazer uma avaliação das potencialidades e dificuldades das políticas de saúde, mas sim apontar como as propostas são pensadas, a partir das teorias e também das normativas do SUS.

Primeiramente, foi apresentado o estado da arte da pesquisa em políticas públicas, de acordo com a visão de Souza (2007), que faz uma referência sobre como o campo das políticas públicas efetivou-se enquanto área de conhecimento, apresentando, juntamente, perspectivas teóricas sobre seu conceito, tipologias e modelos de análise. Esse instrumental traz ferramentas que permitem aos pesquisadores a compreensão dos problemas para os quais a política pública foi desenhada, bem como, as relações, os atores, as instituições ligadas no processo decisório da construção da agenda.

Num segundo momento, foram expostas as perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas, produzido, a partir da ótica de Capella (2007), que trata a análise do processo de formação da agenda de políticas governamentais seguindo dois modelos teóricos propostos: 1) Modelo Múltiplos Fluxos, de Kingdon (2003); e 2) Modelo do Equilíbrio Pontuado, de Baumgartner e Jones (1993). A autora destaca esses modelos pela similaridade e a capacidade de explicarem como as questões, em determinados momentos, chamam à atenção dos governos e passam integrar a agenda governamental, bem como esse processo também está sujeito a alterações.

No terceiro momento foi abordado o conceito de descentralização, a partir dos autores Arretche (1996), Junqueira (1997) e Souza (1999; 2004). Embora a conceituação não seja unânime entre os estudiosos de diferentes campos do conhecimento, a ideia foi mostrar que, na

⁸Em novembro de 2016, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais passou a utilizar "IST" no lugar de "DST", devido o termo "doenças" implicarem sintomas e sinais visíveis no organismo, enquanto, "infecções" refere-se aos períodos sem sintomas.

maior parte das análises, seu significado está associado à democratização do Estado e à promoção da participação social. Os autores mostram como a proposta da descentralização foi incorporada à reforma do Estado brasileiro, devido: à crise do estado do bem-estar social; sua perspectiva de democratização; suas potencialidades, como o deslocamento do poder para os estados e municípios com a participação da sociedade; e suas limitações, com as diferenças regionais que refletiram em profunda desigualdade nas condições financeiras e político-administrativas dos municípios, diminuindo, dessa forma, suas capacidades de respostas às demandas locais.

Num quarto momento buscou-se desenvolver uma amostra da associação da descentralização com a participação de novos atores no cenário político. Com a distribuição dos centros de poder para estados e municípios, a presença da sociedade, no processo de definição, controle e acompanhamento das ações, tornou o processo decisório das políticas públicas mais acessível às demandas das populações. O modelo assumido pelo Brasil concentra a maioria das responsabilidades no governo federal e essa centralização de funções faz com que os municípios, apesar de assumirem novas competências, fiquem ainda sujeitos à gerência do Ministério da Saúde, bem como tornem-se dependentes dos seus recursos para execução de suas ações e serviços.

No quinto momento, ao encontro do objeto de estudo foi proposto fazer um apanhado de como essa estratégia política é pensada no Brasil e, especificamente, na política de saúde a partir da criação do SUS, conforme Arretche et al. (2007); Brasil (2015); Brasil (2006); Ferla (2006) e Teixeira et al. (2014). Assim, objetivou-se compreender como a descentralização foi definida no âmbito político-administrativo do SUS, no estabelecimento da divisão de competências e no financiamento das ações e serviços que foram instituídos entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. A política de descentralização, no âmbito do SUS, veio com o ideário da reforma do sistema de saúde brasileiro onde, a partir dos princípios e diretrizes do SUS redefiniram-se os papéis na gestão da saúde e produziram novos espaços de participação no controle social, através dos Conselhos.

Na sexta etapa foi exposta uma amostra, de como ocorre a gestão do SUS para união, estados e municípios, mostrando como os gestores dividem suas competências e suas responsabilidades pelo financiamento da saúde, para possibilitar o acesso aos serviços e ações à população. Por fim, apresentou-se a proposta de duas políticas integrantes do SUS, que compõem a Política de Atenção ao HIV/AIDS: a Política de Atenção Básica, como porta de entrada e ordenadora do cuidado do SUS; e a Política de Vigilância em Saúde, que atua através da disponibilização de uma rede de serviços locais e de tecnologias disponíveis para o

desenvolvimento de ações mais complexas em diferentes áreas, entre elas, a vigilância epidemiológica, que faz a vigilância e controle das infecções transmissíveis, não transmissíveis e de seus agravos.

2.1 Políticas Públicas: conceitos e modelos

Para Celina de Souza (2007), o campo do conhecimento das políticas públicas obteve uma ascensão nas últimas décadas, assim como os processos que envolvem as instituições, as regras e os modelos que regem sua elaboração, decisão, implementação e avaliação. No cenário brasileiro, alguns fatores contribuíram para maior visibilidade desse campo de pesquisa e esta autora elenca três,

O primeiro foi a adoção de políticas restritivas de gastos, que passaram a dominar a agenda da maioria dos países, em especial, em desenvolvimento. A partir dessas políticas, o conhecimento sobre o desenho, a implementação e o processo decisório das políticas ganhou maior importância e visibilidade. O segundo fator é que novas visões sobre o papel dos governos substituíram as políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gastos...O terceiro fator, mais relacionado aos países em desenvolvimento recém-democratizados, é que na maioria desses países, em especial os da América Latina, ainda não se conseguiu formar coalizões políticas capazes de equacionar, minimamente, a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população. (SOUZA, 2007, p.65-66).

Desta forma, percebe-se como as novas medidas adotadas pelo Estado em relação ao papel dos governos pós-guerra, principalmente, ao condicionar a efetivação das políticas públicas ao cumprimento de ajuste fiscal e ao equilíbrio orçamentário, acarretaram numa restrição às políticas sociais universais. Isso influenciou na geração de conflitos que envolvem todo processo democrático na arena política, gerando, assim, o interesse dos pesquisadores em estudar como ocorreram os desdobramentos que resultam nas decisões sobre as formulações das políticas públicas.

Esses conflitos são gerados no campo político de negociação, no qual os embates ocorrem em torno de interesses, preferências e ideias diferentes que disputam a concessão de direitos, sendo o governo o lócus em que essas concorrências situam-se. Deste modo, o governo formula suas políticas públicas, traduzindo seus propósitos em programas e ações que irão produzir resultados ou mudanças, diretamente, ligadas à população.

Outro fator referido por Souza (2007), relaciona-se aos países em desenvolvimento, que são regidos por um sistema democrático, que precisa desenhar uma política pública que traga o desenvolvimento econômico e promova a inclusão social da maioria da população.

Para a autora, esse é o maior desafio às políticas públicas, pois seus resultados influenciam diretamente na vida de todas as pessoas de uma sociedade, e, nem sempre, elas dão conta de atender e incluir a todos.

Para Souza (2007), esses fatores colaboraram para que o campo de estudo das políticas públicas recebesse mais atenção. Contudo, para obter-se uma compreensão mais consistente do tema é importante saber “como” e “por que” surgiu o campo das políticas públicas. Essas perguntas tornam-se relevantes na medida em que mostram/trazem os desdobramentos, trajetória e diferentes perspectivas desse campo.

O surgimento da política pública, como área de conhecimento ou disciplina, inicia com duas vertentes teóricas distintas: a europeia e a americana. Enquanto na Europa, os estudos foram voltados ao papel do Estado enquanto provedor por excelência das políticas públicas; nos Estados Unidos, os pressupostos analíticos tiveram sua ênfase nas ações do Estado.

Souza (2007) aponta quatro grandes fundadores da área das políticas públicas: H. Laswell, H.Simon, C.Lindblom e D. Easton. Em 1936, Laswell iniciou os trabalhos com a expressão *policyanalysis* (análise de política pública), conciliando o conhecimento acadêmico com as ações empíricas dos governos, estabelecendo uma relação entre os pesquisadores e os grupos de interesses do governo. Em 1957, Simon estudou o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos; para ele, os responsáveis pelas formulações das políticas públicas tinham pensamento limitado, por interesse próprio ou, até mesmo, pela falta de informação completa sobre determinada questão. Em 1959, Lindblom questionou o pensamento de Laswell e Simon, propondo a análise das políticas públicas, pelo viés das relações de poder existentes entre as diferentes fases do processo decisório. E, em 1965, Easton contribuiu definindo a área das políticas públicas como um sistema, que tem como base uma relação entre o ambiente, a formulação e os resultados; contudo, estes vão depender do plano de ação dos partidos, da mídia e dos grupos de interesses.

No que refere-se ao conceito de políticas públicas, Souza (2007) ressalta que não existe uma formulação/descrição única. Desta forma, a autora traduz e traz algumas perspectivas, demonstrando-as como: um conjunto de ações do governo, que irão produzir efeitos específicos na população; ou uma regra formulada pelo governo, com a finalidade de influenciar, alterar, regular a vida dos cidadãos, seja de forma positiva ou negativa. Para ela, resumidamente, a política pública é um campo de estudo e conhecimento, que busca colocar o governo em ação e, ao mesmo tempo, analisar essa atuação para que, quando necessário,

sejam indicadas as mudanças na sociedade. Frente a esses apontamentos Souza(2007, p. 69) faz uma síntese da contribuição teórica desse campo de estudo.

[...]pode-se, então, resumir a política pública como um campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se num estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

A autora menciona que o próprio conceito de políticas públicas remete a um campo de conhecimento em que o centro de análise volta-se às ações dos governos; é lá que ocorrem desde debates em torno dos interesses, até a implementação da política pública que repercute, diretamente, na economia e na sociedade. Assim sendo, não pode-se pensar a política pública de forma isolada, é necessário também explicar as inter-relações entre o Estado, a política, a economia e a sociedade. Pois, num governo democrático, de sistema capitalista, é relevante lembrar que, além dos grupos sociais, há os grupos de interesse, que representam o mercado e também exercem influência ao apoiar ou vetar decisões acerca das políticas públicas.

No entanto, sem tirar o poder político e a autoridade do Estado, cabe a ele a responsabilidade da formulação e implementação das políticas públicas, não esquecendo que num sistema democrático o grau de autonomia dos envolvidos é limitado, depende de muitos fatores e de diferentes momentos históricos. A formulação das políticas públicas e todo processo que a envolve, também inclui outros segmentos, como: os movimentos sociais e/ou os grupos de interesse. Diante desse contexto, é importante incorporar a ideia de que, esse campo é fundado na disputa ou barganha política, na relação entre diferentes forças sociais.

Além disso, dentro do campo das políticas públicas existem alguns modelos para explicar como e porque o Estado faz, ou deixa de fazer alguma ação. De acordo com Souza (2007), em 1964Theodor Lowi desenvolveu uma tipologia, na qual as políticas públicas podem assumir quatro formatos,

O primeiro é o das políticas públicas distributivas, decisões tomadas pelo governo que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. O segundo é o das políticas regulatórias, mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. O terceiro é o das políticas redistributivas, que atingem maior número de pessoas e impõe perdas concretas e a curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros. São, em geral, as políticas universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento. O quarto é o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. (SOUZA, 2007, p.73).

Como mostra a autora, a política pública “distributiva” tem como finalidade distribuir recursos, gerando impactos setoriais ou pontuais, privilegiando não a sociedade como um todo, mas somente uma pequena parcela dela; a política “regulatória” tem como objetivo definir regras e procedimentos, com o intuito de regular determinado setor; a política “redistributiva” tem como foco redistribuir recursos entre grupos sociais, buscando certa equidade, atingindo grandes contingentes sociais, e assim retira recursos de um grupo para beneficiar outros; e a política “constitutiva” incorpora os outros três tipos, no sentido de ser responsável por todos os procedimentos necessários, para que as outras políticas entrem em vigor e ocorram na prática. Esses formatos geram, dentro do campo político, pontos de apoio ou veto de grupos distintos e formas diferentes, que também disputam interesses diferenciados.

O “incrementalismo” também é uma visão da política pública, abordada por Souza (2007), e desenvolvida, em 1979, por Lindblom, na qual argumenta que os recursos públicos para programas ou uma dada política pública não partem do zero, e sim de decisões marginais e incrementais, que não conseguem promover mudanças substantivas. Essa concepção expõe que, algumas decisões políticas tomadas no passado acabam por limitar: decisões futuras e também a capacidade dos governos em reverter o rumo das políticas atuais, ou até mesmo em criar novas políticas.

A partir dessas perspectivas, Souza (2007) mostra que as tipologias servem como uma ótica que vê, nas políticas públicas, um ciclo deliberativo, formado por vários estágios que constituem-se através de um processo dinâmico e de aprendizagens no campo político. Seguindo a ideia de Kingdon, “[...] o ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição da agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação”.(SOUZA2007, p.74). Assim, a definição da agenda governamental (*agendasetting*) se dá através do reconhecimento do problema, da busca de alternativas e da construção da política propriamente dita; todavia, deve-se considerar que as políticas públicas são dadas pela política e, isso faz com que esse ciclo envolva atores⁹ sociais participantes de um consenso, formado por barganha ou por oposição, no qual a consciência coletiva sobre determinado problema ou demanda torna-se um fator determinante para

⁹ Consideram-se aqui como atores: atores governamentais (representantes do Estado) e não-governamentais (representantes do setor privado e grupos sociais), que fazem parte da arena política; os quais estão interessados na discussão sobre políticas públicas, seja na sua formulação, implementação ou avaliação. Esses atores, dentro da arena política, podem influenciar o ciclo deliberativo defendendo seus interesses individuais ou coletivos.

definição da agenda, sabendo também que algumas demandas entram na agenda e outras são ignoradas.

O modelo *GarbageCan*, de tradução “lata do lixo”, desenvolvido por Cohen e Olsen, em 1972, segundo Souza (2007), traz a ideia de que: as escolhas das políticas públicas, muitas vezes, remetem para alternativas que não têm um grau efetivo de resolução dos problemas. Em outras palavras, “[...] a compreensão do problema e as soluções é limitada e as organizações operam em um sistema de tentativa e erro”. (SOUZA. p. 75). Em síntese, o “lata do lixo” defende que as soluções procuram por problemas, ou seja, o governo adapta os problemas às soluções disponíveis, e realiza por meio de tentativa e erro resolver as demandas; por isso, os autores consideram que as instituições são, de certa forma, anárquicas, devido a obtenção de muitas ideias e pouca consistência. Essa abordagem anárquica, das instituições públicas, também foi utilizada por John Kingdon¹⁰, que a combinou com os elementos do ciclo das políticas públicas, formando outro modelo, que classificou como *MúltipleStreams*, ou seja, “múltiplos fluxos”.

Outro modelo apresentado por Souza (2007) é o da “coalizão de defesa”, dos autores Sabatier e Smith, de 1993, no qual eles concebem as políticas públicas como um conjunto de subsistemas, que articulam-se e dão parâmetros para cada política pública. Esses subsistemas, que integram as políticas públicas, são compostos por uma coalizão de defesa de valores, crenças e ideias que tornam-se elementos importantes para sua formulação.

Um outro formato mostrado por Souza (2007) diz respeito ao modelo de “arenas sociais”, que visualiza as políticas públicas como uma iniciativa de empreendedores políticos em transformar, um acontecimento ou situação em um problema e, a partir daí, os decisores políticos (*policymakers*) do governo passam a prestar a atenção em algumas demandas e ignorar outras. Esses empreendedores, de modo geral, constituem-se através de redes sociais, nas quais criam um conjunto de relações entre entidades e indivíduos, estabelecendo contatos, vínculos e conexões, sendo elas essenciais para incluir o problema na agenda governamental.

A autora também apresenta o modelo do “equilíbrio interrompido ou equilíbrio pontuado”¹¹ (*punctuatedequilibrium*), elaborado em 1993 pelos autores Baumgartner e Jones; que percebem a política pública através da Biologia e da Computação. Da Biologia, os autores trouxeram a ideia de períodos longos de estabilidade, interrompidos por momentos de instabilidade que geram mudanças no sistema; enquanto da Computação extraíram a noção de

¹⁰ O modelo dos Múltiplos Fluxos de John Kingdon (2003) e o modelo Equilíbrio Pontuado de Baumgartner e Jones (1993) serão apresentados no decorrer do trabalho, pela perspectiva da autora Ana Claudia Capella (2007).

¹¹ Conforme citação acima, será apresentado no decorrer do texto.

que os subsistemas de uma política permitem aos decisores políticos acessarem a novas questões na agenda governamental, realizando mudanças necessárias a partir da imagem política ou *policyimage*.(SOUZA, 2007).

Ainda para Souza (2007), os modelos influenciados pelo padrão “gerenciamento público” (*publicmanagement*) e ajuste fiscal, também foram reformulados, com a finalidade de buscar uma melhor eficiência nas políticas públicas. Contudo, a credibilidade delegada às políticas públicas advém também da participação coletiva, na qual grupos sociais disputam por interesses concorrentes, que podem fazer parte da construção da agenda. Essa experiência do *publicmanagement* permitiu aos grupos, sociais e/ou de interesse, que se inserissem no cenário político, acompanhando desde a formulação até o monitoramento das políticas públicas, em especial, as políticas sociais. No Brasil, essa experiência refletiu-se através dos conselhos comunitários, fóruns e orçamento participativo.

Embora o Brasil tenha adotado esse modelo de gestão, Souza (2007, p. 80) faz uma ressalva quando menciona que,

Apesar da aceitação de várias teses do ‘novo gerencialismo público’ e da experimentação de delegação de poder para grupos sociais comunitários e/ou que representam grupos de interesse, os governos continuam tomando decisões sobre situações-problema e desenhando políticas para enfrentá-las, mesmo que delegando parte da sua responsabilidade para outras instâncias inclusive não-governamentais.

Deste modo, ao reconhecer a autoridade do Estado, a autora mostra a divisão, mesmo que desigual, da responsabilidade delegada às instituições não-governamentais na participação política. Essa influência do novo “gerencialismo público” nas políticas públicas ocorreu, principalmente, nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, onde foi adotado o caráter participativo. No entanto, o Estado continua sendo o lócus de poder decisional sobre o desenho das políticas públicas.

Para Souza (2007), as teorias neo-institucionalistas¹² trazem uma grande contribuição para o debate teórico sobre as políticas públicas, seja pelos interesses agregados que geram a ação coletiva, ou pelo processo democrático que favorece a participação dos grupos sociais e/ou de interesses na formulação das políticas. Além disso, as teorias também trazem a perspectiva de que as instituições são regras formais e informais que regem o comportamento dos atores no campo político; assim sendo, por meio da análise teórica pode-se compreender

¹²Souza (2007) refere que não há um modelo único de teoria neo-institucionalista para analisar as políticas públicas. Existem algumas vertentes teóricas metodológicas, entre elas: a escolha racional, histórica ou estruturalista.

como as instituições influenciam os resultados das políticas públicas e quais são as variáveis que explicam os resultados dessas políticas.

2.2 Modelo do Múltiplos Fluxos e do Equilíbrio Pontuado

Para Capella (2007), a análise das políticas públicas parte do processo de formação da agenda governamental, “*agendasetting*”, de Kingdon (2003). Nesse sentido, a autora procura investigar de que maneira uma questão torna-se pauta prioritária, num determinado momento, chamando a atenção de um governo e passando a integrar sua agenda. A ideia da agenda pode ser definida como um conjunto de questões relevantes que, durante um período de tempo chama a atenção da opinião pública, do governo, ou da mídia.

Capella (2007) cita a contribuição teórica de dois modelos para análise das políticas públicas: o “modelo do equilíbrio pontuado”, elaborado em 1993 por Baumgartner e Jones; e o *MultipleStreams* ou “modelo dos múltiplos fluxos”, trazido por John Kingdon em 2003. A autora compreende que esses modelos, em especial sobre políticas públicas, destacam-se por sua capacidade de explicar como as agendas governamentais são formuladas e modificadas.

O modelo de “múltiplos fluxos” procura responder por que alguns problemas tornam-se importantes e entram na agenda do governo transformando-se em políticas públicas. Segundo Capella (2007), Kingdon considera as políticas públicas como,

[...] um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; a consideração das alternativas para formulação de políticas públicas, com base nas quais as escolhas são realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis, e finalmente, a implementação da decisão. (CAPELLA, 2007, p.88).

Neste conjunto segundo a autora, Kingdon trouxe os fluxos que fazem parte da agenda; entretanto, ele preocupou-se com os dois primeiros, pois estão, diretamente, relacionados aos estágios mais importantes que são: o estabelecimento da agenda; e as alternativas que seriam consideradas para formulação das políticas públicas. Nessa perspectiva, a agenda governamental é definida quando desperta a atenção e interesse dos formuladores de políticas; todavia, como existe um grande volume de questões que apresentam-se a esses formuladores, apenas algumas delas irão ser consideradas em um determinado momento. Após uma seleção, estas questões irão compor uma agenda decisional, na qual elas estão aptas para tornarem-se políticas públicas.

De acordo com a autora, para compreender essa seleção, Kingdon faz uma distinção entre questões e problemas,

Para entender o processo de seleção, Kingdon estabelece uma importante diferenciação entre problemas e questões (*conditions*). Uma questão, para o autor, é uma situação social percebida, mas que não desperta necessariamente uma ação em contrapartida. Esse tipo de questão configura-se como problema apenas quando os formuladores de políticas acreditam que devem fazer algo a respeito. Dado o volume de decisões e a incapacidade de lidar com todas as questões ao mesmo tempo, a atenção dos formuladores de políticas depende da forma como eles percebem e as interpretam e, mais importante, da forma como elas são definidas como problemas. (CAPELLA, 2007, p.89, grifo do autor).

Essa diferenciação mostra, que as questões transformam-se em um problema, quando chamam a atenção dos formuladores que participam do processo decisório, que, por meio de mecanismos de convencimento, entendem que existe a necessidade de uma ação. Esses mecanismos de convencimento podem ser, por exemplo, um indicador (uma alta taxa de mortalidade por epidemia), um evento (seca, inundações, desmoronamentos), ou, ainda, uma crise (financeira, política, etc).

Quando uma questão entra na agenda, o próximo passo é estabelecer as alternativas e soluções disponíveis, para resolver determinado problema; por outro lado, isso não significa que o problema será resolvido na sua totalidade. Alternativas e soluções são apresentadas, a partir de um conjunto de ideias que emergem do processo decisório, e que são consideradas entre os participantes as mais efetivas. Essa difusão de ideias não se dá de maneira aleatória, nem tampouco automática, envolve grupos estruturados com informações consistentes, que representam e defendem algum tipo de interesse, chamados de “*policycommunities*”, e, desta forma, as ideias são difundidas por meio do convencimento e consenso. (CAPELLA, 2007).

Por fim, a própria política pública é o resultado do consenso construído no grupo de formuladores com base na propagação das ideias, no convencimento, no fluxo político, nas coalizões construídas por um processo de barganha e negociação política. O fluxo político é formado por forças políticas organizadas, que atuam por meio de pressão ou conflito na arena política, lugar onde ocorrem os apoios e as oposições que, conseqüentemente, irão determinar o consenso de que a resposta a um determinado problema é propícia. (CAPELLA, 2007).

Apesar de todo esse processo, a política pública pode sofrer alterações quando a agenda é afetada por mudanças que ocorrem durante o percurso, entre elas: as mudanças de governo, as mudanças na gestão de programas, mudanças de cargos que têm posição estratégica no governo, mudança de competência sobre determinado problema que provoca

disputa entre quem tem melhor competência; também pode ocorrer de uma relevância passar a ser ignorada devido à sua localização na estrutura administrativa, ou, ainda, a ocorrência de um novo acontecimento que pode exercer influência e acarretar na introdução de novas questões na agenda governamental.

Conforme Capella (2007), para Kingdon, a transformação na agenda governamental, em determinadas circunstâncias, depende de três fluxos: “problemas, soluções e dinâmica política”; juntos, eles podem gerar uma oportunidade de alteração na agenda. Isto ocorre, geralmente, quando, em determinado momento, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas favorecem a mudança. No entanto, embora essa mudança na agenda seja o resultado da convergência dos três fluxos, são os fluxos de problemas e os fluxos políticos que definem nela qualquer alteração.

A participação dos atores é outro fator que envolve o fluxo político e, é relevante, tanto para que uma questão seja bem sucedida e faça parte da agenda, quanto na construção e definição de alternativas e soluções. Esses atores dividem-se em atores visíveis e atores invisíveis. Os primeiros são aqueles que aparecem e recebem atenção da mídia e da sociedade, entre eles, “o presidente, as pessoas nomeadas por ele em altos cargos governamentais, os atores do poder legislativo, grupos de interesse, participantes do processo eleitoral, mídia e opinião pública”; os segundos são os que não têm visibilidade mas fazem parte da comunidade política, responsabilizando-se pela geração de alternativas e soluções, que são “[...] os servidores públicos, analistas de grupos de interesse, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores”. (CAPELLA, 2007, p. 103).

O outro modelo apresentado por Capella (2007) é do “*PunctuatedEquilibrium*” ou “Equilíbrio Pontuado”, construído por Baumgartner e Jones, em 1993, com o objetivo de analisar tanto os períodos de estabilidade quanto as mudanças rápidas no processo de formulação das políticas públicas. Para eles, os processos políticos são guiados, muitas vezes, pela lógica da estabilidade e do incrementalismo, e isso pode ter como consequência alterações nas políticas públicas em grande escala.

Períodos longos de estabilidade de uma política, nos quais as alterações ocorrem lentamente, numa constante, de forma incremental, podem ser interrompidos por um momento em que ocorre uma rápida mudança “*punctuated*”. Esta ideia vem a partir de que mudanças rápidas ocorrem devido à saturação do monopólio; quando isso acontece, abre-se espaço para que outras questões tornem-se problemas, criando novas demandas para intervenção estatal. A partir daí o novo problema passa a ter grande chance de entrar na agenda e trazer mudanças na política.

Para os autores, a maneira como discute-se e compreende-se a política é através da sua imagem. A “*policyimage*” refere-se às ideias que sustentam os arranjos institucionais e, permitem o entendimento acerca da política. Isso significa que a criação e a manutenção de uma política estão interligadas com a criação e manutenção de uma imagem de apoio. Quando uma imagem é amplamente aceita, o monopólio em torno da política mantém-se, mas, se ela perde o apoio, estabelecem-se divergências em relação ao seu entendimento, formando, assim, um conjunto diferente de imagens causando um colapso no monopólio.

O monopólio é definido por uma estrutura organizacional, na qual o processo decisório é permitido ou reduzido, e constitui-se de uma ideia, fortemente, ligada à instituição e à sociedade. Para que ele se mantenha, tem que haver um único interesse “*polycymonopoly*”, no qual os atores envolvidos no processo compartilham uma mesma ideia sobre determinada questão. E, deste modo, todo grupo trabalha em prol de um monopólio de entendimento político sobre a política pública de interesse e cria arranjos institucionais que reforcem tal entendimento. Todo esse processo ocorre num espaço decisório, que os autores chamam de arena política, “*policyvenue*”, um espaço dinâmico e estável, em que a pluralidade de questões políticas pode acarretar momentos de modificações, tanto nas estruturas institucionais, quanto no processo da agenda governamental. (CAPELLA, 2007).

Na arena política, os formuladores das políticas procuram sustentar um entendimento comum sobre as questões que estão em pauta e, ao mesmo tempo, buscam também influenciar as instituições que estão envolvidas e que têm autoridade sobre essas questões, para manter o monopólio. Esse monopólio está, diretamente, ligado a dois aspectos: o da estrutura institucional, no qual o processo decisório é apoiado ou vetado; e da ideia em relação à política, que deve estar fortemente vinculada com a instituição e com a sociedade. Logo, a chave, para compreensão dos períodos de estabilidade e mudança, está na forma como as questões são definidas e, como essa definição desenvolve-se no contexto institucional em que umas questões são favorecidas em detrimento de outras.

Capella (2007) ainda aponta que estudos, desenvolvidos por Baumgartner e Jones (1993) e Kingdon (2003), mostram que, em muitos casos, os problemas e soluções percorrem caminhos diferentes, ou seja, focar num problema não garante que uma solução seja efetiva. Pode ocorrer que, a resposta do governo através da formulação de uma política pública não traga o efeito positivo para um dado problema público; desta forma, ocorrem os momentos críticos que interrompem a estabilidade da política, que para estabilizar-se novamente, criar um equilíbrio, a política pública passa a ser pontuada por períodos de rápidas mudanças.

Ao finalizar essa tarefa, formulam-se algumas ponderações a respeito da contribuição do campo de conhecimento das políticas públicas como instrumento teórico-metodológico de análise. Como ponto de partida, chama-se a atenção da importância dessa área de conhecimento para as Ciências Sociais, tanto no que refere-se aos modelos que representam um importante instrumento de análise do processo de formulação de políticas e de mudança na agenda governamental, proporcionando uma ideia clara das dinâmicas que envolvem o processo político; quanto, no que refere-se a uma ferramenta teórica que dá ao pesquisador a possibilidade de fazer com que um objeto empírico, baseado nas ações sociais e políticas, torne-se relevante, cientificamente, a ponto de legitimar ou deslegitimar escolhas políticas efetivas.

Quanto ao referencial teórico utilizado para construir esse trabalho, pode-se dizer que as autoras brasileiras conseguem, de maneira explícita, apresentar ferramentas teóricas que auxiliam os pesquisadores no processo de análise das políticas públicas. Neste caso, as autoras mostram que esses instrumentos teóricos permitem analisar as políticas públicas, comparando as diversas formas institucionais, as motivações e estratégias dos atores envolvidos, e, ainda, evidenciam a dinâmica interativa entre as instituições e os atores, o que torna o objeto de estudo relevante não só em termos teóricos, mas também práticos. Práticos no sentido de dar possibilidade ao pesquisador de posicionar-se frente ao objeto e propor alternativas, ou até mesmo dar sugestões, apontar os aspectos positivos e negativos, fazer críticas ou elogios, já que o próprio campo de conhecimento de política pública está diretamente associado à análise das ações dos governos, e, posteriormente, à ação; seja para construir uma nova política pública, ou, ainda, para indicar ou contestar mudanças na agenda governamental, quando necessário. Enfim, considera-se que o campo das políticas públicas é instigante, propositivo e está disponível como ferramenta teórica aos pesquisadores interessados nessa linha de estudo.

2.3 A Política de Descentralização no Brasil

A partir da década de 80, nos países latino-americanos, com a mudança dos regimes políticos autoritários nos quais consolidava-se a centralização político-administrativa, a descentralização surgiu: estratégia de reestruturação do aparato do Estado e nova forma de administrar as políticas públicas de cunho social. Nesse contexto, a descentralização nasceu como uma possibilidade de democratização do poder e, associada a democratização ganhou relevância na América Latina, incluindo o Brasil. (JUNQUEIRA, 1997).

Apesar de haver diferentes conceituações para a descentralização, no âmbito da gestão pública, o conceito veio em oposição a um poder centralizado e burocratizado, com a finalidade de trazer novas formas de organização, transferindo o poder central do Estado para outras instâncias governamentais. Essa estratégia objetivou a reestruturação do Estado, que passava por um momento de crise, devido a expansão do aparato burocrático, vindo como uma possibilidade de democratização do poder e, ao mesmo tempo, como uma alternativa de mudança capaz de trazer mais eficiência e eficácia para o desenvolvimento das políticas públicas.

Com a crise do Estado do Bem-Estar Social (WelfareState), iniciou-se um movimento político administrativo que revisava o papel do Estado e apresentava a descentralização como alternativa de mudança. A revisão do papel do Estado constituiu um processo a longo prazo e contou com diferentes estágios, de acordo com Souza (1999). O primeiro estágio envolveu as reformas voltadas às privatizações, à desregulamentação e à abertura dos mercados. O segundo abrangeu a (re)construção das capacidades institucionais relacionadas a incentivos e estímulos à cooperação com órgãos governamentais e administrativos, que buscam instrumentos para ampliar o desempenho dos serviços públicos,

[...] os dois estágios se distinguem também do ponto de vista dos objetivos da reforma. O primeiro enfatiza a racionalização dos recursos fiscais, enquanto que o segundo persegue outros objetivos adicionais: a) eficiência dos serviços públicos, a ser alcançada pela otimização dos recursos humanos e financeiros via o estímulo à competição administrada pelo governo e do que as Organizações Sociais são exemplo; b) efetividade; c) democratização, com o envolvimento da comunidade nas decisões relativas às ações públicas; e d) descentralização para as esferas subnacionais das responsabilidades de provisão de infraestrutura e dos serviços sociais.(SOUZA, 1999, p.188).

Essas reformas adquiriam pauta prioritária nas agendas dos países em desenvolvimento, pela pressão dos órgãos financeiros multilaterais, entre eles, o Banco Mundial e a comunidade internacional de negócios. E, assim, a proposta de caráter normativo fundamentou-se nos seguintes argumentos: 1) no diagnóstico de que existia uma crise no Estado, que estava afetando o desenvolvimento do país; e 2) que essa crise deveria ser enfrentada com um novo modelo de gestão e com a implementação de mecanismos que se mostraram eficazes, como em outros países. Com a implementação da reforma, o Estado controlaria a questão da crise fiscal, fugindo de constrangimentos, do fantasma da inflação, e dos problemas voltados à eficiência dos serviços públicos.

No Brasil, existe um consenso de que os aspectos econômicos foram fatores que sustentaram a aceitação da reforma, como exemplo a crise fiscal. Assim sendo, em função do

agravo dessa instabilidade econômica e fiscal; e dos questionamentos voltados ao Estado como, um aparato burocrático e centralizador do processo decisório; a descentralização surgiu como uma estratégia de transferência de poder, do nível central do estado para as instâncias governamentais locais. Nessa proposta de descentralizar, vislumbrou-se, então, a redução do aparato do estado, para que fosse possível ganhar agilidade, gerando autonomia de gestão, determinando diversas formas de organização, sob objetivo de atender os interesses da população e obter como resultado uma maior eficácia na gestão dos serviços públicos.

A década de 1980 foi o auge do processo de reforma do Estado brasileiro, com a democratização. Contexto no qual, a proposta de descentralização ganhou maior definição. O objetivo era superar os problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos; assim, a estratégia de implementação da democratização das relações políticas recebeu consenso favorável, no campo da eficiência e eficácia da gestão pública. Nesta compreensão, a descentralização das prestações de serviços públicos, além de ser democrática, fortaleceria a democracia dando um poder decisório maior aos estados e municípios, elevando os níveis de eficiência das ações governamentais.(ARRETCHE,1996).

Souza (2004) também se remete ao novo contexto, apontando que o Estado passou por um processo de democratização, com o compromisso de restaurar a aliança política de Estados e, ainda, aumentar o grau de decisão de estados e municípios. Com isso, estimularia o empoderamento das comunidades locais, no processo decisório sobre as políticas públicas. A criação desses mecanismos, de participação às comunidades locais na Constituição, foi considerada um evento louvável, devido ao país ter grande diversidade regional e um Estado com tradição centralizadora. Essa participação resultou em várias experiências em fóruns e conselhos que buscam, ao mesmo tempo, participar, decidir e fiscalizar as políticas sociais. Assim sendo, ao “empoderar” as comunidades locais, também promove-se a responsabilidade dos governantes locais implantarem políticas sociais necessárias e mais eficazes. (SOUZA, 2004).

Conforme a autora, no final dos anos 90, foram adotadas novas políticas voltadas para a descentralização; com isso, os municípios passaram a receber recursos financeiros e exercer o papel de principais provedores dos serviços universais de saúde e educação, de nível fundamental. Entretanto, essa nova forma de gestão de governança local corporificou-se de maneira desigual entre os municípios, o que fez com que sua sustentabilidade não acontecesse, justamente devido a diversidade existente no cenário brasileiro (demográfica, política, social econômica, etc.). (SOUZA, 2004).

Nesse contexto, a Constituição também estabeleceu competências partilhadas em um acordo, entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, nomeado como “acordo tripartite”; ou seja, ela instituiu através de um pacto, que cada esfera pública passa a ser responsável pela execução de determinada atividade. Nessa partilha, os municípios assumem uma maior responsabilidade em relação à execução dos serviços públicos universais; mas, além de utilizarem seus próprios recursos, eles passam também a receber a transferência de recursos financeiros tanto do governo federal, quanto do estadual, para implantar suas políticas. Todavia, o contexto brasileiro passou a apresentar algumas limitações em relação à descentralização,

Apesar da existência de grandes heterogeneidades entre municípios, evidências empíricas mostram que, no agregado, os governos locais estão de fato substituindo o governo federal em algumas funções, enquanto outras se encontram em uma espécie de vácuo governamental, seja por causa da política federal de ajuste fiscal, seja porque o desenho da política a ser municipalizada não contempla incentivos capazes de estimular a adesão dos municípios. (SOUZA, 2004, p.34).

Esse contexto mostra que, apesar de alguns municípios terem conseguido assumir a provisão de serviços universais, em muitos outros as desigualdades inter e intra-regionais dificultaram o processo e, essa limitação não restringiu-se à transferência de recurso, e sim, à maneira que a política pública foi construída/desenhada. A implementação de uma dada política depende de outras esferas de governo, e, conforme o seu desenho, muitas vezes, elas criam obstáculos estruturais e institucionais de ordem gerencial e financeira, que acabam por restringir algumas dessas políticas ao invés de incentivá-las. Para muitos municípios, não é tarefa fácil assumir a responsabilidade de implementar uma política universal, porque existem diversas restrições na capacidade decisória, ou seja, não adianta descentralizar a gestão, se os municípios não possuem total autonomia para decidir sobre como e onde precisam investir os recursos.

Para autora, o contexto da descentralização, ou da governança local das políticas públicas, inovou institucionalmente, por meio de uma complexa relação intergovernamental (federal, estadual, municipal), juntamente com a participação das instituições não-governamentais, criando novas possibilidades de gestão e parcerias. No entanto, apesar de um maior envolvimento dos governos e das comunidades locais, não ficou e nem está claro como essas instituições podem dar apoio e sustentabilidade nos serviços públicos universais, caso fiquem sem apoio financeiro do indutor do governo federal e de outros organismos multilaterais. (SOUZA, 2004).

Passado o otimismo inicial, a partir dos anos 90, o governo federal modificou o sistema de políticas sociais, principalmente, em decorrência do ajuste fiscal; e, assim, delegou sob a responsabilidade dos municípios, grande parte das ações na área da habitação, educação, saneamento básico, assistência social e saúde. Entretanto, algumas pesquisas¹³ começaram a mostrar os efeitos, as contradições e os limites da descentralização. As desigualdades regionais refletiram em profundas diferenças nas condições financeiras, administrativas e políticas; com isso, estados e municípios não conseguiram assegurar sua responsabilidade de forma eficiente, diminuindo sua capacidade de dar respostas às necessidades e demandas da população local. (ARRETICHE, 1999).

Com um modelo de Estado federativo¹⁴, ao mesmo tempo que alguns municípios reforçam seu papel, eles acabam demonstrando as desigualdades regionais e entre municípios. Nesse sentido, o processo de descentralização não conseguiu, por si só, que todos os municípios viessem realizar uma gestão eficaz, pois nem todos têm as mesmas condições de atender as demandas da sua população.

Os municípios que possuem melhores condições de obtenção de recursos e infraestrutura organizada tendem a desenvolver suas ações e melhoram o acesso aos serviços públicos; enquanto os demais enfrentam dificuldades de dar resposta à população, pela falta de recursos, infraestrutura e incapacidade gerencial. Frente a este contexto, sem uma integração entre os municípios e sem desenvolvimento regional, a descentralização, a transferência da gestão (autonomia e recursos limitados) para municípios e estados, também deu visibilidade às desigualdades existentes entre os municípios.

Como pode-se observar, apesar das suas limitações, a descentralização é uma proposta que trouxe o deslocamento das responsabilidades administrativas do governo central para as instâncias regionais e locais, possibilitando a autonomia de níveis hierárquicos inferiores e aprofundando o processo de democratização; assim, permitindo com que estados, municípios e sociedade tivessem espaço sobre a decisão e a prioridade das políticas. A descentralização modificou a relação do Estado com os diferentes níveis de governo, e também, a relação dos diferentes níveis de governos com a sociedade, através da participação da sociedade civil nas instâncias de controle social, ao encontro do objetivo de favorecer a cidadania.

¹³Arretche e Rodrigues (1998); Melo (1996a); Souza (1996b).

¹⁴ Estado Federativo é aquele que tem um sistema político, no qual vários estados reúnem-se para formar um Estado federal, cada um conservando sua autonomia.

2.4 Descentralização e Participação

Um dos aspectos proeminentes da experiência do Brasil em relação à descentralização é o favorecimento à consolidação da democracia, seja pela participação de novos atores no cenário político, seja pela existência de vários centros de poder distribuídos, em estados e municípios. Com a redefinição dos diferentes níveis de intervenção governamental a participação inscreve-se como uma condição necessária, embora não suficiente, para viabilizar a descentralização,

A descentralização é uma condição para que as organizações que articulam os interesses dos excluídos possam fazer ouvir a sua voz, buscando garantir igualdade de acesso e, ao mesmo tempo, viabilizar a articulação e implementação de políticas de desenvolvimento de modo a aumentar a equidade, fortalecendo as unidades regionais e sub-regionais e permitindo aos líderes políticos a apreensão dos problemas e prioridades do desenvolvimento. (JUNQUEIRA et al., 1997, p.12).

Essa condição de deslocamento de poder, de participação, e decisão, permite à sociedade civil o acesso aos centros de poder, na elaboração, na decisão e na execução de programas e normas que condicionam sua atuação; deste modo, fortalece estados e municípios, no que refere-se a identificação dos problemas de cada região/local e o desenvolvimento das ações para seu enfrentamento.

A presença ativa da sociedade civil no processo de definição, controle e acompanhamento das ações torna o processo decisório das políticas públicas mais permeável às demandas das populações, sendo uma forma de democratizar a gestão através da participação, estreitando a relação do Estado com a sociedade, universalizando o acesso às políticas públicas de maneira “mais eficiente e equânime”.

Neste caso, quando desloca-se o poder, também transfere-se competências e novas ações; consecutivamente, cria-se novos espaços de negociações, mais flexíveis, mais ágeis para tomada de decisões voltadas e comprometidas com as demandas dos usuários, oportunizando o controle social. Nesta proposta, o Estado ultrapassa seus limites institucionais abrindo um canal de comunicação, incorporando novos conhecimentos e práticas gerenciais condizentes com a realidade da população.

No que refere-se à participação da sociedade é importante visualizar a descentralização, não somente como deslocamento de poder para população mas, sob a ótica de que esses atores são os usuários dos serviços prestados incorporando o processo como um todo, desde a sua definição até o acesso aos serviços, favorecendo a participação cidadã nos

processos democráticos, aumentando a visibilidade e o controle social nos sistemas decisórios.

O Brasil é um Estado Federativo, cujos entes são a União, os Estados e os Municípios. É ao governo municipal, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil, que cabe prestar os serviços públicos aos cidadãos. É no espaço local, no município, que os usuários explicitam suas necessidades não satisfeitas e aprendem a se colocar diante dos serviços como cidadãos. A cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados. Por isso, transferência de poder para espaço municipal e seu deslocamento, nesse espaço, para mais perto do cidadão, é fator de ampliação da permeabilidade do Estado ao cidadão e, portanto, de democratização e de garantia de Direitos. (JUNQUEIRA et al., 1997, p. 16).

Nessa perspectiva, no âmbito de uma mudança político-administrativa a descentralização, com a participação da sociedade proporciona o acesso da população aos centros de poder local (conselhos-fóruns) e, conseqüentemente, o exercício da cidadania ao participar dos processos decisórios dos quais eles, cidadãos, são os receptores da política pública. Logo, a descentralização e a participação supõem um esforço coletivo para que a população tenha um espaço na gestão, para buscar e defender seus interesses (individuais e coletivos), de maneira democrática. Contudo, isso não quer dizer que a descentralização seja sinônimo de democratização e participação, mas, sim, uma condição da proposta estratégica da reforma política-administrativa do Estado.

Todavia, é importante pensar na relação entre descentralização e participação, principalmente, em países como no Brasil, onde os interesses privados prevalecem, muitas vezes, sobre os interesses coletivos, pois, em muitos casos, a descentralização não viabiliza a participação, podendo, em algumas circunstâncias, até reiterar as diferenças. Mesmo nessa situação, ela constitui-se como fator relevante, na medida em que abre um canal de comunicação, entre os usuários dos serviços e as instituições que estão mais próximas da população, permitindo que as demandas cheguem a quem tem o poder local de decidir.

Neste sentido, a descentralização é uma condição para que as organizações da sociedade civil possam articular-se, acessar seus espaços de participação e negociação e reivindicar suas necessidades; então, ao mesmo tempo em que viabiliza sua participação na implementação e no desenvolvimento das políticas públicas, ela fortalece as instituições regionais e municipais, permitindo, aos gestores, a apreensão dos problemas e prioridades no desenvolvimento dos serviços públicos.

2.5 A Criação do SUS e o Princípio da Descentralização da Política de Saúde

Na década de 70 organizou-se, no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, representando os movimentos sociais e a sociedade geral que almejavam uma nova concepção de saúde, na qual todos os brasileiros são reconhecidos e considerados cidadãos de direitos. Essa concepção veio desde a Conferência de Alma-Ata¹⁵, que buscava a efetivação do direito humano à saúde para todos, com a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a instituição do SUS. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidos o modelo e as diretrizes do SUS. Nessa conferência também foi formada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), responsável pela elaboração do capítulo de saúde na Constituição de 1988, a partir do qual foi elaborada a lei 8.080 de 1990,

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. (TEIXEIRA et al., 2014, p.16).

A partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS a saúde foi considerada um direito social; isso significa que o país adotou uma nova concepção que não existia até então, que é a de reconhecer a saúde como um direito do cidadão e possibilitar acesso de toda a população aos serviços públicos. Os três pilares, princípios éticos que estruturam o SUS são: 1) a universalidade (todos têm direito à saúde); 2) a equidade (garantir ações e serviços diferenciados de acordo com a necessidade de saúde de cada pessoa); 3) a integralidade da assistência (o SUS precisa oferecer todos os serviços e procedimentos necessários para a saúde da população).

Dentro dos pilares da universalidade, equidade, e integralidade existem seus princípios funcionais/operativos, que são: a regionalização (possibilitar o acesso aos serviços de saúde mais próximos das pessoas); a hierarquização (os serviços e ações de saúde devem estar integrados de forma crescente entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal); a descentralização (prevê que os municípios tenham autonomia na gestão dos serviços e ações

¹⁵Entre 6 e 12 de setembro de 1978 foi formulada a Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Reunidos em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), construíram um documento expressando a necessidade de ação urgente, de todos os governos que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para promoção da saúde a todos os povos do mundo. Enfatizando a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doença, sendo considerado como um direito humano fundamental. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

de saúde); e o financiamento (o SUS é financiado pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal). Esses princípios devem ser gerenciados por meio de comando único por nível de governo, contudo, delimitadas as atribuições (por níveis de governo), devendo estar submetidos também ao controle social.

A legislação estabeleceu que o SUS deve ser um sistema descentralizado e hierarquizado, trazendo, assim, a responsabilidade para os municípios da prestação dos serviços de atendimento da atenção básica à população, realizando o planejamento, administrando e coordenando o sistema de saúde em sua base territorial; ao governo federal coube a cooperação técnica na formulação, cabe a condução da Política Nacional de Saúde e o financiamento necessário, para o desempenho das ações em saúde nos estados e municípios; e aos estados competem as funções de gestão, controle, coordenação, elaboração, prestação de serviços de maior complexidade e custo de maneira integrada com o governo federal e municipal. Nesse caso, a base do modelo do SUS se constituiu na separação entre a provisão dos serviços (competência dos municípios) e do seu financiamento (incumbência das três esferas de governo).(ARRETCHE et al., 2007).

A partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS e a descentralização da política de saúde, propostas foram encaminhadas para a regulamentação, através da Lei Orgânica de Saúde 8080/90 e 8142/90, que diz: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. A partir da adoção do sistema pela Constituição, o SUS organizou-se em três etapas básicas: 1) a descentralização da gestão; 2) o atendimento integral; e 3) a participação da comunidade, através das instâncias colegiadas (conferências de saúde e conselho de saúde), nas três esferas de governo.

Logo, o direito à saúde é visto na legislação por dois lados: o do acesso aos serviços de saúde e também o da participação na gestão do SUS. A descentralização da saúde é a transferência de atribuições do Ministério da Saúde para os governos locais, no caso as Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de facilitar o acesso da população aos serviços de prevenção e tratamento no mesmo local em que vivem. (FERLA et al, 2006).

Neste novo modelo, após a definição constitucional da política de saúde, se estabeleceu a distribuição das funções de cada um dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, tais atribuições foram orientadas através de um instrumento que norteou seus objetivos, através das Normas Operacionais Básicas (NOB). As NOB foram definidas e pactuadas entre os representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); instituídas por meio de portarias ministeriais que definem as competências de cada um dos

níveis de governo, as condições necessárias para que estados e municípios assumam as responsabilidades de gestão das ações e dos serviços de saúde em acordo com as prerrogativas do SUS.

Em 1993 foram criadas articulações interfederativas, através de foros de negociação e pactuação entre os gestores na NOB93, são elas: a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a âmbito federal, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade administrativa e operativa; e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), vinculada à secretaria estadual de saúde, para efeitos administrativos e operacionais. Essas comissões nasceram no contexto do gerenciamento do processo de descentralização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do CNS.

Fazem parte da Comissão Intergestora Tripartite o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Já, na Comissão Intergestora Bipartite, estão os representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e os representantes dos Municípios do estado a que pertencem. Nesses foros devem ser pactuadas e planejadas as ações de saúde e, ainda, definidos os tetos de recursos a serem repassados a estados e municípios, para execução das ações e serviços.

De acordo com Ferlaet al. (2006), o processo de descentralização envolve redistribuição de poder e de recursos:

Fica evidenciado que a descentralização do sistema de saúde é um movimento processual e envolve mudanças. Na Norma de Operação Básica nº 01/1993 é conceituada como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os três níveis de governo e controle social. (FERLA et al., 2006, p. 46).

Pode-se compreender que a descentralização é um movimento que veio com o ideário da reforma do sistema de saúde brasileiro, ao encontro da necessidade da reforma tributária. A reorganização institucional trouxe, através dos princípios e diretrizes do SUS, nas suas diversas dimensões, a redefinição dos papéis na gestão da saúde; produzindo novos espaços de participação e a inserção de outros atores no processo de gestão, através do controle social. Entretanto, os municípios dependem do financiamento do governo federal advindo do Ministério da Saúde,

O modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como financiar a política de saúde através de um abrangente sistema de transferências interregionais. Além disto, a extensão das transferências interregionais no âmbito do sistema de saúde é significativa no Brasil. Mais que isto: o sistema nacional de saúde acentuou seu caráter redistributivo com a introdução do PAB,

na NOB98, que é um mecanismo de transferências federais para os programas municipais de saúde, calculado em termos per capita. (ARRETCHE et al., 2007, p.174).

Como princípio operativo, a descentralização estabeleceu novos arranjos institucionais¹⁶. Com competências definidas constitucionalmente, os municípios passaram a gerenciar a política de saúde local: na formulação da política; no planejamento; na organização; na execução; e na avaliação das ações e serviços de saúde. Todavia, no modelo brasileiro, o governo federal centraliza a responsabilidade de: formular as políticas públicas de saúde; coordenar as ações e os serviços de saúde intergovernamentais; e também prover o financiamento necessário ao desempenho das ações. Essa concentração, das funções do governo federal, implica em dois aspectos: 1) os municípios ficam sujeitos às normas, as avaliações e ao controle do nível central; e 2) muitos municípios ficam, fortemente, dependentes das transferências de recurso do Ministério da Saúde, para executar suas ações e serviços.

Por outro lado, desde a construção do SUS houve a dificuldade, pela insuficiência e/ou pela falta de previsão, de recursos para a saúde. Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC29), a qual trata da regulamentação do valor que deve ser investido no âmbito da saúde, por cada nível de governo. A EC29 estabelece que a aplicação à saúde deve dividir-se, entre o governo federal, com o montante do ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB; com os estados, sendo no mínimo 12% da sua receita própria; e com os municípios, com 15% da sua receita. Além disto, com esta proposta, os recursos da Contribuição Social da Saúde (CSS) devem ser aplicados, integralmente, na saúde, o que significa um aumento de recurso à área.

Em 2006, em defesa do SUS, o Conselho Nacional de Saúde conseguiu a aprovação unânime de um pacto federativo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão; visando, também, alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. O 'Pacto pela Saúde' é um conjunto de reformas institucionais do SUS, que redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da sua população, com a construção de um novo modelo de financiamento para o setor, na gestão solidária e cooperativa, e no fortalecimento do controle social.

¹⁶ Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998: implantação do Piso da Atenção Básica (PAB). Este Piso garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população - per capita. Tal sistemática permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. (BRASIL, 1998).

A legislação estruturante do SUS tem desdobrado-se para organizar os procedimentos entre os três níveis de governo, com o objetivo de viabilizar sua implantação e operacionalização. Entretanto, ao observar as normativas do Sistema Único de Saúde, através de decretos, portarias, e resoluções, percebe-se a pluralidade que o constitui. Frente a esta pluralidade para tornar viável a descentralização do SUS, articuladas entre os municípios, instituídas pelo estado, e pactuadas na CIT, foram instituídas: as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde na Região.

Considera-se que, as Regiões de Saúde são um espaço geográfico constituído pelo agrupamento de municípios que fazem parte de um estado brasileiro e, tem como finalidade integrar a organização, o planejamento, e a execução de ações e serviços de saúde. Já, as Redes de Atenção à Saúde na Região são um conjunto de ações e serviços disponibilizados na região, articulados em níveis de complexidade crescente, com o objetivo de assegurar a integralidade da assistência à saúde e o acesso universal às ações e aos serviços de saúde como primeiro elemento de um processo contínuo de atenção; responsáveis pela: 1) atenção básica; 2) serviços de urgência e emergência; 3) atenção psicossocial; 4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e 5) vigilância em saúde. (BRASIL, 2006a).

Deste modo, desde a década de 90, a descentralização da saúde vem compondo um desenho institucional consistente, no que refere-se ao deslocamento de responsabilidades administrativas para os municípios; deste modo, cabendo a eles (os municípios) formularem políticas no âmbito local, que atendam as demandas da população. Entretanto, segundo o CONASS (2015), entre os maiores desafios identificados neste processo, estão: 1) a redefinição das atribuições e competências dos gestores, nos três níveis de governo; 2) a dificuldade de demarcar os limites de tomada de decisão, por parte dos gestores dentro do seu nível de atuação, para que possam atuar de maneira coerente com a diversidade operativa dentro de seu território; e 3) a preocupação constante por parte dos gestores e de todos os envolvidos, com a construção do SUS no que refere-se ao seu financiamento.

Desde as primeiras reuniões realizadas, ainda, no âmbito do movimento sanitário, com vistas à criação do SUS, houve a discussão de que, a execução dos serviços de saúde deveria ser gerenciada em nível local, ou seja, pelos gestores municipais, por eles estarem mais próximos das necessidades da sua população. Nesse aspecto, a descentralização favoreceu, além da autonomia dos municípios em relação às suas demandas de saúde, a participação da sociedade no planejamento e controle da execução das políticas públicas, através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS); essa diretriz é importante, na medida em

que o SUS possa continuar a adaptar seus serviços às condições locais, oferecendo maior visibilidade e a participação da população nos processos decisórios.

2.6A Gestão do SUS para União, os Estados e Municípios

A criação do Sistema Único de Saúde possibilitou o acesso integral, universal e equânime para toda a população; e, assim, a saúde no Brasil tornou-se um direito do cidadão, como já visto anteriormente no texto. O processo de descentralização estabeleceu que a gestão do SUS se dá entre os níveis: nacional, a partir do Ministro da Saúde; estadual, através do Secretário de Estado da Saúde; e municipal, pelo Secretário Municipal de Saúde. Os gestores (federal, estadual e municipal) dividem suas competências e são responsáveis pelo financiamento da área, e, nesta condição devem estar integrados para garantir a saúde da população.

É competência do governo federal, a partir do Ministério da Saúde: coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos e planejar e fiscalizar o SUS em todo o país. No que refere-se ao financiamento, o Ministério da Saúde responde pela metade dos recursos da área; a verba é prevista anualmente no Orçamento Geral da União, assegurado por recursos do Orçamento de Seguridade Social (OSS), do orçamento fiscal e das contribuições, obtendo dessa somatória o grande aporte financeiro. (BRASIL, 2006).

No âmbito estadual, cabe a cada governo criar suas próprias políticas de saúde, auxiliar na execução das políticas nacionais, coordenar sua rede de laboratórios e hemocentros, definir os hospitais de referência e gerenciar os locais de atendimentos complexos da região; aplicando além dos valores repassados pela União, recursos próprios de, no mínimo, 12% da sua receita. Os governos estaduais também são responsáveis ainda pelo repasse de verbas aos municípios pertencentes a sua região. (BRASIL, 2006).

No âmbito municipal, é dever dos gestores garantir e prestar os serviços de Atenção Básica à saúde em sua localidade, mesmo aqueles mais complexos e também organizar e controlar os laboratórios e hemocentros, com a parceria dos governos estadual e federal. Cada secretaria municipal de saúde deve criar políticas de saúde locais, investindo recursos próprios de, no mínimo, 15% de sua receita, juntamente com os valores repassados pelo governo federal e estadual. (BRASIL, 2006).

Em maio de 1993, através da Portaria 545, estabeleceu-se diferentes níveis de responsabilidade entre a União, estados e municípios, no intuito de sistematizar o processo de descentralização do SUS. E, com base na NOB 01/93, definiram-se as seguintes condições de

gestão, para os estados, Gestão Parcial e Gestão Semiplena; e, para os municípios, Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena.

Os estados são responsáveis na Gestão Parcial: pelo planejamento das ações de saúde de forma integrada com os municípios, realizando o cadastro, o planejamento e a distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares; pelo controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; e pela coordenação da rede de referência estadual e do sistema de atendimento à alta complexidade. Na Gestão Semiplena, os estados são incumbidos pela gestão total dos serviços de saúde presentes no estado e pelas competências estabelecidas para a gestão parcial, respeitando os municípios habilitados em alguma das formas de gestão propostas pela normativa. (NOB 01/93, BRASIL, 1993).

Os municípios são responsáveis na Gestão Incipiente: por fazer o planejamento e realizar as autorizações de internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais; controlar e avaliar os serviços; e desenvolver ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, bem como ações de vigilância, assistência e reabilitação de saúde do trabalhador. Na Gestão Parcial, compete ao gestor municipal realizar o proposto na forma Incipiente e fazer o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas dos municípios. Na Gestão Semiplena, fica ao encargo dos municípios a realização da gestão de toda a rede pública de saúde municipal, incluindo as instituições do setor privado. (NOB 01/93, BRASIL, 1993).

Em 1996, foi implementada a NOB 011/96, que veio com uma série de avanços e aperfeiçoamentos na gestão do SUS para os estados e municípios; e, ainda, propôs a redefinição das competências para cada nível de governo, dando atenção ao controle e avaliação do SUS. Essa norma estabeleceu uma Programação Pactuada Integral (PPI), criando o Piso Assistencial Básico (PAB) que é formado por recursos financeiros destinados ao custeio de ações e procedimentos da assistência básica, de responsabilidade dos municípios. Com o mecanismo de transferência fundo a fundo, a criação do PAB, e a nova forma de gestão, buscou-se o aperfeiçoamento do processo de descentralização. Assim, foram estabelecidos diferentes níveis de habilitação, para os estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual; para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Logo, foi prevista a partir da NOB 011/96 uma Gestão Plena do SUS, na medida em que o nível era considerado Gestão Semiplena; e para cada tipo de gestão foram agregados pré-requisitos, prerrogativas e responsabilidades à habilitação necessária para o recebimento de financiamento das ações e serviços. Desde então, o Ministério da Saúde vem estabelecendo

cooperação financeira com as instituições públicas e privadas de saúde, mediante repasse fundo a fundo aos estados e municípios, incluindo o Distrito Federal, destinado à remuneração de serviços produzidos pelos prestadores governamentais e privados, por meio da realização de convênios com órgãos e/ou instituições governamentais e não-governamentais, em projetos específicos no âmbito da saúde. (NOB01196, BRASIL, 1997).

Com as novas formas de transferências dos recursos federais, para estados e municípios, modificadas pelo Pacto pela Saúde, foram gerados cinco grandes blocos de financiamento: 1) Atenção Básica; 2) Média e Alta Complexidade da Assistência; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; e 5) Gestão do SUS; todos com o objetivo de se ter maior transparência no investimento financeiro. Neste novo pacto buscou-se também a efetivação do controle social, ao determinar que os gestores dos três níveis de governo assumam suas responsabilidades. Para isso, os ‘termos de compromisso de gestão’ devem sempre ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde, implicando na qualificação dos processos de planejamento, programação e avaliação das políticas de saúde. Assim, a atenção à saúde deve ficar em constante acompanhamento no que tange o cumprimento das metas, objetivos e indicadores presentes nos termos de compromisso de gestão, que são avaliados anualmente. (BRASIL, 2006).

No texto a seguir será apresentada de maneira sintética duas das políticas que recebem incentivo no bloco de financiamento do Ministério da Saúde e que fazem parte da Política de Atenção ao HIV/AIDS, objeto dessa pesquisa: Política de Vigilância em Saúde e Política de Atenção Básica.

2.7A Política de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da participação de vários atores envolvidos, historicamente, com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores dos três níveis de governo. No Brasil a Atenção Básica (AB) é desenvolvida através da descentralização, com a intenção de aproximar os serviços de saúde da população; por isso, deve ser considerada a principal porta de entrada e o centro de comunicação, com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS. (BRASIL, 2012).

Segundo o Manual da Política Nacional de Atenção Básica, seus princípios e diretrizes caracterizam-se

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de uma atenção integral que impacta na situação de saúde e autonomia das pessoas. (BRASIL, 2012, p. 59).

Assim, sua proposta além de orientada pelo princípio de descentralização, também é norteada pelos princípios da universalidade, possibilitando o acesso aos serviços, promovendo vínculo do paciente e a continuidade do cuidado, permitindo a integralidade da atenção, e a equidade no atendimento. (BRASIL, 2012).

Para aproximar o serviço de saúde da população, o processo de descentralização definiu os municípios como principais operadores da rede de serviços de Atenção Básica. Para desempenhar seu papel faz-se necessária a instalação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), perto da população para acesso aos serviços e ações de saúde. A Política de Atenção Básica introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica como ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, bem como procurou incluir uma maior modelagem de equipes para atender as diferentes populações e realidades do país, além dos diversos formatos de Equipes de Saúde da Família (ESF).

O SUS buscou ampliar as ações de promoção da saúde com a universalização, através de importantes iniciativas, tais como: o Programa de Saúde na Escola; as Equipes de Saúde da Família (ESF); e as Equipes do Melhor em Casa (EMC); aumentando, desta forma, a rede de atenção domiciliar. Também propôs, a integração dos sistemas de informação e uma nova política de regulação para os usuários que necessitam de uma continuidade do cuidado na Rede de Atenção Especializada, por meio do serviço do Tele Saúde. (BRASIL, 2012).

Desde a criação do PAB, com repasse de recurso fundo a fundo, construiu-se um novo desenho de financiamento federal à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o Piso da Atenção Básica¹⁷ Fixo diferencia o valor per capita por município, e propõe beneficiar os municípios mais pobres, menores, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. No que diz respeito à qualidade, foi proposta uma mudança de modelo, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), em que criou-se um componente de

¹⁷ O Piso da Atenção Básica (PAB) é uma forma de transferência de recursos, regular e automática, em que a verba federal é repassada, diretamente, aos municípios, por meio de um mecanismo chamado de “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos outros níveis do sistema. A importância do mecanismo do PAB é que este dissociou o repasse financeiro do faturamento por produção, que prejudicava os municípios mais pobres onde não havia unidades de saúde. O PAB pode ser considerado como um agente intermediário no processo de descentralização do Sistema de Saúde, tendo significado um importante passo no sentido do aumento da equidade do sistema. (NEGRI, 2002).

qualidade que avalia, valoriza, e premia as ESF e municípios, aumentando o repasse de recursos, em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite. (BRASIL, 2012).

Conforme a normatização vigente do SUS, para definir a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, constituiu-se novos arranjos organizativos que são formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações. Dentro da RAS, destaca-se o serviço de Atenção Básica estruturado, como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que atenda a população, integrando, ordenando o cuidado e regulando o fluxo de atendimento de acordo com as necessidades de saúde. (BRASIL, 2012).

2.8 A Política de Vigilância em Saúde

A Política de Vigilância em Saúde é constituída por um processo contínuo e sistemático de coleta e análise de dados, sobre ocorrências relacionadas à saúde. Essa política detém conhecimentos e metodologias que ajudam a gestão, através do conhecimento da realidade e da identificação dos problemas, estabelecendo as prioridades de atuação na busca de resultados mais efetivos. Desta forma, suas ações devem ser desenvolvidas de maneira conjunta, com as demais ações e serviços prestados pelo SUS. A base de trabalho para a prática da vigilância em saúde é a territorialização, caracterizada por um somatório de ações no âmbito individual e coletivo que buscam, além de intervir e atuar em condicionantes e determinantes à prevenção, proteção e promoção da saúde, também fazer o controle dos riscos, agravos e doenças. (BRASIL, 2010).

Organizada a partir da articulação de conhecimentos e práticas que estão relacionados a diferentes áreas, a Vigilância em Saúde divide-se entre: a) vigilância epidemiológica, que seria a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e de seus agravos; b) vigilância em saúde ambiental, que é o conjunto de ações e serviços que favorecem o conhecimento e a constatação de alterações no meio ambiente, que interferem na saúde humana; c) vigilância em saúde do trabalhador, que é o conjunto de ações que objetivam à promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores; e d) vigilância sanitária, que é o conjunto de ações capazes de suprimir, reduzir ou prevenir riscos à saúde, e também de interferir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. (BRASIL, 2010).

É importante na construção da Política de Vigilância de Saúde, como suporte político-institucional nos processos de descentralização e reorganização das ações e serviços de saúde no nível local, a associação entre as várias áreas da vigilância (epidemiológica, de saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária) e as contribuições multidisciplinares. A proposta é de que as ações de vigilância estejam inseridas em todos os níveis de atenção da saúde, sendo parte integrante as ESF, na Atenção Básica. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica vai ao encontro do princípio da integralidade no atendimento e na descentralização, em que a organização das ações e dos serviços devem ser definidos no local de atuação com medidas planejadas, para, assim, aumentar o acesso da população nas diferentes ações de saúde, desenvolvendo um trabalho condizente com a realidade local. (BRASIL, 2010).

Também dentro da Política de Vigilância em Saúde devem ser discutidas estratégias para se detectar e atender adequadamente às emergências em saúde pública, que venham eventualmente a surgir; e, desta forma, ter capacidade governamental de dar respostas apropriadas aos estados e municípios, incorporando desde ações nos serviços públicos de saúde, até a inclusão no setor privado. Diversos fatores podem provocar a emergência de novas situações, que demandam um retorno para seu enfrentamento; logo, é necessário o envolvimento dos três níveis de governo para a identificação de problemas e construção de táticas. No sentido do enfrentamento das emergências em saúde pública através dos diferentes níveis de gestão, o SUS conta com a Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (CIEVS), que tem como objetivo a detecção dessas emergências, a avaliação contínua de problemas e a coordenação e apoio às respostas empregadas nas situações de emergência.

Em 2006, a Portaria nº399/GM/MS estabeleceu os termos de compromissos em relação à gestão da Política de Vigilância em Saúde, por parte dos estados e municípios. Esses compromissos foram pactuados através da Bipartite, levando em consideração o desenho da regionalização que orientou a descentralização das ações e serviços de saúde, através da disponibilização de uma rede de serviços locais e das tecnologias disponíveis, para o desenvolvimento de ações mais complexas. Assim, a partir de então, em cada sistema de saúde local/regional, deve-se planejar estratégias de atuação, de forma integrada com as diversas áreas, para o enfrentamento das situações que exigem uma gestão compartilhada. Com relação à gestão da Política de Vigilância em Saúde, aos estados compete definir as prioridades baseados nas políticas e diretrizes da área de vigilância em saúde e coordenar as ações que exigem a gestão partilhada a nível estadual, regional e municipal; e, aos municípios, fica a responsabilidade de traçar suas prioridades, e coordenar suas ações no âmbito local, através da secretaria municipal de saúde.

Referente aos serviços prestados, devem ser disponibilizados em escala regional, considerando a complexidade das ações a serem desenvolvidas na região, a necessidade de uma equipe de profissionais multidisciplinares, um espaço físico adequado, equipamentos, laboratórios, câmaras frias para armazenamento, centros de armazenamento e distribuição de equipamentos, centros de referência para imunobiólogos, centros de armazenamentos de inseticidas, serviços de verificação de óbitos, sistema de informação da vigilância em seu âmbito territorial, serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade, o desenvolvimento de estratégias e implantação de ações de educação, educação permanente, comunicação e mobilização social e a promoção de estratégias e ações que contribuam para a participação da sociedade através do controle social em vigilância em saúde. (BRASIL, 2010).

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) deve subsidiar as programações das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, e, desta maneira, alcançar as metas elencadas pelos três níveis de governos (federal, estadual e municipal) para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e para o Pacto pela Saúde. Ainda, essas metas devem compor a programação anual de saúde, respeitando o planejamento dos espaços regionais e locais.

No que refere-se ao financiamento da Política de Vigilância em Saúde, os recursos são de responsabilidade dos três níveis de governos, que ficam agrupados nas ações das diferentes áreas de vigilância. Os recursos federais são repassados pelo Ministério da Saúde, através do fundo a fundo, para financiamento das ações organizadas no bloco financeiro da vigilância em saúde, atendendo as especificidades, conforme regulamentação específica: ficando o uso do recurso restrito a cada bloco; sendo que as bases de cálculo pertinentes a cada bloco e os montantes financeiros destinados para estados e municípios devem compor memórias de cálculo para monitoramento. (BRASIL, 2010).

3 A POLÍTICA DE AIDS

Neste capítulo buscou-se reconstruir, através de um olhar ao passado, a história da AIDS no Brasil e os seus desdobramentos políticos, sociais e culturais que influenciaram na resposta de organizações não-governamentais e governamentais, para o enfrentamento da epidemia no país. Num primeiro momento, foi abordado o período em que a AIDS chegou ao Brasil e as primeiras respostas dadas à infecção; em segundo foi trazido o momento da descentralização da gestão da política de AIDS para estados e municípios; e, por fim, a descentralização do cuidado ao portador de HIV/AIDS para Atenção Básica, que é o objeto desse estudo.

Somada a um momento de intensa mobilização por mudanças políticas, a AIDS foi construindo, ao longo de mais de trinta anos, uma rede de atores (sociais e governamentais), que, em alguns momentos participaram, de certa forma, na construção das respostas dadas à infecção. Entre eles estão os integrantes do Movimento Social de Luta contra AIDS (MSLA), que constituíram um espaço político legítimo, ao buscar desde os primeiros casos no país uma resposta governamental para o seu enfrentamento. E, apesar das contradições e reveses ocorridos nas últimas décadas, ainda hoje tem demonstrado resistência, não só contra a epidemia de AIDS, mas também contra o desmonte do SUS e da saúde pública. De outro lado, estão os representantes governamentais, que, em momentos diferentes, com avanços e retrocessos, cumpriram com seu papel enquanto gestores, trazendo respostas às reivindicações do MSLA, através da implementação da Política AIDS. Entretanto, cabe ressaltar que, apesar das respostas em alguns momentos terem sido expressivas, em outras ocasiões, como no início da infecção, houve uma ausência por parte do governo federal, para construção das primeiras medidas de enfrentamento do HIV/AIDS.

Para compreender a evolução das respostas dadas é necessário cruzar o olhar, estar atento não somente para implementação de uma política de saúde, mas também aos aspectos que interferem e que envolvem a AIDS. Nesse sentido, o texto traz as discussões internacionais que repercutiram na resposta brasileira, bem como, as tomadas de decisões dos atores envolvidos dentro do processo no Brasil. Justifica-se que, para construir a trajetória de trinta e quatro anos da epidemia, foi necessário buscar informações, principalmente, as dos anos mais recentes, em sites e em depoimentos pessoais, devido à dificuldade de encontrar publicações sobre o tema.

3.1 A AIDS e a Mobilização pela Resposta à Epidemia

No contexto dos anos 70, como vimos anteriormente, o Brasil vivenciou um momento de ativismo político bastante forte, que lutou pela democratização do país e, pelas liberdades individuais no avanço ao reconhecimento dos direitos civis de pessoas socialmente discriminadas, tais como, negros, mulheres e homossexuais. Na ocasião, emergiu novas demandas políticas trazidas por grupos específicos de diferentes localidades de todo o Brasil, e, assim, o ativismo passou a ganhar dimensão nacional. Com a inserção do ideário, originado pelo Movimento Sanitário, aprofundaram-se as discussões sobre os problemas de saúde no país, dando início a um projeto que apresentava novos arranjos institucionais para o setor da saúde.

Esses novos arranjos, segundo Teixeira et al. (2009, p. 88),

[...] veio a ocorrer a partir de meados dos anos 1980, com o esgotamento do regime militar, o fortalecimento do processo de redemocratização política e a reorganização de movimentos sociais e culturais. Em 1980, foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento, que passou a articular e a planejar as atividades desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social. Em 1982, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que ampliaram a cobertura das ações de saúde, integraram as atividades de assistência preventiva e curativa e criaram as instâncias colegiadas de gestão do sistema de saúde nos três níveis de governo, já prevendo a participação de movimentos sociais. Esse foi o início do processo de institucionalização do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo, da organização da atenção à saúde com base na integralidade e do controle social das políticas de saúde.

Contudo, a expectativa de uma reforma sanitária somente consolidou-se a partir da criação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição Federal, promulgada em 1988, período em que, também, registrou-se as primeiras infecções de HIV/AIDS no Brasil. Em São Paulo o primeiro caso foi notificado em 1983; depois desta data o vírus foi disseminando-se, levando à novas notificações 506 mil pessoas e à morte mais de 205 mil portadores no país, até o final dos anos 80. Nessa época, os indicadores chegaram a ser semelhantes aos de muitos países da África, onde a epidemia já apresentava-se de maneira alarmante.

No ano de 1983, a imprensa publicou reportagens ligadas a AIDS como a doença que atingia homossexuais: “peste gay”, “praga gay”; essas denominações trouxeram margem a notícias sensacionalistas de cunho moralista e discriminatório em relação as pessoas mais atingidas na época. Com essas manchetes, os discursos trazidos pela mídia desempenharam um papel determinante na construção dos significados acerca da doença. Estar com HIV/AIDS

era obter um atestado de morte, pois a infecção foi associada a uma doença fatal, o que ocasionou pânico na população.

“Associado a essa representação, o termo ‘aidético’ passou a ser amplamente utilizado, simbolizando a forma pela qual a sociedade reconhecia a doença e o doente”. (TEIXEIRA et al., 2009, p. 90), resultados da maneira como as notícias chegaram à sociedade. As matérias que noticiavam os casos de AIDS e as imagens utilizadas pela imprensa mostravam a infecção associada à morte, a pacientes em sofrimento e a grupos sociais específicos, o que contribuiu para reforçar o preconceito em relação à epidemia.

Assim, foram classificados como grupos de riscos uma determinada parcela da população, que era associada a imagem da AIDS; esses grupos estavam relacionados a um comportamento visto como “libidinoso”, ligado a relações sexuais consideradas como “depravadas” e ao uso ilícito de drogas injetáveis. Além dos homossexuais e usuários de drogas injetáveis, também foram consideradas parte dos grupos de risco as mulheres profissionais do sexo. Deste modo, a representação da sociedade em relação ao HIV/AIDS foi de uma doença manifestada somente nas populações consolidadas como promíscuas, o que, conseqüentemente, implicou nas representações sobre a doença. A morte, então, se tornou um mérito resultante das ações de uma população específica, que, culturalmente, não era “bem vista” pela sociedade.

Dentro desse contexto, segundo Daniel e Parker (1991, p. 14),

[...] a epidemia de AIDS foi muitas vezes apresentada, inclusive por sucessivos Ministros da Saúde e outras altas autoridades de saúde pública, como um problema secundário, relativamente insignificante em comparação com dilemas sanitários mais complexos ou estatisticamente mais relevantes. A gravidade potencial da epidemia foi minimizada ainda mais por uma visão que considera as pessoas com AIDS uma parte de uma minoria social; por outro lado, como membro de uma elite limitada, e por outro lado, como fundamentalmente marginal, dentro de uma estrutura global da sociedade. Essas análises distorcidas, por sua vez, modelaram amplamente as políticas oficiais destinadas ao controle da epidemia de AIDS.

A situação foi agravada por um conjunto de imagens distorcidas, que tiveram como conseqüências o crescimento do preconceito e das discriminações e omissões por parte dos gestores federais, que tardaram em tomar as primeiras medidas destinadas ao controle e enfrentamento da epidemia no Brasil. Dentro desse contexto, na década de 80, a AIDS passou a ser considerada como “mal de folhetim”.

Com base nas regras sociais moralistas, reforçavam-se o preconceito e, conseqüentemente, a discriminação aos grupos sociais. Somado a isso, as projeções da época mostraram a alta incidência de infecção pelo HIV no sexo masculino e poucas do sexo

feminino. Deste modo, a repercussão social da tendência de a infecção abranger mais a população de homossexuais de classe média/alta, fez com que esse grupo, a partir dos preconceitos que passaram, se mobilizassem logo no início da epidemia.

Com a intensa mobilização do MSLA da Região Sudeste, emoldurou-se a primeira iniciativa governamental para o enfrentamento da AIDS. A Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES/SP) deu o primeiro passo ao enfrentamento da infecção, criando o Programa Estadual de AIDS. Essa iniciativa foi motivada por dois eixos fundamentais, o primeiro pela participação do Movimento Social de Luta contra AIDS, que trouxe as demandas e reivindicou uma política de saúde específica à AIDS e o segundo, através da contribuição de técnicos especializados e comprometidos com o ideário sanitário para construção do SUS, que buscaram o acesso universal de saúde para todos e que o Estado assumisse essa responsabilidade.

Com ações influenciadas pelo desenho de programas e estratégias de saúde da década de 80 trazidas pelo Movimento Sanitário, a organização do Programa de AIDS, de São Paulo, em 1983, foi uma resposta que trouxe,

A estrutura do novo programa que articulou quatro estratégias: serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população, mobilização e participação social. Entre as diretrizes, se destacam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento, promoção da equidade para grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis. (GRANGEIRO et al., 2009, p. 89).

Mediante essa estruturação, o Programa de AIDS, de São Paulo, serviu de referência para implantação dos demais programas, em vários estados do país, bem como para a própria organização do Programa Nacional de AIDS que, ainda, não havia sido instituído. Assim sendo, o estado de São Paulo destacou-se por ter sido o precursor de muitas mudanças no setor da saúde nesse período; seja pela implantação de serviços de referência assistencial, laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população, ou seja, pela mobilização e participação social.

Marques (2003) faz lembrança que, no período de 1983 a 1985, não houve nenhuma resposta oficial do Ministério da Saúde à AIDS. Durante dois anos o governo federal ficou alheio à infecção. Nesse contexto, não existiu uma diretriz nacional que orientasse ou direcionasse os estados nos quais a AIDS já tinha configurado-se em uma realidade. O enfrentamento até então ocorreu apenas pelo Programa de São Paulo, modelo de atenção à infecção no país. As dificuldades eram diversas e distintas no setor da saúde. Entretanto, era comum à todo o modelo centralizador e privatista do sistema de saúde nacional, que continuava a negligenciar a saúde pública.

No final do ano de 1985, iniciou, nas regiões Sudeste e Sul, uma mobilização pela fiscalização dos bancos de sangue; no Rio Janeiro, liderada pelo sociólogo e presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Herbert de Souza, conhecido como Betinho; e no Rio Grande do Sul, pelo médico e presidente do Centro dos Hemofílicos do estado do Rio Grande do Sul (CHERGS), Geraldo Lopes Burmeister; ambos hemofílicos, que atuaram intensamente para que houvesse o controle da qualidade do sangue. Desde então, várias mobilizações começaram a acontecer, e medidas, aos poucos, também foram sendo tomadas em alguns estados que buscavam de igual forma uma regulação para os hemocentros. (TEODORESCU et.al, 2015).

No contexto internacional, em abril de 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), realizou a 1ª Conferência Internacional de AIDS, na cidade de Atlanta, na Geórgia. Em dezembro os Serviços de Saúde Pública, dos EUA, emitiram uma nota, contendo as primeiras recomendações para a prevenção da transmissão vertical (da mãe para o bebê) durante a gestação. Também, no final deste ano, foi constatado que em todas as regiões do mundo já haviam relatado pelo menos um caso de AIDS.

Galvão (2000) classifica o período de 1985 a 1991, como “anos heróicos”, ao destacar a criação de uma diversidade de instituições¹⁸ e iniciativas voltadas ao enfrentamento da epidemia. A maioria das instituições desenvolviam um trabalho voluntário de informação e prevenção, havendo uma dedicação pessoal ao tema e um sentimento de solidariedade articulado às trocas de experiências. Foi também a partir deste momento, que os trabalhos das organizações não governamentais passaram a acontecer de maneira mais sistemática, de modo que foram ganhando espaço no âmbito nacional. Assim, com o empenho das ONG/AIDS, tornou-se impossível ignorar a presença da infecção no Brasil,

Um dos principais consensos na literatura disponível é o importante papel que a sociedade civil desempenhou na construção da resposta à epidemia de AIDS, seja pela contribuição da ação em comunidade, com a finalidade de reduzir a prevalência e a mortalidade por AIDS, seja pela busca de uma caracterização das políticas de saúde a partir do ativismo e do controle social. (TEIXEIRA et al., 2009, p.89).

Esse reconhecimento foi obtido através do ativismo político, que invadiu parte da sociedade civil permitindo a organização de um movimento de diversas instituições no

¹⁸ Destaca-se a criação: do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), em 1985 no estado de São Paulo; da Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA) em 1986 no Rio de Janeiro; do Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo pela Vidda), em 1989 no Rio de Janeiro; e da Casa de Apoio Brenda Lee, no ano de 1985 em São Paulo. (GALVÃO, 2000).

enfrentamento ao HIV/AIDS. Assim, o MSLA foi constituído com a participação de diversos segmentos da sociedade, como ONG de homossexuais, travestis, profissionais do sexo, hemofílicos, grupos feministas, sanitaristas, igrejas, setore privados e comunidade científica, que mobilizaram-se em busca de uma resposta governamental à epidemia.

Ao olhar à resposta nacional, observou-se que, apesar da AIDS ter surgido em 1983, somente no governo de José Sarney (PMDB) o Ministério da Saúde pronunciou-se oficialmente, trazendo reconhecimento a esse respeito. Sob pressão do MSLA, e das coordenadorias estaduais e municipais, que tinham seus programas de AIDS já estruturados, em maio de 1985, o Ministério, através da Portaria 236/85, criou o Programa Nacional de AIDS, vinculado à Divisão de Dermatologia Sanitária e direção do médico Aguinaldo Gonçalves. Ressalta-se que nesse mandato presidencial houve quatro trocas de Ministro da Saúde, foram eles, Carlos C. de M. Sant'anna (1985-1986), Roberto Figueira Santos (1986-1987), Luiz Carlos B. Silveira (1987-1989) e Seigo Tsuzuki (1989-1990).

Entretanto, o Programa Nacional de AIDS começou sua atuação, efetivamente, em 1986, sob a coordenação da biomédica Lair Guerra de Macedo Rodrigues. A partir desse momento, foi organizado um Sistema de Informação Nacional da AIDS, que reuniu os dados epidemiológicos de todo país, e, assim, obteve-se o primeiro balanço nacional brasileiro do número de casos. (TEODORESCU et.al, 2015).

Em abril de 1986, uma equipe médica, do Rio Grande do Sul, liderada por Antônio Carlos Gerbase, que, por sua vez, tinha experiências no controle de DST, promoveu, na cidade de Canela, o I Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em conjunto com o I Encontro Latino-americano de AIDS; estiveram presentes os principais nomes envolvidos com o controle da AIDS no Brasil, possibilitando, assim, para muitos, o primeiro contato com a coordenadora do programa Nacional, Lair Guerra. (TEODORESCU et.al, 2015).

Após a realização do Congresso surgiram as primeiras medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, tais como, a criação de uma Comissão Nacional de DST/AIDS (CNAIDS), que não possuía poder deliberativo, mas estava vinculada, diretamente, ao gabinete do Ministro como um órgão de assessoria e de caráter consultivo e a assinatura da portaria ministerial¹⁹ em que a AIDS e a sífilis passaram a ser consideradas infecções de notificação compulsória. Também entre profissionais e instituições de todo o país formou-se

¹⁹Segundo o site do Programa Nacional a **notificação compulsória da AIDS** e da **sífilis congênita**, no Brasil, teve início com a publicação da Portaria nº 542 de 22 de dezembro 1986. (BRASIL, 2017).

uma rede de articulação, que buscou, através da construção de diretrizes, uma resposta nacional frente à epidemia. (GALVÃO, 2000).

No final de 1986, outra iniciativa de formação ocorreu no Rio Grande do Sul onde,

Lair Guerra de Macedo Rodrigues participou como instrutora do Curso de Capacitação para Gerentes de Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, realizado em Porto Alegre pela equipe do Programa Estadual de AIDS do Rio Grande do Sul. O curso marcaria os espíritos de muitos protagonistas da história da AIDS porque nele foram reunidos nomes que se tornariam ilustres no enfrentamento da epidemia no Brasil. Entre eles, Pedro Chequer, que por duas vezes foi coordenador do Programa Nacional; Ana Brito, médica infectologista de Pernambuco, que mais tarde atuaria no Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde; Luiz Antônio Loures que também atuaria no Ministério antes de se transferir para o UNAIDS em Genebra; Paulo Bonfim, do Gapa de São Paulo, e a irmã Ângela Torrecillas, de Manaus. (TEODORESCU et.al, 2015, p.143).

Nesta capacitação, Lair Guerra teve contato com os principais protagonistas da AIDS na época; o momento foi marcado pela consolidação das relações entre as equipes que atuavam em todo o país para enfrentar a infecção. Ainda no curso, a equipe encarregada de reestruturar o Programa Nacional de AIDS deu o primeiro impulso de elaboração para um projeto de campanha de massa à prevenção; contudo, havia pontos de discordância em relação às diretrizes do Programa Nacional, quando tratado sobre o uso de preservativo e redução de danos.

Segundo Teixeira (1997), o Programa Nacional, neste período, foi ficando fortalecido institucionalmente, e passou a centralizar normas e atividades a serem implantadas em todo país; iniciando um processo inverso na sua relação com os estados, pois as primeiras respostas foram dadas nos níveis estadual e municipal. Desde que assumiu o Programa Nacional de AIDS, Lair Guerra promoveu encontros com personalidades da esfera federal, defendendo a ideia de que o Programa só se concretizaria mediante a existência de recursos humanos e financeiros adequados.

Ainda em 1986, enquanto no contexto nacional, o Governo Federal via Ministério da Saúde começou a se organizar para o enfrentamento da AIDS; no contexto internacional, a partir da OMS criou-se um Programa Especial de AIDS, que, rapidamente, foi transformado no Programa Global de AIDS (GPA). A frente da direção do GPA ficou Jonathan Mann, um ativista que desenvolveu iniciativas formais para uma grande mobilização global que buscava o enfrentamento da epidemia no mundo. Com os esforços internacionais para o controle da doença, também veio um grande investimento de recursos do Banco Mundial destinado ao financiamento de projetos nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. (PARKER et al., 1999).

Em março de 1987 foi consolidada a CNAIDS, através da Portaria nº 101/87. Composta por representantes de diversas organizações da sociedade, sua atribuição estava voltada a dar assessoria à coordenação do programa, contribuir na definição da Política Nacional de AIDS, com a produção de documentos técnicos/científicos, bem como avaliar os componentes do programa nacional. Logo, foram mapeados e traçados os primeiros princípios e diretrizes que viriam, posteriormente, a ser institucionalizados e incorporados no discurso oficial do Programa Nacional. (MARQUES, 2003).

O ano de 1987 foi considerado o marco das medidas governamentais. O Programa desvinculou-se da Divisão de Dermatologia Sanitária e passou a atuar a partir da nova Divisão Nacional de Controle de DST e AIDS, criada dentro do Ministério da Saúde, ganhando, desta forma, novas proporções e também recursos para ações de prevenção e controle. O Ministro da Saúde em exercício, Roberto Ramos, através da criação do programa específico para a AIDS, trouxe um novo rumo institucional, no âmbito federal para a política. Nesse momento, o país foi beneficiado pela primeira captação internacional do GPA, e assim, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Programa Nacional passou a receber, anualmente, o valor de 500 mil dólares para investir no controle da infecção.(TEODORESCU et.al, 2015).

Todavia, o Programa Nacional hesitava em promover campanhas de prevenção usando como estratégia o uso do preservativo, devido à forte influência da igreja católica que posicionava-se contrária à proposta na época. Frente a este impasse, somente a partir de 1989 a coordenação nacional foi realizar a primeira promoção de uma campanha lançando o uso do preservativo como método de prevenção à AIDS, quando o tema começou a ser abordado nas divulgações do Ministério da Saúde.(TEODORESCU et.al, 2015).

Depois da Constituição de 1988, a política de controle do sangue ganhou relevância. A comercialização do sangue ficou proibida, e as doações passaram a ser testadas antes das transfusões; de acordo com uma portaria publicada pelo ministro Roberto Santos, que regulamentou, desde então, a obrigatoriedade do teste anti-HIV para os bancos de sangue públicos de todo o Brasil. Deste modo, deu-se início a um processo de fiscalização e de reestruturação do controle da qualidade do sangue, em âmbito nacional. Esta resposta foi considerada uma vitória para as ONG e os profissionais de saúde, que já vinham há anos defendendo a medida. (TEODORESCU et.al, 2015).

O controle da qualidade do sangue foi essencial no enfrentamento da epidemia; para tanto, usou-se, como instrumento mais eficaz, a realização do teste anti-HIV nos próprios hemocentros de todo país. O Programa Nacional contou com o apoio inicial da Fio Cruz, que

já realizava teste de imunofluorescência para o HIV. Naquele momento, a Divisão de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde sofreu algumas dificuldades, e as ações de controle do sangue foram assumidas, em grande parte, pela Divisão de AIDS. O Programa começou a atuar junto aos estados, com a finalidade de organizar os hemocentros locais; e, assim, em parceria com a Fio Cruz/RJ e o Instituto Adolfo Lutz/SP, passaram a realizar cursos de capacitação para profissionais que atuavam junto aos laboratórios.(TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1989, dois eventos marcaram de maneira significativa as respostas não governamentais ao enfrentamento da infecção. O *Opportunities for Solidarity* foi um evento: internacional, ocorrido em Montreal, em que a ABIA fez parte da sua Comissão organizadora, o qual impulsionou a ideia da formação de uma rede internacional entre organizações que trabalhavam em prol do enfrentamento da AIDS e tornou-se marco mundial das respostas não governamentais no mundo. O I Encontro de ONG/AIDS foi um evento nacional, realizado em Minas Gerais, que, incentivado pelo encontro de Montreal, contou com participantes do país estrangeiro e, através da oportunidade de troca de experiências entre as instituições acerca dos seus diferentes tipos de ações, juntamente com a exposição de informações sobre o encontro internacional já ocorrido, propiciou o fortalecimento do MSLA conforme era seu principal objetivo. (GALVÃO, 2000).

Na contramão das primeiras iniciativas, a disseminação do HIV/AIDS, que antes afetava, significativamente, a população masculina e de classe média/alta, a partir do decorrer dos anos passou a abranger outras populações (hemofílicos e mulheres) e, ainda, desenvolver-se em áreas periféricas/empobrecidas que levaram também a infecção à associação de questões socioeconômicas. A nova tendência impactou, fortemente, a sociedade, na medida em que constatou-se a transmissão do HIV via relação sexual heterossexual,

Entre as mais importantes tendências na evolução da epidemia de HIV/AIDS no Brasil durante os anos 90, estão a rápida pauperização e feminilização da epidemia. Uma análise do perfil socioeconômico da AIDS no Brasil, baseada em indicadores como o nível educacional dos casos notificados de AIDS, tem demonstrado que a epidemia afeta agora os segmentos mais pobres e marginalizados da população brasileira. (PARKER et al., 1999, p.10).

O choque da feminilização da infecção tornou-se ainda mais divulgado, quando a AIDS, em 90, foi apontada como principal causa de morte em mulheres entre 20 e 34 anos, no Brasil. De acordo com Marques (2003), isso aconteceu porque, num primeiro momento, as mulheres, em geral, não foram consideradas uma população em risco. Essa compreensão resultou numa intervenção tardia por parte dos setores responsáveis pelo controle da doença;

que somente a partir de 1990 reconheceram a mudança no perfil da disseminação, apesar de que desde 1986 os dados já apresentarem a notificação de mulheres e também de crianças, decorrentes da transmissão perinatal, ou seja, a transmissão da mãe para o filho.

Também em 90, Norman Hearts, professor da Universidade da Califórnia/Campus São Francisco nos Estados Unidos (UCSF/EUA), veio ao Brasil coordenar um curso de metodologia de pesquisa em AIDS, realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Ruy Laurenti, reitor da Faculdade de Saúde Pública, na intenção de estreitar a parceria entre a USP e a UCSF convidou vários professores para uma reunião com Hearts. Nesse encontro, Laurenti sugeriu a criação de um núcleo de pesquisa para contribuir no fortalecimento do MSLA frente ao combate da epidemia.

Logo, o Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS (NEPAIDS) surgiu vinculado ao Instituto de Psicologia da USP, através do grupo²⁰ de pesquisadores que tinham como objetivo oferecer apoio técnico e científico às instituições governamentais e não-governamentais atuantes no enfrentamento da infecção. No decorrer dos anos, o NEPAIDS realizou cursos, treinamentos, simpósios e publicações, envolvendo diversas ONG/AIDS e profissionais de saúde. Dessas ações surgiram importantes projetos de intervenção, que deram origem a duas ONG: 'É de Le' e Fique Vivo, as quais, respectivamente, passaram a atuar uma com menores infratores e a outra com usuários de drogas injetáveis. (TEODORESCU et.al, 2015).

No contexto político, ainda em 90, houve um tensionamento no governo de Fernando Collor (PRN), decorrente das mudanças feitas no Ministério da Saúde, que afetaram o Programa Nacional de AIDS. Em apenas dois anos de governo Collor, houve a troca de três Ministros da Saúde. Foram eles Alceni Guerra (1990-1992), José Goldemberg (1992-1992) e Adib Jatene (também de 1992 a 1992). Na direção de Alceni Guerra, Eduardo Côrtes assumiu a coordenação do Programa Nacional.

Nesta época o Brasil estava sofrendo dificuldades políticas, econômicas e sociais. Logo, as respostas do governo federal frente à infecção passaram a ser menos efetivas. Esse momento foi avaliado como um retrocesso na política, inclusive pelo rompimento das relações com as organizações da sociedade civil; fato que levou o MSLA, através das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e dos Fóruns Regionais ONG/AIDS, se pautar por diversas ações judiciais e protestos contra o governo federal. (MARQUES, 2003).

²⁰ Participaram da criação do NEPAIDS os docentes: Vera Paiva, Cassia Buchala, Marcelo Buratini, Ângelo Piovesan, José Ricardo Ayres, Teodoro Plucienik, Jorge Beloque, Luiza Alonso, entre outros. (BRASIL, 2015, p.413).

A crise política afetou diretamente a política de AIDS. Com a troca da coordenação do Programa Nacional, houve um desentendimento com a Organização Mundial de Saúde, devido ao Programa recusar-se a participar do projeto para testagem de vacinas anti-HIV. Também estabeleceu-se uma tensão com as ONG/AIDS, por conta das campanhas veiculadas na mídia, que continham um caráter preconceituoso: “Se você não se cuidar a AIDS vai te Pegar” e “Eu tenho AIDS e vou morrer”. (GALVÃO, 2000).

A autora considera, ainda, esse período de crise contraditório. Ao mesmo tempo em que as ONG/AIDS cobraram do governo mais ações, criticaram as campanhas classificadas como discriminatórias, denunciaram a falta de assistência e medicamentos tanto para AIDS como para doenças oportunistas²¹, desenvolveram campanhas de prevenção e ofereceram apoio direto às pessoas com HIV/AIDS. E o governo, no dia 1º de dezembro de 1991, através de um pronunciamento do presidente Collor em rede nacional sobre a epidemia, surpreendeu anunciando a distribuição gratuita de medicamentos, incluindo o zidovudina (AZT).

Em janeiro de 1992, Guerra foi afastado do cargo e o médico Adib Jatene foi convidado a assumir o Ministério da Saúde. Jatene trouxe de volta Lair Guerra à coordenação do Programa Nacional. Após o impeachment de Collor, Itamar Franco (PMDB) assumiu a presidência da República e foi indicado como Ministro da Saúde o médico Jamil Haddad; contudo, não houve alteração na coordenação do Programa. No governo Itamar, também houve a troca de mais dois ministros, que assumiram após Haddad: Saulo Moreira, não ficou um mês no cargo em 1993 e Henrique Santillo, ficou de 1993 até o final do mandato do presidente em 1995.

Segundo Pimenta et al. (2006)²², no ano seguinte foram construídas duas portarias relevantes, que tratam sobre a questão dos direitos humanos no enfrentamento da discriminação. A primeira portaria interministerial nº 796/92, via Ministério da Saúde e Ministério da Educação, intitulada Sheila Cartopassi, proíbe a discriminação de crianças, funcionários e/ou professores, bem como, a divulgação de diagnóstico de qualquer membro da comunidade escolar. A segunda Portaria Interministerial nº 896/92, via Ministério de Saúde e Ministério do Trabalho e da Administração, dispõe sobre a discriminação de pessoas no local de trabalho, proibindo a testagem para HIV/AIDS de funcionários públicos federais nos exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como traz o esclarecimento das

²¹Doenças oportunistas são consideradas todas as categorias de doenças, que manifestam-se a partir do momento em que a pessoa que vive com HIV passa a desenvolver a síndrome da doença, ou seja, a pessoa fica debilitada pela ausência de defesa no organismo humano oportunizando a infecção de várias doenças.

²²Informações trazidas pelo Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo (GTP+/ABIA/RJ), através da construção de um cronograma da AIDS no Brasil.

situações de risco, as medidas para o controle da infecção, os procedimentos preventivos, informando que a sorologia positiva para o HIV não causa prejuízo na capacidade e trabalho de seu portador.

Ainda, em 1992, Galvão (2000, p. 96), aponta o início do processo de cooperação internacional,

No caso brasileiro, a partir sobretudo de 1992, é possível perceber, mesmo sem uma análise mais profunda, o peso diferenciado que há nas disponibilidades de influir nas políticas de saúde entre, por exemplo, o Banco Mundial e os seus empréstimos para atividades em HIV/AIDS e as demais entidades que movimentam o universo da cooperação internacional e que atuam no Brasil.

Os recursos advindos de cooperação internacional, pelo Banco Mundial e outras instituições, foram fundamentais no desenvolvimento das primeiras ações no enfrentamento da infecção, seja no fortalecimento das ONG/AIDS, ou seja, até mesmo no investimento às novas estratégias de ação frente à AIDS.

Embora houvessem divergências entre o governo brasileiro e o Banco Mundial sobre a distribuição da terapia antirretroviral, conforme Villela menciona (2009, p. 41),

Na visão histórica da construção das políticas para enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS não pode deixar de ser mencionada a relação conflituosa presente nas negociações que envolviam o governo, a sociedade civil e o Banco Mundial. No caso específico da AIDS, onde o programa de distribuição de medicamentos antirretrovirais destoava das recomendações do Banco Mundial, cuja posição é de que os pacientes com AIDS devem pagar por seu tratamento da mesma forma e da mesma medida dos pacientes com outras doenças, entretanto as divergências não chegaram a impedir a assinatura de novos acordos.

O Programa Nacional decidiu conceder o acesso universal às pessoas que vivem com HIV e AIDS. Com a participação do MSLA, o governo conseguiu negociar novos acordos de cooperação internacional e, com isto, possibilitou o acesso ao tratamento e outros insumos de saúde, melhorando a resposta à infecção. Frente a esta medida, as pessoas vivendo com HIV/AIDS passaram a ter esperança, pois a dispensação universal da terapia antirretroviral fez com que os pacientes respondessem bem ao efeito dos medicamentos, oportunizando uma melhor qualidade de vida e diminuição significativa do número de mortes no país. Essa distribuição também foi positiva na terapêutica de gestantes portadoras de HIV/AIDS, que, ao acessarem o serviço de pré-natal, passaram a fazer o tratamento com antirretrovirais, reduzindo, significativamente, os riscos de transmissão vertical.

No entanto, se no âmbito nacional essa medida trouxe esperança e melhora na qualidade de vida às pessoas que viviam com HIV/AIDS, no cenário internacional abriu-se um

debate sobre os direitos de propriedade intelectual a respeito do comércio de medicamentos. Junto à ampliação do acesso ao tratamento surgiu, então, a discussão sobre a necessidade de redução dos preços dos remédios pagos pelo SUS, com vistas à possibilidade de produção nacional, ou à importação de genéricos para obtenção de um preço mais justo, alegando à Organização Mundial do Comércio(OMC) e à Organização das Nações Unidas (ONU) o reconhecimento da precedência da saúde em relação ao comércio, para poder garantir os programas de saúde pública.

De acordo com Grangeiroetal. (2009), nesse momento, o Brasil destacou-se no cenário internacional, por defender posições nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos. Todavia, seu reconhecimento internacional em relação a uma resposta brasileira à epidemia ocorreu, especialmente, quando o governo implantou o programa de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais.

Superada as divergências, a parceria financeira do Banco Mundial foi fundamental para o enfrentamento da infecção, estabelecendo três acordos de cooperação internacional, chamados: Projeto AIDS I (1994-1998); Projeto AIDS II (1998-2003); e Projeto AIDS III (2003-2006). O investimento desses recursos, por parte do Banco Mundial, além de ter estimulado parcerias público-privadas, também aumentou, consideravelmente, a capacidade de cobertura do Programa Nacional de DST/AIDS.

Em 1994 iniciou o Projeto AIDS I, neste período a Coordenação Nacional de DST/AIDS estava vinculada à Secretaria de Projetos Especiais/SPE, do Ministério da Saúde. Esse primeiro acordo contou com investimento total de US\$250 milhões, em que US\$ 160 milhões foram oriundos do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e, os demais US\$ 90 milhões foram de contrapartida do governo federal. Esse montante de recurso foi dividido e repassado aos estados, municípios, universidades e ONG, por meio de convênios, projetos estratégicos e projetos selecionados através de concorrência nacional. (BRASIL, 2002).

O Projeto AIDS I teve como prioridade diminuir os índices de transmissão do HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, através da implantação de serviços específicos para o atendimento do HIV/AIDS no SUS, como o Centro de Testagem e Acolhimento, o Serviço de Atendimento Especializado, a Assistência Domiciliar Terapêutica, e o Hospital-Dia e do fortalecimento das instituições governamentais e não governamentais que trabalhavam na prevenção e no controle das DST/AIDS.

Ainda em 1994, iniciou-se um momento de otimismo científico com a realização de pesquisas mostrando o AZT como tratamento antirretroviral capaz de impedir a transmissão

vertical do HIV, de mãe para bebê. No ano seguinte, foram descobertos e aprovados mais dois novos medicamentos antirretrovirais, os inibidores de protease e os inibidores não nucleosídeos de transcriptase reversa. A utilização de uma combinação de remédios, foichamada de “coquetel”, e resultou na diminuição da carga viral abaixo de níveis detectáveis, proporcionando melhor qualidade de vida às PVHA. (BRASIL,1987).

Outros dois eventos de grande contribuição no combate à infecção, foram a Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento, em 1994 e a Conferência de Mulheres, em Pequim em 1995. Ambos incluíram o HIV/AIDS na agenda de entidades e organizações intergovernamentais, bilaterais, nacionais e não governamentais, não apenas como um problema de saúde pública, mas também, como um dos problemas centrais para a política internacional de desenvolvimento, ampliando a rede de enfrentamento à AIDS.

O Programa de Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis passou a ser implementado pelo Programa Nacional, também no ano de 1995. Porém, esta medida preventiva já vinha sendo proposta desde 1989²³, quando Fábio Mesquita tentou implantar no município de Santos/SP e foi barrado pelas autoridades policiais da cidade. Devido a isto, somente após os dados epidemiológicos apontarem naquele ano, que grande parte dos casos de AIDS foi diagnosticadopelo uso compartilhado de seringas e agulhas entre usuários de drogas, que o Programa passou a recomendar o uso de seringas e agulhas individuais e descartáveis. (BRASIL,2015).

Com o avanço científico, as PVHA ganharam um novo fôlego e passaram também a se organizar. Ainda em 1995, foi criada a Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/AIDS (RNP+ Brasil), que surgiu com objetivo de promover o fortalecimento das pessoas portadoras do HIV/AIDS. No momento atuando como protagonista, as PVHA conquistaram um espaço de representação e inclusão, no qual participavam ativamente das negociações políticas apresentando suas demandas, reivindicando seus direitos e buscando, ainda, alternativas de assistência e tratamento junto aos gestores públicos, através das instâncias de controle social. (GALVÃO, 2000).

Fenando Henrique Cardoso (FHC-PSDB), iniciou seu mandato de presidente da República e indicou para o cargo de Ministro da Saúde, novamente, o médico Adib Jatene, que

²³No final dos anos 80, o município de Santos no litoral paulista, apresentou a maior incidência de HIV/AIDS do país. Nessa época foi organizado o programa municipal de IST/AIDS, para o enfrentamento da epidemia. Santos se destacou, ao ser a primeira cidade a adotar estratégias de redução de danos para prevenção do HIV entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), contudo Fábio Mesquita enfrentou sérios problemas com a justiça local, e sua proposta foi barrada. Somente com o apoio do sanitarista David Capristano, secretário da saúde e depois prefeito do município; entre 1993 e 1996, que o programa de redução de danos para os usuários de drogas foi implantado. (BRASIL, 2015).

manteve Lair Guerra no PN DST/AIDS. Em 1996 Lair Guerra sofreu um grave acidente de carro em Recife, e, por motivos de saúde, afastou-se do cargo de coordenação, assumindo, então, o médico Pedro Chequer. Durante o mandato de FHC, houve a troca de cinco ministros, depois de Jatene: José Carlos Seixas (1996-1996), Carlos Albuquerque (1996-1998), José Serra (1998-2002) e Barjas Negri (2002-2003).

Galvão (2000) também destaca a importância da 11ª Conferência Internacional de AIDS, em Vancouver, ocorrida em julho de 1996, no Canadá, que repercutiu expressivamente no Brasil fazendo com que as ONGs aumentassem a pressão para que o Ministério da Saúde assumisse a responsabilidade de fabricar e distribuir, gratuitamente, os medicamentos. Nesse evento houve a confirmação da eficácia da combinação de três medicamentos antirretrovirais no tratamento da AIDS. Logo, ocorreu a discussão sobre os benefícios do uso de medicação combinada, conhecida como “coquetel” para as PVHA, e o acesso à distribuição desses medicamentos de alta potência para combater o vírus HIV. Este fato levou a consolidação da Lei nº9.313/96²⁴, que dispõe da distribuição gratuita e universal das medicações (antirretrovirais - ARV).

De acordo com Grangeiro et al. (2009), o Brasil destacou-se no cenário internacional, por defender posições nas áreas de prevenção, assistência, e defesa dos direitos humanos. Todavia, seu reconhecimento internacional em relação a uma resposta brasileira à infecção ocorreu, especialmente, no momento em que o Programa Nacional de AIDS decidiu implantar o programa de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais.

Em 1996 as Nações Unidas criaram um programa conjunto da ONU sobre o HIV/AIDS, o UNAIDS, com o objetivo de contribuir para enfrentamento da epidemia na prevenção do avanço do HIV, na prestação, tratamento e assistência às PVHA e, ainda, na redução do seu impacto socioeconômico. Neste ano, também iniciou-se a introdução do teste de carga viral, uma medida que parte do protocolo clínico para acompanhar a evolução do HIV nos pacientes.

A mobilização da sociedade civil para enfrentar a infecção entre os usuários de drogas injetáveis, através da estratégia de redução de danos, promoveu um impacto social de extrema relevância, organizando usuários e ex-usuários nas ONG. Essas instituições passaram a lutar por uma política progressista, com foco nas ações de saúde pública. Em 1997, no Distrito Federal, durante o 2º Congresso Brasileiro de Prevenção de AIDS, foi criada a Associação

²⁴ A política de medicamentos para AIDS foi construída, gradualmente, desde 1983; entretanto, foi consolidada em 1996. O acesso aos medicamentos para qualquer doença, até aquela época era bastante restrito nos serviços de saúde. Não havia disponibilidade para tratamento ambulatorial, somente os pacientes internados em hospitais é que recebiam acesso às terapias.

Brasileira de Redução de Danos (ABORDA). No ano seguinte, em São Paulo, foi realizado o I Encontro Nacional de Redução de Danos, com profissionais envolvidos com o tema, onde foi criada a Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC). Quanto às ações desenvolvidas, o trabalho de campo, com os usuários, era realizado pela ABORDA, enquanto a parte técnica e conceitual ficava ao encargo da REDUC.

Segundo o Portal do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE)²⁵, em 9 de agosto de 1997, morreu aos 61 anos, o sociólogo e ativista em direitos humanos, Herbert de Souza, o Betinho. Em 1980, Betinho fundou o IBASE, conhecido por mobilizar a sociedade em torno do enfrentamento da pobreza e das desigualdades, deixou um exemplo de luta pela transformação social. Hemofílico, atuante em defesa das causas sociais, em 1986 após saber que era portador do HIV ajudou a fundar a ABIA, no Rio de Janeiro.

Segundo o site da Agência de AIDS²⁶, no ano decorrente ocorreram mais perdas, como a do casal Jonathan Mann, pesquisador e ativista, que ficou conhecido como fundador do programa de AIDS da OMS, pioneiro também na campanha internacional contra a AIDS e sócio fundador de um movimento de ligação de problemas de saúde com os de direitos humanos; bem como, sua esposa, Dra. Mary Lou Clements Mann, pesquisadora na área de vacinas contra AIDS, morreram em um acidente aéreo a caminho de Genebra, onde participariam de um evento voltado à Estratégia Global sobre a AIDS, promovido pela OMS e ONU.

No ano de 1998, iniciou-se o segundo acordo de cooperação internacional, o projeto AIDS II; com o investimento de US\$ 300 milhões, sendo US\$ 165 milhões oriundos do BIRD e US\$ 135 milhões de contrapartida do governo federal, para a finalidade de reduzir os casos de infecção das DST/HIV/AIDS, e ainda expandir o acesso ao serviço de saúde, melhorando a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência às PVHA. Nesse período a Coordenação Nacional de DST/AIDS estava vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde. Os recursos foram repassados aos estados, municípios, ONG e outras organizações públicas e privadas, através de convênios, projetos estratégicos e projetos selecionados por concorrências nacionais. (BRASIL, 2002).

Em 1999, a Coordenação Nacional de DST/AIDS sistematizou as diretrizes e os princípios que nortearam as ações do programa, através do documento *Política Nacional de DST/AIDS: Princípios e Diretrizes*. Neste material continha os objetivos e definições das prioridades no enfrentamento da epidemia no país; nele também foram

²⁵Betinho... (2016).

²⁶Compromisso... (2014).

apresentadas orientações para as ações do Programa Nacional, nos âmbitos da promoção à saúde, da proteção dos direitos das PVHA, da prevenção da transmissão de DST e do HIV/AIDS, do uso indevido de drogas, do diagnóstico, do tratamento, da assistência, do desenvolvimento, do fortalecimento institucional, e projetos na área; tendo como marco principal os princípios do SUS. (BRASIL, 1999).

Neste instrumento o Programa Nacional expressou o reconhecimento da magnitude da infecção e a participação da sociedade:

A luta contra a AIDS no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação - estado e sociedade - esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da AIDS nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. Essa característica de formulação e definição de estratégias de prevenção e assistência em parceria com a sociedade civil e a comunidade científica faz parte da história da AIDS no Brasil. A epidemia de AIDS, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminilização, pauperização, heterossexualização e interiorização. A determinação política e o reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia impõem desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço maior no envolvimento dos diversos setores governamentais e não-governamentais. (BRASIL, 1999, p. 7).

Essa determinação política e o reconhecimento desses dois aspectos, impuseram desafios no sentido de ampliar o leque de ações, exigindo um esforço no sentido de envolver diversos setores governamentais e não governamentais. Assim, no final dos anos 90, as ONG brasileiras que trabalhavam com as questões da AIDS, passaram a ter acesso a recursos tanto do Banco Mundial quanto de agências e fundações internacionais de financiamento. Desta forma, conseguiram financiamentos para desenvolver suas atividades com projetos de prevenção e de acompanhamento dos portadores de HIV (pessoas que não desenvolvem ainda sintomas das doenças oportunistas, pois possuem carga viral baixa e CD4 alto²⁷) e doentes de AIDS (pessoas que já desenvolvem a síndrome da doença, estão debilitadas fisicamente por não possuir defesas suficientes no organismo para combater as infecções de doenças).

Apesar da centralização do poder decisório no financiamento federal, a atuação do Ministério da Saúde ganhou envergadura ao consolidar uma resposta nacional à infecção. Para Grangeiro et al. (2010, p. 20),

²⁷Células de CD4 são um tipo de linfócitos (glóbulos brancos) que fazem parte do sistema imunológico responsáveis pela defesa do organismo.

Com a dimensão assumida pelos projetos com o Banco Mundial, o Programa Nacional passou a concentrar uma importante parcela do poder técnico e político da resposta nacional, atuando como o ator principal na normatização, no financiamento e no monitoramento das diferentes ações.

O Programa Nacional ganhou visibilidade e reconhecimento político, tanto no âmbito nacional quanto no internacional, expandindo as respostas para todas as regiões do Brasil: contratando e qualificando a equipe técnica; fortalecendo a estrutura da vigilância epidemiológica através do desenvolvimento de pesquisas; e disponibilizando maior quantidade de financiamento para melhoria da infraestrutura dos serviços de diagnóstico e assistência.

De acordo com os dados do programa, nessa ocasião 27 SES e 150 SMS, além das ONG/AIDS, receberam recursos repassados via convênios, para financiamento de projetos estratégicos e projetos selecionados por concorrências nacionais, através das Agências das Nações Unidas, UNESCO e UNODC. Galvão (2000) fez um destaque para este momento no qual chamou de “ditadura dos projetos”.

Devido a burocratização das respostas frente à epidemia, como a lentidão do Estado em implementar ações à altura da gravidade do problema e a falência dos modelos criados para enfrentamento da AIDS, o Programa Nacional passou por uma reestruturação, e, então, iniciou-se um período de construção de resposta coletiva, entre o governo e a sociedade civil.

Os projetos desenvolvidos pelas ONG/AIDS, ganharam destaque pela realização de um trabalho de intervenção em *locus*. A proximidade das ONG/AIDS com os grupos de atuação, trouxe um conhecimento mais profundo sobre o campo, possibilitando, assim, a construção de estratégias de prevenção, a partir das visões de mundo, presentes nos grupos e nas comunidades.

Entretanto, a mudança acarretou em algumas consequências para ONG/AIDS, tais como, redefinição no quadro de profissionais (exigindo um grupo cada vez mais qualificado), diminuição progressiva das ações políticas (mais ações práticas de prevenção e menos ações ativistas) e a “ditadura dos projetos”, (criavam-se projetos para atender as novas demandas, principalmente, se existisse financiamento).

Esta tendência foi influenciada pelos cortes no orçamento das Agências de Cooperação Internacional, que também passaram por mudanças significativas devido à redução de recursos. Neste contexto, os termos da agenda de ações das Agências de Cooperação mudaram, e, conseqüentemente, isto levou o governo e as ONG/AIDS a repensarem suas estratégias para o enfrentamento da infecção.

Segundo Villela (1999), o surgimento da AIDS trouxe uma articulação inédita entre Ministério da Saúde e as ONG/AIDS, tanto para o enfrentamento da infecção no que se refere

às políticas públicas, quanto para a realização de ações através de projetos sociais. Este modelo foi caracterizado pelo estabelecimento de parcerias com as ONG/AIDS, que além de apresentarem suas demandas para formação de uma agenda, acabaram, também, elaborando e executando projetos financiados pelas agências internacionais e pelo governo, através dos convênios.

Com esse novo direcionamento, Gohn (2000) complementa chamando à atenção algumas consequências que são relevantes,

[...] o enfraquecimento do papel do Estado, a terceirização das questões sociais para as Organizações da Sociedade Civil, as ONG começam a disputar espaço com o Estado e os Movimentos Sociais, e em consequência disso, os Movimentos Sociais passam também por um processo de institucionalização. (GOHN, 2000, p. 286).

As ONG incorporaram um novo papel, antes os projetos eram ancorados por ações políticas, neste cenário passaram a terceirizar as ações de prevenção do Estado. Frente a esta estratégia, o Estado (governo federal) passou a execução das ações de prevenção para as Organizações Não Governamentais, que, por sua vez, tiveram que formalizar-se enquanto pessoa jurídica.

Segundo Grangeiro et al. (2010), grande parte das ações foram realizadas através de parcerias com o Ministério da Saúde. O Programa Nacional articulava com as instituições o escopo e a abrangência dos projetos, sem passar, necessariamente, pela intervenção dos governos locais. Esta estratégia operacional, adotada na época pelo governo federal, partiu em direção contrária às diretrizes do SUS que, naquele momento, buscava intensificar o processo de descentralização e fortalecer as gestões locais por meio das NOB 93 e 96.

Em 2000 o Programa Nacional de DST/AIDS começou a ser coordenado por Paulo Roberto Teixeira. No mesmo momento surgiram os primeiros questionamentos em relação à centralização da política de AIDS estar diretamente sob o controle do Ministério da Saúde, fortalecendo a ideia de uma estrutura verticalizada e paralela às propostas do SUS, pois contradizia os princípios operacionais propostos através da descentralização.

Nesta época, o Programa de AIDS manteve o apoio financeiro às ações locais por meio dos convênios, com o intuito de fomentar e subsidiar as ONG e as universidades, para isso realizou concorrências anuais para receber recursos provenientes dos acordos com o BM. Por outro lado, apesar do governo federal contar com o apoio de cooperação internacional houve preocupação sobre a questão de sustentabilidade da política conjunta à necessidade de se gerar recursos próprios nacionais para manter o financiamento das ações à AIDS, uma vez que até

então existia significativa participação de financiamento advindo do exterior. (GRANGEIRO et al., 2010).

As primeiras iniciativas referentes à descentralização da política de AIDS foram direcionadas à realização de exames de CD4 e carga viral, que ficavam sob responsabilidade dos laboratórios das universidades e da rede estadual, bem como o credenciamento dos laboratórios e o fornecimento dos insumos específicos, que ficavam sob responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde.

Entre os anos de 2000 e 2001, com o aumento do número de casos de infecção pelo HIV, a rede de diagnóstico passou a ser compartilhada entre as três esferas de governo, ficando ao encargo dos estados a gestão e ao Ministério da Saúde a responsabilidade de realizar a tomada de preço, pela aquisição de insumos e o controle da qualidade dos insumos. (GRANGEIRO, 2010).

No período de 1994 a 2002, os acordos de empréstimo para o enfrentamento da epidemia, firmados entre o MS e o BM, foram essenciais para o fortalecimento das ações para o controle da doença no país. Por outro lado, embora se tivesse avançado nos aspectos ligados à prevenção, assistência e tratamento, a gestão dos programas apresentava dificuldades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. A partir disso, na busca da consonância com os princípios do SUS, da integralidade, equidade e universalidade, novos arranjos foram instituindo-se.

De acordo com Grangeiro (2010), ocorreram três momentos que ele considerou importantes em relação à descentralização da Política de AIDS: 1) nos anos 80 com uma resposta descentralizada que baseou-se na atuação de estados, municípios e organizações não governamentais; 2) nos anos 90 com o poder decisório e de financiamento a nível federal, que ocorreu, paradoxalmente, em conjunto com o fortalecimento dos estados e municípios expandindo a resposta por todas as regiões do país; e 3) nos anos 2000 com a implantação de políticas de descentralização, através da política de incentivo que transferiu recursos financeiros e atribuições do governo federal para os governos locais.

No texto a seguir será apresentado como instituiu-se a Política de Incentivo e o Plano de Ações e Metas (PAM), que possibilitaram a descentralização da gestão da Política AIDS para estados e municípios, com a parceria das ONG/AIDS.

3.2 O Processo de Descentralização da Política de AIDS

A partir de 2001, o governo federal constituiu um grupo de trabalho para elaboração de uma agenda de saúde formada por um conjunto de eixos prioritários de intervenções no enfrentamento ao HIV/AIDS, com o objetivo de institucionalizar o financiamento para estados, municípios e ONG, que, posteriormente, instituiu-se como política de incentivo à AIDS com as seguintes características,

(1) financiamento segundo as normas do SUS, substituindo por fonte nacional os recursos provenientes do Banco Mundial; (2) ampliação da cobertura com a inclusão de novos municípios considerados prioritários; (3) aumento da autonomia dos gestores na utilização dos recursos; (4) fortalecimento da participação social no planejamento e execução da política; (5) incorporação do processo de repasse de recursos às ONG pelos estados; e (6) aprimoramento do processo de prestação de contas públicas. (GRANGEIRO et al., 2010, p.24).

Nesta agenda, do ponto de vista operacional, a política substituiu os repasses financeiros que eram feitos por intermédio de convênios pela transferência Fundo a Fundo, constando, ainda, as diretrizes e responsabilidades que os gestores das diferentes instâncias de poder deviam priorizar. A partir de então, estabeleceu-se um acordo entre gestores das três esferas de poder: federal, estadual e municipal, representados pela Comissão Intergestores Tripartite²⁸ (CTI), que ficou responsável por definir o montante de recursos repassados aos estados e municípios.

Na Comissão Intergestores Tripartite, foi aprovado o financiamento no SUS da proposta que trabalha com a questão da sustentabilidade das ações em HIV/AIDS e outras DST, através de acordos com os processos políticos e operacionais do SUS pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002. Através da NOAS, foram publicadas em 2002 duas Portarias: nº 2.313 e nº 2.314, que instituíram o Incentivo das Ações no Âmbito

²⁸ Segundo o site do DATASUS: “As Comissões Intergestores Tripartite: CTI são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Desde que foram instituídas, no início dos anos 90, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões. É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País”. (BRASIL, 2015).

do Programa Nacional de DST e AIDS, por meio da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais,

Do ponto de vista operacional, a política substituiu o repasse de recursos financeiros por meio de convênio pela transferência Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde), estabeleceu critérios epidemiológicos e de organização do sistema de saúde para definir os tetos financeiros e selecionar os municípios a serem incluídos, instituiu planos anuais de ações e metas (PAM), que deveriam ser elaborados com a participação da sociedade civil e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e Comissões entre Gestores Bi e Tripartite, vinculou o repasse ao alcance de metas, estabeleceu a responsabilidade do Ministério pelo fornecimento dos ARV e por 80% da demanda de preservativos das regiões Sul e Sudeste e de 90% para as demais, ficando para estados e municípios a aquisição de medicamentos para infecções oportunistas e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o complemento do repasse de preservativos realizado pelo o Ministério. (GRANGEIRO et al.,2010, p.24).

Nesse momento, iniciou-se novos arranjos institucionais para o processo de descentralização da política de AIDS. Em suma, além do incentivo financeiro ter passado de convênios para transferência fundo a fundo, aumentou o grau de autonomia e capacidade de estados e municípios, levando em consideração as diferenças regionais e as complexidades locais.

Nos âmbitos estaduais, a política de incentivo às DST/AIDS ficou incluída no Plano de Ações e Metas (PAM), um instrumento construído por gestores com a participação da sociedade civil no delineamento das ações prioritárias para qualificação dos gestores no recebimento do incentivo, responsável em três frentes de atuação: 1) promoção, prevenção e proteção; 2) diagnóstico, tratamento e assistência; e 3) desenvolvimento institucional, gestão e parcerias com OSC.

Segundo dados disponibilizados por Brasil (2002), sobre os principais resultados e avanços da política de AIDS entre 1994 e 2002, o Programa Nacional estimou aperfeiçoar as estratégias no enfrentamento da infecção a partir da descentralização, com a parceria de estados e municípios. Nos aspectos que envolvem a prevenção foram realizadas 30 campanhas voltadas à prevenção em oito anos; houve um crescimento de mais de 15 vezes na compra e distribuição de preservativos masculinos e de 60% na compra da produção mundial de preservativos femininos.

Em relação à rede de assistência e tratamento, com o acesso universal de diagnósticos, consultas e medicamentos antirretrovirais, até o ano de 2002 alcançou-se a redução de 50% do índice de mortalidade, aumentou-se em 12 vezes mais a sobrevivência dos pacientes, conseguiu-se uma diminuição na média de internações e restringiu-se o custo em mais de 50% do

tratamento do paciente com AIDS a partir das negociações com laboratórios internacionais e produção de genéricos.

Esses dados refletiram na XIV Conferência Internacional de Barcelona, em junho de 2002, na qual a resposta brasileira à epidemia ganhou projeção mundial. Na Conferência o Brasil destacou-se entre os demais países, como o melhor no enfrentamento da AIDS. A atuação do governo brasileiro foi dada como exemplo de política pública de saúde, para o controle da infecção nos países em desenvolvimento. A constatação no cenário mundial de que as estratégias brasileiras contribuíram para o controle da AIDS no país foi inevitável. (BRASIL, 2015).

No que refere-se ao direito de acesso à saúde, as legislações normatizaram a redução de danos enquanto estratégia de saúde pública (Lei 10.409/2002); instituíram a política de saúde nos presídios (Portaria Interministerial de 12/10/02) e estabeleceram o projeto Nascer (Portaria Ministerial 18/11/02), com o objetivo de evitar a transmissão vertical do HIV da mãe para os filhos. No que tange aos direitos humanos instituiu-se a Lei 11.199/02 que proíbe a discriminação às pessoas que vivem com HIV/AIDS e desenvolveu-se, em parceria com as ONG/AIDS, 1780 projetos referentes aos Direitos das PVHA.

Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva (PT) assumiu a presidência da República e nomeou para Ministro da Saúde o médico Humberto Costa, que seguiu no cargo até 2005; depois desse momento assumiram como ministros José Saraiva Felipe (2005-2006), Agenor Álvares (2006-2007), e, por último, José Gomes Temporão (2007-2010). O Programa Nacional de DST/AIDS ficou sob a coordenação de Alexandre Grangeiro, momento em que também iniciou-se o projeto AIDS III.

O projeto AIDS III, além de manter as principais metas dos acordos anteriores, teve como objetivo fortalecer a efetividade e eficiência do Programa Nacional DST/AIDS, garantindo sua visibilidade política a partir da redução da incidência das DST/AIDS e melhorando a atenção à saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS através da introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento com a terapia antirretroviral.

Em janeiro de 2004 conforme o site do Programa Nacional, o governo reuniu-se com os movimentos sociais para discutir sobre a Política de AIDS, na busca de resolução dos problemas ainda a serem enfrentados. Depois desse encontro, em setembro de 2005, foi criada a Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS), com o objetivo de constituir um espaço de articulação, consulta e participação dos principais atores da sociedade civil que trabalham em parceria com o Programa Nacional de AIDS; sua composição foi

dividida entre as regiões geográficas brasileiras, e integrou instituições representativas de todo o país: ONG/AIDS, PVHA, e movimentos sociais.

Uma pesquisa realizada pelo NEPAIDS, por Paiva et al. (2006), analisou a resposta brasileira em comparação com as metas estabelecidas à prevenção do HIV/AIDS propostas para 2005, pela Secretaria Especial da Assembleia da Organização das Nações Unidas (UNGASS). O estudo baseou-se em documentos disponibilizados no site do Programa Nacional, informações disponibilizadas pela equipe técnica, e pelos Plano de Ações e Metas dos estados com maior incidência de AIDS.

A pesquisa considerou que houve muitos avanços na direção das metas propostas para 2005, com relação à diminuição da transmissão vertical, crescimento do uso de preservativos e aumento de realização de testes. Entretanto, foram apontados alguns desafios, tais como: a) a descontinuidade das ações e a falta de profissionais capacitados; b) a falta de informações sobre a qualidade das ações de prevenção governamentais; c) os problemas relacionados ao aconselhamento; d) a falta de dados disponíveis sobre a situação e controle das DST; e) a não existência de trabalhos realizados com os imigrantes e itinerantes; f) a falta de informações sobre ações desenvolvidas no setor privado; e g) a falta de informações sobre a tomada de decisão dos gestores nas três esferas de governo.

O estudo também mostrou que havia um contraste entre os achados: as ações de assistência eram organizadas antes das ações de prevenção. Ainda, segundo a pesquisa, identificou-se que o MSLA foi responsável pela resposta brasileira à epidemia, iniciando a luta pela assistência e depois pelo acesso ao tratamento; contudo, observou-se que a prevenção foi pouco pautada tanto nas agendas do MSLA, quanto nas instâncias de controle social. (PAIVA et al., 2006).

Em 2006, a ONU apresentou uma nova análise a respeito das metas estabelecidas para o desenvolvimento do milênio, tendo como base um acordo firmado no ano de 2000, entre 189 países que tinham como objetivo reduzir os principais problemas do planeta até 2015. As metas do acordo envolviam oito áreas de atuação: pobreza, educação, igualdade entre homens e mulheres, mortalidade infantil, saúde materna, combate às doenças como AIDS e malária, meio ambiente e desenvolvimento econômico.

Em entrevista à Agência de AIDS, José Carlos Veloso, representante do MSLA, no Fórum UNGASS, apontou que o Brasil não estava cumprindo as metas estabelecidas no que refere-se ao enfrentamento do HIV/AIDS. Segundo ele, “Apesar de estarmos na frente de muitos países na distribuição de medicamentos, ainda temos muitas lacunas na assistência

prestada aos portadores do HIV/AIDS, assim como na prevenção de novas infecções”.(BONANNO, 2006).

Um mês depois ocorreu a 16ª Conferência Internacional de AIDS, realizada na cidade de Ontário em Toronto, no período de 13 a 18 de agosto de 2006. A conferência foi voltada a reforçar o compromisso com os países na ampliação do tratamento, cuidados e prevenção, a buscar acelerar as pesquisas para cura, a expandir e manter os recursos humanos para ampliar o tratamento e a prevenção e a intensificar o envolvimento das comunidades afetadas, construindo novas lideranças para avançar na resposta à infecção.

De acordo com os dados disponíveis no site do Programa Nacional, Alexandre Grangeiro deixou o cargo de coordenação da Política de AIDS, em 2006. Nesta época assumiu em seu lugar, a médica Mariângela Simão, que trabalhou como gerenciadora do Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, até o ano de 2010. Outro fato importante ocorrido foi o encerramento do último acordo de cooperação internacional, chamado, projeto AIDS III, o qual implicou que o governo brasileiro assumisse o financiamento da Política de AIDS, através do fundo nacional da saúde.

O Ministério da Saúde, em 2006, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS e do Departamento de Atenção Básica, trouxe a proposta de descentralizar a testagem do HIV para Atenção Básica, através de um manual técnico com normas relativas aos serviços de atenção ao HIV/AIDS. O *Caderno de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST* acarretou, a partir dos princípios do SUS, na indicação em que a Atenção Básica deve estar estruturada para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e encaminhamento dos portadores de DST, HIV/AIDS, hepatites e HTLV às unidades de referência, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Os profissionais da Atenção Básica ficaram responsáveis por incentivar a realização do teste anti-HIV, fazer o acolhimento e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS.(BRASIL, 2006).

Em 2008, após vinte anos de epidemia, com o processo de descentralização da gestão estados e municípios implantaram novos serviços, tais como a criação de Centros de Acolhimento e Testagem (CTA). Frente a esta medida, o Programa Nacional viu a necessidade de sistematizar um conhecimento sobre a situação dos CTA na rede de serviços do SUS, e, para isto, realizou a pesquisa²⁹ *Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e*

²⁹A pesquisa foi realizada pelo PN/IST/AIDS em parceria com o Instituto de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento em IST e AIDS do Estado de São Paulo, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e a Faculdade de Medicina da USP, através do Departamento de Medicina Preventiva. O estudo foi organizado por Alexandre Domingues Grangeiro (USP) e Dulce Aurélia Souza Ferraz (PN/IST/AIDS), entre outros pesquisadores que participaram da proposta.

Aconselhamento do Brasil, as informações geradas ofereceram importantes dados para potencializaçãodas ações realizadas nos serviços de saúde.

Os resultados da pesquisa *Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil*, mostraram que o diagnóstico situacional revelou uma importante vinculação dos CTA com a rede pública de saúde, especialmente, com os serviços de Atenção Básica (AB), de atenção secundária, e com os programas de DST e AIDS (SAE). No entanto,houve uma quantidade expressiva dos serviços que apresentou estruturas precárias, com dificuldade de acesso, muita burocracia na oferta de insumos de prevenção, com baixa oferta de diagnósticos, bem como, a implantação de novos serviços acontecendo,tardiamente, em relação ao surgimento dos primeiros casos de AIDS nos municípios. (BRASIL, 2008).

No que se refere à extensão da rede de CTA, o estudo mostrou a existência de limitações, pois, dos 427 municípios incluídos na Política de Incentivo do Ministério da Saúde e, portanto, considerados como prioritários para o controle de DST e AIDS no Brasil, 209 (48,9%) não possuíam Centros de Testagem e Acolhimento. Além disto, 85% dos municípios, com mais de 25 casos de AIDS por 100 mil habitantes, ainda não contavam com o serviço. (BRASIL, 2008).

Com relação à estrutura dos serviços de testagem os serviços disponibilizados ainda não estavam com a logística ideal e não contavam com todos os espaços necessários para realizaçãodo atendimento, conforme as normas do MS. Também, 40% dos CTA, não atenderam à recomendação de pelo menos oito pessoas na equipe, assim, identificou-se a falta de profissionais na rede, bem como, a sua necessidade de qualificação, pois um terço não atendeu à recomendação de contar, com pelo menos, quatro profissionais de nível superior. Em todas as regiões do país, percebeu-se que os CTA apresentaram dificuldades em cumprir o prazo de 15 dias para a entrega de resultados dos exames. (BRASIL, 2008).

Quanto à clientela dos CTA, percebeu-se que, em muitos locais, ocorreu a restrição do acesso aos serviços, principalmente, naqueles em que, obrigava-se a fazer a identificação do usuário. Este tipo de procedimento limitou o acesso aos serviços, sobretudo, no atendimento das populações mais vulneráveis, uma vez que 92% dos serviços informaram que a população, em geral,foi uma das três mais atendidas. Outra dificuldade associada a este procedimento de identificação ficou relacionada à oferta de insumos: preservativos e gel lubrificantes, nos quais 70% dos CTA realizaram esse tipo de medida. Contudo, a prevenção deveria ser uma das principais ações deste serviço de saúde. (BRASIL, 2008).

Os resultados da pesquisa fizeram com que o PN/DST/AIDS enumerasse algumas recomendações que deveriam ser implantadas nos municípios e que poderiam contribuir, significativamente, para a ampliação do diagnóstico, para o maior acesso aos insumos e ações de prevenção. As recomendações apresentadas de maneira resumida foram as seguintes,

1 – Priorizar populações mais vulneráveis, garantido a equidade no acesso aos serviços. 2 – Ampliar a rede de serviços, articulando estratégias de acesso universal e equitativo em áreas prioritárias. 3 – Respeitar as capacidades e potencialidades de cada serviço. 4 – Definir objetivamente normas de organização e operação. 5 – Garantir a realização do diagnóstico da sífilis em todos os serviços. 6 – Adequar as ações de prevenção à realidade epidemiológica do município. 7 – Incentivar e apoiar as experiências bem sucedidas. 8 – Estimular a articulação com outros serviços e com a sociedade civil. 9 – Aumentar a oferta de sorologias. 10 – Definir estratégias de divulgação dos CTA. 11 – Reduzir as taxas de abandono na busca de resultados. 12 – Ampliar a abrangência do SI-CTA. 13 – Envolver gestores estaduais e municipais e sociedade civil na resolução de problemas. (BRASIL, 2008, p.16-18).

A pesquisa mostrou, que na época, as características que envolveram os aspectos de organização, estrutura e recursos humanos dos CTA, demonstraram pontos importantes a serem aprimorados, tais como, a melhoria na infraestrutura, uma adequação no tamanho das equipes, a possibilidade de uma melhor qualificação dos profissionais de saúde e a adoção de um sistema de informação gerencial e epidemiológico que permitisse o planejamento e avaliação das ações, conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Os dados relativos à resolutividade do atendimento mostraram que existiram limitações no acesso do serviço, principalmente, das populações mais vulneráveis; frente a esta medida foram indicadas novas formas e procedimentos que facilitassem o acesso dos usuários aos serviços. Também buscou-se recomendar o atendimento em horários extras, a oferta de identificação livre e a não obrigatoriedade do aconselhamento pré-teste, com a intenção de possibilitar uma maior inclusão das populações vulneráveis nos CTA. (BRASIL, 2008).

Grangeiro et al. (2009), ao analisarem o perfil tecnológico dos Centros de Aconselhamento e Testagem, no ano de 2006, apontaram que eles apresentaram deficiências significativas quanto à realização do atendimento adequado. A pesquisa identificou quatro perfis tecnológicos,

O perfil ‘assistência’ (21,6%) foi predominante entre os serviços instituídos antes de 1993, em regiões com alta incidência de AIDS e municípios de grande porte. O perfil ‘prevenção’ (30,0%), prevalente entre 1994-1998, foi o que mais correspondeu às normas do Ministério da Saúde, com melhores indicadores de resolutividade e produtividade. O perfil ‘assistência e prevenção’ (26,9%), inserido no serviço de

AIDS foi predominante entre 1999-2002 e desenvolvia o conjunto mais completo de atividades, incluindo o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. O perfil 'oferta de diagnóstico' (21,6%) foi o mais precário e localizado onde a epidemia é mais recente e com menor proporção de pessoas testadas. (GRANGEIRO et al., 2009, p.427).

O estudo concluiu que os Centros de Testagem e Aconselhamento são formados por um conjunto de serviços bastante diversificados, e que, na sua implantação, não foram incorporadas as diretrizes que os orientaram. Para os pesquisadores, a rede de CTA, apresentou importantes limitações que restringiram a capacidade dos serviços de exercerem sua função. Essas limitações foram relacionadas à precariedade dos espaços para realização das atividades de diagnóstico, aconselhamento e prevenção; falta de ações de prevenção; ausência de insumos; baixa resolutividade em relação ao tempo de espera do resultado de exames; e pequena quantidade de realização de testagens anti-HIV.

Outra pesquisa feita por Grangeiro et al. (2012), realizou um estudo sobre a cobertura da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para Programas de AIDS, as características das ações de prevenção, assistência, gestão e apoio às organizações da sociedade civil introduzidas nos estados e municípios. O estudo constatou que a descentralização dos recursos, através do fundo a fundo, ampliou, consideravelmente, a cobertura de municípios com financiamento específico para DST/AIDS no país. Em 2008, 481 municípios foram incluídos na Política de Incentivo, os quais eram considerados como maiores centros urbanos, sendo que, 94% desses municípios, possuíam mais de 100 mil habitantes e 42,9% das cidades das regiões metropolitanas respondiam pela cobertura de 60,8% da população brasileira.

Por outro lado, apesar da política de incentivo abranger as regiões de maior ocorrência de AIDS, no Brasil, o perfil das respostas encontra-se, parcialmente, dissociado das características epidemiológicas da doença no Brasil. Quanto às áreas de atuação, ações, finalidades e populações beneficiadas, na análise dos PAM por área de atuação identificou-se que maior proporção dos recursos previstos na Política de Incentivo foram voltados para a Gestão e o Desenvolvimento Humano e Institucional; esse dado mostrou que os recursos alocados neste componente foram superiores à somatória das áreas de diagnóstico, tratamento e assistência e de prevenção, promoção e proteção.

Chamou a atenção o fato de parte das secretarias não contemplarem, na área de assistência, metas específicas para a atenção à saúde de PVHIV (15,4%), o diagnóstico e tratamento das IST (41,0%), a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV (44,7%) e o diagnóstico da infecção pelo HIV (62,1%) (Tabela 1). Essas ações não foram contempladas em nenhuma das áreas dos PAM de 4,0%, 28,0%, 14,8% e 44,9% das secretarias, respectivamente. Assim, 53,4% das secretarias municipais e 29,6% das estaduais não incluíram metas que abrangessem,

concomitantemente, PVHIV, portadores de IST, gestantes e crianças expostas. (GRANGEIRO et al., 2012, p.959).

Como percebido, o estudo apontou que os financiamentos foram dirigidos para área de gestão, chegando a quase 50% dos valores gastos com as metas vinculadas às ações programáticas de aprimoramento do processo, enquanto para a atenção à saúde de PVHA foram investidos somente 35% dos recursos. A maior parte do financiamento foi dirigida a ações que tiveram como população alvo os gestores de saúde. A pesquisa também mostrou que, embora a aquisição de medicamentos para tratar DST e doenças oportunistas, pelas normas, fosse obrigatória e estivesse pactuada na CIT entre gestores do SUS, constaram somente em 53,6% dos PAM municipais e em 29,6% dos PAM estaduais.

Com relação à prevenção a população em geral foi mais beneficiada, constando em 93,2% dos PAM, gestantes e crianças expostas incluídas, em 63% e jovens, na rede escolar, em 51,3%. Todavia, as populações de Profissionais do Sexo (PS) masculino e feminino constaram em 39,9% dos PAM, os Usuários de Drogas (UD), em 32,4%, os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), em 18,7%, as pessoas privadas de liberdade, em 14,8%; e os travestis/transgêneros, em 9,5%. Em 165 municípios (38,6%) e seis em estados (22,2%) não houve investimento para estas populações, sendo que, na totalidade dos financiamentos, o valor dirigido às populações de maior prevalência deveria chegar a 10,7%. Portanto, mais de 50% das secretarias concentraram os recursos destinados à prevenção em metas que, isoladamente, não possuíram efeito maior de vigilância. (GRANGEIRO et al., 2012).

Os dados também mostraram que as metas de parcerias com ONG/AIDS constaram em 100% dos PAM estaduais e 99% dos recursos advindos do governo federal. Ao contrário da população priorizada pelos gestores públicos, as ações em parceria com as instituições foram voltadas às populações vulneráveis (77,8%), às PVHIV (44,4%), os portadores de DST (37,0%) e para a população geral (14,8%). Com relação a parcerias com gestores locais, somente 90 municípios planejaram metas às ONG, destinando menos de 3% dos recursos do PAM. (GRANGEIRO et al., 2012).

Nos dados disponibilizados por Brasil (2012), sobre “A política brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas entre 2002 e 2012”, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (PT), mostrou-se que o Programa Nacional apresentou uma estabilização na taxa de incidência de AIDS no país, ainda que, em alguns estados, estivesse mais elevada a notificação de novos casos, isso devido as particularidades e as diferenças regionais. Outro aspecto mencionado à epidemia foi a interiorização, pois, por mais que a

infecção estivesse concentrada nos grandes centros, ela disseminou-se também para municípios de médio e pequeno porte.

Na prevenção de 2002 a 2011 o governo federal apontou, que no período de 10 anos foi realizada a aquisição de mais de três bilhões de preservativos masculinos e 32 milhões de preservativos femininos, passando a distribuição de 500 milhões de preservativos masculinos por ano, embora as pesquisas apontassem para uma queda no uso entre a população jovem. A partir do ano de 2008, o Brasil começou a produção própria na fábrica em Xapori de 100 milhões de preservativos masculinos por ano. Em 2010, foram publicadas as diretrizes sobre a profilaxia pós-exposição sexual (PEP)³⁰ ao HIV, para evitar a transmissão via relação sexual desprotegida; para essa estratégia foram dispensadas 2.000 profilaxias, distribuídas em 200 serviços de saúde brasileiro, e também realizadas ações junto às comunidades LGBT, indígena e prisional.

Sobre o acesso ao diagnóstico, houve um aumento na oferta de testagem para HIV no SUS de 3,3 milhões em 2003 para 5,1 milhões em 2011, sendo que o teste pode ser feito nos CTAS e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A cobertura de testagem passou de 28% em 2004 para 37% em 2008, sendo que a realização da testagem foi maior nas mulheres gestantes, em decorrência da oferta durante o pré-natal, do mesmo modo em que houve maior cobertura entre as populações de HSH (54%), de PS feminino (65,1%), e UD (44,3). Segundo as informações a implantação do teste rápido foi o maior investimento do MS, tanto para o acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, nas UBS, quanto para realização do diagnóstico precoce nas demais populações. (BRASIL, 2012).

No que se trata à assistência, Brasil (2012) apresentou: o aumento do número de Serviços de Atendimento Especializado no país, de 636 em 2007 para 712 em 2010; a existência de 90 laboratórios para realização de CD4 e 80 para exames de carga viral; a implantação de uma rede nacional de genotipagem formada por 23 laboratórios; a oferta de 95 hospitais-dia (HD) credenciados, sendo que 25 desenvolviam o tratamento para lipodistrofia, sendo realizados 998 preenchimentos faciais e 120 cirurgias reparadoras; e foram publicadas

³⁰Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, do Ministério da Saúde, este procedimento tem como objetivo simplificar as orientações da PEP de forma a ampliar o uso da profilaxia, principalmente, nos atendimentos de emergências, por profissionais não especialistas. A PEP se insere no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV no mundo. Nesse sentido, reforça-se a indicação para além daquelas situações em que a PEP é classicamente indicada, como violência sexual e acidente ocupacional, com vistas a ampliar o uso dessa intervenção em todas as exposições que representam risco de infecção pelo HIV. (BRASIL, 2015).

diretrizes para reprodução humana assistida com vistas a beneficiar as pessoas vivendo com HIV/AIDS que desejavam ter filhos.

Quanto ao tratamento, em 2011, foram investidos R\$ 800 milhões na aquisição de medicamentos (ARV). O Programa Nacional construiu uma proposta com novas diretrizes para o tratamento mais precoce e a oferta de terapia antirretroviral para casais com sorologia diferente. A dispensação do tratamento com a terapia ARV aumentou de 125, em 2002, para 217 mil em 2011, sendo que a cada ano estimou-se que mais de 30 mil pessoas ingressaram no tratamento. A partir de 2005 foram incorporados e oferecidos medicamentos com novas tecnologias³¹ adequando à política de tratamento às pessoas com multirresistência viral. Com o Decreto nº 6.108/07 do licenciamento compulsório³² houve uma significativa economia com gastos nas medicações, sendo que das mais de 20 combinações pertencentes às classes terapêuticas, 11 delas são produzidos no Brasil, inclusive o tenofovir. (BRASIL, 2012).

A partir da política de incentivo, a descentralização possibilitou uma resposta compartilhada à infecção através do governo federal, estadual e municipal. A cobertura da política, em 2012, representou 87% dos casos notificados de AIDS no país, e 90% no que refere-se à cobertura populacional. Em conjunto com o CONASS e o CONASEMS, o Ministério da Saúde incrementou a utilização de mais recursos, aumentando em 91% o valor destinado à política de incentivo.

Em 2010, o Dr. Dirceu Bartolomeu Greco ficou à frente da coordenação do Programa Nacional de DST/AIDS, que logo após tornou-se Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, enquadrando-se à nova estrutura do Ministério da Saúde. No ano seguinte assumiu como presidente da República, Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), e indicou como Ministro da Saúde, o médico Alexandre Padilha. Durante esta gestão, a presidenta trocou três vezes de Ministro de Saúde, sendo que, após o primeiro, ocuparam o cargo na sequência, em 2014, o médico Arthur Chioro e, em 2015, o médico Marcelo Castro.

Segundo informações da Agência de AIDS³³, ocorreu em julho de 2010, em Viena, a 18ª Conferência Internacional de AIDS, com a abordagem do tema “Direitos Aqui, Direitos Agora”. Este evento salientou que ainda existiam locais, onde a epidemia crescia mais rapidamente, como no Leste Europeu e na Ásia Central; nestas regiões a causa principal de transmissão do HIV foi pelo uso de drogas injetáveis (UDI), justamente por faltar políticas de

³¹ O Brasil nos últimos anos tem disponibilizado os medicamentos mais desenvolvidos recentemente no mundo, são eles: enfuvirtida (2005), darunavir (2008), raltegravir (2009), etravirina (2010) e maraviroque (2012).

³² O Decreto nº 6.108/07 trata do licenciamento compulsório concedido para fins de uso público não comercial, no âmbito do Programa Nacional de IST/AIDS, nos termos da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.

³³ XVIII Conferência... (2010).

redução de danos e aos UDI que enfrentavam repressão, mesmo nos serviços de saúde. Durante a Conferência também foram avaliados os avanços científicos e os direitos das pessoas que viviam com HIV e AIDS. Contudo, os organizadores apontaram à necessidade de mobilização e continuidade dos compromissos para o fim da repressão e criminalização, como medidas de saúde no combate à infecção.

Em julho de 2010, a ABIA promoveu, em Fortaleza (CE), o seminário “Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS”. Participaram do encontro: ativistas, acadêmicos e gestores de diversos estados do Brasil. O seminário teve como objetivo refletir sobre os impactos e desafios da descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS nos últimos anos, e através de discussões/sugestões ocorridas possibilitaram a efetividade da implementação adequada do processo de descentralização das políticas e ações de DST/HIV/AIDS. Para os organizadores, essa descentralização transformou-se em um dos maiores desafios para a sustentabilidade da resposta brasileira à infecção, porque, enquanto em alguns estados tiveram avanços, em outros foram retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência. (PIMENTA et al., 2011).

Em dezembro de 2010, o coordenador do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Dirceu Greco, assegurou que a AIDS foi estabilizada no país. Greco pronunciou-se, a partir dos dados epidemiológicos mostrarem que a epidemia aumentou no ano de 2009 em relação ao ano anterior de 2008, atrelando o resultado a uma maior realização de testes para detecção da AIDS. De acordo com as informações disponibilizadas na página do departamento, entre 2005 e 2009, o número de testagens para o HIV, passou de 3,3 milhões para 8,9 milhões de unidades. Entretanto, o total de novos casos registrados no Brasil, em 2009, foi o maior da década, sendo a máxima de incidência ocorrida na faixa etária dos 30 e 49 anos; e entre os estados com a taxa mais elevada foi identificado o Rio Grande do Sul, com 32,4 casos por 100 mil habitantes.

Em 2012, o MS viu a necessidade de criar alternativas para ampliação e melhoria do acesso ao diagnóstico de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Para isto, instituiu em 12 de janeiro, a Portaria nº 77, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica. A partir deste momento, os testes rápidos também ficaram ao encargo de profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família, com nível superior, e devidamente capacitados, de acordo com as diretrizes do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais para realização da testagem. (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha foi uma estratégia lançada pelo Governo Federal, para mobilizaçãodos gestores e profissionais de saúde de todo país implantarem os testes rápidos de HIV e de sífilis no âmbito da Atenção Básica, com a intenção de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV e eliminara sífilis congênita. O diagnóstico da infecção pelo HIV e da sífilis, durante o período da gestação é uma medida fundamental para a redução da transmissão vertical. Consequentemente, com a testagem rápida como componente do pré-natal, na Rede Cegonha, os índices da mortalidade materna e infantil reduziriam.

Apesar da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais ter sido criada em 2005, de acordo com site do Programa Nacional, somente em nove de novembro de 2011 foi publicada a Portaria 230/11 que instituiu a CAMS, com caráter consultivo na formulação de políticas de enfrentamento das DST, HIV/AIDS e hepatites virais. Seus integrantes têm a função de debater assuntos ligados à formulação das políticas públicas em AIDS e procurar possíveis resoluções de problemas de curto, médio e longo prazo das populações vulneráveis e das PVHA.

Em julho de 2012, em Washington, nos Estados Unidos, aconteceu a 19ª Conferência Internacional de AIDS³⁴, com o tema: “Mudando a maré juntos”, na qual destacou-se a importância da parceria da sociedade civil no enfrentamento da epidemia. Mas, o objetivo principal da Conferência foi fazer uma avaliação dos tratamentos para prevenir novas infecções e o uso estratégico da terapia antirretroviral. Os avanços científicos alcançados consistiram em instrumentos para o enfrentamento da infecção e também para evitar-se novas infecções com vírus HIV. A comunidade acadêmica veio realizando um esforço cada vez mais sinérgico entre a prevenção e o tratamento. Segundo os organizadores, para que se chegasse a erradicação da AIDS, era preciso a continuidade dos investimentos financeiros e dos compromissos políticos e científicos.

Também no ano de 2012, segundo o portal do IBASE, a história do sociólogo Herbert de Souza, produzida pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como memória mundial. Esta decisão partiu do Comitê Nacional do Brasil, ligado à UNESCO. O registro aconteceu no mesmo ano em que o IBASE lançou o livro em homenagem ao sociólogo: *O Brasil de Betinho*.

Segundo um site de informação³⁵, em 5 de junho de 2013, Dirceu Greco foi exonerado do cargo de coordenador do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais após autorizar a

³⁴OPAS e OMS (2017).

³⁵Veja mais em Bonanno (2013).

publicação de uma campanha voltada às Profissionais do Sexo; o material provocou polêmica entre a bancada conservadora e religiosa, ao mostrar uma mulher que sentia-se feliz ao ser prostituta. Neste contexto, o infectologista Fábio Mesquita assumiu o cargo. Em entrevista ao mesmo site, Alexandre Grangeiro, ex-coordenador do programa brasileiro, mencionou os desafios que Mesquita enfrentaria em relação ao assumir o cargo: 1) a falta de autonomia do Departamento perante o Ministério da Saúde, devido às restrições conservadoras nas campanhas de prevenção voltadas às populações extremamente relevantes; e 2) a falta de recursos, devido ao subfinanciamento das ações para o enfrentamento do HIV/AIDS estar cada vez mais seletivo e escasso.

Em janeiro de 2013, através da Portaria Conjunta de nº 01/2013, ficou alterado na tabela de Serviço Especializado, o serviço 106: de Atenção a DST/HIV/AIDS. A portaria conjunta das Secretarias de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) modificou as modalidades, as classificações, as organizações das estruturas e funcionamentos dos serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, alterando a tabela do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Outra normativa também foi adotada no mesmo ano, porém, relativa ao financiamento da epidemia.

Em 9 de julho de 2013 o Diário Oficial da União publicou a Portaria 1.378/13, que regulamentou as responsabilidades e definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, DF, estados e municípios. Deste modo, os recursos federais transferidos para estados, municípios e DF para financiamento das ações de Vigilância em Saúde ficaram organizados em um Bloco Financeiro constituído por dois componentes: Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária. Depois disto, os recursos do Bloco Financeiro são repassados todos os meses de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados e municípios, para uma conta única e específica.

Segundo informações do UNAIDS³⁶, no dia 1 de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais iniciou a política de “Testar e Tratar”. Essa estratégia trouxe o uso do tratamento como prevenção, chamada prevenção combinada. A medida surgiu como complementar ao enfrentamento da infecção. A partir deste momento, foram disponibilizados os medicamentos antirretrovirais a todas as PVHA, independentemente do nível do CD4.

³⁶UNAIDS BRASIL (2017).

Apesar de 1986 a 2013, ter-se dado os primeiros passos para descentralização da testagem rápida nos serviços de Atenção ao HIV/AIDS e também em alguns estados³⁷ existirem iniciativas de descentralização da assistência, as diretrizes da Política Nacional de AIDS ainda direcionavam o atendimento para o serviço especializado. Os atendimentos ficaram por conta dos serviços específicos de saúde para o HIV e AIDS, organizados na rede do SUS em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Serviço de Atendimento Especializado (SAE), em Centro de Referência e Treinamento (CRT), em Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e em Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), em que toda estrutura do atendimento deveria ser composta por uma equipe multidisciplinar.

3.3 A Descentralização do Atendimento ao HIV/AIDS

Em maio de 2014 o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em reunião conjunta com o CONASS e CONASEMS, apresentou um manual com as diretrizes “5 passos da implantação do manejo da infecção pelo HIV/AIDS na Atenção Básica”, no qual apontou um redirecionamento no modelo de atenção em saúde das PVHA. A reorganização fundamentou-se no conceito de que o cuidado não deveria ser somente centrado na assistência aos doentes, mas também na prevenção e promoção da qualidade de vida. (BRASIL, 2014).

Neste novo arranjo o modelo de atenção ao HIV, que era centrado, unicamente, nos serviços especializados, passou a ser matriciado, no qual diferentes níveis de atenção (rede básica e especializada) atuam de maneira conjunta, em diferentes pontos da linha de cuidado ao HIV/AIDS, levando em consideração a complexidade das ações e a necessidade de que as intervenções sejam realizadas de maneira efetiva e oportuna.

O redirecionamento da linha do cuidado ao HIV provocou uma mudança no fluxo de atendimento dos pacientes, no processo de trabalho dos profissionais de saúde e também nas relações entre diferentes pontos de atenção. Nesta perspectiva a linha de cuidado foi ampliada e passou a contar com novos serviços e estratégias, com o suporte dos serviços especializados à Atenção Básica (AB). Neste sentido, espera-se que o atendimento compartilhado entre SAE e AB, possibilite um maior acesso dos usuários ao sistema de saúde. (BRASIL, 2014).

Na nova proposta, os gestores municipais e estaduais ficaram responsáveis por regular o fluxo de atendimento e os mecanismos de referência e contra referência dos usuários do SUS, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Com isto, os usuários do SUS

³⁷ Entre eles, o Rio Grande do Sul.

diagnosticados com HIV, passarão a ser acompanhados nos serviços de saúde de Atenção Básica, obedecendo as orientações dos protocolos clínicos indicados pelo Ministério da Saúde e através das diretrizes da Linha de Cuidado às PVHA. (BRASIL, 2013).

A RAS envolve arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes tecnologias, que integrada através de apoio técnico, logístico e gestão busca alcançar a integralidade do cuidado. Na RAS a Atenção Básica está organizada e estruturada para ser o primeiro local de atenção ao usuário, sendo considerada como porta de entrada do SUS, ela deve operar por diretrizes definidas nas Linhas de Cuidado ao HIV/AIDS. A Linha é uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, definindo o fluxo de atenção à saúde e orientando o cuidado às PVHA; todavia, a efetivação dela requer o compromisso de todos atores envolvidos no processo de descentralização desse cuidado. (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde das PVHA, historicamente, foi realizado em Serviços Especializados ou Hospitalares, com profissionais especializados na área. Essa reformulação fez uma reorganização neste modelo de atendimento, redimensionando as ações e serviços à RAS. Essa mudança no atendimento apresentou novas diretrizes que subsidiam e definem atribuições entre os níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), buscando o compartilhamento do cuidado, entre: AB; ESF; CTA; SAE; e Rede de Hospitais; como proposta de trazer uma resposta mais efetiva no enfrentamento da epidemia.(BRASIL, 2013).

Conforme o *Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na AB*, produzido pelo Departamento de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a gestão compartilhada (AB e SAE) do cuidado ao portador do HIV seria a única maneira de melhorar a assistência aos soropositivos e aumentar o acesso ao diagnóstico e assistência, e, assim, cumprir com as metas 90-90-90 para enfrentamento da infecção. Com a Gestão compartilhada do cuidado, seria possível ampliar o diagnóstico precoce iniciando o tratamento do portador do HIV, no momento adequado. As ações de ampliação da testagem rápida anti-HIV, o tratamento precoce com antirretrovirais independente da taxa de CD4 e a distribuição da dose fixa combinada³⁸, favorecem a descentralização desse cuidado às PVHA. (BRASIL, 2014).

Ainda, segundo o *Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica*, o governo federal espera que com a descentralização do atendimento, a gestão compartilhada do cuidado entre os profissionais da Atenção Básica e os especialistas traga uma reorganização do fluxo de atendimento e possibilite a ampliação do acesso ao infectologista no tempo apropriado. Para isto, os mecanismos de atendimento ao portador do HIV, devem seguir um

³⁸ A dose fixa combinada conhecida como “3 em 1” traz a combinação em uma pílula só com tenofovir, lamivudina e efavirez.

protocolo que parte de três situações diferentes: pacientes sintomáticos com infecções; o assintomático portador do HIV; e o sintomático estabilizado. Após o diagnóstico, cada usuário deve ser encaminhado para atendimento, de acordo com sua situação clínica. Entretanto, o fluxo de retirada dos medicamentos continuou centralizado no Serviço de Atendimento Especializado.

Contudo, essa mudança no fluxo de atendimento para Rede de Atenção Básica, gerou preocupação para o MSLA dos dois estados: RS e PE. De acordo com o que seus representantes relataram, nas visitas de campo, isto se deve a dois motivos: 1) porque o Serviço de Atenção Básica, que é a porta de entrada de acesso ao SUS, não tem estrutura logística e de recursos humanos, nem mesmo profissionais devidamente preparados/capacitados, para atender as pessoas com condição sorológica positiva para o HIV; e 2) por causa da discriminação e a falta de sigilo. As pessoas soropositivas ficam com receio de acessar o serviço de saúde de Atenção Básica, mesmo estando mais próximo de sua moradia, devido ao estigma e preconceito gerado em torno da infecção.

Esta preocupação pode ser constatada através de uma carta organizada pelo Movimento Social de Luta contra AIDS e enviada ao Conselho Nacional de Saúde, que, posteriormente, foi encaminhada ao Ministério da Saúde pedindo a revisão urgente da política de AIDS no Brasil,

É diante de tantos desafios que solicitamos uma reavaliação da resposta nacional de AIDS, buscando avançar na superação de dados preocupantes. No Brasil o preconceito e discriminação ainda são realidade para as Pessoas que Vivem com HIV e AIDS; 12 mil pessoas ainda morrem em decorrência da AIDS e 34 mil novos casos são registrados por ano; a transmissão vertical não foi erradicada; os serviços, principalmente no Sul, Norte e Nordeste, ainda são precários – e por isso insistimos que a estratégia de ampliar a testagem tem que vir acompanhada de medidas que garantam a capacidade de absorver a nova demanda em rede de serviços que atuem com qualidade. O movimento de AIDS não está dormindo. Temos nos articulado incansavelmente e apresentado propostas claras para superar tais problemas. Assim, temos mobilizado a opinião pública e organizado atos de protestos (ações legítimas em um regime democrático) e levado nossas preocupações às instâncias pertinentes de diálogo entre governo e sociedade civil. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Compreende-se que esta preocupação sobre a política de AIDS seja legítima, pois nesses anos de epidemia apesar de se ter uma legislação nacional voltada para estados e municípios, sabe-se que, em alguns momentos na prática, conforme as pesquisas mostradas anteriormente, os serviços de saúde apresentam limitações. Neste sentido, como percebe-se, apesar da grande atuação do Movimento AIDS junto ao Estado, existe uma apreensão em relação aos rumos que a Política de AIDS teria nos próximos anos.

Embora o Ministério da Saúde viesse criando medidas e normativas, como a descentralização do cuidado ao HIV para Atenção Básica, no final de 2014, segundo o site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)³⁹: manifestantes do Movimento Social de Luta contra AIDS, de São Paulo, fizeram um protesto contra o elevado número de mortes por AIDS no Brasil. O MSLA, na época, acusava o MS de ser negligente ao alcançar um patamar de 12.000 mortes por ano. Nesse ano, a cada duas horas, três pessoas morreram em decorrência de AIDS no Brasil, isto significou que aconteceram mais de 33 mortes por dia. Em algumas regiões, a situação foi extremamente grave, como no Rio Grande do Sul, onde a infecção foi considerada generalizada, tamanha incidência de HIV e mortes. Nesse contexto, as taxas de novos casos no país chegaram à mesma condição de décadas atrás.

Em 2014, na cidade de Melbourne, na Austrália, ocorreu a 20ª Conferência Internacional de AIDS, marcada pelo reconhecimento de que, apesar de todos os esforços governamentais e não governamentais, nos últimos 30 anos, não se conseguiu até aquele momento respostas mais efetivas na luta contra o vírus HIV. Sua atenção foi voltada às populações mais afetadas pela epidemia, entre elas, homossexuais e usuários de drogas. Também forte emoção tomou e ficou registrada na Conferência devido à morte de pesquisadores, ativistas e membros de ONG num acidente aéreo do voo MH17, da Malaya Air Lines, a caminho de Melbourne. Entre os mortos estava o cientista holandês Joep Lange, um dos maiores pesquisadores da doença no mundo, além de realizar pesquisas sobre o vírus HIV e a AIDS, ele também dedicava-se a procurar tratamentos de baixos custos para países mais pobres.

Segundo a Agência de AIDS⁴⁰, o UNAIDS fez um alerta global, no qual mostrou que a infecção estava avançando no Brasil, enquanto em outros países mantinha-se estagnada. Embora a preocupação dos especialistas da ONU estivesse voltada para o mundo devido naquele momento haver 36,7 milhões de PVHAe espalhando 1,1 milhão de mortes; o Brasil foi destacado porque sozinho continha mais de 40% de novos casos de AIDS de toda a América Latina.

Ainda, segundo a fonte, no Brasil entre 2010 e 2015 aumentou a população vivendo com AIDS de 700 mil para 830 mil, levando a ocorrência de 15 mil mortes por ano. E, de acordo com Michel Sidibé, “o progresso parou”, em relação à epidemia. Para o especialista, representante da UNAIDS, estudos mostraram que existiram falhas no enfrentamento da infecção, principalmente no que refere-se a “falta de prevenção”. Para Sidibé, caso não

³⁹Reis (2014).

⁴⁰AIDS... (2016).

fossem construídas medidas urgentes e imediatasseria impossível controlar o HIV/AIDS futuramente.

Segundo o site do UNAIDS⁴¹, em novembro de 2014, em Los Angeles, na Califórnia, foi lançado um relatório com o compromisso global para aceleração da resposta ao HIV nos cinco anos seguintes. Com as medidas, se permitiria o enfrentamento da epidemia em menos de duas décadas; para isto foi indicado um conjunto de metas que precisariam ser alcançadas até 2020, com a implantação da estratégia 90-90-90. As metas preveem que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheçam sua condição sorológica, que 90% das pessoas diagnosticadas recebam o tratamento com a terapia antirretroviral e que 90% das pessoas que recebem o tratamento, possam alcançar carga viral indetectável evitando assim, a transmissão do vírus. Outras metas baseadas nos direitos humanos também foram mencionadas para reforçar a importância de se enfrentar o preconceito. A abordagem da “Zero Discriminação” trouxe como mensagem, chamar a atenção de todos os envolvidos no enfrentamento da AIDS, para que nenhuma pessoa fosse esquecida, que “ninguém seja deixado para trás”, principalmente, as populações mais vulneráveis, alertando para que “todos” fossem incluídos.

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde, lançou uma nova diretriz recomendando o tratamento de todas as pessoas que vivem com HIV, independente dos números de CD4. A orientação é de que seja disponibilizado o tratamento com a terapia antirretroviral, assim que a pessoa receber seu diagnóstico positivo para o HIV. O UNAIDS também lançou no final deste mesmo ano sua estratégia para 2016-2021, com novos objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que exigem uma aceleração na resposta global à infecção, para se chegar as metas de prevenção, tratamento e não-discriminação.

Ainda em 2015, no Rio de Janeiro, o Grupo Pela Vidda⁴², promoveu em novembro o 1º SUS AIDS VIDDA: Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS. O encontro reuniu em torno de 150 lideranças de todas as regiões do país, que discutiram e avaliaram, as questões voltadas ao cuidado na assistência e na atenção à saúde das pessoas que vivem com HIV e AIDS no SUS. Para os organizadores, falta diálogo com as PVHA, no que refere-se aos serviços de saúde na Atenção Básica. Também foram discutidas as medidas atuais para atingir as metas 90-90-90, a equidade das pessoas afetadas pela epidemia, as vulnerabilidades, as coinfeções e as linhas de cuidado.

No Brasil, em 31 de agosto de 2016, Dilma Rousseff, em meio a uma crise política e econômica, foi afastada do cargo de Presidenta da República. No Senado, após três meses de

⁴¹UNAIDS BRASIL (2014).

⁴²GRUPO... (2015).

tramitação do processo de afastamento, o plenário votou, obtendo um resultado de 61 votos a favor e 20 contrários à sua saída. A partir deste momento, assumiu a Presidência da República, Michel Temer (PMDB), e para o cargo de Ministro da Saúde foi indicado o engenheiro civil, Ricardo Barros. Fábio Mesquita coordenador do Departamento de AIDS e Hepatites Virais pediu demissão através de uma carta pública⁴³, justificando sua saída devido a incompatibilidade com o governo atual. O Ministro da Saúde indicou para o cargo, a médica AdeleBenzaken.

Em novembro de 2016 o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, passou a utilizar a nomenclatura “IST” no lugar de “DST”. Segundo as informações obtidas no site do Departamento: “doenças”, implicam em sintomas e sinais visíveis no organismo; enquanto “infecções” referem-se a períodos sem sintomas. Essa abordagem já tinha sido adotada, anteriormente, pela OMS.

Num contexto de crise política e econômica, o presidente Temer iniciou seu governo lançando um pacote de medidas restritivas, que limitaram os gastos públicos por um período de 20 anos. Segundo informações do Portal do Planalto, o projeto de lei encaminhado pelo presidente ao Legislativo teve como objetivo equilibrar as contas públicas, através de rígidas medidas, como cortes nos orçamentos das políticas públicas e sociais, incluindo as áreas de saúde e educação. Em 15 de dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a proposta de Temer, PEC 55/2016, na qual o pacote de medidas que limitam por 20 anos os gastos públicos em saúde.

De acordo com a Agência de AIDS⁴⁴, o Relatório lançado pelo UNAIDS, em junho de 2016, trouxe à tona a fragilidade da resposta brasileira à epidemia, tanto nos aspectos que referem-se a falhas voltadas à prevenção, como também a falta do diálogo com a sociedade civil. Frente a este relatório, ativistas brasileiros pronunciaram-se apontando as falhas no combate à AIDS no Brasil. E, segundo a entrevista dada à Agência de AIDS, o ativista Veriano Terto Junior, secretário de políticas da ANAIDS e coordenador de projetos da ABIA, mencionou a importância do reconhecimento pelo UNAIDS à gravidade da infecção na América Latina e no Brasil. Também comentou sobre o relatório que enfatizou as falhas na prevenção. Terto apontou, ainda, que essa era uma luta histórica do MSLA, que desde 1990, reivindicava que não separassem a prevenção da assistência. Ele referiu-se também aos aspectos ligados à precarização e falta de recursos para o SUS. Bem como, posicionou-se ao Relatório do UNAIDS, segundo a Agência de AIDS, Mário Scheffer, professor do

⁴³ Mesquita (2016).

⁴⁴ MÁRIO... (2016).

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). O professor foi categórico ao dizer que, “[...] a arrogância técnica, intolerância ao diálogo, aliança com forças retrógradas e o desmonte do SUS levaram à perda do protagonismo internacional e ao isolamento interno na resposta brasileira à AIDS”. (MÁRIO..., 2016). Para ele, os retrocessos são muito mais graves do que revela o Relatório do UNAIDS. No caso da resposta brasileira, existiu uma seleção nos dados, que contribuíram para uma aparente estabilidade da epidemia. Entretanto, os dados já evidenciavam o aumento de novas infecções e mortes, no Sul e no Norte do país, diminuição do uso de preservativos, e falta de testagem de HIV nas populações mais vulneráveis. Ainda, segundo Scheffer, os serviços públicos de saúde no Brasil estavam precários, obtinha-se diagnósticos tardios, demora de acesso ao tratamento (primeira consulta após o resultado do teste), dificuldades na assistência, devido os serviços estarem lotados e falta de profissionais para fazer o atendimento.

No contexto internacional, em 18 de julho de 2016, ocorreu a 21ª Conferência Internacional de AIDS, em Durban, na África do Sul. De acordo com o UNAIDS⁴⁵, a Conferência discutiu como estavam sendo dadas as respostas ao HIV/AIDS no mundo. Além da avaliação feita pelos participantes e pesquisadores, também houve a apresentação de estudos recentes mostrando os avanços científicos, que apontaram um novo rumo para o avanço no enfrentamento da infecção no mundo.

Em 2017, o contexto político foi marcado por escândalos envolvendo políticos de diversos escalões e esferas do governo federal, inclusive o atual Presidente, Michel Temer. A Polícia Federal realizou investigações para apurar o envolvimento de políticos e empresários, em fraudes e desvios de dinheiro para financiamentos de campanhas; contudo, os políticos investigados ganharam apoio de seus pares. Assim, a denúncia foi interrompida pela câmara de deputados, e os investigados somente serão julgados após cumprirem seus mandatos.

Com a instauração de uma nova crise política, o Brasil voltou a ganhar destaque nas mídias nacional e internacional; os jornais divulgaram os escândalos políticos que se abateram no Brasil. A corrupção virou pauta diária nos principais noticiários, repercutindo, assim, o caos político brasileiro. Por outro lado, o reflexo vivido pela recessão econômica, atingiu diretamente o financiamento das políticas públicas e sociais. No Rio Grande do Sul, o mês de agosto de 2017 foi marcado por uma série de manifestações e audiências públicas, envolvendo gestores de saúde estadual e municipal, que foram a Câmara Municipal de

⁴⁵UNAIDS BRASIL (2016).

POA⁴⁶, a Assembleia Legislativa e o Ministério Público do Rio Grande do Sul. A mobilização foi impulsionada após o despejo do GAPA/RS, por falta de pagamento do aluguel da sede, que era de responsabilidade da SES/RS. Com as portas da sede lacradas houve preocupação por parte dos militantes em relação aos dados confidenciais que estavam arquivados no local. No GAPA/RS ficavam guardados os arquivos dos atendimentos jurídicos e psicológicos dos usuários da instituição, além de documentos com informações sobre a condição sorológica. Frente a este episódio, o MSLA aproveitou o momento, para denunciar o descaso dos gestores públicos frente à epidemia no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, que, respectivamente, são, o estado e a capital, com maior incidência de casos de AIDSe mortes, no Brasil.

Segundo a Agência de AIDS⁴⁷, em maio de 2017, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), da Câmara Federal dos Deputados, aprovou o projeto de lei, de autoria dos deputados Jean Wyllys (PSOL/RJ), Erika Kokay (PT/DF) e Paulo Teixeira (PT/SP), que criou o Dezembro Vermelho. A PL 592/15 veio ao encontro dos ativistas e militantes do MSLA. A partir de então, os eventos do Dezembro Vermelho devem ser realizados pelos governos em parceria com organizações não governamentais, nacionais e internacionais, que atuam nesta área, correspondendo às diretrizes do SUS ao enfrentamento do HIV/AIDS. Embora no Brasil, desde 1988, o dia 1º dezembro seja lembrado como um dia de enfrentamento à AIDS, a oficialização do mês de dezembro, como período de mobilização na luta contra a infecção veio como um reconhecimento, e, ao mesmo tempo, uma homenagem àqueles que morreram em decorrência da doença.

Em julho de 2017, a cidade de Paris, na França, sediou a 9ª Conferência International AIDSSociety (IAS), sobre Ciência do HIV. Segundo informações do site do UNAIDS⁴⁸, organizadores do evento reuniram-se mesmo antes de sua abertura oficial, emitindo uma carta chamada de “Declaração de Paris”, para expressar as preocupações em relação aos rumos das pesquisas para o enfrentamento da infecção. Para a presidente da IAS, Linda-Gail Bekker, “Não haverá fim do HIV sem pesquisa, nem pesquisa sem investimentos duradouros”, de acordo o texto.

Embora a carta não apontasse, explicitamente, o governo de Donald Trump (EUA), ficou claro que a mensagem se referia a ele. Os Estados Unidos foi um país que, historicamente, investiu muito no combate à epidemia, chegando a responder por mais de dois

⁴⁶Scomazzon (2017).

⁴⁷Boa ... (2017).

⁴⁸UNAIDS BRASIL (2017).

terços dos investimentos governamentais internacionais. Com a redução dos financiamentos de vários programas de saúde, incluídos o da AIDS, anunciados em maio, através do presidente americano, a Conferência serviu para reflexão do efeito desta medida para o meio acadêmico de pesquisa. O projeto de cortes no orçamento de Trump previu uma redução de 17% do investimento americano no Fundo Mundial de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária. Com isto, se chegaria a 1,13 bilhão de dólares a menos em 2017. Bekker considerou essa medida como “uma tragédia”. Segundo ela, “não falamos de um simples risco de desaceleração da luta contra a AIDS”, essa redução configuraria num verdadeiro retrocesso em relação aos avanços que foram conquistados.

Segundo o site do Programa Nacional⁴⁹, na cidade de Curitiba no Paraná, em setembro do mesmo ano, ocorreu o 11º Congresso Brasileiro de HIV/AIDS e o 4º Congresso de Hepatites Virais, abordando o tema da “Prevenção Combinada: multiplicando escolhas”. Os Congressos foram promovidos pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das DST, HIV, AIDS e Hepatites da SVS/MS e teve como objetivo reunir pesquisadores, representantes da sociedade civil, pessoas vivendo com HIV e Hepatites virais, profissionais de saúde e gestores públicos para discutir os avanços e os desafios da resposta brasileira.

Também participaram dos Congressos, representantes do UNAIDS e alguns de seus copatrocinadores, tais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

Por outro lado, nas redes sociais militantes postaram vídeos, onde declaravam sua insatisfação em relação aos rumos que a política de AIDS vinha assumindo nos últimos anos. A abertura do 11º Congresso Brasileiro de HIV/AIDS foi marcada por manifestações políticas, na qual integrantes do MSLA protestavam pedindo a saída do atual presidente da república: “Fora Temer”, essa frase foi repetida várias vezes. Também relatou-se a insatisfação com relação à falta de diálogo do governo federal com as instituições. Na mesa de abertura do evento não houve representantes do Movimento Social de Luta contra AIDS, retratando o descaso com as redes de PVHA e demais integrantes dos movimentos.

De acordo com a Agência de AIDS⁵⁰, na Cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, ocorreu em novembro 19º Encontro Nacional de ONG, Redes e Movimentos de Luta contra a AIDS (ENONG), que abordou o tema: “Desafios e Retrocessos: onde está a resposta

⁴⁹ Brasil (2017).

⁵⁰ Martins (2017).

brasileira no enfrentamento a AIDS?”. Debatedores destacaram que o contexto, brasileiro e mundial, aponta para o conservadorismo e retrocesso nas políticas públicas. No Brasil, o SUS encontra-se sob constante ameaça: com estruturas precárias; falta de profissionais capacitados; antirretrovirais vencidos; desabastecimento de medicações; metodologias de prevenção com abordagem em direitos humanos sendo trocadas por tecnologias medicamentosas, entre outros. Para Alessandra Nilo militante do MSLA, “Nos últimos tempos só encontramos extremismos religiosos, conflitos, violência escalonada, governos nacionalistas, desigualdades crescentes e competição. Estamos perdendo bens públicos e a privatização significa menor capacidade de controle social”. Os participantes debateram os retrocessos e os desafios para o futuro, e construíram um documento político chamado a “Carta de Natal” que elenca cinco pontos que nortearão os passos do MSLA nos próximos dois anos.

A Carta Política do 19º ENONG 2017, apontou para os principais eixos de atuação do MSLA, são eles: 1) “Prevenção: Direito de Todos e Todas”; 2) “Assistência: somente um SUS forte garante qualidade de vida”; 3) “Sustentabilidade Política, Econômica, Financeira e Técnica, Programática”; 4) “Combate ao conservadorismo e fundamentalismo, ao estigma e à discriminação”, 5) “Incidência Política: nossa missão e nosso poder”. O MSLA aproveitou o evento para construir um diálogo único com os gestores da Política de AIDS. Para os integrantes, na conjuntura atual, seria necessário criar pautas comuns e estruturantes, entre diferentes movimentos, já que eles são formados por uma diversidade de instituições que pensam e atuam de forma distinta. A ideia passada foi de união entre as redes e movimentos, de estreitar as relações entre os diferentes, para um fim comum que é o enfrentamento da infecção.

Ainda, em novembro, mais dois eventos importantes aconteceram na região Sudeste. Segundo o UNAIDS⁵¹: Em São Paulo, o I Encontro Brasileiro de Saúde Trans, organizado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em parceria com as coordenações federal, estadual e municipal de DST/AIDS, UNAIDS no Brasil, faculdades, AIDSHealthcare Foundation (AHF), ONG, Fóruns e Redes de movimentos sociais de Travestis e Transexuais, com o objetivo de discutir a promoção de políticas públicas de saúde, acesso e qualificação dos serviços prestados à população trans e também sobre os direitos das travestis, mulheres transexuais e homens trans; e no Rio de Janeiro, o 3º SUS AIDS, promovido pelo Grupo Pela Vidda-RJ⁵², com o objetivo de reunir lideranças nacionais do MSLA, para um intercâmbio e

⁵¹UNAIDS BRASIL (2017).

⁵²PELA VIDDA (2017).

avaliação sobre o cuidado na assistência e na atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV e AIDS no SUS.

O ano de 2017 chegou ao seu final, o Dezembro Vermelho foi marcado por manifestações na mídia e nas redes sociais por médicos, pesquisadores, ativistas e militantes do MSLA, no país. Segundo os sites da Agência de AIDS⁵³ e da ABRASCO⁵⁴, a Folha de São Paulo publicou no dia 01 de dezembro de 2017, o artigo: *AIDS, o mau exemplo do Brasil*, de autoria do infectologista emembro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), Caio Rosenthal, e o professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) Mário Scheffer, afirmando que o Brasil está na contramão da tendência mundial, não conseguindo reduzir a velocidade de novas infecções e nem impedir que tantas mortes ocorram, eles consideraram que os dados atuais da epidemia são inaceitáveis, e poderiam ser evitados. Segundo o artigo, Scheffere Rosenthal (2017) informam que

A cada 15 minutos, um novo caso de AIDS é registrado no Brasil e diariamente, pelo menos 34 pessoas morrem por causa da doença. É inaceitável que o país, na contramão da tendência mundial, não tenha conseguido diminuir a velocidade de novas infecções e impedir tantas mortes evitáveis. Em vez de atualizar os pressupostos do combate à AIDS, governos recentes insistem em ‘torturar’ números para sustentar a tese ilusória de que a epidemia estaria controlada no Brasil. Não há estratégia clara para levar o tratamento a mais de 260 mil pessoas que sabem que são HIV-positivas, mas ainda não se beneficiam das terapias com antirretrovirais, e a outros milhares de cidadãos também infectados e que nem sequer sabem disso, já que não tiveram acesso ao teste. Negligenciados, adolescentes e jovens brasileiros nunca estiveram tão vulneráveis. Em dez anos, os casos de AIDS mais que dobraram na faixa etária de 15 a 24 anos. Campanhas e ações de saúde não alcançam as mudanças geracionais, de comportamento e os novos espaços de sociabilidade, inclusive digitais. Na esteira de movimentos como o ‘escola sem partido’, conservadores impõem no ambiente escolar o silêncio sobre sexualidade, noção de risco, gênero e preconceito, temas fundamentais para dialogar sobre AIDS com jovens. É o que explica a calamidade de mais de 30% das travestis e transexuais, em estudo no Rio de Janeiro, e mais de 15% dos homens gays, em pesquisa no centro de São Paulo, serem HIV-positivos? Por que, se comparada à população geral, a frequência da infecção pelo vírus da AIDS é 15 vezes mais elevada entre usuários de drogas e 12 vezes maior entre mulheres profissionais do sexo? Não é o fato de pertencer a um grupo ou de viver em determinados contextos que leva alguém a se infectar pelo HIV, mas sim a combinação entre práticas sexuais desprotegidas, ausência de políticas de prevenção, negação de direitos, racismo, sexismo, homofobia, pobreza, violência e sujeição ao duplo estigma da identidade e da condição de saúde. Mesmo fadado ao desmonte com o ajuste fiscal, o Sistema Único de Saúde (SUS) já dispõe de repertório considerável: campanhas publicitárias, preservativos, testagem rápida para o HIV, diagnóstico e tratamento de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, programas de redução de danos, protocolos de uso de medicamentos para quem tem HIV e para soronegativos antes ou depois da exposição ao risco de se infectarem. Esses recursos, porém, são mal empregados, não chegam ou não fazem sentido para aqueles que mais deveriam se

⁵³Scheffer e Rosenthal (2017).

⁵⁴Reis (2017).

beneficiar com sua utilização. A política moralista não reconhece os mais vulneráveis como cidadãos plenos, sujeitos de suas escolhas, e ainda se alia a legisladores obcecados em retirar ou negar seus direitos. Sabe-se agora que não existe risco algum de uma pessoa com HIV em tratamento adequado e com carga viral indetectável transmitir o vírus à outra. Ao não assumir explicitamente essa evidência científica, o Brasil demora em remodelar sua política de incentivo ao teste e início do tratamento, deixando de impedir milhares de infecções. O país desperdiça oportunidades e coleciona retrocessos – por exemplo, deixou de priorizar respostas baseadas no conhecimento de ONG e das próprias comunidades mais atingidas pela AIDS. Pioneiro na oferta pública de medicamentos anti-HIV, o Brasil de hoje é o mau exemplo e mostra ao mundo o quanto a decadência da política pode atrasar o tão sonhado fim da AIDS. (SCHEFFER; ROSENTHAL,2017).

O artigo trouxe a denúncia de que os governos mais recentes insistem em sustentar uma tese aparente de que a infecção estaria controlada no Brasil. No entanto, os dados mostram que os jovens e adolescentes, ficam cada vez mais vulneráveis frente às campanhas que estão cada vez mais conservadoras, que não alcançam novos espaços e mídias sociais. Nos últimos dez anos, a epidemia mais que dobrou na faixa etária de 15 a 24 anos e aumentou, consideravelmente, entre travestis, transexuais, homens gays, profissionais do sexo e usuários de drogas. Os retrocessos fazem com que a política de AIDS não aproxime-se das populações mais vulneráveis e nem os reconheçam como cidadãos de direitos. Para estes autores os governantes do país estão desperdiçando oportunidades e colecionando retrocessos.

Por outro lado, o site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais⁵⁵, do MS, registrou no mesmo dia, a comemoração na queda no número de casos e de mortes por AIDS. No dia 1 de dezembro de 2017 foi lançado, em Curitiba, no Paraná, durante um evento alusivo ao Dia Mundial de Luta contra AIDS, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2017, indicando que, em 2016, a taxa de novos casos de AIDS reduziu em 5,2% em relação a 2015, e também houve uma queda de 7,2% nos índices de mortalidade. Segundo os representantes do MS esses resultados demonstram a assertividade da política de assistência, que ampliou o acesso ao diagnóstico e diminuiu o tempo para o início do tratamento com a terapia antirretroviral.

Já se passaram 34 anos após a notificação do primeiro caso de AIDS no Brasil, apesar de não se ter ainda a cura para a infecção, esforços vem sendo realizados. Como foi mostrado ao longo do texto, as respostas foram sendo construídas de múltiplas formas, com a participação de diversos atores, membros de: governos, comunidade científica, ativistas, e militantes do MSLA. Todavia, destaca-se, nesse estudo, a participação e a articulação dos atores do MSLA com os atores do Estado (nos três níveis de governo), que foram e são

⁵⁵ Brasil (2017).

fundamentais para o enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil. Embora algumas respostas governamentais foram buscadas e não foram atendidas, outras contestadas e silenciadas, por outro lado, apesar das falhas, o governo brasileiro, ao longo dos anos, veio desenvolvendo seu papel, enquanto responsável pela política de enfrentamento da epidemia. Muitos governos passaram, alguns mais atuantes e outros mais restritivos e conservadores. A seguir segue uma tabela resumo para ilustrar os atores/gestores da Política de AIDS no âmbito federal, nessas três décadas da AIDS.

Quadro 1-Gestores federais da política de AIDS

(continua)

Presidente da República	Ministro da Saúde	PN-DST/AIDS
José Sarney 1985-1990 PMDB	Carlos C. de M. Sant'anna 1985-1986 Roberto Figueira Santos 1986-1987 Luiz Carlos B. Silveira 1987-1989 Seigo Tsuzuki 1989-1990	Aguinaldo Gonçalves 1985-1986 Lair Guerra 1986-1990
Fernando Collor 1990-1992 PRN	Alceni Guerra 1990-1992 José Goldemberg 1992-1992 Adib Jatene 1992-1992	Eduardo Côrtez 1990-1992 Lair Guerra 1992-1996
Itamar Franco 1992-1995 PMDB	Jamil Haddad 1992-1993 Saulo Moreira 1993-1993 Henrique Santillo 1993-1995	Lair Guerra 1992-1996
Fernando H. Cardoso 1995-2003 PSDB	Adib Jatene 1995-1996 José Carlos Seixas 1996-1996 Carlos Albuquerque 1996-1998 José Serra 1998-2002 Barjas Negri 2002-2003	Lair Guerra 1992-1996 Pedro Chequer 1996-2000 Paulo Roberto Teixeira 2000-2003

(conclusão)

Luiz Inácio Lula da Silva 2003-2011 PT	Humberto Costa 2003-2005 José Saraiva Felipe 2005-2006 Agenor Álvares 2006-2007 José Gomes Temporão 2007-2010	Alexandre Grangeiro 2003-2006 Mariângela Simão 2006-2010
Dilma Rousseff 2011-2016 PT	Alexandre Padilha 2011-2014 Arthur Chioro 2014-2015 Marcelo Castro 2015-2016	Dirceu B. Greco 2010-2013 Fabio Mesquita 2013-2016
Michel Temer 2016-2018 PMDB	Ricardo Barros 2016-em exercício	Adele Benzaken 2016-em exercício

Fonte: Elaborado pela autora.

Em suma, desde a criação do Programa Nacional de AIDS passaram sete Presidentes da República, 23 Ministros da Saúde e 13 Coordenadores da Política de AIDS. A Coordenação da Política de AIDS, nestes anos, esteve vinculada à várias secretarias do Ministério da Saúde, entre elas, Divisão de Dermatologia Sanitária (DDS), Secretaria de Projetos Especiais (SPE);

Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e Secretaria da Vigilância em Saúde (SVS). O Programa Nacional de DST/AIDS também passou por mudanças na nomenclatura, e, nos últimos anos, de Programa para Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais.

4 OS CONTEXTOS REGIONAIS

Neste capítulo são apresentadas as particularidades dos estados e de suas capitais no que refere-se às especificidades da gestão da Política de AIDS, a formação e a atuação do Movimento Social de Luta contra AIDS, bem como o perfil da epidemia. Para construção desse tópico foram buscadas, além de bibliografias, informações complementares em sites governamentais e nos depoimentos dos atores envolvidos, devido a pouca disponibilidade de produções acadêmicas sobre essas temáticas em âmbitos mais específicos. Mesmo frente à esta dificuldade, buscou-se fazer uma descrição com o máximo de informações para compor esta historiografia.

No primeiro momento constam as particularidades regionais do Rio Grande do Sul e de Pernambuco, as locais, de Porto Alegre e Recife, referentes aos serviços de saúde de Atenção Básica e, principalmente, como organiza-se a Política de HIV/AIDS, nos estados através dos Programas Estaduais de DST/AIDS, e em suas capitais por meio dos Programas Municipais de AIDS. Em segundo, o texto mostra a constituição e o papel do MSLA de PE, através da Articulação AIDS PE e no RS, pelo Fórum ONG/AIDS/RS. Por fim, apresenta o perfil da infecção em níveis mundial, nacional, regional e local, apontando suas semelhanças e diferenças regionais.

4.1 As Particularidades da Política de AIDS no Rio Grande do Sul

O estado do Rio Grande do Sul, tem como sua capital a cidade de Porto Alegre, divide-se entre 497 municípios, conta com um total de 11.322.895 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵⁶. A Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), para dar apoio aos seus municípios, criou 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Cada CRS fica responsável por dar suporte aos municípios, conforme as peculiaridades locais, junto aos Serviços Especializados e à Rede de Atenção Básica.

No Rio Grande do Sul a epidemia teve o primeiro caso notificado em dezembro de 1983, quando o epidemiologista Jair Ferreira, chefe substituto do Serviço de Dermatologia Sanitária, recebeu a notificação de um caso de AIDS, proveniente do Hospital Vila Nova de Porto Alegre. O paciente apresentava um quadro compatível com tuberculose miliar, que evoluiu para pneumonia com insuficiência respiratória. Uma biópsia revelou um quadro de

⁵⁶IBGE(2017).

pneumonia causado por “PneumocystisCarinii”, bactéria definidora da AIDS. (TEODORESCU et.al, 2015).

Com o registro de mais casos pela Secretaria de Saúde, decidiu-se que a notificação, investigação e confirmação da doença ficariam de responsabilidade da Divisão de Dermatologia Sanitária, seguindo o modelo do Programa de São Paulo. Nessa época, o Serviço de Dermatologia Sanitária estava sob coordenação de César Duílio Varejão Bernardi, e o programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis era de responsabilidade do dermatologista Antônio Carlos Gerbase, que tornou-se o primeiro coordenador do novo Programa de DST/AIDS do Rio Grande do Sul. (TEODORESCU et.al,2015).

A equipe da Dermatologia Sanitária incorporou a AIDS já no próximo ano,

No início de 1984, começaram a ser desenvolvidas as primeiras medidas públicas contra a AIDS no Rio Grande do Sul, sob a liderança de Antônio Carlos Gerbase, Jair Ferreira e César Bernardi. A equipe da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul mantinha estreito contato com o Instituto de Saúde de São Paulo e se inspirou no programa paulista para implantar as ações de controle da doença. (TEODORESCU et.al, 2015, p. 77).

Assim, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária ficou conhecido como local de atendimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis e, em fevereiro, a Secretaria Estadual de Saúde instalou o Disque-AIDS para informar a população sobre a infecção. No Sanatório Partenon foi instalado o primeiro ambulatório do RS, específico para o atendimento clínico dos pacientes de AIDS.

Gradualmente, uma equipe multiprofissional foi constituindo-se, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e um psiquiatra. Contudo, no início, a equipe encontrou dificuldades. Primeiro, porque havia preconceito em relação aos doentes e aos profissionais que os atendiam, devido ao medo de contágio entre a equipe hospitalar. Em segundo, porque não havia muito conhecimento sobre o HIV/AIDS, o que trazia um sentimento de impotência pelo pouco que se podia fazer pelos pacientes.

Em 1985 iniciou o atendimento ambulatorial em alguns hospitais públicos e universitários, todos situados na capital. O Hospital de Clínicas, de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), abriu uma ala específica com 18 leitos, para internação de doentes de AIDS. O Hospital Nossa Senhora da Conceição também disponibilizou um serviço ambulatorial específico para atendimento à AIDS. O Hospital da Pontificia Universidade Católica (PUC/RS), de igual forma passou a fazer o atendimento às PVHA, e destacou-se por receber os primeiros casos de AIDS em hemofílicos no estado.

Mais tarde, o Hospital Vila Nova abriu mais de 40 leitos para atender os pacientes da AIDS, muitos em fase terminal e, em grande maioria, ex-usuários ou usuário de drogas. No interior do RS foram criados os primeiros serviços de atendimento aos pacientes de AIDS, no Hospital da Fundação Universidade de Rio Grande e no Hospital da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). (TEODORESCU et.al, 2015).

O Programa de DST/AIDS, do Rio Grande do Sul, engajou-se no enfrentamento da epidemia, tomando outras medidas como o controle da qualidade do sangue. O estado gaúcho tinha, por tradição, desde 1977, a fiscalização dos bancos de sangue. Desde então, havia sido instalado um sistema de informação que disponibilizava uma lista de doadores, temporariamente, impedidos de doarem sangue (portadores de sífilis e outras doenças transmitidas pelo sangue), que sem indicar a causa do impedimento, ficavam impossibilitados de fazer a doação. Em 1987, o governo do estado, através do Secretária Estadual de Saúde, estabeleceu a obrigatoriedade do teste de HIV para todos os doadores de sangue. (TEODORESCU et.al, 2015).

Durante os primeiros cinco anos de atuação, o Programa Estadual de AIDS consolidou-se e passou a difundir suas experiências para outros estados e países. O Serviço de Dermatologia Sanitária, organizou o I Congresso Brasileiro de Infecções Sexualmente Transmissíveis e o I Encontro Latino-americano de AIDS, onde foram reunidos profissionais renomados que trabalhavam com a AIDS, no Brasil e no exterior. Também realizou capacitações para gestores no Panamá, pela Organização Pan-americana de Saúde. E, ainda, produziu materiais didáticos, em português e espanhol, para capacitação dos profissionais de saúde, que, mais tarde, foram reproduzidos pelo Ministério da Saúde e serviram como referência no Brasil. (TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1987, ao contrário de outros estados, a consolidação do Programa Estadual de DST/AIDS no RS ocorreu sem ruptura da equipe fundadora, pois, mesmo com a troca de governo César Bernardi, Jair Ferreira e Carlos Gerbase seguiram na Coordenação da Política de AIDS, no Serviço de Dermatologia Sanitária. A continuidade da equipe favoreceu a continuidade das ações, e, com isto, o grupo começou a destacar-se pela atuação na região Sul. Logo, passaram a ser colaboradores influentes no enfrentamento da infecção no país.

No dia 1º de dezembro de 1988, pela primeira vez, comemorou-se o Dia Mundial de Luta contra AIDS no mundo. Em Porto Alegre, neste mesmo dia, não por acaso, foi inaugurado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS/RS), no país. O COAS ficou responsável pelo serviço de aconselhamento pré/pós-testagem e de assistência psicológica para pacientes com AIDS. Em 1991, o Programa de AIDS desvinculou-se do

Serviço de Dermatologia Sanitária e tornou-se uma seção autônoma. Neste período, Carlos Gerbase afastou-se da Coordenação Estadual, por conta da realização de um curso em Saúde Pública, nos Estados Unidos, e, em seu lugar, assumiu o médico Mauro Ramos.

Na Coordenação, Ramos convidou a médica Nêmora Barcelos para atender no Ambulatório de Dermatologia Sanitária; ela, foi uma das pioneiras no atendimento integral dos pacientes com AIDS no Ambulatório, pois, até então, os atendimentos eram realizados por médico dermatologistas. Experiente, a médica já havia atendido seus primeiros casos de AIDS em 1986, ao substituir uma médica no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Gradativamente, outros infectologistas integraram-se à equipe, logo, também foi convidada a integrar o grupo a médica Geralda Rigoti, que ficou responsável pelas ações de prevenção. Nêmora e Geralda, além de fazerem parte da equipe, atuaram, ainda, como assessoras do coordenador Mauro Ramos.

Em 1994, com recursos advindos do Banco Mundial, através do Projeto AIDS I, houve um grande impulso para abertura de novos COAS no estado. Esta ampliação trouxe benefícios aos pacientes, em relação ao sigilo e também às práticas de aconselhamento e apoio, pois desenvolveu um atendimento mais humanizado às pessoas soropositivas, o que significou um avanço na abordagem da epidemia. Uma das queixas dos pacientes era a forma que recebiam o diagnóstico, pois, na época, estar com o vírus significava receber uma sentença de morte.

Em 1995, Nêmora Barcelos assumiu a coordenação do Programa Estadual de AIDS e a médica Geralda Rigoti ficou como sua assessora. A partir desta gestão, impulsionou-se o trabalho de prevenção estratégico de redução de danos com os usuários de drogas; e, frente a estas ações, a coordenação ganhou destaque. No final da década o programa já disponibilizava vários serviços de ambulatório e leitos hospitalares. E, em 1999, por normativa do governo federal, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico passaram a ser denominados Centros de Testagem e Acolhimento (CTA).

A partir de 2003, com a descentralização da gestão da Política de AIDS, através da Política de Incentivo, o Rio Grande do Sul ampliou o número de CTA e SAE, em todo o estado. Então, com a descentralização o governo do estado e os municípios aumentaram seu poder de decisão, acerca de quais ações eram prioritárias, isto oportunizou a construção de estratégias de enfrentamento da infecção no Sul, mais condizentes com a realidade regional e local, bem como, o estabelecimento de parcerias com as ONG/AIDS/RS.

Apesar das DST/HIV/AIDS fazerem parte do bloco da Secretaria Vigilância em Saúde, particularmente, no RS, a Seção de Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e da AIDS faz parte do Departamento de Ações em Saúde (DAS). Segundo o portal da

SES/RS⁵⁷, suas atividades são voltadas para o enfrentamento da epidemia através da construção de uma política de saúde integral, que permita a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais para o controle das DST/AIDS, executadas pelos Serviços de Saúde do Estado. No que refere-se às áreas de atuação, desenvolve ações sistemáticas de vigilância epidemiológica, prevenção e assistência das DST/AIDS/Hepatites Virais.

Em 2006, houve dois acontecimentos que repercutiram, significativamente, na Política Estadual de AIDS. Primeiro, o encerramento do Projeto AIDS III, em cooperação com o Banco Mundial. Em segundo, as eleições estaduais, com a troca de governo. No início da gestão estadual de Ieda Crusius, assumiu como Secretário da Saúde, Osmar Terra, e, como Coordenadora da Seção Estadual de DST/AIDS, Tânia Figueiró. Logo, houve uma apreensão sobre os rumos da Política de AIDS no estado, já que, a partir daquele momento, não haveria mais financiamento internacional para sua sustentação.

Nomesmo cenário surgiu um alerta, por parte dos integrantes do MSLA/RS, no sentido de que o governo não estava aberto ao diálogo com a sociedade civil, conseqüentemente, o que era uma suspeita foi definindo-se através das novas deliberações políticas, que afetaram, diretamente, a população do RS.

Em 2008, houve a finalização do contrato da SES/RS com a UNESCO, agência que, por intermédio da Unidade de Gerência de Projetos (UGP), contratava consultores para trabalharem na gestão da Política de AIDS e realizava os convênios para financiamento de projetos junto às ONG do Rio Grande do Sul. Assim, os funcionários consultores da UNESCO que trabalhavam junto à Seção Estadual de DST/AIDS foram demitidos, os convênios com as ONG finalizados e, o que o MSLA previa aconteceu, as políticas públicas de DST/AIDS, praticamente, pararam no Estado gaúcho, o que refletiu mais tarde em dados epidemiológicos alarmantes.

Em 2011, com a troca de governo, Tarso Genro tornou-se governador do Estado, como Secretário Estadual de Saúde indicou Ciro Simoni. A psicóloga Sandra Fagundes, enquanto diretora do DAS, convidou para ser coordenador de Seção de DST/AIDS, Ricardo Charão. Sandra Fagundes, na época, trouxe para SES a proposta de investir e tomar como prioridade a rede de serviços da Atenção Básica, e no conjunto entrou o HIV/AIDS. O RS já vinha, há alguns anos, apresentando a maior incidência do país; frente a este contexto, a nova gestão teve como prioridade enfrentar o problema da infecção através da ideia de implementar e

⁵⁷Rio Grande do Sul (2017).

ampliar a testagem rápida às UBS, e com isto, possibilitar as pessoas mais facilidade ao acesso do diagnóstico. (SES/RS1, 07/04/2016).

Quando Charão assumiu a gestão do Programa Estadual de DST/AIDS, segundo ele, viu-se a frente de um contexto epidemiológico caótico e com sérios problemas administrativos. Nesta época, considerado “um programa despachante” a seção limitava suas ações no atendimento das solicitações dos gestores municipais: se havia a necessidade de preservativos pedia-se para o Ministério da Saúde e depois enviava-se aos municípios; caso se precisasse de medicamentos o procedimento era o mesmo, se despachava; deste modo, não havia uma gestão propositiva da Política de AIDS no RS. (SES/RS1, 07/04/2016).

Considerando os problemas de gestão e da magnitude da AIDS no estado, onde as taxas chegavam quase ao dobro das do país, a gestão estadual decidiu investir de forma política, técnica e financeira no enfrentamento da epidemia. Entre as medidas adotadas, surgiu a proposta de descentralização da política de atendimento ao HIV/AIDS da Atenção Especializada para Atenção Básica. Esta proposta implicou, inicialmente, numa disputa entre os diretores no acesso aos recursos financeiros, pois o Programa de Hepatites Virais estava dentro do CEVS e o Programa de AIDS dentro do DAS, na assistência. Apesar desta particularidade, iniciou-se um trabalho para fortalecimento das ESF e da Política de AIDS, no estado, que configurou, em certa medida, como resposta governamental ao que a gestão tinha na verdade como proposta. (SES/RS1, 07/04/2016).

Em 2011, com a implantação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, a SES/RS, através das coordenações de DST/AIDS e Atenção Básica, construiu uma estratégia conjunta para capacitação e implantação do teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Básica. O processo iniciou a partir da seleção de 95 municípios prioritários, que tinham maiores casos de sífilis congênita, do período de 2011 a junho de 2012, notificados no Serviço de Informação de Agravos de Notificações (SINAN). A estratégia consistiu em realizar a capacitação de uma rede de profissionais de saúde apoiadores, que incluía coordenadores municipais e regionais de DST/AIDS, Atenção Básica, profissionais das UBS, Saúde da Mulher, Programa Primeira Infância Melhor (PIM), equipes de saúde Prisional e Indígena. (SES/RS1, 07/04/2016).

O processo de capacitação aconteceu nas macrorregiões de saúde do estado, e contou com a participação das equipes dos CTA e dos SAE, que foram responsáveis pelo matriciamento das equipes das UBS no processo de implantação dos testes rápidos. Deste modo, os participantes tiveram a tarefa de capacitar os demais profissionais de suas bases e dar suporte para a implantação. Após esta implantação de testes rápidos, em muitos

municípios, a Secretaria da Saúde continuou o processo de descentralização do cuidado. (SES/RS1, 07/04/2016).

Na contramão da implantação de novas estratégias, em 2013, o estado apresentava os mais altos índices epidemiológicos, com taxas de incidência chegando ao dobro do país. Este contexto emergencial levou o Ministério da Saúde a instituir uma Cooperação Interfederativa entre as três esferas de governo, agregando representantes da sociedade civil organizada, universidades, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS/RS, Movimento de Cidadãs Positivas, Rede de Jovens Vivendo com HIV/AIDS e Fórum ONG/AIDS /RS, no qual foi constituído um Grupo Trabalho com o objetivo de enfrentar as peculiaridades da situação epidemiológica do estado.

Para o enfrentamento da epidemia foram traçadas ações como, ampliação da testagem rápida e oferta de iniciar o tratamento precocemente, conjuntamente com trabalhos voltados ao combate ao estigma e preconceito. Ainda, como principal eixo de atuação, a proposta da mudança no modelo de atenção, para a lógica das redes de atenção, com ações relacionadas às novas tecnologias dentro das estruturas do sistema de saúde existentes. (SES/RS1, 07/04/2016).

Em meados de 2013 foi realizada a capacitação de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos pertencentes às equipes dos SAE do estado. O objetivo foi reforçar o papel de matriciador dos serviços às demais redes, nas questões que tangem o acolhimento e o manejo do cuidado, na perspectiva de clínica ampliada das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Neste novo modelo de atenção, os SAE e CTA teriam um papel de apoiadores das equipes da Atenção Básica, e ainda serviriam como retaguarda no manejo dos casos clínicos de maior complexidade. Para estes profissionais realizarem o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família foi construído um canal de comunicação entre eles, para discussão dos problemas que chegavam às Unidades Básicas de Saúde. (SES/RS1, 07/04/2016).

Em 2014 foi construída uma Linha do Cuidado ao HIV/AIDS, seguindo as orientações do manejo clínico da doença, por intermédio, do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, que considera pacientes assintomáticos e sintomáticos. Para orientar a Linha do Cuidado foram utilizadas classificações das situações de risco, divididas em quatro estratos, para assim delinear-seas competências de cada nível de atenção. Para definirem os níveis de atenção mais adequados e resolutivos para o cuidado das PVHA, foram seguidos os critérios relacionados à estratificação de risco. Contudo, as gestantes e

crianças expostas permaneceram com o acompanhamento pelo serviço especializado (SAE), independente da severidade do agravo e da capacidade para o autocuidado. (SES/RS, 2014).

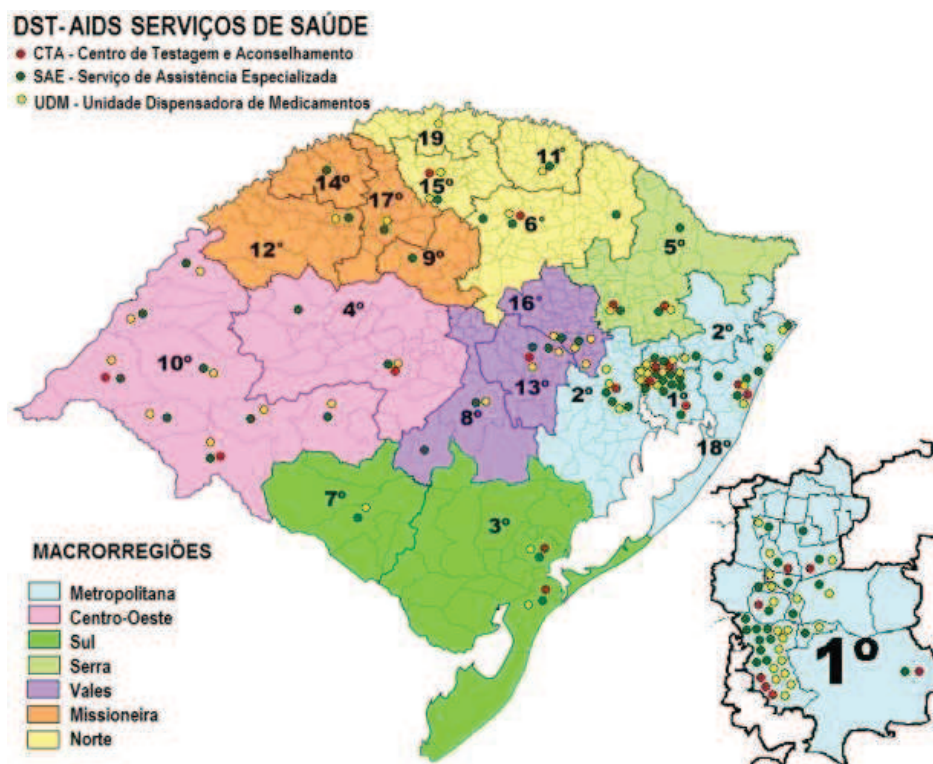
Os critérios adotados para soropositivos assintomáticos: usuários com LT CD4+ \geq 500, atendimento e acompanhamento na Atenção Básica, com oferta da terapia antirretroviral; assintomáticos: usuários com LT CD4 + $<$ 500 até 350, atendimento na Atenção Básica com indicação do uso da terapia antirretroviral e trabalho de adesão a TARV; Portadores do HIV sintomáticos: usuários com LT CD4 + $<$ 350, atendimento na Atenção Básica com encaminhamento para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), após estabilização clínica o cuidado é reassumido pela AB; gestantes portadoras de HIV, sem comorbidade que definam alto risco, crianças expostas ao HIV, e crianças e adolescentes com HIV/AIDS: cuidado compartilhado entre Serviço Especializado (SAE) e Atenção Básica (AB). (BRASIL 2010).

No decorrer do processo de descentralização do atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica, o Rio Grande do Sul adotou uma medida inovadora, pela primeira vez um estado, no Brasil, criou um incentivo financeiro estadual, para que os municípios desenvolvessem ações para o enfrentamento ao HIV na Atenção Básica. A Resolução 235/2014⁵⁸ tratou do incentivo financeiro para a ampliação e a descentralização das ações em saúde, de promoção e prevenção, acesso ao diagnóstico e tratamento compartilhado às PVHA e outras DST e na rede de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Os recursos de incentivo financeiro foram repassados aos municípios considerados como prioritários no enfrentamento da epidemia.

A descentralização do manejo clínico do portador de HIV, na Atenção Básica, veio sendo desenvolvida de maneira gradual, no estado do Rio Grande do Sul. O processo continuou ocorrendo através de capacitações dos profissionais das UBS e dos municípios. Esta proposta incorporou 246 municípios, com profissionais capacitados, e com a implantação de teste rápido em 442 de um total de 497 municípios do estado, e, desta forma, atingiu a meta de 90% de cobertura no RS. No que refere-se aos Serviços Especializados em DST/AIDS, o estado RS contava com 76 serviços especializados, distribuídos por sete macrorregiões de saúde, sendo 11 situados na capital e Região Metropolitana de Porto Alegre, conforme o mapa abaixo:

Figura 1 - Serviços de Saúde DST/AIDS no RS

⁵⁸ Ver Anexo A.



Fonte: Rio Grande do Sul (2017).

Em 2015, o governo do estado passou para o comando de José Ivo Sartori, e, como Secretário da Saúde, assumiu João Gabbardo dos Reis. E a coordenação da Seção Estadual de DST/AIDS teve sua gestão iniciada por Jaqueline Oliveira Soares, logo depois, por Aline Sortica, e, por último, Ana Lúcia Baggio. Segundo pesquisa realizada pela Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS)⁵⁹, perante uma crise econômica no RS o governo Sartori deixou de pagar a dívida do Estado com a União e, com isto, sofreu um bloqueio dos recursos federais, comprometendo os repasses para o próprio estado e municípios, o que, conseqüentemente, resultou na falta de prestação de serviços essenciais para população gaúcha.

O atraso na transferência de recursos pelo governo estadual afetou, diretamente, a área de saúde nos municípios, que também já sofriam com os cortes e atrasos do governo federal. Os programas mais afetados, ainda segundo a pesquisa da FAMURS, foram: Farmácia Básica (FB); Estratégia de Saúde da Família (ESF); o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); as Unidades de Pronto Atendimento (UPA); o Programa de Agentes Comunitários (PACS); o programa Primeira Infância Melhor (PIM); e a Atenção Básica (AB). (FAMURS, 13/08/015.)

⁵⁹FAMURS (2015).

No que refere-se à gestão da Política de AIDS, no estado do Rio Grande do Sul, segue abaixo uma tabela resumo.

Quadro 2 - Gestores da AIDS no RS

GOVERNADOR DO RS	SES	DST/HIV/AIDS
Jair Soares (PDS) 1983-1987	Antenor Ferrari	Antônio Carlos Gerbase
Pedro Simon (PMDB) 1987-1991	Fernando Guedes do Canto	Antônio Carlos Gerbase
Alceu de Deus Collares (PDT)1991-1995	Júlio Roberto Hocsmann Gilberto Venossi Barbosa	Mauro Ramos
Antônio Britto (PMDB) 1995-1999	Germano Bonow	Nêmora Barcellos
Olívio Dutra (PT) 1999-2003	Maria Luiza Jaeger	Sergio Davila Geralda Rigotti
Germano Rigotto (PMDB) 2003-2007	Osmar Terra João Gabbardo dos Reis	Tânia Figueiró Sandra Esperotto
Yeda Crusius (PSDB) 2007-2011	Osmar Terra	Tânia Figueiró
Tarso Genro (PT) 2011-2015	Ciro Simoni	Ricardo Charão
José Ivo Sartori (PMDB) 2015-em exercício	João Gabbardo dos Reis	Jaqueline Oliveira Soares Aline Sortica Ana Lúcia Baggio

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme o quadro, desde a implantação do primeiro Programa Estadual de AIDS, o Rio Grande do Sul passou por nove governadores, 11 secretários estaduais de saúde e 13 coordenadores da Política de AIDS. Entretanto, nos últimos dez anos a infecção veio apresentando dados alarmantes, chegando ao final de 2017, com quase o dobro da taxa de incidência do Brasil.

4.2 As Particularidades de Porto Alegre

Segundo dados disponíveis no site do IBGE⁶⁰, a capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, possui uma população estimada de 1.484.941 pessoas. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)⁶¹ tem modalidade de Gestão Plena e conta com 141 Unidades de Saúde, nas quais atuam 228 Equipes de Saúde da Família. Os serviços de Atenção Básica ficam responsáveis por identificar e encaminhar os usuários para receber o atendimento mais apropriado, de acordo com cada situação de saúde. As equipes de saúde são formadas por: médicos da família ou clínicos gerais, pediatras, gineco-obstetras, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A equipe, fazendo parte do Programa de Saúde da Família, inclui, ainda, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As gerências das ESF ficam divididas por regiões, conforme mapa.

⁶⁰IBGE (2017b).

⁶¹ Porto Alegre (2017a).

Figura 2-Distritos Sanitários de Porto Alegre 2017



Fonte: Porto Alegre (2017c).

Deste modo, a gestão dos serviços de saúde é realizada por intermédio de Gerências Distritais (GD), que distribuem-se nos 84 bairros da capital, divididas em oito regiões: Centro; Glória/Cruzeiro/Cristal; Leste/Nordeste; Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; Norte/Eixo Baltazar; Partenon/Lomba do Pinheiro; Restinga/Extremo Sul; e Sul/Centro Sul; conforme o mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre em 2017.

No contexto da Política Municipal de AIDS, no ano de 1993, impulsionado pelo MSLA/RS, foi criado o primeiro Programa Municipal de DST/AIDS. Gerson Winckler, fundador e presidente do GAPA/RS, destacou-se ao denunciar e apontar a ausência de respostas à epidemia no município; com isto, foi convidado pelo prefeito, Tarso Genro, a também fundar o Programa Municipal de AIDS na capital. Com a experiência da militância Winckler desenvolveu seu trabalho, enquanto coordenador, intensificando a colaboração com o Programa Estadual de AIDS e estreitando a relação com a sociedade civil organizada, que foi uma parceira na execução dos projetos de prevenção. (TEODORESCU et.al, 2015).

No período da gestão de Winckler, o Programa Municipal implantou o primeiro ambulatório municipal de DST/AIDS. A criação do ambulatório favoreceu as pessoas da periferia, que eram as mais atingidas pela infecção do HIV. Neste momento, o GAPA/RS, colaborou com o trabalho de orientação e apoio às PVHA, encaminhando aos serviços de saúde e hospitais disponíveis para fazer o atendimento. Na coordenação municipal também foi pioneiro ao implantar o Programa de Redução de Danos de Porto Alegre, para trabalhar, diretamente, com os usuários de drogas. Com sua dupla experiência, militante e gestor,

exerceu sua função articulando a execução de ações de prevenção, juntamente, com os serviços de assistência. (TEODORESCU et.al, 2015).

No final de 1998, Winckler deixou o cargo para trabalhar na Comissão de Direitos Humanos da Secretaria Estadual de Justiça e Segurança do RS. Como coordenador municipal do Programa de DST/AIDS, de Porto Alegre, assumiu o médico Ricardo Kuchenbecker, que deu continuidade ao trabalho de seu antecessor. Na gestão de Kuchenbecker houve um intenso trabalho para expandir e avaliar o Programa de Redução de Danos, devido ao uso de drogas injetáveis constituírem uma das categorias mais predominantes de exposição, na época; também foi investido no aperfeiçoamento da estrutura dos serviços para o tratamento com os antirretrovirais. (TEODORESCU et.al, 2015).

Em 2001, segundo informações disponíveis no site⁶² da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, foi formada uma Equipe de Controle Epidemiológico (ECE), com a responsabilidade de realizar um trabalho de vigilância da AIDS, no município. Esta equipe teve como objetivo fazer um diagnóstico do desenvolvimento do HIV/AIDS na capital, para embasar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e programas de prevenção e controle. Desde então, o trabalho foi concentrando em conhecer a epidemia local, no sentido de qualificar a vigilância deste agravo.

Do período de 2001 a 2011, foram encontradas dificuldades para achar registros ou fontes de informação sobre a gestão da Política de AIDS, em Porto Alegre, conforme ressalta a autora. Então, já em 2011, no governo do prefeito José Fortunati, a Secretaria Municipal de Saúde ficou sob a direção de Carlos Henrique Casartelli e Gerson Winckler retornou à coordenação do Programa Municipal de AIDS. Na capital gaúcha, a AIDS continuou sendo um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, pois o município, desde o início da infecção, veio apresentando uma das maiores taxas de incidência do Brasil.

Num contexto caótico, do ponto de vista epidemiológico e de gestão da Política AIDS, com os Serviços de Assistência Especializada superlotados e de portas abertas para atender novos pacientes, qualquer pessoa que buscasse por diagnóstico para o HIV procurava, diretamente, o serviço de atendimento especializado para realização de uma consulta, sem passar pelo atendimento na Atenção Básica. (SMS/POA/1, 29/03/16).

Winckler, a partir de discussões internas dentro da Secretaria Municipal de Saúde, tomou a decisão de iniciar um projeto piloto na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, onde havia maior taxa de incidência de AIDS na capital. Em parceria com a

⁶²Porto Alegre (2017b).

Secretaria Estadual realizou a capacitação das ESF daquela região, para realização do acolhimento, testagem e assistência aos pacientes com HIV. A partir desta experiência resolveu expandir o cuidado ao HIV, que, até então, estava centralizado no especialista, para Atenção Básica. (SMS/POA/1, 29/03/16).

O primeiro passo dado, pela Coordenação Municipal de AIDS, foi buscar regular o fluxo de atendimento e/ou consultas. Com o serviço de atendimento às DST/AIDS regulado, os novos usuários que buscavam atendimento nos SAE foram orientados a acessar, inicialmente, o serviço de Atenção Básica. Nesta proposta, a Atenção Básica fica responsável por regular o atendimento, conforme o nível de complexidade que o usuário necessita, pode ser desde o acesso a um serviço de emergência, ou, até mesmo, de uma internação hospitalar, quem referencia é o profissional da UBS, como em qualquer outra patologia. (SMS/POA/1, 29/03/16).

Uma vez que já existe um vasto conhecimento de produção científica para acompanhar o paciente, desde a infecção inicial do HIV até o momento em que ele adoece, da AIDS, o caráter atual de cronicidade da epidemia também reforçou a necessidade de ampliação do atendimento. Logo, a ideia de compartilhar o cuidado ao HIV, na Atenção Básica, foi sendo reforçada, construída e, passou a estabelecer-se os primeiros parâmetros de atendimento e acolhimento dessa população pela porta de entrada do SUS nas UBS. (SMS/POA/1, 29/03/16).

Após a regulação das consultas, iniciou-se uma capacitação para implantação do teste rápido na rede de Atenção Básica. A capacitação ocorreu para 205 equipes do Programa de Saúde da Família, da cidade de Porto Alegre; essas ESF, eram formadas por um médico generalista, um enfermeiro, de três a seis agentes comunitários de saúde e dois técnicos de enfermagem. Durante a formação, já havia a orientação de que o usuário que fizesse o teste rápido na UBS também teria a sua primeira consulta, com pedido de CD4, carga viral (CV) e exames iniciais, para avaliação, fosse para mantê-lo em atendimento local ou, ainda, para referendá-lo para o serviço especializado.

Nesta época, como não havia ainda o critério clínico do Ministério da Saúde sobre iniciar o tratamento independente do CD4 e CV, foi utilizado o critério de $CD4 < 500$, para iniciar o uso de antirretrovirais. Assim, os pacientes com diagnóstico e $CD4 > 500$, ficavam sendo acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, monitorados por exames, pois não tinham como iniciar o tratamento, na outra situação ($CD4 < 500$) seria realizado os encaminhamentos para o atendimento e tratamento no SAE. (SMS/POA/1, 29/03/16).

Em 2014, a partir da Política de “Testar e Tratar” do Ministério da Saúde, se iniciou a implantação do matriciamento no município. O trabalho de matriciamento era realizado por dois médicos que ficaram responsáveis por capacitar e acompanhar as ESF, dando o suporte necessário à equipe para o atendimento ao paciente com HIV, na Atenção Básica. A partir das capacitações teóricas e práticas com os médicos integrantes das ESF, os responsáveis pelo matriciamento realizavam encontros com os médicos clínicos gerais, agrupados por gerências distritais, para discutir, os casos de pacientes em acompanhamento nas UBS ou ainda, se realizariam a consulta conjunta (matriciador-clínico) para auxiliar em dúvidas que viessem a surgir. (SMS/POA2, 04/04/16).

O matriciamento também foi disponibilizado por demanda, ou seja, foi colocado em vários canais de comunicação disponíveis para dar suporte as ESF, através do telefone da secretaria de saúde, da área técnica, pelo celular, e-mail, redes sociais (grupo no Facebook e WhatsApp); desta forma, o clínico geral poderia, em qualquer momento, entrar em contato para discutir a situação dos pacientes com o matriciador. (SMS/POA2, 04/04/16).

Frente aos dados epidemiológicos, a SMS, através do Programa Municipal de DST/AIDS e Atenção Básica, conseguiu implantar, em Porto Alegre, a descentralização da testagem rápida e o atendimento às pessoas que vivem com HIV; entretanto, mesmo em meio a algumas limitações, a estratégia ocorre através de um processo contínuo, em construção conjunta entre os matriciadores e as ESF. No que refere-se à disponibilização de serviços especializados em HIV/AIDS (SAE, CTA, COAS), o município possui quatro serviços, são eles: Posto de Saúde do IAPI, Posto de Saúde da Vila dos Comerciantes, Posto de Saúde Santa Marta e Sanatório Partenon.

Em 2017, com a mudança de governo, assumiu a direção da prefeitura de Porto Alegre, Nelson Marchezan Junior, para Secretário Municipal de Saúde foi indicado Erno Raiser, e, para coordenador do Programa Municipal de DST/AIDS, o Dr. Paulo Behar. O novo coordenador já fazia parte da equipe de Gerson Winckler, como responsável pelo matriciamento junto as ESF do município e deu seguimento às atividades.

Segue uma tabela resumo dos gestores da Política de AIDS.

Quadro 3- Gestores da AIDS em POA

PREFEITO DE POA	SMS	DST/HIV/AIDS
Tarso Genro (PT) 1993-1996	Luiz Henrique de Almeida Mota	Gerson Winckler
Raul Pont (PT) 1997-2000	Henrique Fontana	Ricardo Kuchenbecker
Tarso Genro (PT) 2001-2002	Joaquim Kliemann	Isete Stella
João Verle (PT) 2002 -2004	Sandra Fagundes	
José Fogaça (PPS) 2005-2010	Pedro Gus	Miriam Weber

José Fortunatti (PDT) 2010-2016	Carlos Henrique Casartelli	Gerson Winckler
Nelson Marchezan Júnior (PSDB) 2017- em exercício	Erno Raisar	Paulo Behar

Fonte: Elaborado pela autora.

Desde o início da resposta municipal para o enfrentamento da epidemia, já passaram sete prefeitos, sete secretários de saúde e seis coordenadores do Programa Municipal de DST/AIDS. Contudo, a infecção, ao longo dos anos, veio apresentando novos desafios e exigindo novas respostas. A capitalgaúcha continua em primeiro lugar no ranking de incidência, apontando que os esforços dos gestores ainda não foram suficientes para controlar o HIV/AIDS em Porto Alegre.

4.3 As Particularidades de Pernambuco

De acordo com o site do governo⁶³, o estado de Pernambuco tem como sua capital Recife, e divide-se entre 185 municípios, incluído o arquipélago de Fernando de Noronha, possuindo um total de 8.796.032 habitantes. A Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE), para dar suporte aos municípios, criou 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Cada GERES é responsável por um grupo de cidades, atuando, conforme as particularidades locais, junto à rede de Atenção Básica.

Em 1983, no governo de Roberto Magalhães Melo, foi diagnosticado o primeiro caso de AIDS, no estado de Pernambuco, no Hospital Barão de Lucena, em Recife. No ano anterior, o médico Márcio Lobo Jardim, professor do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco, havia atendido um paciente com sarcoma de Kaposi, na época o caso foi tratado como atípico, e, somente um ano depois, quando o mesmo paciente voltou a ser internado, novamente, no Hospital Barão de Lucena, com um quadro clínico extremamente grave (sarcomatose invasiva e pneumonia), cogitou-se a infecção; o paciente foi encaminhado ao oncologista Milton Cunha, que emitiu um laudo com diagnóstico de AIDS. (TEODORESCU et.al, 2015).

A médica Ana Brito também considerou a possibilidade de ter atendido outro caso no ano de 1982, durante o curso de mestrado em medicina tropical. O paciente apresentava um quadro clínico de candidíase oral e anal, o jovem pertencia a uma família de renome em Recife, morava em Los Angeles desde a juventude, voltou e logo adoeceu; mas, naquele

⁶³Pernambuco (2017a).

momento o seu quadro não foi associado à epidemia. Até 1985 não foram registrados mais novos casos, todavia, a partir de 1986 a AIDS ganhou relevância.(BRASIL, 2015).

Assim, em 1986, o médico infectologista Frederico Rangel, do Hospital Correa Picanço, viu-se pela primeira vez diante de um quadro clínico de AIDS. Com pouca informação e sem segurança profissional recusou um paciente, que foi atendido na ambulância e vagou de hospital em hospital sem receber atendimento. Depois daquele momento, o infectologista compreendeu que o HIV/AIDS já eram uma realidade em Recife e passou a envolver-se com a infecção, tornando-se um dos profissionais que mais contribuiu para o seu enfrentamento no estado pernambucano. (TEODORESCU et.al, 2015).

Esse caso de rejeição do paciente com AIDS foi muito comentado na imprensa, tendo como reflexo o início de uma outra discussão, a questão da assistência aos pacientes com AIDS em Recife e no estado. Entretanto, existiam muitas dificuldades, na época, para se instalar um serviço de atendimento à AIDS. Entre elas, o preconceito, por ser uma doença associada ao comportamento sexual dos pacientes, induzia-se uma forte carga de discriminação em relação à maneira que o usuário adquiria a doença e a falta de informação acerca do HIV/AIDS gerava medo por parte dos profissionais de saúde em contraírem a infecção. (TEODORESCU et.al, 2015).

Como já ocorria no restante do país, a AIDS começou a expandir-se também em Pernambuco, e, com isto, surgiram os problemas relacionados as dificuldades quanto à negação do atendimento. Em Recife houve grande resistência por parte dos profissionais de saúde na realização dos atendimentos, além disto, as equipes, com receio de contágio, exigiam a separação dos instrumentos hospitalares usados nos pacientes.

Com relação às internações hospitalares, com a ajuda de doações, foram abertos os primeiros leitos no Hospital Correia Picanço, na capital pernambucana. O Hospital das Clínicas recebeu as primeiras internações de pacientes com AIDS e disponibilizou dois leitos para o atendimento. No mesmo momento, o Hospital Barão de Lucena deixou disponíveis três leitos na parte de clínica médica, especialmente, para atender os pacientes. Deste modo, no ano de 1986, a assistência oferecida aos pacientes foi realizada de maneira improvisada e incipiente, na qual os pacientes tinham entrada exclusiva pelos fundos dos hospitais.(TEODORESCU et.al, 2015).

A rejeição aos pacientes era tão explícita que, próximo do Hospital da Restauração, situado numa das principais avenidas de Recife, a Avenida Agamenon Magalhães, foi colocada uma placa enorme com a frase: “Xô viado, câncer Gay”. Naquela época, havia ainda médicos que defendiam a ideia de que a AIDS era uma doença que atingia somente os

homossexuais, mesmo sabendo que, cientificamente, já se tinha comprovado a transmissão por sangue contaminado e relações sexuais heterossexual, não admitindo qualquer outra possibilidade de transmissão. (TEODORESCU et.al, 2015).

No final de 1986, Frederico Rangel recebeu um convite do Ministério da Saúde, para realizar uma capacitação em AIDS, no Hospital Emílio Ribas da cidade de São Paulo. Durante o treinamento, o infectologista começou a compreender a dimensão e a complexidade que envolvia a doença, bem como, os altos custos da assistência aos pacientes. Após a capacitação, Rangel passou a colaborar com o Ministério da Saúde, para implantação do Programa Estadual de AIDS de Pernambuco. Paralelamente, o médico continuou a dar atendimento aos pacientes, mas com um trabalho diferenciado: estreitou as relações médico-paciente; passou a conviver e escutar os pacientes; e estudar e realizar cursos de aperfeiçoamento; isto o levou a compreender a necessidade de implantar um ambulatório. (TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1987, com a mudança de governo, assumiu como governador do Estado, Miguel Arraes, e secretário estadual de saúde, Ciro de Andrade Lima. Com a nova gestão, houve uma ruptura na estrutura que vinha sendo construída na assistência hospitalar. No entanto, o novo governo deu início às primeiras movimentações para organização e implantação do Programa Estadual de AIDS de Pernambuco. A formação do novo governo juntou-seà proposta do Programa Nacional de DST/AIDS, em implantar o programa estadual. Assim, a médica Ana Brito foi indicada para a coordenação da Vigilância Epidemiológica, e convidou o epidemiologista Jarbas Barbosa para assumir o combate da infecção no estado; logo, Jarbas tornou-se o primeiro coordenador estadual de DST/AIDS, e sua primeira medida adotada foi organizar uma base de dados com a notificação dos casos de AIDS, para, com isto, obter-se informações sobre a situação da epidemia em Pernambuco. (TEODORESCU et.al, 2015).

O Programa Estadual de DST/AIDS organizou-se em torno das áreas de epidemiologia, prevenção, assistência e laboratório. A equipe de Jarbas Barbosa era formada por uma psicóloga, uma médica dermatologista sanitária e duas técnicas, em que uma fazia a busca ativa dos casos e a outra atendia o laboratório. Cabia ao coordenador solicitar os exames, que depois de feitos iam direto ao Rio de Janeiro para análise na FioCruz. Nesta época, havia demora para sair o resultado do diagnóstico, o que causava grande ansiedade, tanto para os pacientes como para as equipes. A revelação do diagnóstico também era responsabilidade de Jarbas Barbosa, que ainda fazia o encaminhamento ao serviço de saúde, caso o resultado do exame desse positivo.(TEODORESCU et.al, 2015).

Com a reorganização na estrutura das políticas públicas de saúde, no estado de Pernambuco, foi criado o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Estruturado e habilitado para realizar os testes anti-HIV, o laboratório, tornou-se referência para todos os estados do Nordeste. Com esta medida, os exames deixaram de ser encaminhados para análise na Fio Cruz no RJ, diminuindo, assim, o prazo de espera por um diagnóstico.

No que refere-se à transmissão por transfusão de sangue ligada a hemoterapia, desde 1970, o controle de qualidade do sangue era realizado pelo Hemocentro de Pernambuco (HEMOPE), com um padrão de controle em excelência, que realizava uma triagem efetiva dos doadores, reduzindo os riscos de infecção pelo HIV. O Hemope tornou-se o primeiro modelo de hemocentro do Brasil. (TEODORESCU et.al, 2015).

Naquela época, apesar dos avanços que vinham ocorrendo na área de vigilância epidemiológica, havia uma relação conflituosa entre a equipe de controle da AIDS e o secretário da saúde, Ciro de Andrade Lima. Com uma postura altamente conservadora, o secretário estadual da saúde não reconhecia a gravidade da doença, nem sequer percebia a AIDS como uma política prioritária. Com esta posição, totalmente contrária aos princípios do SUS, Ciro caracterizou sua gestão pela falta de sensibilidade à epidemia. (TEODORESCU et.al, 2015).

Neste cenário, Frederico Rangel, apesar de ser o principal interlocutor do MS no estado, passou a sofrer restrições pelo novo secretário de saúde. Uma das primeiras medidas restritivas, foi interromper as obras de ampliação do serviço de AIDS no Hospital Correia Picanço; frente a esta posição, ficou claro que os desafetos de Ciro Andrade de Lima não eram de ordem técnica e sim política, devido ao fato de Rangel ter participado da gestão anterior.

Com as obras interrompidas, não foi mais possível fazer os atendimentos dos pacientes no serviço de infectologia do Hospital Correia Picanço. Com esta situação, o infectologista carregava a pasta dos pacientes no carro e improvisava os locais para realizar as consultas. As obras de reforma do hospital ficaram paralisadas durante os quatro anos do governo de Miguel Arraes, bem como, outras reformas em demais hospitais o que gerou insuficiência de leitos e recusa de muitas internações. (TEODORESCU et.al, 2015).

Nesta época o MSLA de Pernambuco começou a organizar-se. Logo, ocorreram as primeiras manifestações de protesto contra a falta de leitos para os pacientes com AIDS no estado. Ana Brito, enquanto coordenadora da vigilância epidemiológica, viu-se confrontada pela falta de leitos para atender a demanda crescente por internações e, também, pelo preconceito dos serviços hospitalares em relação aos pacientes com AIDS. As situações

foram tão graves na primeira década da infecção, a exemplo de que médicos tomavam medidas radicais, tais como, de isolamento total da área em que os pacientes com AIDS estivessem internados; e, em outro caso, no Hospital das Clínicas, um professor recusou-se a dar aulas, porque tinha que passar em frente da enfermaria, na qual haviam dois leitos específicos para AIDS.(TEODORESCU et.al, 2015).

Todavia, não foi somente a falta de leitos que a equipe da vigilância epidemiológica enfrentou. Em 1º de dezembro de 1988, Ana Brito, fez a tentativa de iniciar um trabalho de prevenção, abordando práticas sexuais e uso de preservativo; este fato provocou uma reação negativa, por parte do secretário estadual de saúde, que achou a campanha imoral, levando a exoneração da coordenadora do cargo. As dificuldades para implantação de estratégias de prevenção da AIDS abordando os riscos sexuais e o uso de drogas injetáveis, eram evidentes. Frente esta postura conservadora do secretário de saúde de Pernambuco, os profissionais que trabalhavam para o enfrentamento da epidemia no estado ficaram frustrados, pois esperavam outra postura do gestor.(TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1990, com nova mudança no governo do estado, Joaquim Francisco Cavalcante foi eleito governador e indicou Danilo Lins Cordeiro Campos para secretário estadual de saúde. Nesta gestão, Ana Brito tornou-se coordenadora do Programa Estadual de DST/AIDS, ficando responsável pela área de epidemiologia e prevenção, enquanto Frederico Rangel ficou encarregado da área de assistência médica. Com a formação desta nova equipe, as tensões desapareceram, o Programa Estadual de DST/AIDS fortaleceu-se ampliando as ações de enfrentamento ao HIV/AIDS, ganhou visibilidade, e tornou-se referencial no âmbito nacional. (TEODORESCU et.al, 2015).

Os primeiros dez anos da infecção, em Pernambuco, como no restante do país, foi marcado pelo envolvimento emocional e regido pela solidariedade dos profissionais de saúde engajados no controle da doença. Esforços foram realizados para ampliação do número de leitos hospitalares e equipes multidisciplinares foram construídas. Apesar das limitações de recursos financeiros, os profissionais de saúde dedicavam-se para trazer alívio aos pacientes, já que, na época, não havia muitos recursos terapêuticos disponíveis para reduzir a mortalidade.(TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1995, Miguel Arraes assumiu, novamente, o cargo de governador do estado. Jarbas Barbosa foi indicado para secretário estadual de saúde e o médico François Figueiroa, que já participava da equipe, foi convidado a assumir a coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Jarbas Barbosa passou a apoiar as ações do novo coordenador, iniciando uma fase de colaboração entre o gabinete do secretário e a coordenação do programa. François,

assumiua coordenação no momento em que iniciava o Projeto AIDS I, e continua no cargo até o momento atual. Desde o início de sua gestão, o coordenador Françaõs, buscou fortalecer a Política de AIDS no estado. Estruturou, dentro da SES, um espaço específico para AIDS, com a formação de uma equipe consistente, para fazer o trabalho de enfrentamento da epidemia. (TEODORESCU et.al, 2015).

Os recursos advindos do Programa Nacional, através do Projeto AIDS I, favoreceram o desenvolvimento do Programa. Françaõs, enquanto coordenador, deu início a um trabalho voltado às ações de prevenção, produziu material de informação próprio, fortalecendo as atividades da Política de AIDS. Nesse momento, o MSLA/PE estava organizado, e foi chamado para discutir e participar das questões que envolviam a AIDS no estado. A iniciativa de chamar e incentivar a participação das ONG, fez parte da estratégia de gestão da coordenação estadual, que buscava implementar a Política de AIDS dentro dos recortes populares trazidos pelas ONG/AIDS.(TEODORESCU et.al, 2015).

Em 1996, antes de ser iniciada a distribuição gratuita da terapia antirretroviral, pelo Ministério da Saúde, o Programa Estadual de AIDS passou a adquirir e distribuir os medicamentos inibidores de protease⁶⁴. Aposição gerou uma discussão com o MSLA/PE, em relação à disponibilização da medicação, que não abrangeria a todos os pacientes, entretanto, após um consenso os medicamentos foram disponibilizados para os casos clínicos mais graves. Com a promulgação da Lei Sarney, que disponibilizou o acesso gratuito à terapia antirretroviral para todos os pacientes, Françaõs passou a investir e priorizar, dentro do programa, questões relacionadas à prevenção e assistência. (TEODORESCU et.al, 2015).

Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ/AB)⁶⁵, com o objetivo de avaliar e incentivar, financeiramente, os municípios, melhorando a qualidade dos serviços de saúde. O PMAQ/AB trazia o aumento no repasse de recursos do governo federal, para os municípios participantes que atingissem melhorias no atendimento da sua população.

Em 2013, foi criado o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde(PQA/VS), através da Portaria nº 1.708, com o objetivo de fortalecer e possibilitar o acesso integral à ações e serviços de saúde de qualidade, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde da população. Segundo informações disponibilizadas pela equipe do Programa Estadual de DST/AIDS, esses incentivos para os municípios contribuíram para

⁶⁴Os medicamentos inibidores de protease, atuam na enzima protease, bloqueando sua ação, e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.

⁶⁵Brasil (2017).

descentralização da testagem rápida, uma vez que um dos indicadores para alcançar as metas estava voltado à realização do teste de sífilis e de HIV, em gestantes, para o recebimento de recursos financeiros, no entanto, não resolveram totalmente a dificuldade de implantação em todo estado. (SES/PE2, 08/06/2016).

Deste modo, a descentralização da testagem rápida ainda é um processo em construção em Pernambuco. O Programa Estadual DST/AIDS, passou a ministrar capacitações nas GERES e nos municípios do interior para realização do teste anti-HIV; contudo, segundo integrantes da equipe responsável pelo treinamento, existia e ainda há grande dificuldade de encontrar profissionais sensíveis e dispostos para realizar o teste. Frente a esta situação ocorreu um trabalho intenso, tanto para mobilizar as equipes de saúde, quanto para dar continuidade nas ações; deste modo, o processo de implantação ocorre de forma gradual e conjunta com as coordenações da Atenção Básica nos municípios. (SES/PE2, 17/05/16).

Em junho de 2014, a partir do momento em que chegou a diretriz para descentralizar o atendimento ao HIV para a Atenção Básica, a Articulação AIDS/PE mobilizou-se reagindo contrária à normativa do governo federal. Segundo um dos seus representantes, apesar da Política de AIDS fazer parte do SUS, a rede dos serviços de saúde de Atenção Básica, do estado de Pernambuco, ainda não está preparada para realizar um atendimento tão complexo, como é a questão clínica da AIDS, principalmente, no que envolve as questões do sigilo devido as discriminações e ao preconceito à doença. O MSLA considera que a AB é a porta de entrada do SUS, porém, as UBS não possuem, ainda, condições estruturais e nem contam com profissionais capacitados para realizar o atendimento às PVHA. (MSLA/PE3, 24/02/2015).

Perante esta diretriz do Ministério da Saúde, a Articulação AIDS procurou conversar com a gestão local (estado e município), através do Conselho Estadual de Saúde e, assim, em reunião, expuseram os problemas graves vivenciados na Atenção Básica e nos Serviços Especializados, e discutiram a possibilidade de não mudar o fluxo de atendimento. A atual secretária estadual de saúde, Ana Maria Martins César de Albuquerque, que vinha recebendo inúmeras reclamações, por parte do MSLA, acolheu, juntamente, com o coordenador estadual de DST/AIDS, François Figueiroa e o Conselho Estadual de Saúde, as reivindicações e juntos encaminharam três resoluções estaduais.

Entre os encaminhamentos estaduais, a Resolução 582⁶⁶, de 11 de junho de 2014, que deliberou que o atendimento ao HIV/AIDS continuaria a ser realizado pelos Serviços

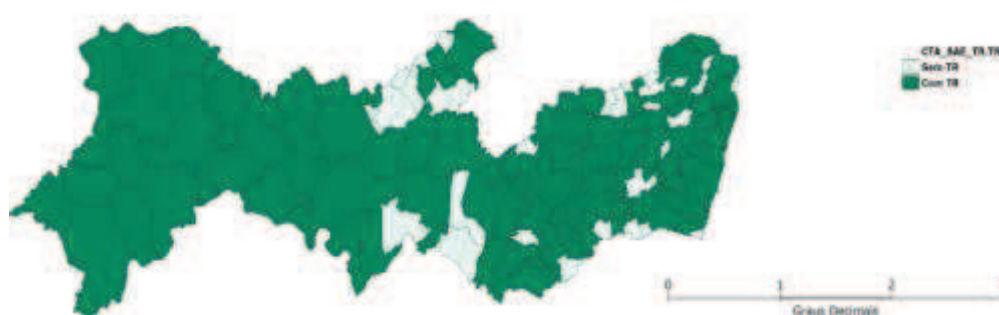
⁶⁶ Publicado no Diário Oficial do estado de Pernambuco – Poder executivo – Recife 27 de setembro de 2014(Anexo C).

Especializados e os SAE e CTA passariam por uma reestruturação para ampliar a assistência às PVHA. Frente esta normativa estadual, ficou definido que, em Pernambuco, não haveria o processo de implementação da Política de Assistência ao HIV/AIDS para a Atenção Básica, ficando o atendimento na Rede de Serviço Especializado. (MSLA/PE3, 24/02/2015).

É importante reiterar que a Resolução 582 resultou do consenso, entre os gestores da Secretária Estadual de Saúde, gestores da Coordenação Estadual de DST/AIDS, gestores da Coordenação Municipal de DST/AIDS, representantes do MSLA e membros do Conselho Estadual de Saúde, em não descentralizar o atendimento aos pacientes com HIV para AB. Esta posição está relacionada com a maneira que a infecção foi construída, culturalmente, em PE. Desde os primeiros casos, a AIDS teve um caráter estigmatizante muito forte em relação às PVHA; com isto, a compreensão unânime que aquele não era um momento oportuno de implantar a diretriz, foi considerada. Deste modo, em Pernambuco, ocorreu somente a descentralização da testagem rápida para a AB; destacando, que este processo ocorre, ainda, através do empenho da coordenação e equipe do Programa Estadual, com a parceria do MSLA/PE.

Em 2016, o teste rápido já estava implantado em 161 municípios, sendo realizados em 92 UBS. E, no que refere-se à rede de assistência especializada em HIV/AIDS, havia 32 Centros de Testagem e Acolhimento e 37 Serviços de Atendimento Especializados, conforme demonstra o mapa abaixo.

Figura 3- Regiões de cobertura de testagem rápida em PE



Fonte: Pernambuco (2016a).

Apesar das dificuldades, conforme visualizado no mapa, o estado de Pernambuco possui uma grande cobertura de realização de testagem rápida, somente em 24 dos 185 municípios não havia ainda a implantação do teste Anti-HIV.

Quanto aos aspectos da gestão da Política de AIDS, segue um quadro resumo dos gestores em Pernambuco.

Quadro 4- Gestores da AIDS em PE

GOVERNADOR DE PE	SES	DST/HIV/AIDS
Roberto Magalhaes Melo (PDS) 1982-1986	Antônio Wanderley de Siqueira	Frederico Rangel (Assistência Hospitalar)
Miguel Arraes (PSD) 1987-1991	Ciro de Andrade Lima	Jarbas Barbosa
Joaquim F. Cavalcante (PFL) 1991-1995	Cláudio de Carvalho Lisboa Maria Ângela Simões Valente Danilo Lins Cordeiro Campos	Ana Brito
Miguel Arraes (PSD) 1995-1999	Jarbas Barbosa Gilliatt Hanois Falbo Neto	François Figueiroa
Jarbas Vasconcelos (PMDB) 1999-2007	Guilherme Robalinho Aderson Araújo Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto	François Figueiroa
Eduardo Campos (PSB) 2007- 2014	Jorge Gomes João Lyra Neto Frederico da Costa Amancio Antonio Carlos Figueira Ana M ^a Martins C. de Albuquerque	François Figueiroa
João Lyra (PDT) 2014-2015	Ana M ^a Martins C. de Albuquerque	François Figueiroa
Paulo Câmara (PSB) 2015-em exercício	José Iran Costa Júnior	François Figueiroa

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a tabela, a Política de AIDS de Pernambuco passou por oito governadores, 17 secretários estaduais de saúde e somente três coordenadores estaduais de DST/AIDS, sendo que, Frederico Rangel, iniciou o trabalho para implantação da assistência hospitalar, antes mesmo da implantação do Programa estadual de DST/AIDS. Neste sentido, observou-se que, nos primeiros anos da epidemia em Pernambuco, a Política de AIDS concentrou-se, principalmente, em torno da organização da Assistência Hospitalar.

4.4 As Particularidades de Recife

Segundo dados disponíveis no site do IBGE⁶⁷, a capital de Pernambuco, Recife, possui uma população de 1.633.697 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS/REC)⁶⁸ tem como modalidade a Gestão Plena, disponibilizando 169 serviços de saúde na AB e 268 ESF que atuam na prevenção de doenças e promoção de saúde. As ESF são formadas por um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e ACS,

⁶⁷ IBGE (2017c).

⁶⁸ Recife (2017).

sendo que algumas equipes possuem também um dentista. O trabalho desenvolvido pelas ESF acontece dentro dos bairros, que estão divididos por regiões, conforme mapa.

Figura 4-Distritos Sanitários de Recife



Fonte: Recife(2017).

De acordo com o site do DIESSE⁶⁹, Recife possui uma divisão composta de seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que abrangem os 94 bairros existentes na cidade. Dentro das RPA existem oito Gerências Distritais Sanitárias (GDS), responsáveis pelo comando do setor de saúde básica na capital.

No contexto da Política Municipal de AIDS, a criação do Programa Municipal de DST/AIDS, de Recife, foi impulsionada em meados da década de 1990, quando iniciou o Projeto AIDS I, com o apoio financeiro do governo federal ao município, através do acordo de cooperação internacional. Entretanto, durante os primeiros anos, seu funcionamento ocorreu nas dependências de uma Unidade de Saúde de difícil acesso, assim o trabalho teve pouca visibilidade. Mesmo de maneira incipiente, o Programa contava com um CTA, e distribuía, anualmente, em média, um milhão de preservativos. (BRASIL, 2015).

No ano de 2002, na gestão municipal de João Paulo Lima e Silva, assumiu o cargo de secretário municipal de saúde, Humberto Costa, que nomeou à coordenação municipal do Programa de DST/AIDS, Aciolli Neto, fundador da Gestos: Soropositividade, Comunicação e

⁶⁹ Recife (2017).

Gênero. A partir deste momento houve uma mudança significativa na Política de AIDS em Recife. Aciolli formou uma nova equipe de trabalho; com a compra de novos equipamentos organizou a estrutura do Programa e ampliou o acesso à distribuição de preservativos. Antes, para o usuário adquirir o preservativo era preciso que ele assistisse a uma palestra. Com as decisões de tirar a obrigatoriedade da participação nas palestras, descentralizar a distribuição para todas as UBS de Recife e aumentar a compra e a distribuição dos preservativos, o coordenador conseguiu uma ampliação nas ações de prevenção. (TEODORESCU et.al, 2015).

Com uma bagagem, enquanto militante do MSLA/PE, Aciolli Neto, além das primeiras medidas organizativas, também iniciou um trabalho, fortemente, voltado às campanhas de prevenção. Em 2003, a demanda por exames de CD4 e CD8 havia triplicado em relação aos últimos quatro anos e a demora pela emissão do resultado era de, no mínimo, 40 dias. Frente a esta dificuldade, houve um investimento para reforçar os laboratórios para a realização dos exames e, também, foi inaugurado um CTA, a Policlínica Gouveia de Barros, no centro de Recife; medidas com vistas em melhorar o acesso dos usuários ao diagnóstico. Nesta época, o coordenador tomou a decisão de descentralizar a testagem para todas UBS e equipes do PSF, que passaram, além de realizar a testagem, também a fornecer o resultado. (TEODORESCU et.al, 2015).

Com um trabalho intenso, Recife foi pioneiro na compra e na distribuição da fórmula de substituição do leite materno e do teste rápido para o Projeto Nascer. Com recursos disponibilizados pelo AIDS I, o Programa Municipal iniciou a capacitação dos profissionais nas maternidades, criando um fluxo na realização da testagem anti-HIV em gestantes, antes mesmo do Programa Federal adotar a ideia como Política Nacional. Logo, ao ver a experiência de Recife, o Ministério da Saúde⁷⁰, passou a adotar essa medida como programa de governo. (BRASIL, 2015).

Em 2013, com as eleições, assumiu o cargo de prefeito, Geraldo Júlio de Mello Filho, como secretário municipal de saúde, Jailson Correia, e como coordenador do Programa Municipal foi nomeado, em maio de 2014, Alberto Enildo Silva. Com a Resolução 582, do CES/PE, que definiu a não descentralização do atendimento ao HIV/AIDS para AB, o novo coordenador decidiu iniciar o processo de descentralização do diagnóstico, através da capacitação das ESF para realização da testagem rápida nas UBS. Essa medida fez parte das

⁷⁰ Essa medida foi tomada para reduzir o risco da transmissão vertical de HIV, caso a gestante não tenha feito o pré-natal e na hora do parto obter o resultado positivo. Nesta condição, a equipe médica pode fazer o procedimento profilático para evitar que o bebê seja infectado, com a distribuição do leite maternizado evitaria a transmissão pelo aleitamento materno. Tanto o teste rápido, nas maternidades, como o fornecimento da fórmula, foram implantados pelo MS em todos os estados no ano de 2002. (BRASIL, 2015).

diretrizes do novo protocolo clínico para infecção pelo HIV, que faz o uso do tratamento como prevenção, a política do “Testar e Tratar”, através da prevenção combinada. (SMS/REC1, 26/02/2015).

Atualmente, para a coordenação municipal, existem alguns desafios em relação à descentralização da assistência ao HIV/AIDS. O primeiro na abertura de um debate junto ao MSLA/PE, sobre a questão de descentralizar o atendimento ao HIV para AB, uma vez que o diagnóstico já está implantado na maioria das UBS; e, o segundo na sensibilização dos profissionais das ESF, para realizarem o manejo clínico do HIV. Reiterando, nas ESF ainda há grande resistência, por parte dos enfermeiros em realizar a testagem rápida, e por parte dos médicos em realizar o atendimento, mesmo que o paciente esteja em um quadro clínico assintomático, ou seja, sem apresentar sintomas. (SMS/REC1, 26/02/2015).

A superlotação dos SAE e CTA de Recife, seja de gestão do município ou do estado, é um problema constante, que resulta na demora por um diagnóstico. Os pacientes com sorologia positiva, que poderiam estar realizando o tratamento, esperam, em média, mais de quatro meses para a primeira consulta depois do diagnóstico, para então, nesta consulta terem acesso às medicações necessárias para o tratamento. O volume de pacientes, não condiz com as estruturas disponíveis dos serviços de saúde para atenção ao HIV/AIDS no município. (SMS/REC1, 26/02/2015).

A gestão municipal da Política de AIDS, entrou no momento em que o processo de manter o atendimento ao HIV/AIDS nos serviços especializados já havia sido pactuado junto ao CES. Com a normativa estadual, o município passou a organizar seu planejamento no treinamento para testagem rápida nas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, a capacitação esbarrou no preconceito, no receio dos profissionais de saúde e no impedimento do sindicato dos enfermeiros em realizar o teste anti-HIV. (SMS/REC1, 26/02/2015).

De acordo com uma médica pertencente à ESF, em Recife, existem muitos fatores que dificultaram e dificultam a descentralização, tanto do diagnóstico, como do atendimento ao HIV/AIDS na AB. Segundo ela, o preconceito é o maior problema a enfrentar, pois existe a dificuldade de manter o sigilo do diagnóstico dos pacientes nas comunidades. (SMS/REC2, 30/06/2016).

Outros aspectos expostos estão relacionados à falta de estrutura e logística adequada, para a realização do teste anti-HIV, do acolhimento e do atendimento nas UBS. Não têm kits de coleta, nem geladeiras para seu armazenamento, muito menos itens de segurança dos profissionais de saúde para realização da testagem, não existe um canal de comunicação entre AB e SAE, logo, nem a realização de um atendimento compartilhado, há falta de

medicamentos básicos, e de qualificação e sensibilidade dos profissionais de saúde em atender essa nova demanda de pacientes. (SMS/REC2, 30/06/2016).

Para outra integrante da equipe, a descentralização do diagnóstico e da assistência ao HIV/AIDS seria possível operacionalizar se houvesse mais comprometimento das gestões, e das equipes de saúde. Para esta profissional da saúde, as diretrizes do governo federal vêm sendo colocadas de maneira vertical para estados e municípios, e pouco dialogadas com os profissionais da AB, que são os responsáveis pela execução das ações de saúde nos serviços de saúde local. (SMS/REC3, 30/06/16).

A falta de diálogo e negociação compromete a efetivação do trabalho, pois acaba sobrecarregando o trabalho das ESF, que, por sua vez, boicotam as normativas. Existe resistência dos profissionais de saúde em realizar a testagem sob a justificativa de estarem com uma carga excessiva de trabalho. Deste modo, os enfermeiros decidiram junto ao sindicato da categoria, a proibição de realizar o teste anti-HIV nas UBS; e, aqueles que não seguirem a normativa, arriscam ser multados. (SMS/REC3, 30/06/16).

A fragilidade na qualidade da atenção e na logística para realização do atendimento são, novamente, apontados. Embora se tenha um grande número de ESF, existe a necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais e na infraestrutura nas UBS. No que refere-se às ações de prevenção e de promoção, são realizadas de forma incipientes, pois o modelo implantado na AB é pautado na assistência. Outro aspecto que a profissional de saúde reitera como preocupante, está relacionado, mais uma vez, ao preconceito, as PVHA não querem ser atendidas na sua comunidade para não correr o risco de serem identificadas e discriminadas. (SMS/REC3, 30/06/16).

Frente a este contexto, o Programa Municipal de DST/AIDS, trabalha de forma gradual na reimplantação da descentralização da testagem rápida nos Serviços de Atenção Básica, conforme mostra a tabela com os dados disponibilizados pelo Programa.

Tabela 1-Testagem de HIV nas UBS em Recife

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	NÚMERO DE UBS COM TESTE RÁPIDO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O TESTE RÁPIDO
DS I	17	16	31	21
DS II	27	22	136	108
DS III	13	11	29	17
DS IV	27	06	51	15
DS V	23	16	59	21
DS VI	16	05	75	29
DS VII	23	08	132	42
DS VIII	23	14	110	21

TOTAL:	169	98	623	274
---------------	------------	-----------	------------	------------

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os dados, das 169 UBS, 98 realizam a testagem, sendo que 71 unidades de saúde não realizam ainda. Dos 623 profissionais de saúde que compõem as ESF e foram capacitados, 274 estão realizando o teste, enquanto 349 desses profissionais ainda não estavam fazendo a testagem até meados de 2016. Observou-se que os oito distritos de saúde possuem realidades diferentes: em quatro distritos ocorre a testagem (DS I, DS II, DS V e DS VIII), funcionalmente; e nos outros quatro (DS III, DS IV, DS VI, DS VII), o teste ocorre de maneira incipiente.

No que refere-se aos Serviços de Atendimento Especializado existentes em Recife, a rede municipal disponibiliza um SAE (Policlínica Lessa de Andrade) e um CTA (Policlínica Gouveia de Barros), enquanto os outros seis serviços estão inseridos em hospitais estaduais: o Correa Picanço, principal referência; o Osvaldo Cruz; o Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP) que é de pediatria e mulheres, ou seja atendimento materno-infantil; o Barão de Lucena; o Otávio de Freitas; e o Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (CISAM) da Universidade de PE, que é maternidade e SAE, ou seja, faz o acompanhamento das gestantes e das crianças, em um serviço de âmbito federal, localizado no Hospital das Clínicasna UFPE. (SMS/REC1, 26/02/2015).

Quanto à gestão da Política de AIDS em âmbito municipal, a seguir temos uma tabela síntese.

Quadro 5- Gestores da AIDS em Recife

PREFEITO DE RECIFE	SMS	DST/HIV/AIDS
Jarbas de A. Vasconcelos (PMDB) 1993-1996	José Robalinho Cavalcanti	Início do Programa em 1995
Roberto Magalhães Melo (DEM) 1997-2000	José Robalinho Cavalcanti	Aciolli Neto
João Paulo Lima e Silva (PT) 2001-2008	Humberto Costa Antônio Mendes Evaldo Melo Teresa Campos	Aciolli Neto
João da C. Bezerra Filho (PT) 2009-2012	Gustavo Azevedo Couto	Ewerton Marinho Pedrosa
Geraldo Júlio de Mello Filho (PSB) 2013-em exercício	Jailson Correia	Alberto Enildo Silva

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme observado durante a primeira década da infecção, a Política de AIDS manteve-se de forma incipiente. O Programa Municipal de DST/AIDS foi criado somente em 1995. E, nesses mais de trinta anos, a Política de AIDS, passou pela gestão de cinco prefeitos, sete secretários municipais de saúde e três coordenadores.

4.5 A Constituição e o Papel do Movimento Social de Luta Contra AIDS de Pernambuco e do Rio Grande do Sul

No Brasil, existem estudos⁷¹ nos quais constata-se, historicamente, a importância da participação do Movimento Social de Luta contra AIDS, na culminação das políticas públicas brasileiras de atenção à saúde e aos direitos sociais para as pessoas infectadas pelo HIV. Estes estudos mostram que a política de enfrentamento da epidemia, no Brasil, foi fomentada por vários grupos sociais, que caracterizaram-se tanto pela influência política na reivindicação dos direitos, quanto pela ajuda e prestação de serviços às pessoas portadoras do HIV/AIDS. (GRANGEIRO et al., 2009).

O MSLA organizou-se, nos anos 80, fundado na solidariedade, cujo objetivo era conservar a cidadania dos doentes e dos grupos atingidos pela infecção, contudo, com diversas manifestações políticas realizadas, principalmente no sudeste do país, trouxe como resposta a implementação de uma política pública de saúde específica para o HIV/AIDS, com financiamento próprio, e de cooperação internacional, fornecido pelo Banco Mundial. (GRANGEIRO et al., 2009).

Nos cenários regionais, no estado do Rio Grande do Sul e em Pernambuco, a história das ONG e do MSLA não foram distintas. Ela esteve intrinsecamente ligada e dependente da própria trajetória da epidemia da AIDS e dos Movimentos Sociais no Brasil. Todavia, tanto no Nordeste como no Sul do país, a organização MSLA ocorreu a partir do final dos anos oitenta em Porto Alegre e início dos anos noventa em Recife. O MSLA foi constituído por pessoas ligadas a igrejas, setor e privado, comunidade científica e ONG em defesa de direitos dos homossexuais, profissionais do sexo e pessoas com HIV/AIDS. (GRANGEIRO et al., 2009).

No Rio Grande do Sul, em 28 de agosto de 1999, o MSLA já estava sendo constituído por 43 instituições de diferentes seguimentos, como de representantes religiosos, pessoas que vivem com HIV/AIDS, homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, movimento de mulheres e movimento negro.

Ao longo dos anos, o Movimento AIDS Gaúcho foi estruturando-se e adequando-se às exigências políticas; com isto foram também constituindo-se, juridicamente, como Fórum ONG/AIDS/RS. Sua missão está voltada a ampliar e articular políticas de prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS, bem como, colaborar para o fortalecimento político das instituições que atuam nos cenários regionais, constituindo uma rede

⁷¹ Ver Galvão(2000), Marques (2003) e Parker (1997;1999).

ONG/AIDS de encaminhamentos e acompanhamentos de políticas públicas para a população afetada pela infecção em todo o país.

De acordo com Fontes (2006), em Pernambuco, no ano de 1996, o MSLA organizou-se através da Articulação AIDS/PE. A Articulação AIDS era formada através de 32 instituições e ativistas, com membros bastante diferenciados. Sua missão está voltada a: articular politicamente as ONG/AIDS do Nordeste; contribuir no planejamento e execução das ações de saúde para o enfrentamento do HIV/AIDS no estado e no Brasil; e, discutir as políticas relacionadas à AIDS na busca por garantia dos direitos das PVHA.

Contudo, diferentemente dos outros estados brasileiros, a Articulação AIDS/PE não é institucionalizada juridicamente, devido ao grupo considerar-se um movimento político. Outra particularidade está em sua composição, que além agregar as instituições não governamentais (feministas, transexuais, travestis, homossexuais, religiosa), movimentos sociais, também coligam ativistas independentes e pesquisadores envolvidos com a questão da epidemia. Conforme relato de um de seus membros, atualmente, a articulação AIDS/PE, é formada por 20 ONG, 8 ativistas e a Rede Nacional de Pessoas com HIV/AIDS/PE. (MSLA/PE2,17/05/2016).

No sentido político, o contexto nacional, do final da década de oitenta, no que refere-se às ações do MSLA, através das OSC e dos Fóruns Regionais ONG/AIDS, foram pautadas por diversas ações judiciais e protestos contra os governantes, tendo em vista, a construção de uma política de saúde que trouxesse uma resposta à infecção. Entre as reivindicações estão a busca por melhores condições de assistência para os doentes, políticas de prevenção através de campanhas educativas, e fornecimento gratuito de teste anti-HIV, preservativos e medicamentos para garantir uma melhor qualidade de vida às pessoas que viviam com HIV/AIDS.

Conforme Fontes (2006), em Pernambuco, e Jardim (2013), no Rio Grande do Sul, o Movimento Social de Luta contra AIDS, obteve e ainda mantém, uma forte influência política no desempenho das políticas públicas de saúde para o enfrentamento da epidemia, em seus respectivos estados. Desta forma, a atuação do MSLA ao longo dos anos 1990, foi voltada ao envolvimento político e a conquista de espaço de participação em instâncias democráticas. Com este empenho, foram fortalecendo-se e ganhando novos espaços de participação junto aos conselhos, fóruns e conferências. No entanto, além do envolvimento político, os atores sociais, também envolviam-se com a execução de ações junto à sua população.

A partir de 1990, dois eventos trouxeram uma mudança para o contexto brasileiro, o primeiro foi a mudança no cenário de cooperação internacional, que refletiu diretamente no investimento de ações no Brasil; e, o segundo, foi a falência de grandes modelos criados pelos

governos para enfrentamento do HIV/AIDS. Com a redução de recursos internacionais, houve cortes nos orçamentos das agências de financiamento, ao passo que, a infecção vinha exigindo uma maior quantidade de recursos por conta da pauperização; com isto, as ações de prevenção ganharam uma nova abordagem, em forma de execução de projetos que causassem mais “eficácia e impacto”, por outro lado, a lentidão do Estado em implementar ações mais efetivas, frente à gravidade do problema de saúde pública que representava a infecção do HIV, fortaleceu-se a ideia de terceirizar a prestação de serviços para as ONG, através de elaboração de projetos específicos. (GALVÃO, 2000).

Além do papel político, a execução de projetos de prevenção desempenhou um papel fundamental na agenda de trabalho das ONG que prestavam serviços relacionados à AIDS. As ações mais localizadas trouxeram conhecimento, acerca das visões presentes nas comunidades específicas; e, com isso, conferiu-se como uma peça-chave na estratégia de redução da infecção pelo HIV, devido à proximidade e a rapidez em dar respostas a determinada população. Frente a este trabalho das ONG, os projetos de prevenção tornaram-se um componente fundamental na estratégia global do enfrentamento da epidemia. (GALVÃO, 2000).

Entretanto, com a mudança nas regras de financiamento internacional e na forma como as ações seriam apoiadas, os projetos específicos criaram uma nova maneira de gestão, mais asséptica no controle da infecção e menos ativista, conforme os projetos implementados pelas ONG na década de oitenta, que estavam pautados em ações políticas e com informações visando à mudança de comportamento frente ao HIV. Este novo cenário trouxe implicações para as ONG, primeiro: as instituições tiveram que adequar-se às novas condições, redefinindo seu quadro de recursos humanos, contratando profissionais qualificados para administrar os recursos e ações dos projetos; segundo: com a tendência da “ditadura dos projetos”, as ONG passaram a criar seus projetos de acordo com as possibilidades de financiamento; e terceiro: com a ênfase de gestão dos projetos pautada na ações técnicas e não políticas que acarretou numa despolitização progressiva das ONG. (GALVÃO, 2000).

Apesar de alcançar-se alguns resultados positivos, os integrantes do MSLA criticaram: o grau de profissionalização exigida para coordenação dos projetos e a dependência financeira junto ao Ministério da Saúde, temendo que esta parceria trouxesse limitações políticas no que refere-se ao controle social e, ainda, no grau de politização das instituições. Outro fator, alertado pelos ativistas, foi a falta de sustentabilidade das ações, antes financiada por organismos internacionais, através de projetos pontuais. (GRANGEIRO et al., 2010).

Apesar dessas implicações, gestores, universidades e ativistas de ONG passaram a discutir, num grupo de trabalho junto ao Programa Nacional, a necessidade de desenvolver

estratégias de descentralização da resposta à AIDS. Em 2002, o primeiro passo veio com a assinatura do segundo acordo de financiamento (AIDS II) com o Banco Mundial, em seguida, a proposta que instituiu as diretrizes da Política de Incentivo à estados e municípios e parcerias com ONG.(GRANGEIRO et al., 2010).

Neste momento, a descentralização possibilitou o apoio para a institucionalização, a sustentabilidade das ações de prevenção e assistência, e a autonomia da gestão da Política de AIDS para estados e municípios, através da pactuação entre os gestores das três esferas de governo; sobre as atribuições de: aquisição e distribuição de insumos de prevenção, laboratórios e medicamentos; financiamento das ações de prevenção, assistência e desenvolvimento institucional; e, a parceria com as ONG. (GRANGEIRO et al., 2010).

Contudo, a estratégia de descentralização também provocou a redução de recursos repassados às ONG. Com a redução de aporte financeiro pelo governo federal, a maioria dos estados encontraram dificuldades para transferir os recursos destinados à parceria com as instituições, para a realização dos projetos de prevenção. Estas dificuldades foram justificadas pela burocracia em encontrar mecanismos de transferências para as ONG. A falta de experiência das instituições em participar de uma concorrência de projetos, bem como a sua participação restrita nas instâncias de controle social e na elaboração dos Planos de Ações e Metas, exigiam um conhecimento de gestão pública e orçamento, que limitou a maioria das entidades. (GRANGEIRO et al., 2010).

Nesta época, o governo brasileiro foi considerado referência na XIV Conferência Internacional de AIDS na Espanha, e assim ganhou projeção mundial, em relação à resposta governamental frente ao HIV/AIDS. Paralelo a este fato, as ONG, para receberem os recursos e executarem seus projetos, tiveram que adequar-se às condições de financiamento, passando a enquadrar-se como Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ). Com a Política de Incentivo, as ONG, institucionalizadas juridicamente, começaram a estabelecer parcerias junto aos estados e municípios através de concorrência de projetos e convênios, para o financiamento de suas ações. (JARDIM, 2013).

A partir de 2003, segundo integrantes do MSLA, vivenciou-se um período de hiato em relação às negociações com o governo federal. Os espaços de discussões (fóruns e comitês) começaram a extinguir-se e o diálogo tornou-se mais difícil; assim, a relação com o MS, ao passar dos anos, vem tornando-se cada vez mais restrita. Frente a este contexto, iniciou-se um processo de fechamento de várias ONG, em todo país. Ainda, com a redução dos recursos financeiros, algumas instituições resistiram, mas acabaram diminuindo o ritmo de suas atividades e projetos. As ONG sobreviventes foram e são, as que já possuíam visibilidade no cenário nacional e até

internacional, as que surgiram na década de oitenta, e, que apesar de enfrentarem várias dificuldades para continuidade de seus projetos e ações políticas, tinham e têm experiência em buscar sustentabilidade em outras fontes de financiamento. (JARDIM, 2013).

Como se viu até aqui, a trajetória do MSLA evidenciou momentos diferenciados de representação, participação, atuação e protagonismo político, nos mais de trinta anos de epidemia. A história deste movimento retrata, sem dúvida, sua importância no cenário político brasileiro, no início da infecção e depois, no desenvolvimento das ações de prevenção junto às populações mais vulneráveis; contudo, demonstra também, a grande necessidade de discutir-se novas formas de articulação política, nas quais abra-se, novamente, um espaço de discussão, principalmente, com o governo federal, e a AIDS retorne a ser pauta na agenda política do Estado. (JARDIM, 2013).

Também percebeu-se nas visitas de campo, que o MSLA vive, atualmente, um momento de não saber como inverter esta situação. O espaço de diálogo perdeu-se no caminho e eles querem reencontrar de alguma forma. Hoje, com o rompimento das relações políticas, vivenciando um período de crise política e econômica, o MSLA percebe que o enfrentamento do HIV/AIDS deixou de ser prioridade para o Estado, e que os prejuízos em relação a essa atitude são enormes, ou, até mesmo, irreparáveis. Sem espaço de diálogo, o Estado vem colocando-se de forma hegemônica⁷² numa relação de força desigual e antidemocrática.

4.6 O Perfil da Epidemia: mundial, nacional, regional e local

Segundo o site do UNAIDS BRASIL⁷³, no ano de 2016, 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV, no mundo. A cada ano, o número de novos casos chega a 1,8 milhões, ou seja, um novo caso notificado a cada 17 segundos. Com relação ao número de mortes relacionadas à AIDS, totalizou-se 1 milhão de óbitos. Ainda, o relatório aponta que, pela primeira vez no mundo, 53% das PVHA têm acesso ao tratamento, e, assim, o número de mortes vem caindo pela metade desde 2005. Conforme o resumo dos dados mostrados, segue a tabela.

Tabela 2 - Resumo global da epidemia 2016

⁷² O conceito de hegemonia baseado na teoria do discurso, trazidos pelos autores Ernesto Laclau e Chantal Mouffe, discutido na dissertação *Estudo do processo de construção da identidade coletiva do Movimento Social de Luta contra AIDS do RS*. Apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, (2013).

⁷³ UNAIDS BRASIL (2017a).

Resumo global da epidemia de AIDS | 2016

Número de pessoas vivendo com HIV	Total	36.7 milhões [30.8 milhões–42.9 milhões]
	Adultos	34.5 milhões [28.8 milhões–40.2 milhões]
	Mulheres (15+ anos)	17.8 milhões [15.4 milhões–20.3 milhões]
	Crianças (<15 anos)	2.1 milhões [1.7 milhão–2.6 milhões]

Número de novas infecções por HIV em 2016	Total	1.8 milhão [1.5 milhão–2.1 milhões]
	Adultos	1.7 milhão [1.4 milhão–1.9 milhão]
	Crianças (<15 anos)	160 000 [100 000–220 000]

Mortes relacionadas à AIDS em 2016	Total	1.0 milhão [830 000–1.2 milhão]
	Adultos	890 000 [740 000–1.1 milhão]
	Crianças (<15 anos)	120 000 [79 000–160 000]



Fonte: UNAIDS BRASIL (2017a).

Dos 36,7 milhões de casos de pessoas vivendo com HIV, 34,5 milhões atinge a população adulta, 17,8 milhões são mulheres e 2,5 milhões são crianças, com idade abaixo de quinze anos. A incidência de novos casos, em 2016, apresenta que a infecção pelo HIV, foi 1,7 milhões em adultos e 160 mil em crianças. Quanto ao registro de óbitos, ocorreram 890 mil de adultos e 120 mil de crianças.

No contexto brasileiro, desde 1996, o Ministério da Saúde realizava a dispensação da terapia antirretroviral. A partir de 2013, novas estratégias para controlar a epidemia foram adotadas, entre elas, o oferecimento do tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV, independente da contagem de CD4 e carga viral. Frente a esta medida, o Brasil alcançou uma das maiores coberturas de tratamento, cerca de 64%, entre os países em desenvolvimento, enquanto, a média global em 2016 foi de 53%.

No Brasil, de 1980 até junho de 2017, foram registradas cerca de 830 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo que 576,245 casos em homens (65,3%), e 306.444 em mulheres (34,7%). Desde 1980, até o final de 2016, foram notificadas 316.088 mortes, sendo na região Sul 17,6% e na região Nordeste 13%. Em 2016, foram registrados 48 mil novos casos e 14 mil óbitos.

Os dados do Boletim Epidemiológico de 2017, realizado pelo Ministério da Saúde, demonstraram que a maior concentração dos casos de HIV está em pessoas com idade entre 25 e 39 anos, de ambos os sexos. Entretanto, nos últimos dez anos, foi observado um aumento na taxa de detecção entre os homens, não esquecendo que entre 2006 e 2016, a taxa quase triplicou nos jovens entre 15 a 19 anos, e duplicou entre 20 e 24 anos. Mesmo com o aumento

expressivo, a taxa de detecção permaneceu entre os homens, com faixa etária de 35 a 39 anos. Já, entre as mulheres, percebeu-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção vem apresentando uma tendência de queda, em quase todas as faixas etárias, com exceção de 15 a 19 anos (jovens) e 60 anos mais (idosas). (BRASIL, 2017).

Segundo o boletim epidemiológico do MS, de 2007 até junho de 2017, foram notificados 194.217 casos de infecção pelo HIV. De acordo com o sexo, mostrou que houve 131.969 casos em homens (67,9%) e 62.198 casos em mulheres (32,1%). No que refere-se à faixa etária, a maioria dos casos foi concentrada na população jovem adulta, ou seja, entre 20 e 34 anos. A respeito da raça, se autodeclararam, entre negros e pardos, 51,1% e brancos 47,6%. Verificou-se ainda a escolaridade, mas os dados foram insuficientes, o que dificultou a avaliação desta categoria. (BRASIL, 2017).

De acordo com a infecção do HIV por regiões, de 2007 a junho de 2017, foram notificados 40.275 casos na região Sul (20,7%), e 30.297 casos na região Nordeste (15,6%). Na categoria, acima dos 13 anos de idade verificou-se que entre os homens 48,9% dos casos tiveram exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% Usuário de Drogas Injetáveis; sendo que, entre as mulheres 98,8% inserem-se na categoria de exposição heterossexual e 1,7% de UDI. (BRASIL, 2017).

Quanto à infecção do HIV em gestantes, no período de 2000 até junho de 2017, constatou-se que foram notificados 108.134 casos. No ano de 2016, foram identificados 7.823 casos, sendo 30,6% na região Sul e 16,8% na região Nordeste. A taxa de HIV em gestantes, nos últimos dez anos, obteve um aumento de 23,8%, segundo o boletim epidemiológico devido à ampliação da realização de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha na Atenção Básica. Com relação à faixa etária, desde 2000, o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV, ou seja 28,4%, esteve entre os 20 e 24 anos. Segundo a escolaridade, os dados mostram que 37,7% cursaram do 4º ano ao 9º ano incompleto do ensino fundamental. Quanto à raça, houve um predomínio de pardas e negras seguidos de branca. (BRASIL, 2017).

A tabela a seguir mostra que, de acordo com informações do boletim epidemiológico 2017 do MS⁷⁴, o ranking dos 10 municípios com mais de 100 mil habitantes, em ordem decrescente, que apresentaram índice composto, no período entre 2012 e 2016, são:

⁷⁴NOTA: Para a construção do índice composto, foram selecionados os seguintes indicadores:

- (1) Taxa média de detecção de AIDS na população geral nos últimos três anos.
- (2) Variação média anual da taxa de detecção de AIDS na população geral nos últimos cinco anos.
- (3) Taxa média de mortalidade por AIDS na população geral nos últimos três anos.
- (4) Variação média anual da taxa de mortalidade por AIDS na população geral nos últimos cinco anos.

Tabela 3-Municípios com maior incidência em HIV/AIDS no BR

Classificação	Município	UF
1º	Porto Alegre	RS
2º	Rio Grande	RS
3º	Alvorada	RS
4º	Novo Hamburgo	RS
5º	Itajaí	SC
6º	Uruguaiana	RS
7º	Manaus	AM
8º	Belém	PA
9º	Lages	SC
10º	Parauapebas	PA

Fonte: Brasil (2017).

Conforme os dados, a metade (cinco) dos municípios pertence ao estado do Rio Grande do Sul, seguido de dois municípios de Santa Catarina, dois municípios do Pará, e um do Amazonas. (BRASIL, 2017).

No contexto regional de Pernambuco, segundo o boletim epidemiológico estadual, foram registrados 5.222 casos de HIV, de julho de 2014 a dezembro de 2016. Sendo, que dos 5,222 casos, 2.227 foram registrados só no ano de 2016, com coeficiente de incidência de 23,66 por 100 mil habitantes. Com relação ao sexo, observou-se que a maior concentração, 65,40%, está na população masculina e com faixa etária entre 20 e 39 anos (adulto jovem). Quanto à categoria exposição hierarquizada, com idade acima de treze anos, a principal forma é através da relação sexual, para ambos os sexos, sendo 83,31% dos casos no sexo feminino por transmissão heterossexual; e, entre a população masculina, a transmissão é 36,2% homossexual, 31,73% heterossexual, e 6,9% bissexual. No que refere-se à escolaridade e a raça, a população mais acometida apresentou ensino médio completo, seguido de 4º ao 9º ano incompleto e se autodeclarou 61% pardos e negros, seguido de 15% brancos. Com relação à infecção do HIV em gestantes, a taxa registrada foi 2,0 casos para cada mil nascidos vivos em 2016. (PERNAMBUCO, 2017).

Segundo informações disponibilizadas no portal do Programa Estadual de DST/AIDS⁷⁵, com relação à AIDS, no período entre 1983 e 2016, o estado registrou 23.923 casos, sendo 15.484 notificados na população masculina, e 8.439 na feminina. Entre 2014 e 2016, notificou-se 3.106 novos casos, 1.990 em homens e 1.116 em mulheres. Em média, a

(5) Taxa média de detecção de AIDS em menores de cinco anos nos últimos três anos.

(6) Variação média anual da taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos nos últimos cinco anos.

(7) Média calculada após transformação logarítmica.(BRASIL, 2017).

⁷⁵Pernambuco (2016b).

cada seis horas, uma pessoa infecta-se pelo vírus HIV em Pernambuco, e, na maioria dos casos, a detecção predomina entre a população masculina.(SES/PE/1, 2016).

Conforme a tabela abaixo, no ranking dos dez municípios com maior incidência de infecção pelo HIV, no período de julho de 2014 a dezembro de 2017, que aparecem em ordem decrescente, são:

Tabela 4- Municípios com maior incidência em HIV/AIDS em PE

Classificação	Município de Residência	Número de casos	Região
1º	Recife	1802	Metropolitana
2º	Jaboatão dos Guararapes	747	Metropolitana
3º	Olinda	536	Metropolitana
4º	Caruaru	341	Agreste
5º	Cabo de Santo Agostinho	288	Metropolitana
6º	Paulista	282	Metropolitana
7º	Petrolina	245	São Francisco
8º	Ipojuca	213	Metropolitana
9º	Camaragibe	138	Metropolitana
10º	Vitória de Santo Antão	101	Mata

Fonte: Pernambuco (2017b).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Pernambuco, Recife aparece em primeiro lugar no ranking, com 1803 novos casos notificados. Os registros mostram que a epidemia está concentrada na região metropolitana, com uma leve tendência a interiorização. De acordo com informações disponibilizadas pelo Programa Municipal de DST/AIDS em 2016, os casos de HIV/AIDS, assim como na maioria dos outros estados, estão mais concentrados entre as populações específicas, homossexuais, transexuais e profissionais do sexo, na faixa etária jovem adulta, com destaque ao crescimento na população acima de cinquenta anos de idade. Com relação às notificações de gestantes, uma característica do estado e da capital é o controle da transmissão vertical, que obteve somente o registro de três casos para cada mil nascidos vivos, no ano de 2015.(PERNAMBUCO, 2017).

No contexto do Rio Grande do Sul, segundo o Boletim Epidemiológico Estadual, no período de 2007 a junho de 2016, foram notificados 13.855 novos casos de infecção pelo HIV. Entre 2007 e 2015, na categoria sexo, foram registrados 7.527 casos na população masculina e 6.328 na feminina. Com relação à faixa etária, a maioria dos casos encontra-se entre os 25 e 29 anos. Quanto à raça, se autodeclaram, 66,1% brancos, seguidos de, 13,2% negros e 10,3% de pardos. Na questão do nível de escolaridade, houve a insuficiência de dados para avaliação. No que refere-se à infecção do HIV em gestantes, desde 2000, vem apresentando as maiores taxas de detecção, levando o estado a ocupar o primeiro lugar no

ranking, atingindo em 2015, 10,1 casos para cada mil nascidos vivos. (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Os dados relacionados aAIDS mostraram que, desde a primeira notificação até 2016, foram registrados 84.852 casos no estado, com uma média anual nos últimos cinco anos, de 4.427 casos. Apesar do RS manter taxas superiores a nacional e regional, sua taxa de detecção vem apresentando uma redução nos últimos anos, chegando ao índice de 34,7 casos para cada 100 mil habitantes em 2015. Quanto a faixa etária e sexo, a AIDS concentra-se, entre 20 e 49 anos, tanto na população masculina, com 35,5 dos casos; como, na feminina, com 31,4 dos casos; ainda, entre as mulheres verificou-se, também, um aumento na faixa etária acima dos sessenta anos. Apesar da queda nos índices de mortalidade relacionadas à AIDS, foram registrados 10,2 óbitos por 100 mil habitantes, no ano de 2015. Enquanto característica regional, a transmissão por compartilhamento de seringas, que na região Sul, apresentou maior número, 5,3%, de casos entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI); na região Nordeste não há dados registrados desta forma de transmissão. (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Conforme a tabela a seguir, no ranking dos dez municípios com maior incidência de infecção pelo HIV em 2015, em ordem decrescente,

Tabela 5- Municípios com maior incidência em HIV/AIDS no RS

Classificação	Município de Residência	Número de casos por 100 Mil habitantes	Região
1º	Charqueadas	83,6	Metropolitana
2º	Porto Alegre	74,0	Metropolitana
3º	Tramandaí	64,7	Litoral Norte
4º	Rio Grande	61,1	Litoral Sul
5º	Esteio	59,5	Metropolitana
6º	Sapucaia	59,3	Metropolitana
7º	Viamão	56,8	Metropolitana
8º	Cruz Alta	54,9	Noroeste
9º	Osório	52,4	Litoral Norte
10º	Alvorada	52,3	Metropolitana

Fonte: Rio Grande do Sul (2017).

Conforme os dados, observou-se que a infecção pelo HIV, concentra-se, em grande parte, nas regiões metropolitanas, seguida das regiões litorâneas, com leve tendência a interiorização. Porto Alegre encontra-se em segundo lugar no estado, com 74 casos por 100 mil habitantes, em 2016, valor superior ao dobro da taxa estadual e 3,6 vezes maior que a taxa nacional. Com relação ao HIV em gestantes, concentra a maior taxa de detecção, com 20

casos a cada mil nascidos vivos, sendo 7,7 vezes maior que a taxa nacional e 8,8 maior que a taxa do estado do RS. Com relação ao número de mortes decorrentes da AIDS, se constatou 22,4 óbitos por 100 mil habitantes, apesar desse índice nos últimos dez anos apresentar tendência a queda. (Boletim Epidemiológico do RS, 2017). (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Segundo dados passados pelo Programa Municipal de DST/AIDS, a infecção na capital gaúcha é considerada mista, concentrada em algumas populações, pois existe um grande quantitativo de homossexuais, mas, ao mesmo tempo tem uma tendência a generalizada, ou seja, a proporção de homens e mulheres, são iguais, praticamente, de um para um caso. Quando o recorte diz respeito à categoria idade, a população mais acometida está entre 12 e 29 anos (jovens). Outra característica local destacada foi o aumento de número de casos na população de idosos. (SMS/POA1, 29/03/2016).

Como observado no texto, existem semelhanças e diferenças regionais e locais, nos pontos de propagação, ou “*hotspots*”, da epidemia. Iniciando pelas semelhanças entre os dois estados, Pernambuco e Rio Grande do Sul, observou-se que na categoria de faixa etária, a população mais infectada é a de jovens-adultos, seguidos de uma tendência de infecção na população de idosos nas duas capitais. Quanto aos *hotspots*, a incidência de HIV, está concentrando-se nas regiões metropolitanas do Recife e de Porto Alegre, com leve tendência a interiorização. Com relação às diferenças, enquanto a concentração da infecção pelo HIV/AIDS, em Pernambuco e Recife, está concentrada na população masculina, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, a infecção apresenta-se, de maneira mista/generalizada, concentrada na população homossexual, mas, ao mesmo tempo, iguais entre homens e mulheres, destacou-se também a infecção na população de usuários de drogas injetáveis. No que refere-se à categoria raça, na região Nordeste a infecção é predominante entre pardos seguidos de brancos, enquanto no Sul ocorre o inverso, e predomina em brancos seguidos de pardos. Quanto à categoria de infecção do HIV em gestantes, em Pernambuco a incidência diminuiu de forma radical (2,0 casos para cada mil nascidos vivos), enquanto que, no Rio Grande do Sul, apresentou-se com elevada taxa de infecção (10,1 casos para cada mil nascidos vivos).

5 ANÁLISE DE DADOS

Nesta etapa, a análise dos dados para pesquisa é apresentada em dois momentos. No primeiro, consta um quadro resumo com a sistematização dos dados obtidos, que vão ao encontro dos objetivos propostos neste estudo. Logo, no segundo vem a análise comparativa das entrevistas realizadas, considerando para cada objetivo os dados explicitados pelos entrevistados, tomando como base teórica o princípio da homologia, procurando relacionar as correspondências e diferenças entre as duas realidades, Rio Grande do Sul e Pernambuco. A análise dividiu-se em cinco linhas analíticas acerca da descentralização da assistência ao HIV na AB, são elas: 1) a participação dos atores; 2) a percepção dos atores; 3) a relação entre os atores; 4) os efeitos positivos do novo modelo; e 5) os obstáculos/limitadores do compartilhamento do cuidado ao HIV.

5.1 Quadro Comparativo

A opção de apresentação dos dados através de um quadro resumo tem como finalidade evidenciar as informações levadas pelos entrevistados, de maneira sistematizada, com descrição sucinta, num primeiro momento, e, posteriormente, na segunda etapa, uma análise mais profunda, pertinente aos objetivos da pesquisa. Com relação a organização do quadro, o primeiro passo, após a realização das transcrições, foi fazer um levantamento dos trechos na entrevista, de acordo com os objetivos da pesquisa, seguido pelo agrupamento de ideias principais trazido pelos entrevistados de cada estado.

A escolha pela sistematização das informações visou auxiliar na organização dos dados, por meio de categorias, bem como, conduzir o processo de análise comparativa; e, assim mostrar as percepções mais enunciadas pelos atores, visando compreender os aspectos que envolvem o objeto pesquisado. Com isto, explicitar as opiniões mais recorrentes entre os entrevistados, mostrando correspondências e diferenças entre os campos em estudo.

Quadro 6-Quadro resumo de POA/RS

(continua)

OBJETIVOS	SMS/POA	SES/RS	MSLA/RS
Os efeitos do novo modelo de atenção	<p>SMS/POA1: a) integralidade no atendimento (Princípios do SUS); b) regulação do atendimento conforme a necessidade do paciente; c) vínculo do paciente na complexidade certa.</p> <p>SMS/POA2: a) acesso ao diagnóstico; b) atendimento PVH mais próximo; c) menos gastos para os pacientes.</p> <p>SMS/POA3: a) fácil acesso ao diagnóstico, atendimento e tratamento; b) vínculo com o paciente.</p> <p>SMS/POA4: a) diagnóstico precoce.</p>	<p>SES/RS1: a) ampliação do acesso ao diagnóstico; b) realização de monitoramento clínico.</p> <p>SES/RS2: a) aumento do diagnóstico precoce; b) o atendimento mais próximo do paciente.</p> <p>SES/RS3: a) a condição crônica favorece o tratamento com terapias simplificadas; b) cuidado de uma forma integrada e não específica do HIV; c) inserção em programas de busca ativa; d) favorecimento à adesão pela proximidade das ESF.</p>	<p>MSLA/RS1: a) desafogamento dos SAE.</p> <p>MSLA/RS2: a) menos investimento de recursos; b) mais responsabilidade para os municípios.</p> <p>MSLA/RS3: a) ampliação do acesso ao diagnóstico; b) aumento de demanda de atendimento na AB; c) falta de estrutura e qualificação para absorver.</p>
A participação dos atores na reformulação da Política de atendimento HIV/AIDS	<p>SMS/POA1: a) não houve participação na decisão b) participação técnica devido implementação na rede municipal de AB</p> <p>SMS/POA2: a) não houve participação pois não faz parte da gestão.</p> <p>SMS/POA3: a) não participou devido não estar na gestão.</p>	<p>SES/RS1: a) participou do processo decisório; b) participação técnica.</p> <p>SES/RS2: a) Não teve participação.</p> <p>SES/RS3: b) participou da decisão em nível federal; b) participou enquanto técnico no estado e no município.</p>	<p>MSLA/RS1: a) não houve participação pessoal e nem do Fórum de Ong/AIDS/RS.</p> <p>MSLA/RS2: a) nenhuma participação, enquanto representação da sociedade civil.</p> <p>MSLA/RS3: a) as ONG não participaram e não foram ouvidas ou consultadas.</p>
	<p>SMS/POA1: a) tomada de decisão difícil; b) descentralização da linha do cuidado compartilhado está sendo construída e é possível.</p> <p>SMS/POA2:</p>	<p>SES/RS1: a) a política de descentralização da AIDS é um processo lento, complexo e necessário pela situação epidemiológica da AIDS no RS; b) precisa de investimentos políticos e financeiros.</p>	<p>MSLA/RS1: a) as PVH estão perdendo a referência no sistema de saúde; b) sem garantia do sigilo.</p> <p>MSLA/RS2: a) a AB é a porta de entrada onde pode se fazer a triagem, mas não está pronta para atender todas as</p>

(continuação)

<p>O ponto de vista do MSLA, dos gestores estaduais e municipais sobre a descentralização do atendimento ao HIV/AIDS</p>	<p>a) a descentralização da linha do cuidado é necessária e positiva frente ao contexto epidemiológico de POA e a superlotação dos SAE.</p> <p>SMS/POA3: a) a descentralização é algo necessário, importante e traz facilidade de acesso aos pacientes.</p>	<p>SES/RS2: a) a AIDS foi sempre centrada no SAE; b) a mudança na linha do cuidado compartilhado com a AB é uma proposta que vai de acordo com os princípios do SUS; b) proximidade dos usuários.</p> <p>SES/RS3: a) a descentralização é necessária pela proporção que a epidemia avançou; b) o profissional da AB tem condições de atender as doenças crônicas seguindo os protocolos do MS e a linha de cuidado compartilhado.</p>	<p>demandas que um paciente com HIV exige; b) a questão de descentralizar ou centralizar os serviços estão diretamente ligadas a recursos financeiros.</p> <p>MSLA/RS3: a) a política de descentralização amplia o acesso ao diagnóstico; b) cria uma demanda de atendimento que a AB não estrutura nem qualificação para absorver; c) a resposta à epidemia deve ser mais abrangente e pensada em diversos níveis, a estratégia de descentralizar o atendimento não vai responder efetivamente.</p>
<p>A relação entre MSLA e os gestores municipais, estaduais e federal</p>	<p>SMS/POA1: a) relação complexa sem discussões devido a posição contrária do MSLA.</p> <p>SMS/POA2: a) não tem essa informação.</p> <p>SMS/POA3: a) não tem essa informação.</p>	<p>SES/RS1: a) boa relação de diálogo; b) considera que o MSLA é conservador no que se refere as mudanças; c) MSLA não dá a devida importância do SUS para resposta brasileira à epidemia.</p> <p>SES/RS2: a) relação de diálogo participação nas discussões; b) parceria na execução de projetos; c) parceria na formulação da Linha do cuidado compartilhado.</p> <p>SES/RS3: a) não sabe da posição do MSLA sobre a descentralização, nem da relação com os gestores.</p>	<p>MSLA/RS1: a) não existe diálogo/discussão com a gestão municipal de POA e a mesma desqualifica o MSLA/RS.</p> <p>MSLA/RS2: a) o Ministério da Saúde está fechado a negociações com o MSLA; b) relação baseada em ouvir os acordos sem discordâncias; c) uma gestão não tem o hábito de negociar entre os gestores.</p> <p>MSLA/RS3: a) diálogo com os gestores locais; b) a maioria das demandas não são acolhidas; c) rompimento do diálogo a nível federal.</p>
	<p>SMS/POA1: a) visão do MSLA diferente da Gestão; b) PEP e Prep. em nível de especialidades e emergências;</p>	<p>SES/RS1: a) cumprimento das prioridades levantadas pela Cooperação Interfederativa (5 metas)</p>	<p>MSLA/RS1: a) profissionais despreparados para trabalhar com as PVH, população LGBTs, UD, PS (fem e masc);</p>

(continuação)

<p>Os obstáculos/limitadores do processo de descentralização do atendimento</p>	<p>c) AB sem acesso ao CICLON; d) AB ser mais resolutiva nas profilaxias; e) prescrição de CD4, Carga Viral e de antirretrovirais somente com os médicos clínicos; f) a logística de medicamentos; g) resistência de clínicos gerais e especialistas de que o HIV/AIDS é uma patologia tratada somente pelo Especialista; h) falta de formação de médicos infectologistas.</p> <p>SMS/POA2: a) resistência dos médicos especialistas e de alguns clínicos em relação ao atendimento.</p> <p>SMS/POA3: a) muitos pacientes para atender; b) não tem tempo suficiente para conversar com o PVH, que exige mais atenção na consulta; c) falta de psicóloga para fazer o acolhimento com uma conversa especializada; d) burocracia e demora nos exames de CD4 e Carga Viral realizados no SAE; e) falta de um sistema de informatizado; f) dispensação da medicação centralizada no SAE; g) a questão do preconceito; h) falta de comunicação entre os serviços: AB e SAE e vice-versa.</p>	<p>empregatício precários; d) falta de contratação de profissionais de saúde; e) implantação de um sistema informatizado de saúde; f) falha de comunicação entre UBS/USF com Serviço de Assistência Especializada na linha do cuidado compartilhado; g) implementação da distribuição de medicamentos (TARV e DO) nas Unidades Básicas de Saúde; h) formação de médicos especialistas infectologista; i) estabelecimento de diálogo consensual entre os gestores de saúde regional e local; j) o poder de decisão dos coordenadores fica limitado aos secretários de saúde estaduais e municipais; k) formação de uma rede entre gestores de saúde, OSC e Universidades do estado RS; l) falta de pesquisas; m) falta de investimento para potencializar o atendimento nos SAE e nas UBS; n) falta de vontade política de priorizar a AIDS na agenda governamental do estado e dos municípios.</p> <p>SES/RS2: a) a visão do MSLA é diferente da gestão; b) muitas críticas dos municípios do interior; c) a fragilidade do atendimento na AB; d) falta de recurso; e) falta de estrutura; f) rotatividade de ESF; g) falta de profissionais; h) a política de AIDS foi criada a parte e existe a dificuldade de se entrar na lógica do SUS.</p>	<p>b) falta de respeito ao sigilo; c) falta de preferência no atendimento devido as especificidades de quem vive com HIV; d) não há acompanhamento psicológico ou psiquiátrico na rede de AB; e) preconceito; f) abandono de tratamento; g) sucateamento dos SAE; h) falta de profissionais de saúde; i) políticas impostas pela gestão nacional; j) fracionamento de antirretrovirais; k) falta de medicações para doenças oportunistas; l) o SUS trabalhando em condições precárias; m) cortes em financiamentos planejados para 20 anos no SUS; n) retirada da tuberculose das referências de dados; o) os recursos destinados a pesquisas do Acordo interfederativo foram gastos em outras ações; p) insatisfação com o fluxo de atendimento na AB; q) os dados da cascata mostram os altos índices de mortalidade no RS e POA.</p> <p>MSLA/RS2: a) a reformulação da política AIDS não passou CNS; b) a AB não está pronta para atender todas as demandas que um paciente com HIV exige; c) AB não está dando conta nem das ações de prevenção e promoção; d) falta de investimento nos SAE; e) a falsa ideia de que é só tomar o remédio e se cuidar porque a AIDS é uma doença crônica; f) as intercorrências dos efeitos colaterais da medicação é por toda a vida; g) o generalista não tem a visão necessária atender as complexidades que envolvem patologia; h) discriminação do serviço de saúde com a PVH;</p>
--	---	--	--

(conclusão)

		<p>b) municípios em alguns momentos não informam a realização do procedimento de Testagem Rápida no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS;</p> <p>c) rotatividade de profissionais nos municípios, decorrente de vínculo.</p> <p>SES/RS3:</p> <p>a) dificuldade de articulação entre os gestores;</p> <p>b) falta de discussão sobre a política de descentralização entre gestores;</p> <p>c) não existe um entendimento único sobre o processo;</p> <p>d) disputa de “beleza”, barreira políticas gerenciais.</p>	<p>i) AB e o problema de referência para especialidade;</p> <p>j) falta de formação de novos infectologistas;</p> <p>k) esquecimento das populações em situação de rua e em privação de liberdade-carcerária;</p> <p>l) os dados da cascata mostraram que 5 mil pessoas abandonaram os serviços de saúde;</p> <p>m) Tripartite e Bipartite beneficiam os gestores e não os usuários do SUS.</p> <p>MSLA/RS3:</p> <p>a) as políticas verticalizadas não vão resolver o problema dos fluxos;</p> <p>b) existe a falácia do que temos o melhor programa do mundo;</p> <p>c) o abandono das discussões e a saída da AIDS da pauta de prioridade;</p> <p>d) a visão dos gestores sobre a descentralização é a mesma, mas o problema é a execução;</p> <p>e) falta vontade política de fazer acontecer;</p> <p>f) falta de investimento, ineficiência das gestões nas três esferas;</p> <p>g) a violação do direito de a pessoa ter acesso universal;</p> <p>h) falta de interação entre os SAE e a AB;</p> <p>i) o espaço entre o diagnóstico e a consulta é muito grande;</p> <p>j) a linha do cuidado compartilhado não vem sendo colocado em prática.</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 - Quadro resumo de Recife/PE

(continua)

OBJETIVOS	SMS/REC	SES/PE	MSLA/PE
<p>Os efeitos do novo modelo de atenção</p>	<p>SMS/REC1: a) diagnóstico precoce; b) fácil acesso ao atendimento. SMS/REC2: a) o atendimento e acompanhamento mais perto do usuário; b) vínculo com o paciente. SMS/REC3: a) O atendimento e acompanhamento mais perto do usuário; b) adesão ao tratamento.</p>	<p>SES/PE1: a) ações de prevenção; b) mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade; c) acesso ao diagnóstico. SES/PE2: a) fácil acesso ao diagnóstico. SES/PE3: a) acesso ao diagnóstico.</p>	<p>MSLA/PE1: a) ações de prevenção. MSLA/PE2: a) não existe nenhum efeito positivo no momento e sim um desgaste com as PVHA que estão enfrentando o preconceito e os serviços desorganizados e sem estrutura. MSLA/PE3: a) não vê nenhum efeito positivo dessa diretriz.</p>
<p>A participação dos atores na reformulação da Política de atendimento ao HIV/AIDS</p>	<p>SMS/REC1: a) não participou. SMS/REC2: a) não participou; b) não faz parte da gestão. SMS/REC3: a) não participou.</p>	<p>SES/PE1: a) não participou. SES/PE2: a) não participou. SES/PE3: a) não participou.</p>	<p>MSLA/PE1: a) não participou. MSLA/PE2: a) não participou. MSLA/PE3: a) não participou do processo decisório do MS; b) participou do embate de forma crítica.</p>
<p>O ponto de vista do MSLA, dos gestores estaduais e municipais sobre a descentralização do atendimento ao HIV/AIDS</p>	<p>SMS/REC1: a) favorável à Linha do cuidado compartilhado. SMS/REC2: a) a favor da descentralização. SMS/REC3: a) favorável à descentralização.</p>	<p>SES/PE1: a) a favor da descentralização do cuidado compartilhado; b) contexto atual da saúde no estado PE não é o ideal de se implementar. SES/PE2: a) a favor; b) precisa de muitos ajustes a serem feitos. SES/PE3: a) respeita; b) deve manter atendimento no SAE.</p>	<p>MSLA/PE1: a) MSLA não é contra a descentralização política de atendimento ao HIV/AIDS para a AB; b) contrário a maneira que está querendo implementar. MSLA/PE2: a) no momento atual não aceitam ser atendidos na AB; b) AB não está preparada para a tender as PVHA. MSLA/PE3: a) defende o SUS; b) no contexto atual não vê como algo que beneficie as PVHA.</p>

(continuação)

<p>A relação entre MSLA e os gestores municipais, estaduais e federal</p>	<p>SMS/REC1: a) boa relação com espaço para diálogo. SMS/REC2: a) não sabe porque não trabalha na gestão. SMS/REC3: a) não sabe porque está fora da gestão.</p>	<p>SES/PE1: a) relação de diálogo; b) parceria com o MSLA. SES/PE2: a) boa relação com espaço ao diálogo. SES/PE3: a) não sabe porque não faz parte das gestões.</p>	<p>MSLA/PE1: a) MSLA fragilizado para o embate político nacional; b) com gestores locais existe o diálogo, mas poucas ações afetivas; c) falta de força política dos coordenadores locais. MSLA/PE2: a) relação de diálogo com os gestores locais; b) demandas não atendidas; c) sem diálogo ou espaço de discussão com o governo federal. MSLA/PE3: a) relação de diálogo com os gestores locais; b) falta poder de decisão por parte dos mesmos; c) pouco diálogo com o Ministério da Saúde; d) o MSLA enfraquecido.</p>
<p>Os obstáculos do processo de descentralização do atendimento</p>	<p>SMS/REC1: a) resistência do MSLA; b) resistência dos profissionais de saúde; c) intervenção do sindicato dos enfermeiros; d) a sensibilização da gestão municipal e de outros coordenadores para ampliação do serviço; e) o estigma em relação as PVHA. SMS/REC2: a) resistência dos profissionais de saúde; b) a intervenção do sindicato; c) a falta de estrutura nas USF; d) falta do apoio da comunidade; e) trabalho em cima de protocolo de prioridades; f) falta de medicamentos; g) condições socioeconômicas dos pacientes; h) mau funcionamento dos serviços públicos em geral; i) ineficiência do poder judiciário; j) demora do resultado de exames das gestantes; k) o estigma das PVHA;</p>	<p>SES/PE1: a) resistência do MSLA; b) o estigma; c) falta de capacitação da ESF e dos médicos; d) falta de investimento, mal gestão do SUS; e) fragilidade do atendimento na AB; f) falha de comunicação entre ao SAE e a AB; g) a garantia do sigilo do diagnóstico do paciente; h) as academias desvinculadas das necessidades da sociedade; i) falha da AB na prevenção e promoção; j) dificuldade de realização de diagnóstico; k) redução do financiamento; l) enfraquecimento do SUS e do MSLA. SES/PE2: a) resistência dos profissionais de saúde; b) as academias não tratam a AIDS com a devida importância; c) falta de medicação, falta de médicos; d) falta de qualificação das ESF; e) falta de uma rede de cuidado; f) falta de diálogo da coordenação com a AB; g) falta de estrutura na AB;</p>	<p>MSLA/PE1: a) decisão verticalizada; b) AB sem condições de absorver a demanda; c) falta de sigilo; d) falta de equipes multidisciplinares; e) falta de profissionais de saúde para fazer o atendimento; f) falta de estrutura; g) falta de capacitação dos profissionais; h) falta de manejo no atendimento as PVHA; i) políticas voltadas para testagem e notificação e não voltada a prevenção; j) insatisfação dos usuários com os serviços de saúde; k) falta de transparência no acompanhamento/monitoramento das ações do estado; l) sérios problemas com a dispensação de medicamentos; m) pessoas morrendo e ninguém é responsabilizado; n) falta responsabilização dos gestores. MSLA/PE2: a) AB não está preparada para atender as PVHA; b) falta de poder de decisão por parte dos</p>

	<p>l) a corrupção. SMS/REC3: a) resistência dos profissionais de saúde; b) a intervenção do sindicato; c) a falta de estrutura nas USF; d) a falta de capacitação das ESF; e) sobrecarga de trabalho dos enfermeiros; f) falta de diálogo da gestão com as ESF; g) políticas verticalizadas; h) falta de RH; i) falta de comunicação da AB com o SAE; j) falta de interesse político; k) modelo pautado na assistência e pouco se faz de promoção e prevenção; l) o estigma em relação às PVHA.</p>	<p>h) política verticalizada do MS; i) falta de diálogo entre as três esferas; j) o preconceito; k) problemas com a logística das medicações; l) diferentes realidades nas regionais de saúde. SES/PE3: a) falta de capacitação das ESF; b) risco de tratamento não adequado; c) resistência as medicações e falhas terapêuticas; d) o curso de medicina não prepara o profissional para a questão da AIDS; e) olhar genérico para uma doença individualizada; f) a complexidade do atendimento e a disposição de um tempo maior para realizar o atendimento; g) gravidade da doença, as intercorrências que podem ocorrer no atendimento; h) a falta de qualidade e organização no serviço prestado ao paciente; i) demora dos resultados dos exames; j) problemas com a logística de medicamentos; k) regras de distribuição mensal; l) discriminação das PVHA.</p>	<p>coordenadores locais; c) o MS disponibiliza antirretrovirais e o estado tem problema com a distribuição dos medicamentos; d) falta de medicação para doenças oportunistas; e) dificuldade de consultar com o especialista; f) serviços desorganizados e mau estruturados nos SAE e na AB; g) falta de investimento na AB e nos SAE; h) falta de estrutura; i) falta de profissionais de saúde preparados para atender; j) demora de exames; k) estigma e o preconceito; l) falta de sigilo. MSLA/PE3: a) resistência das PVHA serem atendidos na AB; b) o preconceito; c) a falta de estrutura; d) os serviços de saúde desmontados, e) políticas que existem, mas no fundo não existe; e) não há ampliação no quadro de profissionais; f) não tem capacitações; g) não se constrói nem se fortalece as redes de cuidado; h) falta trabalho de prevenção; i) falta de leite; j) falta de medicamentos antirretrovirais e para as infecções oportunistas; k) as gestões locais descumprem a meta do MS de testar e tratar; l) crescimento da epidemia; m) sistema de notificação que funciona; n) não se faz prevenção; n) as diferenças regionais não são levadas em conta quando se traça as diretrizes; o) política verticalizada do MS.</p>
--	---	---	---

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando as concepções anteriormente mencionadas como um suporte para compreender as questões mais enunciadas pelos entrevistados, a análise da tabela circunscreve-se na apresentação dos dados mais recorrentes de cada objetivo da pesquisa.

No que refere-se à participação dos atores, a categoria mais recorrente entre os entrevistados, atores governamentais e sociais, do Rio Grande do Sul e Pernambuco, foi a de não participação do processo de reformulação do modelo de atenção ao HIV.

Quanto à percepção dos atores, do RS e PE, sobre a proposta de descentralização do atendimento ao HIV, existiram várias categorias acerca do novo modelo. No RS a mais frequente, entre gestores e profissionais, foi uma medida necessária e entre os militantes do MSLA, recorreu que a AB não está preparada para atender a demanda de pacientes com HIV. Em Pernambuco a mais presente, entre gestores, profissionais e militantes, foi que mesmo sendo favoráveis ao modelo, este não é o momento ideal para implementar, devido as fragilidades dos serviços de AB.

No que refere-se à relação entre os atores sociais e governamentais, as categorias mais frequentes, entre os entrevistados dos dois estados, foram de diálogo com gestores locais e do fechamento do diálogo com o governo federal.

Com relação aos efeitos do novo modelo, as categorias mais expostas, entre os entrevistados, tanto do Rio Grande do Sul quanto de Pernambuco, foi a de fácil acesso ao diagnóstico e a do atendimento.

Quanto aos obstáculos ou limitadores do compartilhamento do cuidado, no RS e em PE, a categoria mais frequente, entre os entrevistados, foi de que os serviços de AB não estão preparados (infraestrutura, profissionais, qualificação) para realizar o atendimento ao HIV.

5.2 Análise de Dados Comparativa

A proposta do estudo comparativo teve como finalidade compreender o que os gestores da política de HIV/AIDS pensam sobre a implementação da descentralização do atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica; bem como, conhecer o ponto de vista dos integrantes do Movimento Social de Luta contra AIDS sobre a mudança no fluxo de atendimento. E, a partir das diferentes visões dos atores explorar as questões que envolvem o processo de (des)centralização do cuidado (participação dos atores sociais e governamentais no processo decisório nacional, os efeitos para os usuários dos serviços de saúde, a relação entre gestores e o MSLA, os facilitadores e obstáculos para implementação da política de assistência ao HIV/AIDS) e, deste modo, apresentar as correspondências e as diferenças

intrínsecas ao processo de descentralização da política de atenção ao HIV/AIDS, nas diferentes regiões. É importante inteirar que a análise comparativa foi realizada a partir dos objetivos propostos, respeitando e considerando os dados trazidos pelos entrevistados, que regem o fenômeno social aqui estudado.

5.2.1 A Participação dos Atores

Com o processo de descentralização das políticas de saúde, novos atores entraram no cenário político, redefinindo junto aos diferentes níveis de governo a participação de estados, municípios e sociedade civil, nos centros de poder de decisão, tornando as políticas públicas mais condizentes às demandas da população. Logo, neste estudo, buscou-se compreender de que forma deu-se a participação dos atores sociais e governamentais no processo decisório nacional relacionado à mudança no fluxo de atendimento ao HIV/AIDS para a Atenção Básica.

De acordo com o entrevistado, integrante da gestão municipal de saúde de Porto Alegre,

“No processo decisório nacional eu não estive, mas no processo municipal eu estive à frente da decisão antes mesmo da diretriz ser construída a nível nacional. Aqui a tomada de decisão, foi a partir da gestão do município e havia uma consonância muito grande entre o posicionamento do Ministério da Saúde e a Prefeitura de Porto Alegre, mas na tomada de decisão não, a gente contribuiu em algumas reuniões, que a gente participou com eles de avaliações da implementação da assistência na rede de Atenção Básica, mas de uma forma mais técnica, não na tomada de decisão de implantar a nível nacional. Também não fizemos nenhum debate aqui, até porque o MSLA começa a fazer essa discussão, de forma mais apropriada, a partir da decisão do governo federal. Foi uma decisão verticalizada, não teve assim um grande fórum de debate acerca da análise do que a gente chama de processo de descentralização do cuidado.”
(SMS/POA1)

Porto de Alegre iniciou o processo de descentralização do atendimento no ano de 2011, devido aos índices de infecção pelo HIV. Frente a um contexto epidemiológico caótico, a gestão de saúde do município tomou como medida regular o fluxo de atendimento ao HIV/AIDS, que até então era realizado pelo serviço especializado, para a Atenção Básica. Entretanto, segundo o entrevistado, apesar de estar à frente da descentralização do cuidado na capital e ter contribuído de forma técnica em reuniões junto ao MS, não participou da tomada de decisão do governo federal em descentralizar o atendimento para o restante do país.

Em Recife, houve uma mudança na coordenação do Programa de Municipal de DST/AIDS, no mesmo momento em que estava encaminhando-se aos municípios, as diretrizes de implementação da linha de cuidado ao HIV na Atenção Básica,

“Quando eu comecei aqui já havia começado tudo, eu entrei em maio de 2014. Então, para construção das diretrizes da política de descentralização eu não estava na gestão e nem participei. Então não saberia te informar se houve a participação do gestor anterior a mim. Quando eu cheguei e assumi em maio de 2014, a própria Comissão Intergestores Bipartite já havia emitido a resolução, que a RNP conseguiu aprovar, de não aceitar o tratamento, ou acompanhamento das PVHA na Atenção Básica, já havia tudo sido acordado. Eu até me entusiasmei, porque o Departamento Nacional nos passou os documentos da implementação da linha do cuidado dessas pessoas na AB, documentos bem esclarecidos, de fácil leitura, que está disponível na página do Ministério da Saúde, mas o MSLA nos barrou nessa questão em reuniões do conselho municipal de saúde.” (SMS/REC1).

Conforme integrante da gestão, apesar de ter demonstrado entusiasmo em relação à diretriz do governo federal, relatou que não houve sua participação no processo decisório nacional, e nem mesmo local, através da Resolução 582 da CIB. Quando o coordenador assumiu a gestão, o governo federal já havia construído as diretrizes, e os acordos no âmbito regional também já haviam sido pactuados; deste modo, acatou a decisão proposta pelo MSLA e aprovada pela Bipartite, em não descentralizar a assistência ao HIV/AIDS para os serviços de Atenção Básica.

A partir das informações trazidas pelos integrantes das gestões municipais da política de AIDS das capitais Porto Alegre e Recife, responsáveis diretos na execução dos serviços de saúde, verificou-se que não houve a sua participação, na tomada de decisão de reformular o fluxo de atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica; mas, ambos demonstram estarem de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, contudo, o contexto de Porto Alegre e Recife são bastante distintos. Em Porto Alegre, já se havia iniciado, pela gestão municipal, o processo de descentralização do cuidado, devido à gravidade do avanço da epidemia na capital. Enquanto que, em Recife, no momento em que o coordenador assumiu a gestão da política de AIDS, as pactuações já haviam sido negociadas, estando as diretrizes para implementar a descentralização do cuidado acompanhadas da Resolução da CIB em não descentralizar, e, assim, manter o atendimento no Serviço de Assistência Especializada.

No que concerne a participação da gestão do Programa Estadual de DST/AIDS do RS, o profissional da coordenação relatou que,

“Eu fui chefe da seção de IST/AIDS da SES RS de abril de 2011 a dezembro de 2013. De janeiro a dezembro de 2014 estive na direçãoadjunta do DAS - Departamento de Ações em Saúde da SES RS, acompanhando muito de perto o trabalho de descentralização do cuidado desenvolvido na seção de IST/AIDS. Enquanto chefe de seção (coordenador estadual) participei ativamente das reuniões ampliadas com coordenações estaduais e de capitais, além de grupos de trabalhos, eu ainda participei das discussões específicas fomentadas pelo DDAHV. Nesse sentido acredito que participei do processo de reformulação.” (SES/RS1).

Segundo depoimento do integrante da coordenação estadual, ele acredita ter participação no processo de decisão do Ministério da Saúde. Enquanto chefe da seção, antes mesmo da diretriz no âmbito nacional, trouxe a ideia da mudança na linha do cuidado ao HIV/AIDS para Atenção Básica, como uma proposta de governo para o enfrentamento do HIV/AIDS no Rio Grande do Sul, já que no estado vivenciava-se uma situação crítica em relação à gestão da infecção (dados epidemiológicos com taxas elevadas e SAE superlotados), necessitando de uma resposta propositiva imediata por parte dos gestores de saúde.

Já, em Pernambuco, o integrante da coordenação estadual apontou que não participou do processo decisório do MS,

“Não, diretamente não. A gente já teve uma decisão do Ministério da Saúde sobre a mudança, quando eu tive uma reunião de coordenadores estaduais, a reformulação da política de atenção foi apresentada pelo Departamento Nacional, com a exposição dos motivos, explicando que o Brasil não é um país continente, que tem as diferenças regionais e não era uma coisa obrigatória, que simultaneamente na orientação do protocolo lá, a atenção ao paciente HIV em determinadas circunstâncias e das especificidades e por adesão poderia ser feito na Atenção Básica, teve muitas dúvidas, muitas perguntas, mas assim, pra discutir se isso era viável, eu não participei, e se houve alguma discussão eu não participei.” (SES/PE1).

A reformulação da política de atenção ao HIV/AIDS foi apresentada pelo Ministério da Saúde aos coordenadores estaduais, com a justificativa dos motivos que levaram a tomada decisão em compartilhar o cuidado, entretanto, esta proposta foi exposta como não obrigatória e sim, por adesão das gestões regionais/locais. Ainda assim, ficou claro, no depoimento, que não foi discutido em reunião com os coordenadores a viabilidade de implementar a mudança no fluxo.

A partir dos relatos pôde-se constatar que houve diferença em relação a participação entre os integrantes das coordenações. Enquanto o profissional estadual, do Rio Grande do Sul, demonstrou ter uma participação ativa em reuniões, grupos de trabalho junto ao

Departamento Nacional, devido a descentralização do diagnóstico já estar em andamento no estado; o profissional de Pernambuco, apesar de ter participado das reuniões de coordenadores, afirma não ter participado do processo decisório nacional, e sim, do momento que foi apresentada a proposta, indicada por adesão, seguida de muitos questionamentos, mas, nenhum momento de discussão entre os gestores sobre a viabilidade de implementação do cuidado compartilhado.

Na percepção do integrante da coordenação do Fórum ONG/AIDS/RS,

“Não houve participação pessoal e nem do Fórum de ONG/AIDS do RS. Foi uma decisão tomada pelo Departamento de IST/AIDS e Hepatites Virais, com apoio de algumas ONG em troca de receber recursos para fazerem testes rápidos com o seu público.” (MSLA/RS1).

A tomada de decisão em descentralizar o atendimento ao HIV/AIDS foi do Departamento Nacional e não houve a participação do MSLA/RS, embora, segundo o coordenador, algumas instituições terem optado por dar apoio ao Ministério da Saúde em troca da construção de uma parceria com recebimento de recursos.

Em Pernambuco, a integrante da coordenação da Articulação AIDS/PE mencionou que,

“Eu penso que essa proposta da descentralização do atendimento, ela não descentralizou as discussões, porque em 2013, eu não estava na Articulação AIDS, aqui quem representava era “J”, mas pelo que eu sei, essa discussão se deu de maneira grande, profunda na Articulação, mas era algo resolvido, e não algo como a gente tivesse e pudesse interferir, tivesse a oportunidade de interferir nesse processo decisório, eu não consigo visualizar uma discussão com o Ministério da Saúde que nós participamos, do ponto de vista do movimento social no estado, eu não consigo visualizar.” (MSLA/PE1).

A proposta de descentralização era algo resolvido, na qual o MSLA não pôde interferir no processo decisório do governo federal. Houve uma forte discussão dentro da Articulação AIDS, em relação à mudança do fluxo de atendimento, mas o debate não estendeu-se ao Ministério da Saúde.

Nos dois depoimentos dos integrantes das coordenações do MSLA do RS e PE, evidenciou-se uma correlação entre os membros do movimento. Não havendo a participação do Fórum ONG/AIDS/RS e nem da Articulação AIDS/PE na decisão do Departamento Nacional em descentralizar o atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica. Também

observou-se que a descentralização do cuidado foi uma medida determinada pelo MS, com o apoio de algumas ONG, e que o MSLA não teve como interferir.

No relato do profissional de saúde do município de Porto Alegre,

“Não, não houve nenhuma participação minha na proposta da reformulação do fluxo de atendimento. Eu que sei que houve alguma demanda entre a secretaria municipal e a estadual de saúde, mas nessa parte de gestão eu não participo, eu trabalho especificamente com os médicos no matriciamento.” (SMS/POA2).

Não houve a participação, porque ele não fazia parte da gestão, apesar de saber que havia alguma demanda do município e o estado junto ao Ministério da Saúde.

Em Recife, a integrante da Equipe de Saúde da Família, também relatou não ter participado do processo decisório por não fazer parte da gestão municipal,

“Eu particularmente não participei do processo de reformulação porque não faço parte da gestão, mas achei maravilhosa essa ideia, porque tudo está a nível central, também as pessoas tem uma dificuldade muito grande de acessar os serviços de saúde, e geralmente as pessoas a nível central só atendem com um encaminhamento do posto, então você imagine na prática, isso seria muito melhor para a população e seria muito melhor para a gente também, porque a gente conheceria os nossos pacientes, a nossa população absceda daquela área, que é portadora do HIV ou não, e a gente saberia tudo, como intervir com esse paciente.” (SMS/REC2).

Entretanto, a entrevistada demonstrou identificação com a proposta, devido às pessoas encontrarem grande dificuldade de acessar os serviços de saúde longe de sua comunidade. Para a médica, além da proximidade do atendimento ao HIV/AIDS facilitar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, ela também proporcionaria aos médicos do PSF um melhor conhecimento e manejo clínico das PVH.

Conforme o relato dos integrantes das equipes dos programas municipais de DST/AIDS, foi identificado que, em Porto Alegre e Recife, houve uma correspondência entre os entrevistados. Nos dois relatos, os profissionais mencionaram não ter participado do processo decisório, devido não fazer parte das gestões municipais.

Na declaração da integrante do Programa Estadual de DST/AIDS/RS,

“Bom, pelo conhecimento que eu tenho, e ontem conversando com a colega “J”, os estados, pelo menos o nosso, não teve uma participação ativa nesse processo de reformulação da política de atendimento ao HIV/AIDS, a gente recebeu a diretriz depois dela pronta já, e não participamos na formulação, isso ficou por conta do Ministério da Saúde.” (SES/RS2).

A construção da diretriz ficou por conta do Ministério da Saúde e já chegou pronta para equipe do estado. Com isso, não teve nenhuma participação no processo de reformulação da política de atendimento ao HIV/AIDS.

Quanto a integrante do Programa Estadual de DST/AIDS/PE,

“Eu pessoalmente não, o Programa Estadual é que está sempre próximo à gestão do Departamento Nacional para estar pensando como implementara descentralização no atendimento e fazer o aporte para população, fazer com que o serviço esteja mais próximo deles, o atendimento, a medicação. Entretanto, o que teve aqui, é que o Conselho de Saúde entrou num consenso e não permitiu que a AIDS mudasse o seu fluxo para Atenção Básica, decidiu não ir pela diretriz do Ministério da Saúde e colocar a política de atendimento ao HIV/AIDS para a Atenção Básica.”(SES/PE2).

Do mesmo modo, não houve a participação no processo decisório nacional, devido à funcionária não fazer parte da gestão. Entretanto, ela mencionou que o Conselho Estadual de Saúde decidiu não acatar a diretriz do MS, ao implementar a descentralização do cuidado ao HIV/AIDS para Atenção Básica.

Observou-se, assim, que existem correspondências tanto no âmbito municipal como no estadual, nos relatos dos funcionários, integrantes das equipes dos Programas de DST/AIDS, devido ao fato de não fazerem parte das gestões. Entretanto, no Rio Grande do Sul, houve o consenso de descentralizar o atendimento ao HIV/AIDS, enquanto que, em Pernambuco, houve o consenso de não descentralizar, permanecer a assistência nos Serviços de Atendimento Especializado.

Segundo integrante do MSLA/RS e do Conselho Nacional de Saúde,

“Nenhuma participação, enquanto representação da sociedade civil. É que assim, essa reformulação, ela não foi discutida no Conselho Nacional de Saúde. Essa diretriz não passou pelo CNS. A minha base era o Conselho Nacional de Saúde nessa época e, a Comissão de AIDS (CNAIDS) do Conselho, que também não discutiu isso. Que eu saiba, quando essa proposta saiu, ela saiu de uma maneira que, mais ou menos, pegou todo mundo de surpresa.” (MSLA/RS2).

Embora, na época, estivesse representando o Fórum ONG/AIDS/RS no Conselho Nacional de Saúde através da Comissão de AIDS, o militante relatou que não teve participação, e a proposta foi uma surpresa, devido ao Ministério da Saúde não ter discutido nem passado a implementação da descentralização pela instância maior de controle social.

De acordo com o integrante da Articulação AIDS/PE e da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais, não houve a participação no processo de decisão do MS,

“Não, você não consegue falar diante do governo federal nas reuniões. Como sempre, o governo federal impõe as coisas de cima para baixo e a gente tem que aceitar o que eles decidem. Infelizmente não há discussão com o movimento social de AIDS para ver o que é melhor para as PVHA, discutir como a gente pode colaborar, o que a gente acha ou não acha, o que eles querem eles fazem, como se fosse uma ditadura mesmo, impõe de cima para baixo, e a gente tem que suportar.” (MSLA/PE2).

O Ministério da Saúde impõe políticas verticalizadas, logo, não há espaço para discussão nas instâncias de controle social e não consegue-se ter voz nas reuniões; e, assim, foi com a descentralização. O movimento tenta discutir e colaborar, mas vivencia um momento “ditadura” junto ao governo federal.

A partir dos depoimentos dos entrevistados integrantes do MSLA, e das maiores instâncias de controle social junto ao Ministério da Saúde (CNAIDS e CAMIS), percebeu-se uma correlação quanto à questão de não haver espaço de expressão nas reuniões com o governo federal. As decisões não passam pela mesa de negociação, as propostas chegam de surpresa, de maneira imposta, ou seja, o MSLA somente recebe a comunicação das medidas, sua participação no momento, está centrada na escuta das determinações do MS.

Conforme a profissional da Equipe de Saúde da Família do município de Porto Alegre,

“Eu não participei, eu não sei te dizer porque não participo da gestão. Enquanto médica participei das capacitações, mas não se ouviu opinião, nessa época tinha muita gente participando, mas não acredito que teve a ver com a participação decisória, já havia sido tudo resolvido, eu acho que isso aconteceu pela superlotação nos SAE, não tinha como atender todo mundo e tinham pessoas que não precisavam. Eu acredito, que foi uma demanda da gestão municipal, pois os SAE não davam conta de tudo, então os casos que não seriam tão graves ficariam no setor primário, como foi a descentralização da tuberculose.” (SMS/POA3).

Sua participação esteve restrita à realização das capacitações para o manejo clínico de pacientes com HIV e não ao processo decisório. Ainda, expôs que durante a capacitação não foi aberto espaço para opiniões, pois estava tudo determinado. Para ela, essa medida foi uma demanda da gestão municipal, por conta dos Serviços de Atendimento Especializados estarem superlotados.

No depoimento de outra participante da mesma Equipe de Saúde da Família,

“Não participei, a gente não teve nenhuma informação anterior à capacitação. O que nos foi passado, em uma formação, é que a gente teria um processo de descentralização no município de POA. Não foi falado comigo e com ninguém, que eu saiba, nada foi perguntado ou pedido a nossa opinião. Esse processo descentralização não teve a minha participação. Na verdade eles fizeram

reuniões com os médicos e enfermeiros das ESF, nos chamaram na Gerência Distrital e lá fizeram a reunião apenas informando que haveria um processo de descentralização. Eles fizeram essa reunião mais centrada nos médicos e enfermeiros, aí depois a gente conversou com o restante da equipe, mas foi passado assim: Eles chamaram, a gente foi e nos disseram que a partir de agora vai ser assim e ponto, não perguntaram nossa opinião ou dúvidas, foi tudo de forma bem verticalizada.”(SMS/POA4).

Sua participação também ficou no âmbito de formação; desse modo, percebeu-se que não houve participação no processo decisório e que as informações sobre a descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica, somente chegaram a partir das capacitações. Para a profissional esta medida foi imposta, sem a discussão com os profissionais das ESF.

Do mesmo modo em Recife, a integrante da Equipe de Saúde da Família relatou que,

“Não participei. Deveria haver mais comunicação com a gente para ver a possibilidade de se trabalhar a descentralização da AIDS para Atenção Básica. Mas, não passou por um processo de discussão dos governos para trazer a Política de AIDS para Atenção Básica e nem se discutiu fazer o atendimento nas USF, olha que eu trabalho aqui há anos. Agora, talvez essa definição do Conselho Estadual de Saúde em não descentralizar tenha sido um reflexo dessa decisão aqui pelacapital. Nem em nenhum Distrito Sanitário nunca vi a discussão, nem dizer que havia um piloto para que futuramente esse projeto fosse implementado, vem tudo verticalizado, cai de paraquedas. Pelo menos por enquanto, nesses anos todos que eu sou enfermeira aqui, só vi descentralizar para as policlínicas, e também isso morreu porque era um secretário adjunto que tinha essa ideia, mas que também ele não conseguiu levar em frente, porque tudo vai depender do casamento da política e do MSLA.”(SMS/REC3).

Não participou do processo decisório. As decisões também vieram de maneira imposta, “cai de paraquedas”, sem a discussão com as Equipes de Saúde da Família. Para a enfermeira, a resolução do Conselho Estadual de Saúde em não descentralizar a assistência, talvez foi um reflexo pelo MS não ter discutido a proposta com gestores e o MSLA, para ver a viabilidade de implementação.

As três entrevistas com integrantes das Equipes de Saúde da Família, demonstraram uma correspondência em relação a não participação do processo decisório, a não discussão com as equipes, e, ainda, que as diretrizes do Ministério da Saúde são colocadas verticalmente. Contudo, em Recife, foi resultado de um consenso entre os gestores locais e o MSLA, a decisão de não implementar a política de descentralização do cuidado.

De acordo com o profissional de saúde do estado do RS,

“Eu faço parte pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) da Comissão Nacional de IST/AIDS (CNAIDS), e eu participei das

discussões lá. Participei do Congresso Nacional de IST/AIDS de Salvador em 2013, no qual eu participei de algumas mesas onde foi discutida essa questão da descentralização do cuidado, então em alguma medida eu participei. Tenho participado aqui em Porto Alegre fazendo parte do comitê de enfrentamento da mortalidade em HIV/AIDS, a gente tem discutido dentro das especificidades do comitê também sobre a política de descentralização. Participei enquanto técnico do RS da comissão estadual de IST/AIDS e do município de POA sobre essa política de descentralização, a criação de uma linha de cuidado em HIV/AIDS envolvendo a atenção primária de saúde, e essa foi a minha participação.”(SES/RS3).

Sua participação esteve no âmbito das discussões, enquanto representante das instâncias de controle social (SBMFC e CNAIDS) e do Comitê de Enfrentamento da Mortalidade. Outra participação foi como técnico nas discussões das comissões do estado e do município para construção da Linha do Cuidado ao HIV/AIDS no RS.

Em Recife, a profissional de saúde do estado de Pernambuco relatou que,

“Eu não participei dessa decisão. Respeito, entendo que o olhar da saúde pública tem que ser para um todo, e por olhar para um todo, sabendo que a epidemia no Brasil é desfavorável, vem com números cada vez mais crescente de infecção pelo HIV, acabou se tomando essa medida. Pode até ter um papel positivo na disseminação da testagem rápida e no diagnóstico precoce, isso é algo positivo, entretanto, a gente sabe enquanto médica de referência em genotipagem (MRG) os riscos que esse processo pode causar. Sabemos que o três em um, que iniciou no ano passado, mal se trabalhou a adesão e que se esse tratamento não for adequadamente orientado, feito as individualizações do tratamento, sabemos que vai, a curto prazo já vai, gerar resistências com a necessidade de indicar medicamentos mais robustos, com mais comprimidos e mais caros; inclusive eu já vivencio essa realidade no consultório aqui, eu já tenho paciente com o esquema três em um e que teve que fazer a readequação para fazer o resgate, isso vai ter impacto mais para frente, ainda é muito cedo.” (SES/PE3).

Enquanto a profissional de saúde, não participou do processo decisório, apesar de respeitar a proposta da descentralização do atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica. Vê como positivos somente a testagem e o diagnóstico precoce; entretanto, chama a atenção para os riscos que a medida de descentralização do cuidado pode causar, já que o tratamento é individualizado e precisa ser adequadamente orientado, para que não haja resistências terapêuticas.

Nas falas, dos profissionais de saúde, aparecem diferentes formas de participação. Enquanto o profissional do RS participação ativa no processo de descentralização do cuidado, por outro lado, a de PE, apontou que não teve nenhuma. Também os relatos demonstraram percepções distintas sobre a mudança no fluxo de atendimento, o profissional do RS se

mostrou a favor, participando da Linha do Cuidado Compartilhado de seu estado; já a funcionária de PE alertou os riscos que os pacientes correm com esta medida.

Para a integrante da Articulação AIDS/PE, que acompanhou as discussões no âmbito nacional sobre a descentralização da política de atendimento ao HIV/AIDS comenta que

“A Gestos acompanhou a partir do debate nacional quando aconteceu, e foi um debate muito forte, existiu um grande enfrentamento do MSLA e o governo brasileiro. Nós tínhamos, não só, a questão da descentralização da política de atendimento ao HIV/AIDS, a qual nós achamos que fazia sentido dentro da perspectiva do SUS, mas que precisava se estabelecer através de um processo de transição, e uma transição que garantisse uma série de pontos para que o serviço de Atenção Básica tivesse realmente condições de absorver essas demandas que viriam com descentralização do atendimento ao HIV, e ainda além do processo de transição, precisaria também um processo de refinanciamento, de um maior financiamento para potencializar as estruturas dos serviços de Atenção Básica, para que ela tivesse as condições necessárias para que a ideia do SUS como um todo funcionasse mais efetivamente. Nós achamos que não era estratégico fazer a transição, de uma forma radical, como estava sendo imposta, então a gente participou de uma forma muito crítica no processo de reformulação inicial, e fizemos o que era possível com as representações que a gente tinha, mas infelizmente isso não foi considerado.” (MSLA/PE3).

A sua participação no processo decisório, não se deu de maneira decisiva para a implementação da descentralização do cuidado ou não; mas sim, de forma crítica. Conforme a militante, houve o debate para que este processo fosse realizado através de uma transição gradual, com a garantia que os serviços de AB estariam adequados para atender a nova demanda de pacientes, por conta da complexidade do atendimento ao HIV. Ela também mencionou, que, mesmo assim, ainda haveria a necessidade de um investimento maior por parte do governo federal, para potencializar os serviços das Equipes de Saúde da Família, para que os serviços de saúde funcionassem, efetivamente, dentro das perspectivas do SUS.

Em Porto Alegre, a integrante do Fórum ONG/AIDS/RS relatou que,

“Para participação na reformulação da política de atendimento ao HIV/AIDS a sociedade civil nunca participou, nunca foi chamada, não foi consultada, não foi ouvida, e nas vezes que a gente pediu algumas informações, elas foram precárias e eram somente passadas via conselho. Não, não houve participação do movimento junto aos governos, a diretriz que traz a mudança, bem como, as referendações para o atendimento na atenção básica, elas não se dão através da participação da sociedade civil, elas vieram verticalizadas do governo federal.” (MSLA/RS3).

O governo federal vem construindo políticas cada vez mais verticalizadas, sem a participação do MSLA. Não há espaço para escuta e discussões, bem como, quando pede-se alguma informação para o MS, elas chegam nos conselhos de forma precária.

As militantes apresentaram, em seus depoimentos, correspondência quanto a não participação na tomada de decisão do MS, em descentralizar o atendimento. Também, concordaram que as políticas vêm sendo impostas e que a posição do MSLA não vem sendo respeitada por parte do governo federal. Por outro lado, a Articulação AIDS/PE participou das discussões de forma crítica no âmbito nacional, enquanto o Fórum ONG/AIDS/RS não foi chamado, nem consultado sobre a mudança no fluxo de atendimento.

Ao contrário do que foi a participação dos atores governamentais e sociais no início da infecção, para a construção da Política de HIV/AIDS, no país, dentro do contexto da reformulação da política de atendimento ao HIV/AIDS, foi possível perceber, a partir dos relatos trazidos pelos entrevistados, que não houve o mesmo nível de envolvimento dos atores. Ao olhar para a história da resposta da epidemia no Brasil, observou-se que, com a consolidação do Programa Nacional na década de 1990 e sua legitimação como melhor programa em âmbito mundial em 2002, o poder político dos atores, sociais e governamentais, nos canais de comunicação junto ao governo federal, foi perdendo espaço para negociação. Este contexto de fechamento dos espaços de negociação junto ao Ministério da Saúde ficou evidenciado quando observou-se que, entre os 19 entrevistados dos dois estados, somente dois integrantes da SES/RS participaram do processo decisório nacional.

Outro aspecto relevante em relação à descentralização do atendimento ao HIV colocado pelos entrevistados, ficou relacionado ao processo de implementação. Na reunião com gestores foi colocado, pelo Departamento Nacional, que a implantação das diretrizes do manejo clínico da infecção do HIV na Atenção Básica, não era uma política obrigatória aos estados e municípios (conforme o relato de um dos gestores entrevistados); entretanto, ficou claro que também não se abriu espaço para discussão da viabilidade de sua implementação.

5.2.2 As Percepções dos Atores

Compreendeu-se, nesta pesquisa, que a descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica, envolve mais que uma regulação no fluxo de consulta e relações de ações nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. Considera-se que as diretrizes do Ministério da Saúde formam uma normativa, atravessada por aspectos que envolvem questões: políticas; financeiras; com os atores (sociais e governamentais); de disputa de

poder; e, de percepções que podem facilitar ou criar obstáculos para sua implementação. Neste sentido, buscou-se compreender o ponto de vista dos entrevistados sobre esta proposta de mudança no fluxo de atendimento ao HIV/AIDS para Atenção Básica.

Para integrante da gestão do município de Porto Alegre,

“Uma tomada de decisão bastante difícil porque tu expande teu espectro do cuidado de uma patologia que estava muito concentrada nas mãos dos especialistas, e tu começa a compartilhá-la com médicos generalistas, em complexidades diferentes, uma coisa é tu ter um ambulatório de especialidades, a outra é tu ter a Atenção Básica, então essa migração do cuidado para AB, que até então dizia, olha essa é uma doença do especialista, tu precisa de tempo, tem uma longa jornada que ainda está sendo construída, é uma estrada difícil que ainda este sendo pavimentada, com várias análises que a gente faz, considero que ela é possível e muito possível.” (SMS/POA1).

Implementar o compartilhamento do cuidado foi uma decisão muito difícil, porque o atendimento ao HIV/AIDS, sempre esteve vinculado aos Serviços de Atendimento Especializado. Para o profissional, o processo de descentralização da assistência fez-se necessário devido à situação epidemiológica da capital gaúcha e a saturação dos SAE. Mas, é necessário um tempo maior, para que se façam as adequações cabíveis. Apesar de ser um processo que ainda está em construção, o mesmo avaliou que é uma medida possível.

Conforme o integrante da gestão municipal de Recife,

“Eu acho que isso é SUS, está colocado dentro dos princípios do SUS, na universalidade do atendimento das pessoas, penso que o SUS tem características inclusivas, não exclusivas, então sou totalmente favorável, agora tem aquela coisa que esbarra na questão legal do MSLA através da resolução da CIB, que nos deixa de pés e mãos atados, sem ter muito que fazer, eu sou totalmente favorável que a linha de cuidado compartilhado comece realmente na ESF, assim como o diagnóstico, mas se diagnostica vai dizer para a pessoa “suma daqui”, isso não pode acontecer, diagnosticou, acolhe comece a trabalhar com essa pessoa, eles podem nas ESF fazer todo um trabalho inicial de monitoramento clínico, para que quando o paciente chegue ao SAE, esteja com um aporte de exames realizados, e seguro para fazer adesão ao tratamento dentro das necessidades dele.”(SMS/REC1).

A descentralização do atendimento ao HIV está alinhada aos princípios do SUS, principalmente, no que refere-se ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, mesmo favorável à linha do cuidado compartilhado, existe limitação pela resolução da CIB em manter os serviços de atendimento ao HIV/AIDS nos SAE.

Frente aos relatos dos integrantes das gestões, houve correspondência em relação à percepção dos atores serem favoráveis à descentralização; contudo, existem diferenças na sua implantação. Em Porto Alegre o compartilhamento do cuidado está em processo de implementação; enquanto que, em Recife o atendimento ficou mantido nos serviços de especialidade.

Quanto à visão do integrante da gestão do Rio Grande do Sul,

“Considero que a descentralização foi um passo importante e necessário, mas seus desdobramentos dependem de decisões políticas. A aproximação entre o HIV/AIDS e a Atenção Básica é tardia, quando comparada à relação entre Atenção Básica e Saúde Mental. Acredito que seja possível a implantação de ações voltadas para prevenção, diagnóstico e cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Básica, mas para que isso aconteça faz-se necessário repensar algumas coisas.” (SES/RS1).

Para o profissional, o compartilhamento do cuidado foi uma decisão tardia, comparando a outras patologias, entretanto, importante e necessária, frente à situação epidemiológica e do ponto de vista de gestão da Política de AIDS que o estado do Rio Grande do Sul enfrentava na época. Para ele, a descentralização é possível, mas é preciso repensar alguns aspectos, entre eles: o papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção, como estabelece o Plano Nacional de Atenção Básica; reconhecer a AIDS como uma questão de saúde pública de seu território; e existir investimento político e financeiro no fortalecimento dos serviços de Atenção Básica e na educação, permanente para os profissionais de saúde.

Já o integrante da gestão de Pernambuco apontou que,

“Acho que Atenção Básica tem um papel importante no compartilhamento do cuidado, mas hoje é muito difícil descentralizar o atendimento no geral, e dizer que a porta de entrada a pessoa com HIV vai ser a Atenção Básica. Eu acho que pelo nível de funcionamento da AB que está fragilizado, com raras exceções, e isso a gente tem que considerar, se a política em geral na média está fragilizada, então não seria o momento ideal de implantar.”(SES/PE1).

Apesar de reconhecer o papel da AB no compartilhamento do cuidado, dentro do contexto de fragilidade em que encontram-se os serviços no estado não considera que o momento seja ideal para implantar a descentralização. Contudo, por decisão do Conselho Estadual de Saúde, com a participação efetiva da Articulação AIDS, a gestão ficou comprometida em investir no fortalecimento e ampliação do número de SAE, ao invés de descentralizar o serviço de atendimento.

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, existe uma correlação no que refere-se à ideia de um cuidado compartilhado do HIV entre a AB e os SAE. Contudo, existem diferenças regionais que foram consideradas em relação à implantação da descentralização. No Rio Grande do Sul, havia um contexto difícil, tanto ao nível de gestão: com SAE desestruturados e superlotas, não dando conta de atender a demanda de novos casos e altos índices epidemiológicos; quanto ao de falta de investimento: político e financeiro, para controle da epidemia. Frente a esta situação, a nova gestão optou por investir nos Serviços de Atenção Básica, criando um recurso estadual, para potencializar serviços da rede básica, dando início ao processo de descentralização, pela implantação e ampliação dos testes rápidos no estado. Enquanto que, em Pernambuco, a gestão do Programa de DST/AIDS, vem mantendo-se no cargo desde de 1995 apesar das trocas de governo, e acolheu a reivindicação do MSLA, por ter o mesmo entendimento que o momento não seria ideal, para descentralizar a assistência ao HIV para Atenção Básica. De acordo com as anotações do diário de campo, diferentemente do RS, a gestão estadual de PE decidiu investir: na reestruturação dos SAE existentes; na ampliação do número de SAE; e na criação de diferentes modalidades de SAE, que podem classificar-se nos níveis I, II, e III, ou seja, SAE com menor complexidade até SAE para atender maior complexidade, servindo de referência e fazendo a contra referência para unidades menos complexas.

Quanto à percepção do integrante da coordenação do Fórum ONG/AIDS/RS,

“Sinceramente, a descentralização é péssima. As pessoas vivendo com HIV perderam referência no sistema de saúde e sentiram que a garantia do sigilo ficou prejudicada, tanto que muitos resistiram e resistem em ser atendidos em suas Unidades Básicas de Saúde locais. Sei que muitos abandonaram o tratamento com o medo de serem apontados e reconhecidos por viverem com AIDS, já que o preconceito continua forte como no início da epidemia, embora hoje, se tenha mais informações sobre o que é HIV e AIDS. Os Serviços Especializados em AIDS estão sendo sucateados, a renovação dos profissionais parou, e aos poucos estão sendo extintos. A referência de AIDS ao mundo se perdeu com a nova política imposta ‘na marra’ pela gestão nacional.” (MSLA/RS1).

A descentralização do atendimento ao HIV foi uma decisão péssima da gestão municipal, uma vez que os pacientes com HIV não estão conseguindo vincular-se às ESF, por conta do preconceito e da falta de sigilo. O entrevistado também salientou que, a política de AIDS perdeu seu status de referência mundial, a partir do momento em que o governo vem implantando políticas verticalizadas, permitindo a falta de profissionais de saúde e o sucateamento dos Serviços de Atendimento Especializados.

Assim como o integrante do MSLA/RS, a integrante da coordenação da Articulação AIDS/PEpensaque,

“Eu acho que quando a gente olha a grosso modo: a gente diz que é beleza; as pessoas vão poder, vão acessar mais rápido o serviço. Mas, quando você tem uma Atenção Básica, que de uma certa forma também não está funcionando como deveria, nós da Articulação temos como princípio nosso lutar pelo fortalecimento do SUS; se o SUS não houvesse existido não teríamos como enfrentar a epidemia de AIDS no BR, mas hoje a AB absorver as PVHA, isso poderia parecer algo muito bom, mas dentro do contexto de fragilidades que a gente vive, num contexto de preconceito e de estigma, pelo menos aqui em PE não é uma saída interessante, não vejo nenhum benefício para as PVHA.”(MSLA/PE1).

A ideia da descentralização para a AB, em princípio, é algo positivo, pois possibilitaria o acesso mais rápido dos pacientes aos serviços. Entretanto, no contexto atual de fragilidades da porta de entrada do SUS e, em decorrência do estigma e do preconceito que envolve o HIV/AIDS, essa não seria uma resposta que traria benefício, no momento, às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Como observou-se nos depoimentos dos militantes, existe consenso acerca da descentralização do cuidado ao HIV como uma proposta não benéfica às PVHA. Só que um expôs direto como uma péssima decisão, por conta de que, no Rio Grande do Sul, foi implantada a assistência na AB, sem ter sido levado em consideração o preconceito em relação à infecção pelo HIV e os serviços especializados estarem desestruturados; o outro referiu que, em princípio, pelo fácil acesso aos serviços, a proposta da descentralização pode transparecer como algo positivo, no entanto, na verdade não é, quando deparada com preconceito em torno dos pacientes e fragilidade da AB, e, por isto, não houve a possibilidade da implementação do compartilhamento do cuidado em Pernambuco. Logo, em comum nos dois relatos, aparecem o preconceito e a fragilidade nos serviços de saúde, tanto na Atenção Básica como nos Serviços Especializados.

No relato do profissional de saúde do município de Porto Alegre,

“Eu acredito que a descentralização seja bastante positiva e imensamente necessária, pelo menos aqui em Porto Alegre, onde a gente tem a maior epidemia do BR na infecção pelo HIV, os ambulatórios de especialidades dos SAE e dos hospitais não dão conta de todos os atendimentos necessários.” (SMS/POA2).

Com a gravidade dos dados epidemiológicos de Porto Alegre e os Serviços de Atendimento Especializado superlotados, sem condições de atender a demanda, a decisão de compartilhar o cuidado ao HIV na Atenção Básica foi considerada necessária e positiva.

Para a profissional da Equipe de Saúde da Família, de Recife,

“Então digamos que aqui essa medida não colou, por mais que exista a expectativa da prefeitura municipal ou até do estado, que o atendimento ao HIV fosse descentralizado, a gente não conseguiu fazer isso, muita resistência dos colegas. Eu lidei com muita tristeza, porque eu sou totalmente a favor da descentralização, porque todos os outros programas a gente conseguiu descentralizar, e depois de anos, é que as pessoas estão achando que foi a melhor coisa que a gente fez, mas (na descentralização do cuidado ao HIV na AB) existiu a resistência para o primeiro passo, e isso continua, a caminhada é muito grande.”(SMS/REC2).

A proposta de descentralização do atendimento ao HIV, não foi incorporada pelas ESF de REC. Embora a profissional seja a favor do cuidado compartilhado, relatou que houve resistência por parte dos colegas em descentralizar, até mesmo a testagem rápida. Após a entrevista, de acordo com anotações do diário de campo, a mesma disse que por não concordar com a posição da equipe teve sérios problemas de saúde, obrigando-se a pedir desvio de função, passando a atuar em outro distrito, em serviços administrativos. Ainda, desabafou que, alguns colegas, na verdade, não querem responsabilizar-se pelo cuidado com o paciente que é de seu território e passam a fazer os atendimentos à base da “empurroterapia”, ou seja, referenciando os pacientes para outros serviços de saúde especializados.

Os profissionais entrevistados de POA e REC demonstraram, em seus relatos, um alinhamento na ideia da descentralização do cuidado ao HIV, como melhor opção; embora, tenham apontado aspectos distintos com relação aos serviços de saúde. Em Porto Alegre, segundo o médico, a descentralização foi uma medida necessária porque os serviços especializados apresentavam dificuldade de absorver a demanda de novos pacientes. Em Recife, a profissional concorda com a medida e lamentou que a proposta de descentralização não foi incorporada pela Equipe de Saúde da Família.

Para funcionária da SES/RS,

“Nós, no estado, a gente vem trabalhando muito na lógica do compartilhamento do cuidado com a Atenção Básica, principalmente a partir de 2014. Pela nossa realidade epidemiológica, eu sou favorável à mudança de modelo de atendimento, a proposta que se trabalhe em conjunto com a Atenção Primária, até porque as pessoas já vivem no território. A gente vem trabalhando num modelo desde o início da epidemia lá, completamente centrada nas especialidades, nos Serviços de Atendimento Especializados, nos CTAs esses modelos não vem dando a resposta que a gente espera. Então, mudar o modelo, começar a trabalhar integrado com a Atenção Básica, ter a atenção primária como porta de entrada principal, me parece um modelo que vai de acordo com a proposta do SUS.”(SES/RS2).

A ideia do cuidado ao HIV integrado com a Atenção Básica, vem sendo implementado no estado Gaúcho por conta de que o modelo anterior, centrado no atendimento especializado, não deu uma resposta efetiva à infecção. A favor da descentralização, a profissional mencionou, ainda, que o trabalho integrado junto à Atenção Básica é um modelo de assistência que vai ao encontro dos princípios do SUS.

Já na percepção da funcionária da SES/PE,

“Para mim essa ideia da descentralização precisa ainda de muitos ajustes, porque quando a gente está em treinamento dentro das UBS do interior, a gente não encontra nenhum profissional sensível e disposto nem para fazer o teste. Eu acho que o profissional, para ele poder fazer o atendimento, primeiro ele tem que estar sensível à ideia, se para fazer a testagem é difícil, imagina ter sensibilidade para fazer todo o procedimento no atendimento, desde o teste, o acolhimento, a dispensação de medicação, e o tratamento; essa sensibilidade eu não encontro aqui no estado, por isso, eu não sou a favor, no momento, em descentralizar.”(SES/PE2).

A implementação do compartilhamento do cuidado ao HIV na Atenção Básica é algo a ser construído junto às Equipes de Saúde da Família, por conta da resistência dos profissionais, até mesmo em realizar a testagem rápida. Frente a esta situação de resistência e falta de sensibilidade das equipes, a profissional pernambucana se diz contrária a ideia de descentralização no momento.

De acordo com as percepções expostas pelas funcionárias estaduais, observou-se que existem diferentes visões em relação à ideia da descentralização da assistência. Enquanto que, no Rio Grande do Sul, desde 2014, a equipe do Programa Estadual de DST/AIDS vem intensificando o processo de descentralização do atendimento junto aos municípios do interior do estado; em Pernambuco, a equipe do Programa Estadual ainda encontra dificuldades em sensibilizar os profissionais de saúde, do interior do estado, em realizar o teste para HIV.

Na perspectiva do militante do MSLA/RS,

“Eu entendo, que dentro do entendimento geral do Sistema Único de Saúde, a porta de entrada do SUS é a Atenção Básica. Claro, que o Sistema Único de Saúde tem várias portas de entrada, a própria portaria do Decreto nº 7.508/2011 fala de várias portas de entrada: Atenção Básica, as Especialidades, que também são uma porta de entrada. Mas, nós não temos uma Atenção Básica pronta, que consiga dar conta das suas demandas de Atenção Básica, como por exemplo, as ações de prevenção. Então, aquela coisa assim, a AIDS é uma ação da Atenção Básica? Acho que não. A AIDS para mim, não é uma ação de Atenção Básica devido sua complexidade. A porta de entrada para a AIDS é a Atenção Básica? Sim, porque a porta de entrada, pode ser o teste de HIV. Entendesse a diferença

que eu quero dar para a questão? A AIDS para mim não é uma questão de Atenção Básica, ela está sendo colocada na Atenção Básica, por falta de investimento nas atenções especializadas, porque na hora não tem como atender todo mundo, mas tem outras formas de fazer isso, que não seja massificando, não dando a atenção necessária”. (MSLA/RS2).

A Atenção Básica não está preparada para realizar o manejo clínico do HIV, devido sua complexidade. Os serviços básicos de saúde encontram dificuldades até mesmo para atender suas demandas, contudo, a Atenção Básica pode ser uma porta de entrada com relação à realização de testagem. Ainda, de acordo com ele, essa mudança no modelo de atenção aconteceu em decorrência à falta de investimento nos serviços especializados.

Na mesma perspectiva, um dos representantes do MSLA/PE, acredita que:

“Bom como eu te falei, se a Atenção Básica estivesse preparada com todas as condições de nos atender seria ótimo. Mas, a gente entende que a AB, principalmente no estado, não está preparada. Eles podem atender outras patologias como diabetes e pressão alta, mas para nós não está preparada. Então, como vai atender as pessoas com HIV/AIDS com todo estigma, todo o preconceito, que a gente carrega nas costas dentro da AB? Não tem condições nenhuma, só prejudica o tratamento das pessoas, elas abandonam o tratamento, não tem uma boa adesão, porque não querem pegar a medicação para não serem visualizadas por pessoas conhecidas, então eu acho que a AB não está preparada ainda no momento. Pode ser que no futuro ela pode se preparar, conscientizar os profissionais de saúde, humanizar as pessoas, aí talvez sim, mas hoje no momento para mim não está preparada para receber as pessoas com HIV/AIDS.”(MSLA/PE2).

Neste momento os serviços de Atenção Básica não estão preparados para atender as pessoas que vivem com HIV, por conta do estigma e preconceito que envolvem a epidemia. E, para descentralizar, é necessário antes realizar um trabalho de humanização dos profissionais de saúde.

Nas percepções dos integrantes do MSLA do RS e PE, ambos evidenciaram uma posição contrária ao compartilhamento do cuidado, com a justificativa que a Atenção Básica não está preparada para atender os pacientes com HIV, mostrando correspondência quanto o ponto de vista sobre a descentralização do atendimento. Entretanto, apontaram elementos diferentes, para demonstrar os motivos pelos quais se opõem. Enquanto que o representante do RS, apontou a falta de investimento nos SAE e as limitações dos serviços básicos de saúde, em PE, foram apontadas as questões do estigma, do preconceito e da falta de sensibilização dos profissionais de saúde para atender esta nova demanda.

Em Porto Alegre, para a profissional de saúde da ESF,

“Os SAE não davam conta de tudo, por isso que os casos que não seriam tão graves ficariam por conta do setor primário, como foi à descentralização da tuberculose, acredito também, que pelos altos números de infecção e por nós conseguirmos ter um atendimento com mais vínculo com os pacientes. Eu acredito que foi isso. Eu acho necessária à descentralização, porque o paciente nos conhece mais, ficam mais próximos e a gente consegue controlar melhor o tratamento”. Agora a gente está tendo uma troca, os casos que eu tenho dúvida, eu vou discutir então com o pessoal, porque assim, tem casos que eu não consigo dar conta aqui, eu sei que preciso de outras especialidades, para esses pacientes.”(SMS/POA3).

A descentralização do atendimento, ocorre semelhante a outras patologias e também em decorrência das altas taxas de infecção pelo HIV, que, por sua vez, superlotavam os Serviços de Atendimento Especializado. De acordo com este pensamento, ela entende que é necessário o compartilhamento do cuidado, até mesmo, pela proximidade e formação de vínculo que os pacientes têm com as Equipes de Saúde da Família.

Segundo a outra profissional da mesma Unidade de Saúde da Família,

“A minha opinião é que eu não concordo. Eu acho que os testes rápidos feitos aqui na USF é algo importante, para fazer um diagnóstico precoce e para a pessoa poder buscar o tratamento o mais breve possível; mas a questão da descentralização da assistência e do tratamento é uma coisa mais complexa. Os testes rápidos tudo bem, porque vai auxiliar no encaminhamento do paciente, mas a gente enquanto Atenção Básica comportar essa demanda de tratar os pacientes, eu acho muito pesada e não concordo. Mas, fazer o quê?”(SMS/POA4).

Contrária à descentralização do Atendimento ao HIV, e a favor da testagem rápida, na Atenção Básica, justificou seu ponto de vista dizendo que, além de ser uma infecção complexa, a assistência e o tratamento tem um grau elevado de responsabilidade, que sobrecarregam a equipe.

Por outro lado, na compreensão da profissional da ESF de Recife,

“Eu sou favorável à descentralização. Acredito que não seria difícil a operacionalização se houvesse um comprometimento maior dos gestores e das equipes. Porque, você recebe os medicamentos do Ministério da Saúde do mesmo modo que se controla a distribuição de outros medicamentos, você tem como controlar a dispensação do antirretroviral, como operacionalizar o CICLON, da mesma forma que foi instituído nos SAE do estado. Agora, como não é uma política para nós da USF trabalhar, aí você fica só com esse sistema do usuário ligado a um SAE, como se ele não fosse também atendido na UBS. Fica um atendimento fragmentado, cada um na sua caixinha, sem um saber do outro, e sem a troca de informações relevantes sobre um único paciente. Outra dificuldade aqui é lidar com o preconceito, lidar com isso é uma dificuldade muito grande,

até mesmo no diagnóstico, o usuário não quer ser abordado pelo Agente Comunitário de Saúde, que dirá se sabe que tem HIV.” (SMS/REC3).

Favorável à descentralização da assistência ao HIV, não vê dificuldade na realização do atendimento e, até mesmo, na operacionalização da dispensação de medicamentos. Na sua visão, o atendimento ao paciente deveria ser algo integrado, entre os diferentes níveis de atenção. Ainda, citou que existem elementos que impedem o compartilhamento do cuidado, entre eles: a falta de comprometimento dos gestores de saúde e dos profissionais das ESF; e, o preconceito em relação aos pacientes com HIV/AIDS.

Conforme mostrado nos três depoimentos de integrantes das ESF, oriundos dos dois estados, existem diferentes pontos de vista em relação ao compartilhamento do cuidado. Enquanto em Porto Alegre, a profissional de saúde vê como uma medida necessária, frente ao contexto epidemiológico e de superlotação dos SAE; a sua colega de equipe, discorda apontando que o cuidado ao HIV exige um serviço de assistência especializado, devido à complexidade que envolve a infecção. Ainda, para a mesma, o serviço de Atenção Básica deve ser responsável pelo diagnóstico precoce e o encaminhamento, já a assistência e o tratamento exigem um tempo e esforço maior de trabalho, o que acaba por sobrecarregar a equipe. Em Recife, a profissional de saúde não aponta o manejo clínico como um trabalho difícil. Favorável ao compartilhamento do cuidado, entende que o atendimento ao paciente com HIV/AIDS, tem que ser feito de forma integrada nos diferentes níveis de atenção; por outro lado, acredita que o preconceito e a falta de comprometimento dos gestores e das equipes prejudicam a implementação da proposta nos serviços de saúde.

Para o profissional de saúde do estado do RS,

“Eu acho que a descentralização é necessária porque a epidemia tomou uma proporção, talvez, que a gente não tivesse a noção da magnitude que ela iria chegar. Também, porque hoje tanto com as possibilidades de diagnóstico, quanto as terapêuticas simplificadas, levam as pessoas a terem uma sobrevida. As pessoas portadoras de HIV, têm uma sobrevida praticamente igual à que não tem o vírus, a condição de soropositividade ou de AIDSela acabou se tornando uma condição crônica e, a Atenção Primária de Saúde, ela deve lidar com todas as condições crônicas e que são comuns na população, como hoje é o HIV.” (SES/RS3).

O processo de descentralização do cuidado ao HIV é necessário, pela proporção que a infecção tomou no estado. Também, na sua visão, atualmente viver com HIV/AIDS tornou-se uma condição crônica e comum entre a população. O uso de terapias simplificadas trouxe

sobrevida aos pacientes, o que possibilita a Atenção Básica fazer a assistência das pessoas com HIV.

Por outro lado, na visão da profissional de saúde de PE,

“Como eu disse antes, eu respeito o olhar da saúde pública. A curto prazo, pode até melhorar o fluxo de atendimento, mas ao longo prazo, eu não sei se isso vai ter um impacto realmente positivo para os pacientes; para isso, estudos devem ser feitos para acompanhar esse processo e ver se essa estratégia deu certo ou não. Do ponto de vista individual, se eu fosse paciente, eu não gostaria de ser atendido por um médico generalista, até porque quando você cursa uma universidade a questão da AIDS não é vista na residência médica e nem na clínica médica. Na especialização é que você estuda especificamente o HIV, esse conhecimento é mais focado exclusivamente na residência médica, que são três anos pós faculdade de uma residência totalmente voltada para infectologia, e a gente sabe que na infectologia hoje o grande norte é o HIV. Então, a gente não pode ter um olhar generalista para uma doença que é individualizada, eu enquanto paciente preferiria muito mais ser atendida por um infectologista, não só pela complexidade da doença, mas também por todo arsenal de terapêuticas novas que a gente tem, pela possibilidade de várias interações medicamentosas que é um espectro muito grande.”(SES/PE3).

O compartilhamento do cuidado em curto prazo pode melhorar o fluxo de atendimento ao HIV, entretanto, não identifica um impacto relevante à saúde dos pacientes. Ela também trouxe, aspectos quanto à formação médica, apontando que durante a graduação de medicina a questão do HIV/AIDS não é estudada; e, enfatiza que, o conhecimento específico sobre a patologia, ocorre durante a especialização em infectologia. Ainda, alertou que não pode-se ter um olhar genérico para uma doença que é individual, e que, mesmo com um arsenal de novas medicações, a complexidade do HIV/AIDS exige um conhecimento maior na hora de indicar o tratamento, para que não haja falha terapêutica.

Nos depoimentos, observou-se que há diferentes percepções acerca do compartilhamento do cuidado. Enquanto, o profissional do Rio Grande do Sul apontou que o HIV/AIDS é uma infecção crônica e de fácil manejo clínico pelo uso de terapias simplificadas; a profissional de Pernambuco mostrou que o cuidado com um paciente portador de HIV exige um conhecimento maior pela complexidade da doença e que, apesar de contar com um espectro amplo de novas medicações e inúmeras interações terapêuticas, o atendimento e o tratamento devem ser feitos de maneira individualizada para cada PVHA.

Segundo o militante do MSLA/RS,

“Eu acho que a efetividade da Política de AIDS é muito complexa e não pode ser vista com um único olhar. Eu, pelo menos, não consigo pensar que tu vai resolver

e responder a epidemia somente com a descentralização do atendimento para Atenção Básica, só com uma única estratégia, e nem vou conseguir pensar isso só sobre o olhar da questão do repasse do dinheiro, ou sobre, o olhar do desdobramento da política entre Serviço Especializado e Atenção Básica, ou sobre a questão da regulação dos leitos, enquanto a gente não conseguir enxergar que a resposta para a AIDS tem que ser pensada de forma mais abrangente, e pensá-la em diversos níveis de atenção, o enfrentamento não vai acontecer na prática.”(MSLA/RS3).

A descentralização do atendimento do HIV para Atenção Básica como única estratégia, não consegue trazer uma resposta efetiva para o enfrentamento da infecção. Na sua compreensão, a resposta para AIDS tem que ser pensada de maneira mais ampla, em diferentes níveis de atenção, para que se obtenha um resultado concreto.

Para o militante do MSLA/PE,

“Olha, eu acredito que a descentralização do atendimento ao HIV foi feita de uma forma verticalizada, ou seja, foi feita a partir de um mandato. Veio de cima e implemente-se em baixo. Veio sem dar ou garantir, que as estruturas da Atenção Básica tivessem a necessária capacitação e a necessária condição de absorver o que está proposto. Tanto é, que hoje a gente vê exemplos dos mais simples aos mais complexos, desde a inexistência de confidencialidade nas UBS, de equipes multidisciplinares, as UBS não tem um infectologista. Qual a UBS daqui que tem um infectologista disponível? Existe a dificuldade de se ter novos infectologistas para atender nos hospitais e SAE, que são as unidades mais complexas, que dirá na UBS então. Assim, eu acho que foi a implementação de uma visão teórica, na verdade, de achar que iria fazer um alinhamento, mas sem a necessidade de estrutura que precisaria para executar o atendimento na prática. É uma estratégia lamentável para mim, que não vai contribuir para o fortalecimento do SUS e também não vai contribuir para uma melhor qualidade no atendimento das pessoas. É uma pena.” (MSLA/PE3).

A proposta de descentralização do atendimento ao HIV foi imposta pelo Ministério da Saúde, sem a garantia da existência de estrutura na Atenção Básica para absorver a demanda de novos pacientes. Para ela, essa foi uma estratégia lamentável do governo, que não traz contribuição para melhoria na qualidade do atendimento às pessoas que vivem com HIV, nem mesmo uma resposta efetiva para o enfrentamento da epidemia.

Nos relatos das militantes, percebeu-se uma correlação na percepção sobre a descentralização do atendimento. As entrevistadas apontaram que a estratégia de mudança no modelo de assistência é uma proposta limitada, por não envolver outros níveis de atenção e lamentável, sob o ponto de vista que não irá contribuir para uma melhor qualidade do atendimento ao HIV, devido à falta de estrutura dos serviços de Atenção Básica.

Quanto à percepção acerca do processo de mudança no modelo de atendimento ao HIV para Atenção Básica, compreendeu-se, a partir dos relatos dos gestores e profissionais de saúde, do Rio Grande do Sul e Porto Alegre, que existe uma correspondência em relação à implementação, tomando-a como uma medida necessária (altas taxas de infecção pelo HIV e saturação dos SAE) e possível (doença crônica e proximidade das ESF); entretanto, foi apresentada diferente compreensão, por parte dos integrantes do MSLA/RS e de uma enfermeira da ESF, ao apontarem que Atenção Básica deveria ser responsável pelo diagnóstico, mas que não está preparada (preconceito, estrutura e profissionais) para atender as demandas que um paciente portador de HIV necessita quanto à assistência e tratamento. Em Pernambuco, existe a correlação na percepção na maioria dos entrevistados quanto à ideia, mas também, o consenso que esse não é o momento ideal para implementação do novo modelo de atendimento ao HIV na Atenção Básica. Dentre os fatores que impedem a descentralização, apontados pelos entrevistados, está a fragilidade dos serviços de Atenção Básica, que não estão preparados (estrutura e qualificação dos profissionais) para receber os pacientes, a falta de comprometimento e investimento das gestões, a resistência das Equipes Saúde da Família e o preconceito relacionado à infecção do HIV, que, culturalmente, é muito forte no estado.

Observando os relatos percebeu-se que, entre os estados, existe um consenso, entre gestores e profissionais de saúde, em relação à ideia de descentralizar o atendimento; contudo, na prática, sua implementação deu-se de maneira diferenciada. No Rio Grande do Sul foi implantada sob a justificativa de ser uma medida necessária, frente aos dados epidemiológicos elevados e, em Pernambuco, não houve sua implantação, pois foi considerado que os serviços de Atenção Básica não possuem condições de atender essa nova demanda de pacientes com HIV.

Nos depoimentos dos militantes do MSLA, também observou-se um alinhamento de visão, quanto ao receio de implementar-se o novo modelo de atenção, devido ao preconceito, a falta de estrutura e qualificação das equipes, para realização da assistência ao HIV. Todavia, na prática, no Rio Grande do Sul, o Fórum ONG/AIDS/RS não foi consultado ou discutiu a questão da viabilidade da implementação do compartilhamento do cuidado; já, em Recife, a Articulação/AIDS/PE teve uma participação ativa no estado junto ao Conselho Estadual de Saúde, levando os gestores a entrarem num consenso de não implantar a proposta de descentralização do atendimento, frente ao contexto de fragilidade dos serviços de Atenção Básica.

Outro elemento relevante, trazido pelos entrevistados, mostrou a visão diferenciada dos próprios profissionais de saúde, quanto à patologia e a responsabilidade do atendimento e tratamento do HIV. Para o profissional de saúde do estado do RS, a infecção pelo HIV é uma condição crônica e comum, sendo de fácil manejo clínico na Atenção Básica, devido à simplificação de novas medicações. Enquanto, que a profissional do estado de PE, alerta que a infecção pelo HIV é algo complexo e exige um conhecimento específico para realização do atendimento e tratamento, por conta de ser uma infecção individualizada; ela ressalta, ainda que, apesar de ser obter um espectro amplo de medicações simplificadas, se o tratamento não for adequadamente orientado e feitas as individualizações necessárias, em curto prazo, as medicações vão gerar resistências e haverá necessidade de tratamentos mais robustos.

Para uma das profissionais da ESF, de Porto Alegre, a responsabilidade do manejo clínico do paciente com HIV (assistência e tratamento) é algo que foge da atribuição da Atenção Básica, pois “responsabilizar-se pelo tratamento é algo ‘pesado’ e requer uma mudança no processo trabalho”. Já, paraprofissional da ESF de Recife, o atendimento ao paciente com HIV deve ser integrado por todos os níveis de atenção, com um sistema de comunicação que possibilite a troca de informações sobre um único paciente; e, quanto a operacionalização dos serviços de assistência ao HIV na Atenção Básica, ela considera que não é um trabalho difícil de realizar. Entretanto, cabe lembrar que, em Recife, a enfermeira não vivencia, na prática, o atendimento ao HIV.

Deste modo, evidenciou-se, nos dois estados, que a descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica está associada a alguns fatores, entre eles: a) a uma tomada de decisão dos gestores; b) a participação dos atores sociais; c) a compreensão da patologia; d) a compreensão das atribuições dos diversos níveis de atenção; e e) a compreensão sobre a estrutura e qualificação dos serviços de saúde.

5.2.3 Os Efeitos do Novo Modelo de Atenção

A implantação da descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica pode possibilitar o desenvolvimento de ações que resultam em efeitos para os usuários. Deste modo, considerou-se importante conhecer os aspectos positivos, ou, ainda, os facilitadores, que permeiam este processo de descentralização.

Para o integrante da gestão de Porto Alegre,

“Eu identifico dois pontos favoráveis. A AB é permeável do ponto de vista da recepção, sob o olhar da integralidade dos princípios do SUS. Olhando para os diferentes estágios desse indivíduo, e colocando esse indivíduo na complexidade certa, mas muito nas questões relacionadas a ela ser a ordenadora do cuidado desse paciente, é ela que vai ordenar as fases do cuidado, entendo que ela é a porta de entrada do indivíduo e ao mesmo tempo, esse indivíduo pode entrar e retornar para ela depois que ele for no especialista, ou que ele foi numa situação de emergência, ou numa internação hospitalar. Então, o entendimento que a UBS é a ordenadora do cuidado facilitou muito a gente reordenar os fluxos desse paciente.” (SMS/POA1).

O primeiro aspecto está relacionado aos princípios do SUS, no que tange a integralidade do atendimento nas diferentes redes de atenção, seguido do segundo, que está relacionado à questão de que a Atenção Básica é responsável por ordenar as redes de atenção e reordenação do fluxo de atendimento ao HIV, colocando o paciente na complexidade adequada.

Segundo o integrante da gestão de Recife,

“Algo bem positivo para nós gestores de saúde, é obter o diagnóstico mais cedo e o acolhimento, assim estaríamos mais próximo dos pacientes; o grande pulo seria isso: estar junto, ao lado do paciente; que o paciente não se preocupasse em se deslocar todos os meses para um atendimento distante; não precisasse ter um gasto com passagens e lanches para esperar um atendimento; ele estaria ali na comunidade dele, ali dentro do seu território ele seria acolhido, atendido e respeitado, o que é muito importante.” (SMS/REC1).

Entre os aspectos positivos, estão o diagnóstico precoce e o acesso próximo dos serviços de saúde para o acompanhamento contínuo dos pacientes, em que esta proximidade evitaria gastos de tempo e custos com deslocamentos e lanches.

Para ambos integrantes das gestões, de POA e REC o acesso próximo, o diagnóstico precoce e o atendimento aos pacientes com HIV pela Atenção Básica são efeitos positivos para os usuários. A proposta está alinhada com os princípios do SUS e vai ao encontro do Plano Nacional de Atenção Básica, em que dispõe que ela é a porta de entrada e a ordenadora das redes dos serviços de saúde, tendo a responsabilidade de referenciar os pacientes para o grau de complexidade de acordo com sua necessidade.

Conforme integrante da coordenação estadual do Rio Grande do Sul,

“O primeiro passo positivo foi o investimento técnico e financeiro na implantação e ampliação da testagem rápida; com isso, a gente conseguiu implantar a testagem rápida, com todos os problemas e dificuldades, e assim ampliamos: o

acesso ao diagnóstico em todo estado; e pessoas com diagnóstico realizando o monitoramento clínico sem o antirretroviral.” (SES/RS1).

O aspecto principal da descentralização da assistência, é à ampliação da testagem rápida, seguida do acesso ao diagnóstico em todo estado e do monitoramento clínico dentro da AB às pessoas infectadas pelo HIV, sem uso de terapia antirretroviral.

De acordo com o diário de campo, houveram muitas dificuldades para descentralização do teste rápido, tais como, problemas com a logística, para que os testes pudessem chegar aos municípios do interior e a rotatividade dos profissionais de saúde contratados, que eram capacitados e depois saiam, sendo necessário qualificar o outro profissional que assumiu o lugar; assim, iniciou-se uma qualificação para melhoria na questão do cuidado, fazendo com que as pessoas com HIV residentes dos municípios do interior ficassem sendo acompanhadas nos serviços próximos de sua residência.

Conforme integrante da coordenação estadual de Pernambuco,

“Eu acredito que a AB tem um papel muito importante na prevenção: de ter um mapeamento de sua área, de saber onde estão as concentrações de pessoas que tem exposição aumentada ao HIV, como intervir com essas pessoas, em colaboração com as diversas instituições, e que tenha no seu mapeamento o território de escola, igrejas, puteiros, donos de puteiros, posto de gasolina, associações, sinucas, cancha de futebol de várzea, você ter identificado, onde tem um clube, um bar, tudo que faz parte do território. Seria positivo investir em ações que são primárias, anteriores, então, tem que haver a prevenção, depois viria o acesso ao diagnóstico.”(SES/PE1).

Um aspecto importante da descentralização seria, principalmente, o desenvolvimento de ações de prevenção, baseadas no mapeamento dos locais de maior vulnerabilidade, na realização de redes de cuidado, em parceria com as instituições da comunidade e, somente depois dessas medidas preventivas viria o acesso ao diagnóstico.

Quanto aos aspectos positivos da descentralização, identificados nos relatos dos entrevistados do RS e PE, existem diferentes pontos de vista, mas há também uma citação comum: o acesso ao diagnóstico. No Rio Grande do Sul, os efeitos mais positivos foram diretamente relacionados: a ampliação da testagem rápida, o acesso ao diagnóstico em todo estado e o monitoramento clínico dentro da AB às pessoas infectadas pelo HIV. Já, em Pernambuco, foi apontado primeiro: o desenvolvimento de ações de prevenção, através da AB, seria de maior efeito e depois viria o acesso ao diagnóstico.

Na concepção do integrante da coordenação do Fórum ONG/AIDS do RS,

“A única facilidade que vejo aí, é o desafogo nos serviços especializados que estão com demandas cada vez maiores e o número de profissionais cada vez menores.” (MSLA/RS1).

Como a única forma de benefício, a descentralização do cuidado possibilita o desafogamento dos Serviços de Atendimento Especializado, devido à regulação do fluxo de consulta.

Conforme integrante da coordenação da Articulação/AIDS/PE,

“Olha eu penso que descentralizou, a primeira ação positiva deveria se voltar ao trabalho para prevenção da AIDS e das IST, porque a ação mais importante para estar na Atenção Básica é a prevenção, fazer prevenção com qualidade, com gente preparada para fazer uma discussão, que não seja uma ação esporádica, que não seja um esporro nas pessoas que buscam preservativo, que não tenha preconceito, que aborde o cuidado respeitando todas as populações.”(MSLA/PE1).

Depois de realizada a descentralização em PE, o primeiro aspecto positivo que a entrevistada vislumbra é voltado ao trabalho de prevenção, com o desenvolvimento de ações educativas continuadas, de acordo com a necessidade, respeitando as diferentes populações do local.

Acerca dos efeitos positivos do compartilhamento do cuidado, observou-se que existem visões bastante distintas por parte dos representantes do MSLA. Enquanto no RS foi visto o desafogo dos SAE, em Pernambuco, foi referida a prevenção.

Para o profissional de saúde de Porto Alegre,

“Um dos facilitadores da política é que as pessoas por vontade própria ou por motivos particulares, ou por questão de custo com o transporte, preferem ser atendidas nas unidades mais próximas de sua casa, com isso, não precisam gastar dinheiro com deslocamentos, gastam menos tempo, com o serviço disponível em sua comunidade.” (SMS/POA2).

A descentralização do cuidado possibilita, às pessoas com HIV, o atendimento em sua comunidade, o que é um aspecto positivo, pois, com a proximidade do serviço de saúde, não se tem custos com deslocamentos e nem perde-se tempo com o trajeto para um atendimento distante de sua residência.

Para a profissional de saúde da ESF de Recife,

“Eu vejo como algo bom para os pacientes, eles estarem próximos, porque existem aqueles que não têm o dinheiro do ônibus, tem paciente que precisa de

acompanhamento especializado e não tem como se deslocar, e também seria muito melhor para a gente, porque a gente conheceria os nossos pacientes, independente de portador do HIV ou não, e saberia como intervir nessa pessoa.”(SMS/REC2).

A possibilidade da proximidade dos serviços de saúde é identificada como um aspecto positivo da descentralização do cuidado, para os usuários que, muitas vezes, não têm condições financeiras para deslocar-se a uma consulta em outro bairro, que careça o gasto com transporte; e, para a equipe, no estabelecimento de vínculo, que facilitaria o acompanhamento dos pacientes.

Conforme os depoimentos dos profissionais de saúde, há correspondência na identificação como aspecto positivo decorrente da descentralização, quanto ao acesso nos serviços de saúde próximo dos usuários. Para eles, a proximidade além de proporcionar a economia tempo e gasto para chegar a uma consulta, também possibilita, ao médico, um conhecimento maior sobre o paciente e uma melhor forma de intervenção junto às PVH.

Para a profissional da SES/RS,

“Os pontos positivos são a ampliação da testagem e a proximidade para realizar o atendimento. Os serviços especializados, na maioria das vezes, não conseguem fazer um vínculo tão grande, porque afinal de contas a pessoa acaba consultando a cada seis meses ou até demora mais tempo, é difícil ter um vínculo maior com um médico que o paciente vê uma ou duas vezes por ano, então estar mais próximo do serviço, com um médico de família que é o ideal para equipe, e fazer o atendimento para mim é uma vantagem.”(SES/RS2).

A ampliação da testagem e o estabelecimento de maior vínculo entre médico e paciente são identificados como pontos positivos da descentralização. Considerando que, nos Serviços de Saúde Especializados, as consultas ocorrem cerca de duas vezes ao ano, com a disponibilidade do serviço de assistência ao HIV na AB, dentro da localidade do paciente, existe a possibilidade de um atendimento mais contínuo, seguido de maior proximidade e vínculo entre médico e paciente.

De acordo com a profissional da SES/PE,

“Um efeito positivo em relação a isso para os pacientes eu vejo a testagem, num primeiro momento o teste rápido quando a gente descentraliza para Atenção Básica, se todos fizessem da forma que a gente orienta nos treinamentos, muitos usuários dizem que é ótimo, porque não teriam que sair para longe de casa para se testar, nesse sentido também é muito bom.”(SES/PE2).

Muitas pessoas, principalmente, dos municípios do interior de Pernambuco, tinham dificuldade de encontrar serviços de saúde que realizassem a testagem rápida; assim, era preciso ir até Recife para fazer o teste de HIV. Logo, a implantação do teste rápido e o serviço próximo ao usuário, são considerados aspectos positivos, oriundos da descentralização da atenção.

Conforme os relatos das profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, do RS e PE, há correspondência na identificação de aspectos positivos decorrentes da descentralização, no que diz respeito à implantação do teste e, também, em relação a proximidade do acesso aos serviços de saúde, sendo no RS, a partir do atendimento, por facilitar o acompanhamento contínuo junto as PVH, e, em Pernambuco, através da testagem rápida, para evitar o deslocamento do paciente à outra localidade para fazer o teste, longe de sua residência.

Para o integrante do MSLA/RS,

“Eu não vejo aspecto positivo, porque o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), apesar das diretrizes serem colocadas em 2014, a descentralização já aconteceu há muitos anos, a descentralização na verdade ela sempre existiu, se a gente pensar que São Paulo município, Porto Alegre município, Salvador município, Rio de Janeiro município, que começaram no início da epidemia a trabalhar com a questão de AIDS, aí depois centralizou no início da década de noventa, para descentralizar de novo agora, as ações que já nasceram descentralizadas, a questão da descentralização e centralização para mim, estão diretamente ligadas a questão de recurso financeiro, com a descentralização do atendimento, o governo federal repassa menos recurso e mais responsabilidades para os municípios, porque aí no caso do acesso as Especialidades, as ações estão no SAE, ficam sob as responsabilidades do estado, município e união, então o financiamento fica mais equilibrado, enquanto que os serviços de Atenção Básica, ficam com menor recurso e ao encargo dos municípios.” (MSLA/RS2).

A (des)centralização do atendimento ao HIV é uma medida que vem oscilando ao longo dos anos e está, diretamente, relacionada à relação financeira (União, Estados e Municípios) por conta do repasse de recursos e alteração/transferência de responsabilidade, ou seja, a União é ciente que os SAE demandam maiores recursos e a Atenção Básica menores; logo, com a implantação da descentralização repassa menos recursos e mais responsabilidades ao encargo do município.

Para o integrante da Articulação/AIDS/PE,

“Eu não vejo benefício nenhum ser atendido pela Atenção Básica, eles podem atender outras patologias como diabetes e pressão alta, mas para nós não está preparada, então como vai atender as pessoas com HIV/AIDS, com todo estigmae

todo o preconceito que a gente carrega nas costas, dentro da Atenção Básica? Não tem condições nenhuma, só prejudica o tratamento das pessoas, elas abandonam o tratamento, não tem uma boa adesão, porque não querem ser visualizadas por pessoas conhecidas, então eu acho, que a Atenção Básica não está preparada ainda no momento, pode ser que no futuro, mas hoje não.”(MSLA/PE2).

A descentralização da assistência para Atenção Básica não traz benefício nenhum para quem vive com HIV/AIDS, pelo contrário, com o estigma e o preconceito em relação a infecção pelo HIV evidenciado pela comunidade, traz às pessoas o medo de serem identificadas no atendimento e, assim, até o abandono do tratamento.

Entre os membros do MSLA, RS e PE, existe correspondência, quando referem-se que a descentralização do atendimento ao HIV não apresenta aspectos positivos, seja por falta de estrutura e qualificação dos serviços de AB, para atender pacientes com uma patologia estigmatizada; ou ainda, pela questão de os municípios ficarem com maior responsabilidade na execução das ações, e menor repasse de recursos destinados aos serviços de Atenção Básica, o que pode resultar no fracasso da proposta.

Para profissional da ESF de Porto Alegre,

“Como positivo, eu acredito que a proximidade, o vínculo que os pacientes fazem aqui é diferente. Aqui é uma Unidade de Estratégia da Família, quer dizer que eu tenho uma população fechada, é mais fácil porque eu conheço os meus pacientes, minhas Agentes conhecem, então assim, eu trato o filho, a mãe, a tia, então eles têm muita confiança em mim e muito vínculo também. Então eles vêm se testarem, eles vêm quando tem algum problema, eles vêm quando não conseguem tomar a medicação, eles vem e falam que não estão conseguindo, e a gente sabe até quando o paciente está faltando, então é mais fácil combinar os cuidados.”(SMS/POA3).

O acesso próximo e o vínculo com a Equipe de Saúde da Família permitem além do diagnóstico precoce, um melhor acompanhamento do paciente. Para a profissional, a proximidade com a formação de vínculo facilita as combinações em relação ao cuidado.

Para outra profissional da mesma ESF de Porto Alegre,

“O lado positivo da descentralização a meu ver é que a gente consegue resgatar as pessoas mais precocemente, no dia a dia mesmo, quando esse paciente vem eu converso com ele, eu conheço ele, ou o ACS sabe se aquela pessoa está mais vulnerável, aí já vem e traz o paciente, e diz olha tem que fazer o teste rápido, aí eu vou lá converso vejo se ela quer fazer o teste, ofereço, falo da importância do diagnóstico precoce, me aproximo dele e faço a sensibilização, e essa proximidade possibilita captar mais diagnósticos de pessoas infectadas, e isso é fundamental, integrar as pessoas no início com o diagnóstico e aconselhamento e

encaminhar ao tratamento o mais rápido possível, a proximidade da ESF da comunidade, do cidadão é outro ponto positivo.”(SMS/POA4).

A proximidade das Equipes de Saúde facilita o diagnóstico precoce, sendo um ponto positivo do compartilhamento do cuidado. Quando os pacientes chegam ao serviço, ou estão em situação de vulnerabilidade e são encaminhados pelas ACS, até a unidade de saúde, é feito o acolhimento e o teste é oferecido, essas ações são fundamentais aos usuários.

Para profissional da ESF de Recife,

“A gente tinha a discussão do nó crítico que temos no estado, que é ter poucos SAE, e os que tem não dão conta de atender e monitorar rigorosamente seus usuários, nem conseguem dar o apoio necessário a eles, no caso hoje o PSF seria uma ponte importantíssima com esses usuários que desaparecem do SAE, que não aderem o tratamento, e que o SAE não tem pernas para ir buscar, fazendo todo processo de acolhimento e atendimento mais perto desse usuário, seria mais fácil de ver as nuances de sua não adesão ao tratamento.” (SMS/REC3).

Com a superlotação dos SAE, os serviços especializados não dão conta do atendimento e no monitoramento dos pacientes, frente a esta situação, o atendimento ao HIV na AB, por estar mais próximo do usuário, permitiria um acompanhamento mais efetivo, no que refere-se ao atendimento e a adesão ao tratamento.

Nos depoimentos das profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família, observou-se uma correlação, no que trata a proximidade do acesso ao serviço de saúde. A médica da ESF, de Porto Alegre, e a enfermeira da ESF, de Recife, trouxeram o atendimento e o tratamento próximo, como um facilitador da descentralização do cuidado. Entretanto, um profissional de saúde de Porto Alegre, mencionou como ponto positivo o acesso ao diagnóstico precoce.

Conforme o profissional de saúde do estado do RS,

“Um dos facilitares é: que bom que a AIDS é uma condição crônica, que tem tecnologias simplificadas e perfeitamente absorvida pela atenção primária! Outro efeito da política para o paciente, é que ele pode perfeitamente ser acompanhado e ter o seu cuidado coordenado pela rede de atenção primária, o que é algo bom para saúde dele, pois o serviço estará mais próximo dele, cuidando de sua saúde e que pode lidar com todos os seus problemas de saúde de uma forma integrada, e não só específica do HIV, ele vai estar dentro dos programas de busca ativa dos faltosos, na medida em que se conseguir implantar uma linha de cuidado e encaminhamento na Atenção Básica a gente pode ter um favorecimento também em relação à adesão pela proximidade das equipes de saúde da família, por

exemplo uma pessoa que se trata no Conceição é mais difícil fazer uma busca ativa do que uma que se trata num posto de saúde da família.” (SES/RS3).

A AIDS é considerada uma doença crônica, e de fácil administração de tratamento com as simplificações das medicações, o que facilita o manejo clínico do paciente com HIV na Atenção Básica, além de possibilitar um atendimento integrado, que favorece a adesão ao tratamento.

Para a profissional de saúde de Pernambuco,

“Como eu te disse antes, eu acredito que a Atenção Básica pode até ter um papel positivo na disseminação da testagem rápida e o diagnóstico precoce, que é algo positivo, mas no restante da assistência não.” (SES/PE3).

O papel positivo da descentralização do atendimento ao HIV, na Atenção Básica, está somente ligado à ampliação do acesso à testagem rápida e ao diagnóstico precoce.

Conforme os depoimentos, percebeu-se diferenças destacadas pelos entrevistados. Segundo o profissional do RS, a descentralização favorece um atendimento integrado e uma melhor adesão ao tratamento do paciente; todavia, a profissional de PE não considera positiva a assistência, somente a testagem rápida para realização do diagnóstico precoce.

Na compreensão da militante do Fórum ONG/AIDS/RS,

“A ampliação do acesso ao diagnóstico, isso é muito bom, isso é muito positivo porque as pessoas podem se descobrir soropositivas antes e iniciar antes o tratamento ainda num tempo mais precoce, só o problema que deu é que tu cria demanda e não tem a estrutura de absorção disso, então a diferença de quando tu sai de um serviço especializado para Atenção Básica é que tu muda a forma de financiamento das ações da especialidade para Atenção Básica, vai impactar nisso, o nosso problema maior hoje em dia quando tu trabalha lá na ponta com o usuário, é que tu tem um usuário com diagnóstico que não foi absorvido pela rede.”(MSLA/RS3).

A descentralização do atendimento ao HIV, embora permita o acesso precoce ao diagnóstico, o que é algo bom; em alguns casos, os usuários, mesmo com o diagnóstico, não conseguem vínculo com os serviços de saúde locais, e, neste caso, o efeito da mudança no modelo de atenção está ligado à forma de financiamento de ações dos serviços especializados para Atenção Básica, o que pode acarretar em problemas maiores, como a falta de estrutura para absorver usuários.

Para o integrante da Articulação/AIDS/PE,

“Eu penso que se tivéssemos as condições de funcionamento como está proposto no papel, seria um bom modelo. Na prática pode haver seus aspectos positivos, mas não adianta ter aspectos positivos se você não tem as condições de executar um bom trabalho, a estrutura, o financiamento, a preparação, então é algo que a gente sabe que não vai funcionar, porque a gente sabe que as estruturas disponíveis para que se funcionasse não existem, os serviços de saúde estão todos sucateados, com isso o MS quer forçar a barra, e descentralizar na marra”. (MSLA/PE3).

Com considerável financiamento à AB, oportunizando condições de estrutura e qualificação para execução de um trabalho correspondente à proposta e demanda, se teria um bom modelo para assistência ao HIV. Entretanto, os serviços de Atenção Básica também estão desestruturados; deste modo, a estratégia do Ministério da Saúde de descentralizar, forçando as ESF a assumirem esta nova demanda de pacientes, sem que exista estruturas disponíveis, não vai funcionar.

As integrantes do MSLA trouxeram correspondência, quanto às condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, onde sem um financiamento que possibilite condições de estrutura e qualificação das equipes de ESF, a AB não tem como dar conta de todas as ações que envolvem o cuidado compartilhado do HIV, como já ocorre em Porto Alegre.

Quanto aos aspectos positivos que envolvem a descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica, observou-se uma conexão entre a maioria dos entrevistados quando eles apontaram a proximidade dos serviços de saúde para realizar o diagnóstico precoce, atendimento e tratamento, como um ponto positivo na mudança no modelo de atenção. Diferentemente da maioria dos entrevistados, quatro integrantes do MSLA, trouxeram aspectos semelhantes quanto às condições dos serviços de AB em realizar o atendimento ao HIV.

Para os militantes, a AB não está estruturada e qualificada para prestar o serviço de assistência aos pacientes com HIV; deste modo, a estratégia do compartilhamento do cuidado tende a não efetivar-se na prática. Justificam esta ideia, quando mostram que existe uma relação entre a mudança no modelo de atenção e o financiamento das ações, ou seja: quando o usuário tem atendimento no SAE, a responsabilidade e o financiamento são divididos entre as três esferas de governo; e, quando o atendimento ao paciente é na AB, a responsabilidade é do município e tem um custo menor, porque é a AB que fica com a menor parcela no montante de financiamento do SUS; assim, a mudança no fluxo está ligada, diretamente, à forma de financiamento das ações, conseqüentemente, o governo federal e estados acabam gastando menos com as ações de assistência ao HIV, na Atenção Básica, e, ainda, ficam com uma

parcela menor de responsabilidade quanto à prestação dos serviços de saúde, e isto vai impactar nas condições da AB absorver a demanda da assistência ao HIV. Ainda, outros aspectos diferentes foram considerados pelos entrevistados, entre eles, a AB como ordenadora do cuidado, a regulação do fluxo e desafogo dos SAE e o papel da AB na execução das ações de prevenção, o fácil manejo clínico do HIV como doença crônica.

5.2.4 As Relações entre os Atores

A proposta de descentralização do manejo clínico da infecção pelo HIV na Atenção Básica, envolve muitos fatores, entre eles, a relação entre os atores que fazem parte do processo de formulação e reformulação da Política de AIDS. Nas entrevistas mencionadas anteriormente, observou-se que foram expostas as preocupações dos integrantes do MSLA, ao questionaram sobre as condições (estrutura e qualificação de profissionais) que a Atenção Básica teria para realizar uma atenção qualificada no atendimento do HIV. Deste modo, compreendeu-se que é importante conhecer como estabelece-se a relação do MSLA com os gestores da política de AIDS.

Conforme integrante da coordenação municipal de Porto Alegre,

“Com relação ao MSLA ainda existe várias críticas em relação a esse modelo, o que eu percebo é que existe uma falta de discussão, de aprofundamento dessa discussão com o MSLA, as discussões não têm tido muitos espaços hoje, nem com o Ministério da Saúde, nem com o estado, e nem tem conseguido fazer com nós do município, e não é por falta de desejo nosso, não se consegue aglutinar todo movimento para fazer a discussão, mas é um movimento muito temerário com a posição da descentralização do cuidado para AB, e muito crítico, eu acho que eles têm esse papel da crítica, mas ao mesmo tempo, eles não tem acompanhado muito como se dá esse processo na rede de AB.”(SMS/POA1).

A relação da gestão municipal com o Fórum ONG/AIDS/RS vem ocorrendo sem espaço de diálogo e sem o aprofundamento das discussões sobre a descentralização do cuidado ao HIV. Para o gestor, a falta de diálogo é um processo que também ocorre com os outros níveis de gestões. Ainda, mencionou sobre as fortes críticas ao novo modelo de atenção baseado no compartilhamento do cuidado, sem mesmo, se ter o acompanhamento de como está desenvolvendo-se a implementação na AB.

Para o integrante da coordenação municipal de Recife,

“Sobre essa relação do MSLA e os governos eu não tenho muito subsídio para te falar, realmente eu não teria muito a dizer, de ouvir falar pelos outros, me parece

que esse relacionamento anda um tanto estremeado, com a dificuldade do MSLA dialogar com a gestão federal, como não tenho muita propriedade vou pedir que você converse com o “C” que ele vai poder te dar informações mais precisas, ele está num mandato da CNAIDS, ele vai poder te dizer quais as dificuldades que eles estão tendo com a gestão federal, aqui com nós do município a gente procura ter o melhor relacionamento possível, eles demandam muita coisa, o que o secretário nos autoriza, a gente procura atender, até 2014 esse atendimento era mais maleável, mais depois com as contenções de verbas se fechou mais para os financiamentos.” (SMS/REC1).

A relação do município com a Articulação AIDS/PE, é baseada no diálogo e na negociação de demandas, buscando estabelecer um bom relacionamento com o MSLA, embora, nos últimos anos, tenha diminuído o financiamento e o atendimento de algumas demandas tenham se reduzido. No que refere-se às outras esferas de governo, o gestor mencionou não ter conhecimento, embora, tenha ouvido por outras pessoas, que a relação do MSLA com o Ministério da Saúde está estremeada, sem espaço de diálogo.

Conforme relato dos entrevistados, percebeu-se correspondência quanto a relação estremeada e sem diálogo, estabelecida entre o governo federal e o MSLA. Entretanto, observou-se que existem diferenças, entre o estabelecimento das relações locais com o MSLA. Em Porto Alegre, enquanto se demonstra dificuldade de dialogar com o Fórum ONG/AIDS/RS, devido às muitas críticas à mudança no modelo de atenção; em Recife, a coordenação vem dialogando, estabelecendo uma boa relação com a Articulação AIDS/PE, e, na medida do possível, apesar de precisar da autorização do secretário de saúde, vem atendendo a demanda do MSLA.

Para integrante da gestão estadual do RS,

“O MSLA no RS tem um perfil muito conservador em relação às inovações, então eu brinco e falo com “R”, “M” e “ZH”, com todos, amo eles, tenho grande afeto por essas pessoas, mas eles são muitos conservadores, e eles têm uma dificuldade grande de visualizar que para a gente mudar esse quadro que está posto, temos que mudar o modelo de atenção, a sociedade civil foi muito resistente à implantação do teste rápido na AB, fez coro ao discurso do atendimento especializado, dizendo que AB não tinha conhecimento, não era capaz de acolher e guardar sigilo, o que não se sustentou por si só, então, a gente assumiu o risco que podemos errar, e é bem possível que a gente vai errar muito nesse processo todo, mas a gente tem que tentar e se a gente não tem evidência científica, a gente faz uma proposta ética política, e vamos ver se isso dá certo, e iniciamos o processo do compartilhamento da linha do cuidado.” (SES/RS1).

Apesar das diferentes posições em relação à política de descentralização do atendimento ao HIV, existe uma relação de diálogo entre a coordenação estadual e o Fórum

ONG/AIDS/RS. Entretanto, destacou que a sociedade civil é muito resistente e conservadora no que refere-se à mudança no modelo de assistência ao HIV para a AB, frente a esta resistência, optou-se por assumir a responsabilidade de implantar a testagem rápida em todo o estado e iniciar o processo de compartilhamento do cuidado.

Conforme integrante da gestão estadual de PE,

“Olha aqui em Pernambuco a gente sempre teve como política, uma discussão com a Articulação, o movimento AIDS daqui participa de campanhas, editais de financiamento de projetos, a gente faz o levantamento epidemiológico, discute com eles quais seriam os projetos, em que área desses projetos a gente teria mais necessidade, eles discutem e sugerem também, a gente teve um acordo de quantos projetos, recortes de área e populações chaves, então a gente tem pautado sempre no diálogo. Lógico, nos últimos anos a gente nota uma fragilidade no movimento social, tem muitas ONG que fecharam, não teve mais financiamento externo, o financiamento interno também mudou um pouco, diminuiu os recursos e hoje se têm dificuldades para financiar as ações. Mas, com relação a discussão sobre a descentralização do atendimento para AB, a participação da Articulação AIDS foi bastante efetiva naquele dia da reunião do Conselho Estadual de Saúde, a secretária da saúde estava presente, e a gente apresentou como estava a Política de AIDS estadual até então, e ficou definido que o atendimento ao HIV continuaria na especialidade, então ficou definido que nós iríamos estar ampliando o número de SAE ao invés de transferir o atendimento para AB.”(SES/PE1).

A coordenação do Programa Estadual, procura estabelecer uma relação de diálogo com a Articulação AIDS, embora que percebe o momento de fragilidade que o MSLA está passando, reconhece a participação efetiva dos militantes nas negociações junto ao Conselho Estadual de Saúde, e na definição de não descentralizar o atendimento do HIV para AB e investir na ampliação e potencialização dos SAE.

Como percebe-se nos depoimentos, existe uma correspondência quando referem-se à relação de diálogo com o MSLA; contudo, nas tomadas de decisões acerca da implementação do cuidado compartilhado, o gestor do Rio Grande do Sul não atendeu a reivindicação do Fórum ONG/AIDS/RS, enquanto que, o gestor de Pernambuco considerou a solicitação da Articulação AIDS/PE, levando ao CES a proposta de que aquele não seria momento de descentralizar, devido a AB não ter condições de estrutura e qualificação para realizar o atendimento de pacientes portadores do HIV.

Segundo integrante da coordenação do Fórum/ONG/AIDS/RS,

“Infelizmente não consigo identificar nenhuma relação, não somos chamados para discutir as políticas de AIDS no Ministério da Saúde, no estado ou no município, com raras exceções, o principal obstáculo é que alguns gestores desqualificam a sociedade civil organizada de luta contra AIDS, como se não tivéssemos condições de discutir as ações em HIV/AIDS, como já foi dito pela própria coordenadora de ações em AIDS, e outras patologias da SMS de Porto Alegre, afirmando que as associações comunitárias não estão preparadas para discussão, daí se pode perceber como os gestores veem o Movimento Social de Luta contra AIDS no Brasil.” (MSLA/RS1).

No desabafo do militante, percebeu-se que existe grande dificuldade de diálogo entre o Fórum ONG/AIDS/RS e as três esferas de governo. Para ele, os gestores tendem a desqualificar o MSLA ao apontarem que eles não possuem condições suficientes para discutir as questões sobre as ações em HIV/AIDS.

De acordo com a integrante da coordenação da Articulação AIDS/PE,

“No nosso caso, quando a gente procura os ‘coordenadores’ de IST/AIDS daqui, eles sempre respondem, marcam reuniões e tal para ver as coisas, eles são muito solícitos, e marcam as reuniões, vão e respondem as coisas. O secretário de saúde atual também tem uma boa relação, agora eu fiquei muito chateada porque no ano passado quando houve as audiências públicas, todas vezes quem ia era o coordenador estadual, então se a gente falava da medicação que estava faltando, era com “F”, do número de teste rápidos era “F”, da sífilis congênita era “F”, há minha gente, tem que ter outras pessoas que respondam pela política, porque quem compra a medicação não é “F” não, quem teve o imbróglio com a SAÚDELOG, foi a secretária de saúde, são essas pessoas que tem que vir para discutir e ver para gente, e não ele sozinho, porque aí fica tudo nas costas dele, a política de AIDS é da secretaria de saúde, e ficam num empurra-empurra, aliás, continua um erro que parece que vai se repetir para sempre, primeiro que a política de AIDS é restrita à secretaria de saúde e depois ao departamento nacional que não tem diálogo e quando a gente fala não se escuta, para mim, a política de AIDS tem que se relacionar com todas as secretarias de governo e não ficar restrita à saúde.” (MSLA/PE1).

A relação estabelecida entre a Articulação AIDS/PE e os gestores locais é baseada no diálogo, embora o grau de resolutividade das reivindicações não esteja em poder dos coordenadores e, sim, condicionadas aos secretários de saúde do estado e do município. Quanto ao governo federal não existe diálogo e quando se tem possibilidade de reivindicar suas demandas, o Departamento Nacional não atende.

Os relatos dos entrevistados do MSLA apresentaram correlação quando apontaram a falta de diálogo junto ao Departamento Nacional, entretanto, quando referiram-se à relação com os gestores locais, no RS, o Fórum evidenciou encontrar dificuldades de discutir com as gestões locais, sendo desconsiderados, principalmente, pela gestão municipal; enquanto que,

em PE a Articulação mencionou ter uma boa relação com os gestores do estado e município, embora não tenham suas demandas atendidas.

De acordo com o profissional de saúde do município de Porto Alegre,

“Essa relação entre gestores locais, sociedade civil e MS eu não tenho acesso a essas informações, eu não trabalho nesse lado de gestão.”(SMS/POA2).

Como ele não faz parte da gestão, não tem conhecimento sobre como estabelece-se a relação entre os gestores da política de HIV/AIDS e o MSLA.

A profissional de saúde da ESF de Recife,

“Sobre a relação com o movimento social eu não sei te responder, porque não faço parte da gestão, só faço o atendimento médico mesmo.” (SMS/REC2).

Também relata em sua entrevista que por não trabalhar junto à gestão, somente na Unidade Básica de Saúde, não sabe responder.

Os depoimentos dos profissionais de saúde de POA e de REC têm correlação quando apontaram não terem acesso e nem conhecimento frente às relações entre as gestões e MSLA, inteirando que não fazem parte da gestão.

Para a profissional de saúde da SES/RS,

“As questões com a sociedade civil são bastante delicadas, tem momentos que a gente está mais próximo e tem momentos que a gente está distante, o que eu posso te dizer, o movimento social sempre está presente nas decisões junto ao estado, fazem parte dos fóruns de discussão, a própria questão da formulação da linha de cuidado compartilhado, eles tiveram presente, mas isso não quer dizer que a gente concorda em tudo, a gente tem vários pontos de visão diferentes sobre a descentralização, a gente vê de uma forma e eles de outra, mas no geral a gente consegue ter uma relação boa e produtiva, claro, que sempre existe algumas dificuldades, apesar deles participarem de todos nossos fóruns de discussão, eles participaram do grupo que construíram a linha, eles participam de todas as nossas ações, mas existe interesses diferentes sim.” (SES/RS2).

A relação com o Fórum ONG/AIDS/RS é baseada no diálogo com a gestão estadual, os militantes têm espaço de negociação via Comissão Estadual de DST/AIDS, para debater sobre as questões referentes à política de HIV/AIDS e participaram da construção da Linha do Cuidado Compartilhado ao HIV no RS; entretanto, ela mencionou que existem momentos de distanciamento, devido aos diferentes interesses que existem entre a gestão e o MSLA.

Segundo a profissional de saúde da SES/PE,

“Sobre como é a relação deles, só sei que eles são bastante presentes nas discussões com a coordenação, mas não participei da discussão com a Articulação sobre a descentralização da assistência ao HIV, mas a iniciativa da normativa do Conselho Estadual foi puxada por eles.”(SES/PE2).

Existe uma relação de diálogo do programa estadual de DST/AIDS com a Articulação AIDS. Embora ela não tenha participado da reunião sobre a decisão de implementar o compartilhamento do cuidado no estado, sabe que as instituições são bastante presentes nas discussões e que lideraram a negociação junto ao Conselho estadual de Saúde para não descentralizar o atendimento para AB.

Nos relatos das profissionais de saúde, percebeu-se uma correspondência quanto à relação de diálogo e participação do MSLA com os Programas de DST/AIDS estaduais; todavia, a funcionária da SES/RS, apontou que, mesmo que a relação seja boa e produtiva, existem diferentes visões sobre a descentralização.

Para o integrante do Fórum ONG/AIDS/RS,

“É que hoje, a relação sociedade civil com os gestores locais, ela é mais fácil que a relação sociedade civil com o gestor federal, porque os gestores locais estão dentro do processo e próximo das ONG, aí tu vai e negocia direto com eles. Agora, a gente está vivendo hoje uma situação bastante diferente com a gestão federal, ela negocia com quem ela quer, ela escolhe com quem ela vai negociar, e não necessariamente com quem a sociedade civil decidiu que ela vai negociar, porque qual é o maior espaço de organização de políticas públicas? O Conselho Nacional de Saúde! Mas, a gestão não negocia com o Conselho Nacional de Saúde, por questões pessoais da gestão, muito mais por questões pessoais, que por críticas que o conselho faz a gestão, então ela não negocia com aquele que faz crítica, ela só negocia com quem apoia, e desse jeito,perdem todos, tanto a sociedade civil, quanto a gestão, porque a gestão quando ela negocia apenas para ouvir acordos e não discordâncias, perde todo mundo inclusive a gestão porque ela não consegue ver o contraditório, ela não consegue ter outras posições, se todos estão num entendimento, todos estão olhando para o mesmo lado, e alguns acham que o caminho para chegar é outro, talvez exista uma forma desses caminhos se juntarem, mas a gestão deixa bem claro que o caminho é o dela, então só negociam com quem percorre o mesmo caminho deles.”(MSLA/RS2).

Atualmente, a relação de negociação com os governos locais está mais fácil pela proximidade das instituições, que fazem parte do MSLA. Entretanto, não existe possibilidade de negociar com o governo federal no momento, mesmo através do Conselho Nacional de Saúde que é a maior instância de negociação política. Segundo o militante, o Departamento

Nacional não está aberto às críticas e vem posicionando-se de forma vertical, só dialogando com aqueles que concordam com suas orientações/posições.

Para o integrante da Articulação AIDS/PE,

“Bom na relação com os governos locais, no estado agente tem um bom diálogo apesar de às vezes eles não conseguirem aquilo que a gente defende, a gente tem um bom diálogo também com o governo municipal, mas partindo para o governo federal a gente não vê essa abertura, eu sinto muito fechado, se você pensa que o governo federal discute sobre o enfrentamento da AIDS com os movimentos sociais, esqueça, saiba que pelo contrário, não há discussão nenhuma, passou o tempo que se tinha aquela discussão que nem no início da epidemia, eles não reconhecem, mas se o Departamento Nacional hoje é o que é, deve ao Movimento AIDS porque foi com a nossa participação que se construiu toda a Política de AIDS e hoje sem diálogo, muda tudo, e virou um caos mesmo.” (MSLA/PE2).

Existe uma relação de diálogo com os gestores locais, embora as solicitações do movimento, às vezes, não são atendidas, diferentemente do governo federal que não abre espaço algum para discussão junto ao MSLA. Em desabafo, mencionou, ainda, que o Departamento Nacional, atualmente, não reconhece a importância do movimento para (re)formulação da Política de AIDS.

Nos depoimentos existe correlação na questão de que as relações nos âmbitos estadual e municipal são estabelecidas a base do diálogo com os gestores; já com o governo federal as negociações estão interrompidas, sem espaço de negociação devido haver resistência do Departamento Nacional em aceitar críticas, e, com esta postura, as políticas são verticalizadas por parte da nacional, sem reconhecer a importância do MSLA na (re)construção da política de AIDS.

De acordo com a profissional de saúde da ESF de Porto Alegre,

“Olha era bom nós saber sobre esse assunto, ver como eles pensam, mas eu não sei informação sobre a relação das ONG com a coordenação, pois fico aqui na minha comunidade atendendo, e longe da gestão, aí eu não sei.” (SMS/POA3).

Embora considere interessante saber a respeito da relação do MSLA com a gestão municipal e como eles pensam sobre a descentralização, por ela não trabalhar na gestão, não tem informação acerca disso.

Também conforme a profissional de saúde da ESF de Porto Alegre,

“Não sei mesmo te informar, não faço parte da gestão.” (SMS/POA4).

Não tem informações porque não trabalha junto à gestão municipal. Conforme a profissional de saúde da ESF de Recife,

“Olha como já fui da gestão eu sei que tudo depende do casamento da política com o MSLA, porque o movimento social tem que ser aquele parceiro que impulsiona a política, agora que não estou na gestão, eu não sei como anda a relação deles com a gestão, mas quando eu estava lá percebia sua atuação.” (SMS/REC3).

Como ela já fez parte da gestão da saúde do município, coordenando o Programa de Tuberculose, ela percebe a importância da participação do MSLA, embora, atualmente, não saiba informações porque retornou a ESF.

De acordo com o profissional do estado do RS,

“No que se refere à relação do movimento social, eu não tenho conhecimento nenhum, porque não participo das reuniões com eles, mas, agora a relação entre o estado e o município, eu vejo eles muito desarticulados, e ao mesmo tempo que existe uma vontade de se estabelecer uma articulação, eles se esbarram não sei no quê, acho que falta capacidade gerencial de sentar na mesa como pares e como parceiros, ao invés de estar discutindo disputas por beleza, tem que se discutir as confluências, convergências para derrubar essas barreiras políticas gerenciais, para que a implementação dessa política se faça de maneira mais efetiva.” (SES/RS3).

Embora registre sua insatisfação com o tipo de relação entre os gestores locais, que ao invés de discutirem pautas voltadas à implementação da política de descentralização do cuidado, ficam disputando poder e colocando barreiras políticas, impedindo, desta forma, que a política seja mais efetiva; o entrevistado afirmou não ter conhecimento de como se estabelece a relação com o MSLA.

A profissional de saúde de PE,

“Desculpe não saber algumas informações para te responder todas as perguntas, como sou médica infectologista não acompanho as discussões e relações das gestões com as instituições.” (SES/PE3).

Não tem informações sobre a relação dos gestores locais com o MSLA porque não acompanha as discussões por não fazer parte da gestão.

Os entrevistados apresentaram conexão quanto a não acompanharem as discussões dos gestores com o MSLA. Embora, o profissional de Porto Alegre ainda tenha exposto que identifica uma barreira política entre os gestores do estado e do município.

Para a integrante do MSLA/RS,

“Eu vou falar nos três níveis. O diálogo com o município, ele tende ter uma facilidade maior pela proximidade, a gente tem municípios com afinidade muito grande com minha visão de fórum ONG/AIDS, não só do município de Porto Alegre como alguns municípios do interior que a gente entreviu, enquanto Fórum abriu um diálogo entre a sociedade civil e a gestão local, a gente marca uma reunião com a gestão, apresenta a ONG daquela localidade que eles não conhecem, aí depois de aberto esse canal, e de haver um primeiro diálogo, tu consegue estabelecer um retorno maior. O diálogo do estado com o Fórum ONG/AIDS, ele se dá muito bem, a gente nunca teve porta fechada para dialogar, mas isso não quer dizer que nossas demandas são acolhidas, a gente traz muita demanda, na grande maioria delas nós não temos resolutividade pela gestão. Entretanto, houve uma ruptura com o diálogo a nível federal, assim o diálogo praticamente não existe com o Fórum ONG/AIDS, e também com a maioria das ONG, hoje em dia somos um coletivo de mais de quarenta ONG e praticamente só oito dialogam com o Departamento, o restante não tem diálogo nenhum, muito menos as demandas acolhidas porque a posição do nosso movimento é diferente.”(MSLA/RS3).

O relacionamento do Fórum ONG/AIDS/RS com os governos locais vem transcorrendo através do diálogo, o estado vem acolhendo as demandas do movimento, entretanto, a maioria delas não estão sendo resolvidas, já, com o governo federal, ocorre o contrário, houve um rompimento na relação, e, com isto, o Departamento Nacional não vem abrindo espaço para se dialogar com o Fórum.

De acordo com a militante da Articulação AIDS/PE,

“Eu acho que não está acontecendo embate como deveria estar, eu acho que a Articulação AIDS está num momento de fragilidade politicamente, não está conseguindo fazer o embate, mal consegue acompanhar as questões aqui do estado, infelizmente carecemos de um movimento mais estruturado para fazer o embate, não se tem diálogo com o governo federal, não estamos conseguindo levar as demandas daqui para um debate nacional, eu realmente acho que isso não está acontecendo como deveria.” (MSLA/PE3).

A Articulação AIDS não está conseguindo fazer uma discussão com os governos como deveria devido à fragilidade política que o movimento vem enfrentando, embora, acompanhe as questões com os gestores locais, já, com o governo federal, existe uma dificuldade de diálogo, de levar as demandas de nível local para o debate nacional.

Conforme os depoimentos das militantes, compreendeu-se que, existe correlação quando elas falam que as relações com os gestores locais transcorrem bem, mesmo não sendo resolutivas e que tem, por parte do Departamento Nacional, uma falta de espaço para o

diálogo com MSLA. Contudo, a militante da Articulação AIDS/PE, trouxe também um aspecto diferente ao mencionar a fragilidade política que o MSLA vem enfrentando nos últimos anos, no que refere-se ao poder de embate junto aos governos.

Quanto ao ponto de vista dos entrevistados, em geral, sobre a relação entre gestores e MSLA, verificou-se que sete deles, todos profissionais de saúde, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e Serviços Especializados, não faziam parte da gestão e tiveram a mesma resposta de não saber nenhuma informação sobre esse aspecto. No entanto, houve correspondência entre os entrevistados das gestões e dos MSLA quanto à boa relação de diálogo que existe entre eles, embora, muitas vezes, as coordenações não tenham poder de decisão para atender as demandas do MSLA. Também houve correlação entre os militantes do MSLA dos dois estados, quanto ao rompimento de diálogo com o governo federal, para eles o Departamento Nacional fechou o canal de diálogo com a sociedade civil, não aceita críticas, e ainda impõe políticas de forma verticalizada. Entretanto, uma das militantes de Pernambuco admite a fragilidade política que o MSLA enfrenta em relação ao debate com os gestores.

Frente a este contexto exposto pelos entrevistados, compreendeu-se que a relação dos gestores, da Política de AIDS com o MSLA, no âmbito da coordenação municipal e estadual, embora apresentem interesses diferentes, vem transcorrendo na base do diálogo e parceria, contudo, também foi apontado que gestores acabam acolhendo as demandas, mas ficam limitados em dar as respostas, devido ao poder decisório estar nas mãos dos secretários de saúde. Na relação com o governo federal, foi entendido que o Ministério da Saúde, vem cumprindo seu papel enquanto formulador da Política de AIDS, no entanto, o fechamento de diálogo com as instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde, e com os militantes do MSLA, fere os princípios do SUS e da democracia, e, assim, quem perde são os usuários dos serviços de saúde.

5.2.5 Os Limitadores do Compartilhamento do Cuidado

Assim como é importante conhecer os efeitos positivos da mudança de modelo de atenção HIV, considerou-se nessa linha de análise compreender, a partir da percepção dos atores envolvidos com a questão, os aspectos associados aos obstáculos que fazem parte, ou podem interferir na implantação da (des)centralização do cuidado ao HIV.

Segundo profissional da gestão do município de Porto Alegre,

“Bom, temos alguns obstáculos para enfrentar, primeiro: o RS forma muito poucos médicos infectologistas, há também uma carência de recursos humanos, de formação de novos profissionais, então além de termos poucos recursos humanos, nós temos um inchaço muito grande dentro dos SAE; em segundo: o especialista se coloca numa posição que o paciente é seu, ele é um paciente da minha especialidade e por outro lado, o médico generalista, que diz essa doença é de especialista, então há um embate no entendimento que a pessoa pode ter o cuidado compartilhado por ambos, cada um tendo uma responsabilidade por determinado momento da vida daquele paciente, dependendo de sua necessidade; em terceiro, que eu lembrei é a retirada de medicação e agente vem fazendo essa discussão com o Departamento Nacional de IST/AIDS, que não tem cabimento a gente centrar os medicamentos em farmácias dentro dos SAE, precisamos colocar isso dentro da AB, nas farmácias municipais de uma maneira mais acessível e facilitada, esse é um desafio concreto que tem que se resolver nos próximos anos, mexer com a logística de medicamentos para AB no sentido de fazer a dispensação no local onde o paciente está sendo atendido, mas o maior obstáculo que nós temos é de fazer essa discussão com o MSLA, porque claro, eu consigo entender a posição contrária deles, consigo entender a lógica do MSLA, quando ele diz, só um pouquinho, eu quero estar ali no hospital porque se eu precisar de alguma coisa eu vou ter, está certo, mas ele não está precisando naquele momento, quando precisar, cabe a nós gestores termos a obrigação de colocar o paciente em atendimento e é aí que está o maior obstáculo.”(SMS/POA1).

O processo de descentralização do cuidado está vinculado a alguns obstáculos, entre eles: 1) a falta de formação de profissionais especialistas, que acarreta em poucos infectologistas para fazer o atendimento, numa capital onde se tem a taxa mais elevada do país, de novos casos de infecção pelo HIV, o que, conseqüentemente, reflete na superlotação dos SAE; 2) à integralidade no atendimento ao HIV, ou seja, o especialista se diz responsável pela assistência, bem como, o generalista também refere que é da responsabilidade do infectologista, entretanto, não existe a compreensão entre os médicos de que o atendimento deve estar vinculado à necessidade do paciente, assim, ele pode ser atendido por ambos os serviços, em momentos diferentes; 3) a dificuldade em relação à centralização dos medicamentos junto aos SAE, que é um desafio a enfrentar-se, sendo necessário mudar a logística das medicações para dispensação na Atenção Básica, para, assim, facilitar o acesso do tratamento aos pacientes; e 4) a visão contrária do MSLA em relação à implementação do compartilhamento do cuidado, que é citada como o maior empecilho de todos.

Para o profissional da gestão do município de Recife,

“Considerando nossa realidade para efetivação da política de descentralização do cuidado, a primeira coisa é vencer a resistência do público alvo, do

movimento social, depois vencer a resistência dos profissionais, que ainda não são equânimes na questão do atendimento. Inclusive, ainda hoje temos muita dificuldade com relação à testagem rápida, que desde 2013 havia somente trinta seis USF realizando os testes, neste ano de 2016 nós temos em torno de oitenta USF já realizando teste rápido, espalhados pelos oito distritos. Como você ouviu na reunião que tivemos aqui com as coordenadoras dos distritos, temos realidades diferentes em cada área, tem distrito em que só uma unidade está realizando, e em outros conseguiram expandir, tem outras que se mantém estáveis, nosso desafio é treinar, é capacitar e se manter realizando o teste, mantendo a equipe, tirando as arestas, para que o HIV seja visto como uma atribuição da ESF, assim como a responsabilidade do atendimento a sua população, mas isso varia muito de equipe para equipe, tem algumas que estão fazendo uma recapacitação, fizeram uma capacitação, mas não colocaram em prática, agora estão retomando novamente com outra capacitação, os profissionais alegam que não se sentem seguros para fazer o teste, então vamos lá relembrar, agora talvez ele começa, tudo a seu tempo na conversa e no convencimento, tem distrito muito difícil, que o trabalho tem que ser feito corpo a corpo, infelizmente só oitenta das duzentos e quarenta unidades de saúde fazem o teste, e a nossa meta, em quatro anos de gestão, é atingir oitenta por cento da rede realizando teste rápido. Além de toda dificuldade, também temos a questão do sindicatos dos enfermeiros que lançaram uma normativa totalmente absurda em que os enfermeiros não podem realizar a testagem rápida, isso é uma atitude totalmente inconsequente, eu não sei como as pessoas delegam sobre isso, mas enfim, eles estão lá no sindicato e delegam representando a categoria dos enfermeiros, outra dificuldade é que hoje nós temos um SAE e um CTA municipal, o que nós estamos trabalhando é para que o nosso CTA vire um CTA/SAE para ampliar a assistência ambulatorial, porque os SAE que temos do estado estão todos absolutamente lotados, está difícil acolher até pacientes novos, aí a gente tem uma ansiedade muito grande para que o serviço se amplie, mas também temos que esperar eles se organizarem, quer dizer que não se fecha as portas, mas temos que esperar a sensibilidade da gestão para aceitar a ideia e fazer as coisas acontecerem.”(SMS/REC1).

A primeira barreira para implantação da descentralização do cuidado está associada à resistência do movimento social, seguida dos profissionais de saúde, que resistem em realizar o atendimento ao HIV, e até mesmo, em fazer a testagem rápida na Atenção Básica. Em Recife, a descentralização da testagem rápida ainda é um processo em construção junto as ESF, existe dificuldade por parte dos profissionais de saúde em absorverem essa atribuição, alegando sobrecarga de trabalho. Em decorrência desta situação, o sindicato lançou uma normativa proibindo os enfermeiros de realizarem a testagem rápida. Outra dificuldade encontrada pelo coordenador refere-se à ampliação da assistência, pois existem somente dois serviços municipais especializados para realização do atendimento ao HIV na capital, o que acarreta na superlotação dos SAE, entretanto, a ampliação dos serviços de assistência depende da sensibilização do secretário de saúde, para que as obras necessárias aconteçam.

Como percebeu-se nos depoimentos dos profissionais das gestões, existe correspondência quanto aos poucos serviços especializados disponíveis nas capitais para o atendimento ao HIV, o que, conseqüentemente, ocasiona a superlotação dos SAE existentes. Entretanto, os entrevistados buscam formas diferentes para resolver o problema da lotação, em POA buscou-se na Atenção Básica o compartilhamento do cuidado ao HIV; e, em Recife o coordenador tenta sensibilizar a gestão para ampliação do número de SAE, já que lá está impedida a descentralização da assistência. Verificou-se que as diferenças estão no âmbito das práticas vivenciadas a partir da tomada decisão de descentralizar ou não o atendimento ao HIV. Enquanto em Porto Alegre, onde descentralizou-se o atendimento, o profissional apontou como entraves: a descentralização das medicações, que acaba dificultando o acesso e a adesão aos medicamentos e a falta de entendimento entre médicos e especialistas, de quem é a responsabilidade do atendimento ao HIV; em Recife, o profissional expôs o esforço em sensibilizar as equipes para a realização da testagem rápida, no sentido de ampliar a cobertura de diagnóstico nos distritos, almejando também a criação de novos serviços especializados.

De acordo com o entrevistado da gestão da SES/RS,

“Nós começamos o trabalho com a implantação da testagem rápida, e muitas dificuldades apareceram no processo, problemas de logística, de como fazer chegar os kits, a questão da capacitação dos trabalhadores, porque nos municípios do interior, a Atenção Básica tem uma rotatividade muito grande de profissionais de saúde, então a gente fazia as capacitações e tínhamos que retomar porque mudava as equipes, mas de tudo isso, eu acho que a prevenção foi o eixo que a gente teve mais dificuldade e ainda tem, porque me parece que no BR a resposta brasileira a epidemia de AIDS teve um acordo tácito, um acordo não dito, entre governo e sociedade civil, que o governo faz atenção e a sociedade civil faz prevenção. O SUS, não inseriu nos programas de saúde, exceto campanhas pontuais, ações de prevenção, o que é uma coisa muito básica hoje, os agentes comunitários de saúde terem formação sobre HIV/AIDS, saber como, onde e porque ter um exame de diagnóstico, carregar a camisinha na mochila quando vai fazer a visita domiciliar, fazer um trabalho de grupo, que gradativamente a gente vai conseguindo, mas não está no escopo das ações da Atenção Básica. No que se refere especificamente a efetividade do compartilhamento do cuidado ao HIV, os entraves são mais de ordem política, na vontade política de fazer acontecer, e financeira com a disponibilização de recursos para potencializar os serviços previstos na linha de cuidado, principalmente a partir da aprovação da emenda nº 95/2016, que congela por 20 anos os investimentos em saúde, com isso a situação dos municípios tenderá a piorar, refletindo na qualidade e acesso da atenção.”(SES/RS1).

O processo de descentralização iniciou pela testagem rápida, que se teve dificuldades para que chegassem os insumos para realização do teste nos municípios do interior, e também

a rotatividade dos profissionais, fez com que as equipes responsáveis pelas capacitações tivessem que retornar para capacitar os novos profissionais. Contudo, a maior dificuldade está associada às ações de prevenção, para o gestor, desde o início da epidemia, construiu-se um acordo entre os gestores e a sociedade civil, na qual a prevenção ficaria por conta das instituições, por sua vez, o SUS, também não incorporou as ações de prevenção nos serviços de saúde da Atenção Básica. Por fim, o trabalho para mudança no modelo de atenção já foi iniciado no estado e sua efetividade está vinculada à vontade política de continuar priorizando a implantação nos serviços de AB, e, ao mesmo tempo, seguir com os investimentos para dar estruturas e qualificação às equipes; entretanto, com a crise financeira e recessão nos recursos para saúde, não há boas perspectivas para ampliação e melhoria na qualidade da atenção.

Para o entrevistado da gestão SES/PE,

“Para que as coisas aconteçam, para mim tem que haver muitas mudanças. Começando, pelo nível de investimento para equipe, pela quantidade de recurso mandado para gente, que ainda não corresponde ao impacto desejado, a esse montante que tem ali de recursos humanos, de horas trabalhadas. Outra coisa é, que apesar de que todos os médicos dizem que tem muito papel para preencher, tem muita coisa para fazer, mas a gente sabe também que não vão atender todos os dias, e acho que isso é uma realidade nacional, os funcionários estão indo nesse caminho, o que é extremamente perigoso. Então, a questão é de recursos humanos, de matriciamento, e isso tem a ver com a formação do profissional, é a academia que deve dar resposta, porque a academia hoje é completamente desvinculada, a meu ver, completamente desvinculada com as necessidades da sociedade, a academia deveria estar participando coletivamente e intensamente dentro desse processo de formação e supervisão do profissional, porque hoje é muito fácil o acesso à internet, então é fácil, por telefone, smartphone, você tem computador, tele saúde, ficaria muito fácil esse acompanhamento, para que ele saia do curso com a noção do que é um trabalho na Atenção Básica. Outra dificuldade que eu vejo, é a fragilidade nos serviços da AB, isso é algo a ser perseguido, e tem que ser alcançado, as coisas primárias, são anteriores e tem que ser feitas, tem que fazer ações de prevenção, depois você teria que ter o acesso ao diagnóstico, e o acesso ao diagnóstico é uma dificuldade extrema para você colocar um teste rápido numa UBS, então, como uma UBS que se nega a fazer o teste rápido vai cuidar de uma pessoa com HIV? Se a Atenção Básica fizesse um bom trabalho de prevenção já teríamos meio caminho andado, e a gente sempre fala, não é só prevenção às IST, mas também ao estigma e ao preconceito, é saber acolher o usuário para que o usuário retorne e faça vínculo, a Atenção Básica seria em primeiro lugar da prevenção, e isso ajudaria a tecer essa relação de confiança entre o profissional e a clientela, porque na questão da AIDS ainda existe o estigma.”(SES/PE1).

A proposta de descentralização da assistência, depende de muitas mudanças. Iniciando por investimentos financeiros para contratação de mais recursos humanos e pela melhoria nos

salários dos profissionais de saúde, que enfrentam sobrecarga de trabalho, com o atendimento ao HIV bastante burocrático, exigindo uma série de anotações, notificações e encaminhamentos, neste aspecto, o gestor ainda relatou que, a queixa dos profissionais é algo a ser trabalhado durante a formação, com o acompanhamento de estágio supervisionado, para que quando o médico termine o curso de medicina possa ter noção do que é exigido em nível de trabalho nos serviços de Atenção Básica. Outra mudança necessária, está ligada à fragilidade nos serviços de AB, onde faltam ações de prevenção, seguidas da dificuldade de descentralização da testagem rápida, e do enfrentamento do preconceito.

Entre os relatos dos integrantes das gestões, observou-se conexão quanto às dificuldades, de incorporar as ações de prevenção ao HIV/AIDS, nos serviços de saúde (SAE e AB); implementara testagem rápida nos municípios do interior do estado, seja por conta da resistência das equipes em PE, ou, ainda, pela questão de logística e rotatividade dos profissionais de saúde no RS; e investir recursos para potencialização dos serviços em infraestrutura, recursos humanos e qualificação das ESF. Contudo, o integrante da coordenação do programa estadual do RS, referiu não sentir-se otimista frente à recessão que o país atravessa, e salientou, também, que a efetivação da política depende da vontade dos governantes. Ainda, o integrante da coordenação de Pernambuco, trouxe outro elemento, citando que existe a falta de envolvimento das universidades para dar a resposta à epidemia, pois, atualmente, às academias estão distantes das realidades dos serviços de saúde e das necessidades da sociedade.

Para o entrevistado da coordenação do Fórum ONG/AIDS/RS,

“Creio que existem vários entraves, com a falta de médicos e especialistas, com a redução das consultas, falta ou fracionamento dos medicamentos, abandono de tratamento, o inchaço na AB de novos infectados com HIV, a tendência é piorar cada vez mais a assistência com mais pessoas infectadas, sem contar que os profissionais não preparados psicologicamente para trabalhar com o público específico, como a população LGTB, usuários de drogas, prostitutas e garotos de programas, sem o ranço social, o preconceito pelo comportamento fora do “normal” dessa população, a falta de respeito ao sigilo que as pessoas vivendo com HIV tem garantido por lei, onde deveriam ser observados e não o são. É importante salientar que as pessoas com HIV, dependendo do estágio em que se encontram, são afetados mentalmente, e como dizer a eles e elas que devem aguardar a ordem de preferência no atendimento, que muitas vezes se estende por horas a fio? Muitos acabam desistindo e indo embora, e aí deu adesão, deu amor à própria vida? A morte é quase certa. As pessoas com HIV são em geral ansiosas, muitas por causa do efeito do HIV em seus cérebros, e isso não é levando em consideração, apenas as infecções visíveis são percebidas, enfim, não vejo boas expectativas se pensar também nos cortes planejados para os próximos 20 anos no SUS, se a gente tinha um sistema que já funcionava em condições

precárias, piorará, o que funcionava relativamente bem, tende a piorar. Não vejo com bons olhos o nosso futuro pelo rumo dado à política de luta contra AIDS no Brasil, onde até mesmo a tuberculose é retirada das referências de dados e sendo uma das principais infecções que atinge quem vive com HIV.” (MSLA/RS1).

Existem vários entraves relacionados ao compartilhamento do cuidado, tais como a falta de médicos e especialistas, a falta ou fracionamento das medicações, a redução de consultas, o inchaço nos serviços AB, a falta de profissionais preparados para atender as populações específicas, a falta de sigilo, a falta de consideração das especificidades da doença na ordem de prioridade no atendimento, o abandono de tratamento e os cortes de recursos para a saúde no período de 20 anos; neste contexto, os serviços, que já vinham apresentando sérias limitações, tendem a piorar.

A integrante da coordenação da Articulação AIDS PE, também apontou para o desmonte das políticas de saúde,

“Na minha visão a saúde aqui no município de Recife, ela vem sendo desmontada. Se você vai olhar para política de saúde mental, se você vai olhar para outras políticas, ou até mesmo os profissionais, você vai sentir é como se tivesse algumas coisas que fosse de praxe dizer que existe, mas no fundo não existe. Eu acho que um dos empecilhos para nós é o próprio afrouxamento da política no município. E aí, como você vai descentralizar mais um serviço? Simplesmente não vai funcionar. Você não tem ampliação do quadro de profissionais, você não tem concurso, você não tem capacitação e o fortalecimento da rede, a coisa que eu acho mais fundamental que a AB poderia e deveria fazer é a prevenção e vê se fazem, não tem nada de prevenção na AB, zero de prevenção. Eu sou conselheira de saúde do estado representando a Gestos, e cobro muito porque o mínimo de direitos se tem dificuldade de cumprir aqui no estado em relação às PVHA, olha se você pega esse ano, você pega a falta do leite para mulheres com HIV que não podem amamentar, teve a falta de medicamento antirretrovirais, tudo isso a gente vai denunciando, e a falta agora de medicamentos para infecções oportunistas, então, como vai se dar a descentralização e qual o impacto disso? Eu nunca vi o estado falar sobre o impacto da descentralização na melhoria do atendimento às PVHA, pelo contrário. Aqui no estado, o que a gente tem feito o tempo inteiro é denunciando os descasos que acontecem, o ano passado eles não pagaram o tal de SAÚDELOG que distribui a medicação, sabe o que ela fez? fecharam as portas de cadeado porque o estado não estava pagando, não estava cumprindo a parte dele no pagamento, e as PVHA com suas vidas ameaçadas, isso é muito grave, se você for no ministério público vai ver quantas vezes a gente foi lá denunciar essa situação, eles descumprem até as metas do Ministério da Saúde, que preconiza para AIDS que é testar e tratar, primeiro é difícil fazer o teste na AB, aí se você fizer o teste, você vai levar pelo menos dois meses para ser atendido aqui em PE por um infectologista, aí para poder fazer o seu exame de carga viral e CD4 e outra dificuldade, e para as pessoas que já tem o HIV fazer o seu tratamento, é mais tempo ainda a marcação de consulta de uma para outra, entendeu? Isso é

brincadeira com a vida das pessoas, eu não consigo ver a descentralização repercutindo como uma coisa boa para a PVHA, não vai funcionar efetivamente, não vai funcionar.”(MSLA/PE1).

No contexto atual dos serviços, a efetivação da descentralização do cuidado é uma proposta que não vai funcionar, na prática, devido ao fato das políticas, de modo geral, virem apresentando graves problemas, ou seja, existe um distanciamento do que é proposto e o que é praticado, um afrouxamento das políticas, com: a falta de profissionais; a falta de capacitação; a falta de fortalecimento das redes de atenção; a falta de ações de prevenção; a falta de leite maternizado; a falta de medicamentos antirretrovirais; a falta de medicamentos para doenças oportunistas; os problemas na terceirização dos serviços de entrega de medicamentos; a falta de cumprimento das metas do MS; a dificuldade de realizar a testagem rápida; a demora em realizar as consultas; assim, a coordenadora inteirou a insustentabilidade da proposta.

De acordo com os depoimentos dos militantes, compreendeu-se que há conexão ao que refere-se à fragilidade dos serviços de saúde dos dois estados, onde são apontados graves problemas de estrutura e logística, recursos humanos, qualificação dos profissionais de saúde, e medicamentos. Ainda, foi demonstrada outra dificuldade, pela integrante do movimento social de PE, que está relacionada à falta de ações de prevenção; enquanto, no RS foi apontada a falta de investimento nos setores de saúde por 20 anos, que vai acarretar na qualidade dos serviços de atenção.

De acordo com o profissional de saúde do município de Porto Alegre,

“Os médicos da atenção primária encararam bem a proposta, apesar de que toda mudança para qualquer pessoa pode causar um mínimo de desconforto, estranho se não causasse, no mínimo causa sim, um desconforto, para uns maior, outros menor, agora uma resistência dos médicos da atenção primária eu particularmente não vi ainda, eles tem consciência que os números estão cada vez maior de pessoas com HIV, o que se iria fazer? Não cabe em dez serviços todas as pessoas que já tem AIDS, mais as novas que a cada ano chegam, as pessoas notificadas, elas entram no ambulatório e não dão alta nunca e os serviços de atendimento tem um limite de atendimento, de profissionais para atender, e aqui já está tudo lotado, outra questão é a proximidade dos serviços, o que é para facilitar, as vezes, se torna um obstáculo, então se procura o melhor atendimento possível, claro dentro dos limites reais que existem, mas dentro do possível atender a pessoa, conforme o desejo dela, respeitando suas escolhas, se alguém que coloca a que a unidade próxima onde mora, as pessoas são preconceituosas e tem risco da quebra de sigilo, e das pessoas saberem a condição sorológica do paciente, e ele preferir ir em outro local distante buscar o seu tratamento, a equipe respeita a decisão do paciente. Claro que a gente sabe que é muito diferente a questão do preconceito ao HIV em relação a hipertensão e diabetes, não existe preconceito em relação a essas doenças, e com a AIDS tem demais, e

isso é muito diferente, e tem de ser levado em consideração, mas alguém tinha que fazer alguma coisa, não dá para cruzar os braços frente nossa situação epidemiológica, e a Atenção Básica aqui em Porto Alegre, assumiu a proposta e está fazendo sua parte, e as especialidades acredito que estão fazendo a parte deles.”(SMS/POA2).

A implantação da descentralização do atendimento, no início, causou certo incômodo entre os médicos das ESF, entretanto, esse estranhamento não dificultou o processo, porque eles tinham a dimensão do número de novos casos de HIV na capital e dos problemas enfrentados com a superlotação dos SAE. Ainda, apontou que a proximidade do serviço de saúde, também, em alguns casos, pode ser um obstáculo; por conta do preconceito que envolve a infecção pelo HIV, os pacientes acabam optando pela troca do local de tratamento por medo de romper o sigilo sobre sua condição de portador, e essa decisão do usuário é respeitada pela equipe. Contudo, segundo o médico, os serviços de Atenção Básica assumiram a proposta e estão dispostos a contribuir no enfrentamento da epidemia em Porto Alegre.

A profissional de saúde da ESF de Recife fez uma avaliação profunda sobre os limitadores do compartilhamento do cuidado, elencando aspectos importantes sobre a situação dos serviços de saúde da capital pernambucana,

“O primeiro obstáculo, eu acho que é o preconceito, a própria população esconde isso, pelo próprio estigma, tem pessoas que chegam a se mudar da localidade, por conta de saber que é portador, isso é um absurdo. Outro ponto difícil é as equipes, fizemos o treinamento, não só o do HIV mas inclusive o do VDRL, que até então estava sendo feito, mas a unidade onde eu estava, foi quase um consenso que não era para ser feito, o médico que foi capacitado comigo, disse que não faria porque iria aumentar muito o trabalho dele, e as enfermeiras disseram que isso era uma coisa de muita responsabilidade, mas quando fomos capacitados foram médicos, enfermeiros e dentistas, e os dentistas disseram que não tem nada a ver com isso, que seus sindicatos iriam os proteger, que isso era coisa de enfermeiro, e os enfermeiro não querem fazer a testagem porque o sindicato proíbe que não é função deles, então fica num jogo de empurra-empurra, eu acho que é função de todos nós da equipe, médicos, enfermeiros e dentistas, ainda para dificultar houve todo um problema de logística para realizar o teste, a gente tinha falta do frigobar para colocar os kits, então não tinha como armazenar, aí não funcionou mesmo. Eu sempre procurei fazer o melhor dentro das dificuldades para atender os meus pacientes, comprei desde pilha para o sonar, comprei balança para pesar os pacientes, desde fita para medir a altura do útero, aparelho de verificar a pressão, até caixa de luvas, então infelizmente nosso problema esbarra em várias coisas, como a demora para consultar com o especialista, demora para fazer e receber o resultado de exames, é um caos a falta de medicamentos básicos, tem pacientes que precisam e não tem o medicamento e a gente vê as pessoas morrerem por negligência, e nós os atendemos e acompanhamos tudo de mãos amarradas é um horror. A AB tem muito pouco recurso investido pelo fundo de saúde, temos profissionais

desanimados, falta aquela vontade de fazer aquela consulta de qualidade porque não se tem estrutura adequada, então é muito complicado, com todos estes aspectos que te coloquei eu acho que a gente está longe de fazer um atendimento de qualidade que é o ideal, muito longe, acho que se tem problemas com a gestão, má vontade política, em todos esses anos de trabalho como sanitarista eu nunca conheci um PSF ideal, esse é um sonho, um PSF que realmente abraça sua comunidade. A estratégia da família é trabalhar em cima de um modelo de atenção, prevenção e promoção, e a gente não tem esse modelo, aqui no Nordeste eu lhe digo com 100% de certeza, aqui não existe; o que a gente tem aqui, são adaptações de serviços de saúde. Então eu te digo, a nossa realidade é muito difícil, aí a gente tem de trabalhar em cima das prioridades, essas prioridades são questionáveis, o critério de prioridade do MS deve estar de acordo com a gravidade da situação do paciente, aí eu te pergunto: e as necessidades sociais? Existe uma ineficiência dos serviços e uma insatisfação de todos com tudo, nada funciona como deveria, é tudo um faz de conta, então você se dá conta que as falhas estão em todos os níveis e que é muito complicado, por isso, eu falo que temos que construir redes, porque se cada um tiver um pouquinho de boa vontade, de acrescentar um pinguinho naquele copo a gente vai conseguir deixar ele quase cheio e não quase vazio". (SMS/REC2).

Ao iniciar, trouxe como primeira barreira o preconceito e o estigma, porque quando as pessoas se descobrem soropositivas ficam com receio dos vizinhos saberem sua condição; logo, mencionou a resistência das ESF em descentralizar até o diagnóstico, devido ao atendimento ao HIV ser visto como uma sobrecarga de trabalho e não como uma atribuição das equipes, tendo sob reflexo UBS que não há um profissional, apesar de capacitados, que se dispôs a realizar a testagem; seguindo para outros dificultadores, que envolvem a falta de logística para armazenar os kits de testagem; a falta de materiais básicos de trabalho; a demora para conseguir uma consulta com o especialista; a demora para obter o resultado de exames; a falta de medicamentos que leva pacientes a óbito; o pouco investimento de recurso para AB; o desânimo dos médicos com a falta de estrutura adequada para realização das consultas; os problemas de gestão; a falta de vontade política; a não existência de um trabalho com o modelo de atenção, prevenção e promoção como deve ser feito (se trabalha com adaptações de serviços de saúde, em queo trabalho é pautado em atender as prioridades); e a gravidade social que os pacientes enfrentam com a ineficiência dos serviços públicos em geral; assim, frente a todos estes elementos, deu-se conta que as falhas estão em todos os níveis e que é muito complicado lidar e trabalhar neste contexto; por fim, sugeriu que para enfrentar esta situação é preciso a construção de redes de atenção.

Observou-se, a partir dos relatos dos profissionais de saúde, que houve conexão entre as falas, no que refere-se à proximidade do serviço como um obstáculo, devido ao preconceito e a falta de sigilo com as PVH. Entretanto, em Porto Alegre, no início do processo de

implantação da descentralização do atendimento, houve um estranhamento dos médicos quanto a realização do manejo clínico do HIV, mas, atualmente, a proposta já foi absorvida pelas ESF; em Recife, frente ao contexto caótico dos serviços de saúde na AB, listados pela médica, houve a resistência até mesmo de fazer o teste Anti-HIV em algumas ESF, quando os profissionais, embora capacitados, recusaram-se a fazer a testagem, por considerarem que o atendimento ao HIV é uma atribuição a mais de trabalho que os sobrecarrega; assim, considerando que a maior parte da responsabilidade em executar o serviço fica ao encargo do enfermeiro, o sindicato da classe interveio proibindo que os profissionais realizem a testagem rápida nas UBS.

Para a profissional da SES/RS,

“Os obstáculos que interferem, estão relacionados, eu acho, que a Atenção Básica é muito frágil ainda, tem muito que a melhorar, e eles tem que dar conta de tudo, todas as questões de saúde daquela comunidade, e infelizmente eles não têm condições de atender tudo devido suas estruturas serem precárias; em muitos locais as equipes não tem vínculo empregatício com os municípios, ou então existe uma rotatividade grande, outro aspecto é que a maior fatia de recurso, a gente sabe que ainda vai para o nível terciário, de alta complexidade, então falta recurso, falta estrutura, falta o básico, e eles precisam de dar conta de muitas questões, por isso, acho isso uma das muitas dificuldades, falta ainda muita estrutura para a Atenção Básica dar conta não só das questões de AIDS, como também de todas as questões de saúde, acho que esse é um dos maiores impeditivos, maiores dificultadores, na minha opinião é isso, a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família é a questão, se a gente não qualificar as equipes para todas as demandas que eles precisam dar conta, fica difícil exigir uma qualidade melhor na atenção.”(SES/RS2).

Os serviços de Atenção Básica são muito frágeis no interior do estado, atendem com estruturas precárias, com equipes constituídas sem vínculo empregatício e com muita rotatividade de funcionários; a parcela de recurso investido na AB é pouca, frente ao trabalho que ESF tem que atender, e, com estas dificuldades, fica complicado dar conta de mais uma patologia dentro das suas atribuições e ainda melhorar a qualidade na atenção.

Conforme a funcionária da SES/PE,

“Primeiro eu penso que nesse tipo de estratégia, deveria ser discutido e reforçado os limites do processo nas academias durante o curso de graduação. Vejo, que querem tratar a AIDS como se fosse uma doença crônica, mas ela é mais que isso, essa infecção vai mudar a vida das pessoas, não só a questão da saúde, os relacionamentos, comportamento, alimentação, os sentimentos, as formas de pensar, muda muitas coisas, não é porque agora que tem a medicação simplificada está tudo certo, é só tomar os medicamentos. Por isso, acho que essa ideia não é algo para ser implementado agora, a ideia tem que ser amplamente

difundida e discutida, pois as equipes da AB não estão preparadas para entender que o atendimento ao HIV é mais complexo, existe muito preconceito em relação a doença, as PVHA precisam ser tratadas, olhadas e cuidadas, tudo bem que ela seja como qualquer outro paciente, mas a atenção é diferente por causa do estigma que a doença carrega, as pessoas estão mais expostas ao preconceito e isso tem que ser considerado, isso exige um atendimento diferenciado, com a disposição de tempo maior para compreender a situação individual de cada paciente, aqui em PE acho que se tem que ir mais devagar, trabalhar aos poucos com as coordenações da AB nos municípios, ver quais as necessidades deles, porque os profissionais enfrentam dificuldades diariamente com a desestruturação dos serviços, falta medicação, falta médico e gente tem que estar junto para compreender e ajudar no processo, para a partir daí eles se apropriarem e saberem quando eles precisarem onde buscar, estar próximos deles para ajudar quando eles precisarem. Tem que se fazer um trabalho em conjunto, precisamos avançar em muitas coisas, a testagem que é um procedimento simples, ainda existe a restrição de muitas UBS, nossa uma resistência de não se querer fazer a testagem, temos muitas barreiras ainda que vencer.”(SES/PE2).

A estratégia de descentralização é uma proposta que deve ser discutida e repensada durante o curso de graduação, pois existe uma tendência em tratar a AIDS como uma doença crônica, sendo que ela perpassa essa condição, então, seria importante o olhar dos médicos sobre as nuances e os limites que envolvem o manejo clínico da infecção pelo HIV. Para a entrevistada, os serviços de AB estão desestruturados e não estão preparados para realizar um atendimento complexo como é o do HIV, a atenção aos pacientes deve ser diferenciada porque as PVH estão mais expostas ao preconceito, isso exige uma disposição de tempo maior do médico, para conhecer a individualidade de cada paciente. Apontou, ainda, que para implantar-se esta estratégia precisa-se tempo maior também para sensibilizar as ESF, trabalhar em conjunto, compreender as dificuldades, e, deste modo, formar uma rede de atenção ao HIV, pois, até o momento, existem barreiras para realização de um procedimento simples que é a testagem rápida.

A partir dos relatos, verificou-se correspondência no que se refere à fragilidade dos serviços de saúde na Atenção Básica, contudo, a profissional da SES/RS citou às dificuldades da descentralização do atendimento ligada a grande rotatividade das equipes e o baixo investimento de recursos nos serviços de AB que são responsáveis por dar conta de inúmeras atribuições e mais as questões do HIV junto aos seus territórios, o que impede a cobrança de uma melhor qualidade nos serviços de atenção; enquanto, a profissional de saúde de PE, demonstrou que, para haver a implantação do cuidado compartilhado, é necessária uma discussão maior com os médicos durante o curso de graduação, para que eles tenham um olhar mais apropriado sobre a complexidade que envolve a infecção pelo HIV, e,

também, haver um tempo maior de sensibilização junto aos profissionais da AB, em um trabalho conjunto com as equipes, para acompanhar e auxiliar nas dificuldades apresentadas durante o processo.

Para o integrante do Fórum ONG/RS,

“Eu entendo que existem várias limitações desse novo modelo de assistência. Se olharmos para os serviços de Atenção Básica, eles não conseguem dar conta de suas próprias ações, o usuário do serviço de AB sofre muito com o problema da referência em qualquer situação, seja para gineco, seja para oftalmo, seja para pediatria, seja para qualquer situação, está tudo com problema na referência, sem contar que o infectologista é uma raça meio que em extinção, não consegue dar conta de ações de prevenção e promoção, que é primário, são ações de primeira necessidade, agora se tu tem uma pessoa com HIV, todo mundo diz assim: aí é só tomar o remédio e cuidar é uma doença crônica, o hiperdia prova que não é só tomar o remédio, as pessoas não tomam o remédio do hiperdia para diabetes, hipertensão. Os remédios para o HIV têm efeitos colaterais horríveis, e que não são pequenos, todos são de uso para o resto da vida, com isso pode acontecer do paciente ter intercorrências, e isso acontece muito rápido e daí você não tem onde encaminhar essas pessoas, não existe uma referência que funcione bem o fluxo, e a Atenção Básica não consegue dar conta nem sequer de um rash cutâneo, que é uma alergia que pode levar a morte muito rápido, se o rash cutâneo for imenso e continuar tomando o remédio que está causando esse rash cutâneo, pode dar problemas seríssimos. A AB não consegue, às vezes, nem identificar o rash cutâneo porque é uma ação especializada, então essas coisas não dá para exigir que o clínico daquele serviço dê conta disso, ele é um médico generalista, ele não tem essa visão, a experiência no tratamento do HIV/AIDS não está na AB, está no serviço especializado, onde o infectologista olha e sabe que o paciente pode estar com uma tuberculose, só de olhar pela experiência, já sabe que está com uma toxoplasmose, que se está com rash cutâneo, por isso, o serviço especializado tem condições de melhor atendimento e identificação de problemas, pela experiência do serviço especializado, fora as outras questões que envolvem a questão da AIDS, que é o uso de drogas, a questão da sexualidade, a questão da prostituição, que estão em maior vulnerabilidade para o HIV, que são excluídas dos serviços, pelas suas condições sociais, então não é o lugar ideal, porque existe nos serviços na verdade, uma discriminação institucional, sabemos que a sociedade é discriminatória, aí as pessoas com HIV/AIDS não conseguem o acesso do serviço, porque essas pessoas não têm a capacitação, o treinamento, o olhar que precisa ter para atender esses casos.”(MSLA/RS2).

Existem muitas limitações no modelo de atendimento compartilhado: os serviços de AB não estão dando conta de desenvolver suas próprias ações, como prevenção e promoção; existem problemas com a demora no acesso aos serviços de referência em qualquer patologia; falta infectologistas; a AIDS passou a ser tratada como doença crônica; os medicamentos desenvolvem efeitos colaterais; as intercorrências podem ocorrer bruscamente com quem usa antirretroviral continuamente; os médicos da AB não estão preparados, existe a falta de

experiência no manejo clínico do HIV para identificar as nuances que podem ocorrer com o paciente; e, existe também as questões que envolvem a infecção do HIV, como uso de droga injetável, prostituição, sexualidade, que acarretam no preconceito e na discriminação institucional dos profissionais de saúde que não estão qualificados para fazer o atendimento.

Para o integrante da Articulação AIDS PE,

“Vou ser bem direto, já sofremos com o descaso nos serviços de saúde, agora com essa proposta tem vários obstáculos, falta de investimento na AB, de infraestrutura, de profissionais preparados, falta todos medicamentos, demora de exames, o estigma e o preconceito que leva vários setores a não estarem preparados para atender, para nós pessoas vivendo, existe um desgaste muito grande, porque a gente sabe que não vai mudar nada, fica cada vez pior o atendimento, aí para gestão tanto faz, eles não vão enfrentar preconceito, nem um serviço desorganizado, ainda vão gastar menos, alegando que tem uma cobertura maior, por isso que eu digo que eles não estão preocupados com a vida das PVHA, e os prejudicados vão ser as PVHA.” (MSLA/PE2).

Já existe um descaso com o atendimento das PVHA, e a tendência é piorar com a descentralização, pois os serviços de AB não estão preparados para atender as PVH, já que falta estrutura, faltam profissionais capacitados, faltam medicamentos antirretrovirais e para doenças oportunistas, existe demora no resultado de exames e existe, também, a questão do preconceito; logo, para o militante, essa situação causa um desgaste, porque não se tem perspectiva de melhora na qualidade dos serviços, os gestores querem gastar menos e terem uma cobertura maior descentralizando o atendimento, contudo, as PVHA são as maiores prejudicadas com os serviços de saúde desorganizados.

Segundo os entrevistados, existe correspondência em relação aos serviços de AB não estarem preparados para atender as PVH, devido à falta de: estrutura; de profissionais qualificados para o manejo clínico; de uma equipe capacitada para fazer o acolhimento, por conta das questões que envolvem a infecção pelo HIV, que gera preconceito, principalmente, com as populações específicas. No que refere-se às diferenças, o militante do RS, apontou para elementos como: a falta de ações de prevenção na AB; os problemas com a demora do fluxo quando o paciente é referenciado para o serviço de atendimento especializado; e a falta de profissionais infectologistas; enquanto que em PE, foi demonstrado, que os serviços de saúde já vêm apresentando sérios problemas de estrutura, existe um descaso por parte dos gestores de saúde que querem ter menos investimento e maior cobertura no atendimento das PVH e o resultado desta estratégia pode prejudicar ainda mais os pacientes portadores de HIV.

Para a profissional de saúde da ESF de Porto Alegre,

“Bom, com relação às dificuldades enfrentadas, é que eu tenho três mil e trezentos e poucos pacientes, nós temos toda condição do território, acolhimento e atendimento, oito horas de funcionamento, às vezes sinto que o tempo não foi suficiente para conversar com esses pacientes, que demandam muito mais atenção, eu sinto muito isso, não sei se em outras unidades ocorre o mesmo, aqui a gente procura dar prioridade para esse atendimento, e isso desestrutura toda a organização da agenda do dia. Quando a gente faz um teste rápido e dá positivo, a gente já tem acordado que nesse dia eu já vou atender, geralmente quem faz o teste rápido é a enfermeira, aí eu já atendo e faço um complemento no acolhimento, já peço carga viral e CD4, e daí neste primeiro momento eu tenho que tem que ter uma consulta de meia hora ou mais, e isso daí acarreta toda uma história, porque a gente está demorando para atender os outros pacientes agendados, então nós teríamos que ter uma psicóloga, para ter uma conversa especializada sem pressa. Quando começa a cair a ficha ao longo dos dias, isso vai também vai demandando mais consultas, umas cinco consultas por mês, que é mais para ouvir, para dar um carinho, um colo, nesse tempo, a gente sempre procura dar um apoio maior, eu consigo com as gurias do CTA da Cruzeiro, eu sempre ligo e digo que estou precisando de uma conversa, é uma experiência que elas tem, estão há 20 anos escutando, de ouvir esse paciente, nós começamos isso agora, é muito novo, então eu sempre faço isso com os meus pacientes, eu digo: - vou te encaminhar para uma pessoa que vai te explicar também, porque várias pessoas já passaram por isso e vai te dar um colo melhor, depois vocês voltem aqui para a gente, para retomar o atendimento. Logo, começa outro problema, a gente prescreve CD4 e Carga Viral, aí vem as burocracias, para coletar exames, eu tenho uma população bem carente, que daí eles têm que sair daqui, pegar dois ônibus, ir lá tirar ficha, agendar o exame, voltar para coletar e voltar para pegar o resultado, claro que é complicado para eles, que a pouco sabem de sua condição, é bem complexo. Falta uma rede de comunicação, eu recebo os resultados da tuberculose que vem direto para o meu e-mail, se eu tivesse também esse acesso ou eles fizessem tudo aqui, algumas vezes a gente tem que ir várias vezes na casa pedir para fazer os exames, algumas vezes não querem fazer, mas a gente insiste diz que é importante, por isso tinha que ser mais fácil o acesso. Também a retirada das medicações é outra coisa que dificulta o tratamento, pois eles têm que ir buscar na farmácia do CTA e muitos desistem de ir buscar o medicamento. Outra coisa importante que falta, é que a gente não tem a contra referência do especialista, que seria um retorno do que aconteceu com o paciente enquanto ele esteve atendido lá, eu sei que deve ser difícil para os especialistas nos mandar as informações devido à grande demanda que eles têm também, mas falta essa comunicação entre um serviço e o outro.” (SMS/POA3).

A primeira dificuldade apresentada como exemplo, foi relacionada a realidade enfrentada no seu território, onde existe um número elevado de pacientes em atendimento, e, somado a isto, o paciente que teve resultado positivo para o HIV surge e tem que ter uma consulta mais demorada para fazer o primeiro acolhimento, mesmo priorizando esse atendimento, às vezes, o tempo não é suficiente pois a situação dele demanda um tempo maior

de consulta, logo, do outro lado, se demora o atendimento, a agenda do dia fica desorganizada, e, por consequência, outros usuários passam a reclamar; deste modo, faz-se necessário uma psicóloga para fazer um atendimento especializado. Ainda, reitera, que com o passar dos dias os pacientes começam a assimilar o diagnóstico e logo, necessitam de um acompanhamento maior, que por mais que ela se esforce em fazer, sempre esbarra na dificuldade do tempo demandado para o acolhimento, recorrendo, assim, ao encaminhamento dos pacientes até o SAE da Cruzeiro, onde os profissionais têm uma maior experiência. Outras dificuldades que foram citadas, estão relacionadas à burocracia que os pacientes enfrentam. Para fazer uma coleta de CD4 e carga viral, alguns pacientes, sem condições financeiras, têm que se deslocar várias vezes até conseguir o resultado do exame, e o mesmo ocorre para retirada dos medicamentos. Por fim, foi apontada a falta de um sistema de informação integrado, uma vez que não se tem nenhum retorno do especialista depois da referência, para dar melhor sequência no atendimento feito na AB.

Segundo outra profissional de saúde da mesma ESF,

“Temos muitas dificuldades. Quando um paciente tem uma vulnerabilidade muito grande, por exemplo, os usuários de drogas, coinfectados por tuberculose, entre outros, eles não fazem a aderência ao tratamento, então a gente faz o teste, faz o diagnóstico, encaminha para fazer o tratamento, mas eles não fazem adesão, a descentralização possibilita um acesso mais rápido do paciente ao diagnóstico, mas ele não aceita o tratamento, porque a medicação é disponibilizada no CTA e muitas vezes eles não tem passagem para ir buscar o remédio, aí a gente fica entre uma faca de dois gumes, por um lado, fizemos nossa parte com o paciente de um diagnóstico mais próximo e mais rápido, e por outro, tem o não acesso ao medicamento que leva a não adesão, ou seja, a gente fica de mãos atadas na descontinuidade no atendimento desse paciente. Também, tem aqueles casos de coinfectados que são encaminhados para tratamento no SAE e se perdem as informações, alguns pacientes nos dão retorno, mas a grande maioria a gente perde o acompanhamento. E, tem aqueles que eu te falei, que se negam a fazer o tratamento, temos dois pacientes aqui que já tentamos de tudo e eles não querem fazer o tratamento porque não vão ao Postão da Cruzeiro buscar. Também, tem outra questão que a gestão mudou e eu não concordo, tenho dificuldades, antes eu só fazia a testagem rápida e encaminhava para a médica que fazia o pedido de CD3, CD4 e Carga Viral e os outros exames, agora o próprio enfermeiro é que faz a solicitação de CD3, CD4 e carga Viral. Isso, para mim passa dos limites da minha função enquanto enfermeira. Isso, está sobrecarregando os enfermeiros demais, não é só eu, todo mundo reclama, é muito complicado tu ter que fazer todo teu trabalho diário, incluindo a testagem e mais pedir todos esses exames, tu acaba abarcando muitas coisas, vai acabar nós não dando conta de tudo isso. Todos nós da equipe, temos muitas demandas de trabalho, atendemos um número de pacientes acima do que é orientado. E, em função dessas coisas, até o médico, está sobrecarregado de função, a AB, por exemplo, tem um sistema de encaminhamento de consultas especializadas, a gente não tem um administrativo

para fazer, era o ACS que fazia, elas carimbavam, preenchiam os papéis e migravam para o sistema, agora tem que ser o médico ou o enfermeiro que faz esse encaminhamento e digita no sistema. Então, eu não sei até que ponto os enfermeiros e os médicos vão conseguir dar conta de todas essas atividades, tem coisas que eu como enfermeira posso encaminhar, pré-natal de alto risco, mamografia eu consigo solicitar, mas tem coisas que só o médico, como as consultas especializadas, isso está sobrecarregando toda equipe. E, como se não bastasse, jogaram mais essa função para nós enfermeiros, se é para descentralizar que nos deem as condições de infraestrutura e de pessoal para fazer um bom atendimento. Também, teria que ter uma farmácia para disponibilizar as medicações, já que a estratégia é facilitar o acesso do usuário, que descentralize tudo, ou não descentralizasse, entende?, porque tu descentraliza o diagnóstico e o atendimento, e o remédio não, de qualquer forma isso não está facilitando o acesso como deveria, no meu ponto de vista, porque nós perdemos o controle do acesso ao medicamento. Eu e a médica até fizemos a capacitação para acessar o CICLON, mas eles até hoje não mandaram a senha para acessar o sistema, e isso é mais uma coisa que o enfermeiro vai ter que fazer, mas até agora não mandaram para gente a senha, e essas coisas estão desorganizadas que são um dos pontos principais, porque se a tuberculose a gente consegue disponibilizar a medicação aqui, porque se descentralizou não dispensam para os pacientes com HIV? Isso seria crucial para nós acompanhar e saber se o paciente está retirando e tomando a medicação. Outra coisa, a gente tem muito poucas capacitações e as coisas vem de maneira bem verticalizada, e estão sendo colocadas assim: é isso e ponto, não recapitulam, o que eu percebo aqui é que a gerência do município tranca as verbas e aí parece que somente no final do ano tem verba para capacitação, e eles querem que a gente vá, tudo de uma vez só, e passa o ano inteiro sem fazer nenhuma, penso que deveria ser mais organizado as capacitações, mais espaçadas e durante o decorrer do ano, ou chegar e visitar as USF e ver olha como vocês estão trabalhando, quais as dificuldades encontradas, tinha que haver essa troca, nós deveríamos ter oportunidade de colocar nossas dificuldades porque acaba nós dividindo tudo entre nós mesmos, e não resolvemos nada, não há diálogo do gestor com a USF, tudo vem imposto para gente, não querem saber de nossa opinião, então acho que deveria que ter diálogo, nem as pessoas da comunidade foram consultadas para saber qual era a opinião deles, o que eles acham da descentralização, falta organização, falta diálogo.” (SMS/POA4).

A descentralização do atendimento ao HIV tem facilitado o acesso ao diagnóstico e ao atendimento, contudo, existe a dificuldade por parte dos pacientes em deslocarem-se para a retirada dos medicamentos, e isto tem afetado a adesão ao tratamento; também não há retorno de informações dos SAE, sobre como foi o acompanhamento do paciente; existe sobrecarga de trabalho; há um número elevado de pacientes para dar conta no território; falta infraestrutura; faltam profissionais; falta organização da gestão; existe pouca capacitação; falta diálogo com as ESF e com os usuários; e as orientações são verticalizadas.

Conforme a profissional de saúde da ESF de Recife,

“Aqui no município a gente tem muitas dificuldades, a gente faz a capacitação para implementação do teste rápido e pensa que vai entrar na rotina da equipe e, quando você menos espera, eles não atendem os usuários, nem as gestantes, nem as pessoas com IST, coinfectado com TB e HIV. A dificuldade de realizar a descentralização na capital está ligada ao processo que tudo fica ao encargo das ESF, mas a equipe é formada por enfermeiros, médicos, dentistas, ACS e auxiliares, essa é a composição da equipe. Aqui em Recife, os enfermeiros se queixam o tempo inteiro que chega ações para ser implantada, é o enfermeiro que assume a responsabilidade de fazer, então nas reuniões do sindicato dos enfermeiros, eles começaram a boicotar algumas atividades que estavam trazendo para dentro da USF e que os outros profissionais não querem assumir, por conta disso, o sindicato denovo entrou nas discussões, assim, saiu a normativa do sindicato dizendo que os enfermeiros não devem assumir a testagem sem discutir o processo com as ESF, assim ficou decidido em assembleia que a gente não vai consolidar a implementação e ampliação da testagem rápida, porque o que o MS e a coordenação quer é que se incorpore na rotina de trabalho. Neste momento, de hoje, a gente não vê muita possibilidade de realização. Você até pode ir lá na USF e conversar, você dá as costas eles não fazem, está muito difícil a negociação das equipes com essa gestão e entendemos que fazer o trabalho não é só testar e largar o usuário, tem que se fazer o aconselhamento, encaminhar para que ele faça vínculo no serviço que ele vai ser tratado, por isso nós não trabalhamos sem fazer aconselhamento, aí se torna impossível fazer a testagem, não tem como também testar a comunidade, se temos somente uma auxiliar para dar conta de inúmeras atividades. Por outro lado, a gente tem que pensar que a AB aqui de Recife tem muitas fragilidades, principalmente na qualidade da atenção que é complicada, temos um grande número de ESF, mas com uma qualificação que deixa ainda muito a desejar, na AB o que eu oferto na questão da prevenção e da promoção é muito frágil ainda, o PSF está fortemente pautado na assistência e quase nada em promoção e prevenção, e isso se não é um erro é um equívoco muito grande, porque nosso foco deveria ser bem forte também nessas ações. Sem contar, que temos uma comunidade viciada em consultas e o médico viciado em dar consulta, a gente tem os dois lados da moeda, de um lado a comunidade e de outro o profissional habituado em dar consulta, então ele não faz nada nas atividades de prevenção, educativa, atividades coletivas. Aí, você tem também as questões culturais, que envolvem a rotina do programa que são muito sérias, e ainda tem a dificuldade de lidar com o preconceito, lidar com isso é uma dificuldade muito grande, temos que assumir essa dificuldade concreta de lidar com o preconceito que ainda é muito acentuado, a gente sempre vai atrás na comunidade fazer a busca ativa de paciente, e verifica que essa doença traz o isolamento até junto ao serviço de saúde, isso foi o que discutimos aquele dia na reunião com a coordenação municipal de AIDS.” (SMS/REC3).

Existem dificuldades, ainda, para se implementar a testagem rápida nas UBS da capital: os enfermeiros reclamaram da sobrecarga de trabalho e o sindicato interviu proibindo a categoria de realizar a testagem; falta diálogo da gestão com as ESF; falta qualificação; faltam ações de prevenção e promoção, pois a AB é fortemente pautada na assistência; médicos e pacientes estão habituados em consultas; existe dificuldade em lidar com o

preconceito, que é acentuado e faz com que pacientes portadores de HIV percam o vínculo com a unidade, assim, muitos acabam mudando o local de residência após descobrir sua condição sorológica.

Conforme o depoimento das três profissionais de saúde pertencentes à ESF, compreendeu-se que houve uma conexão quando referem-se à sobrecarga de trabalho, para garantir o atendimento de um número elevado de pacientes pertencentes ao território. Outros aspectos apresentados pelas profissionais de Porto Alegre, foram: a dificuldade dos pacientes retirarem as medicações nas farmácias dos SAE, que resulta, em alguns casos, a não adesão ao tratamento; a falta de um sistema integrado de comunicação entre os serviços de saúde, que acaba por dificultar o acesso de informação sobre exames, retirada de medicações e prontuário do paciente; e, ainda, a falta de recursos humanos, tanto especializado para realizar um acolhimento, quanto profissional para fazer o trabalho administrativo. Houve também a similaridade entre as profissionais de Porto Alegre e Recife, quanto a: falta de estrutura dos serviços; pouca qualificação/capacitação das ESF; as decisões verticalizadas; e a falta de diálogo com gestores. Com relação às diferenças trazidas nas entrevistas, foram citados o tempo maior de consulta, a burocracia para realizar exames de CD4 e Carga Viral, a desorganização da gestão, a dificuldade de implementar a testagem rápida, os serviços de AB pautados fortemente na assistência, com falta de ações de prevenção e promoção e a dificuldade de lidar com o preconceito, que ainda é muito acentuado.

Para o profissional de saúde da SES/RS,

“Eu vejo como obstáculo a desarticulação política dos gestores, dadas as instâncias municipal, estadual e federal. Eu acho, que a grande dificuldade de implementar efetivamente essa política é a desarticulação da própria rede que a criou, principalmente aqui no RS entre o governo do estado e os governos municipais, os agentes políticos têm que ter competência no lidar com ela, e buscar mais confluência do que divergências gerenciais. Acho, que é preciso fazer um trabalho maciço e consistente de capacitação dos profissionais de saúde de Atenção Primária, para lidar com esse problema, e tem que arrumar formas de financiamento para manter isso, porque também não adianta fazer treinamentos, capacitações e etc, se depois disserem que é com vocês agora, nós fizemos a nossa parte e agora a Atenção Primária é que toque as coisas, que não é assim, tem que manter, tem que investir num programa de educação continuada, com observação de protocolo, com um cuidado compartilhado na rede secundária, para que eles possam se desenvolver bem e não começar depois a atrofiar.” (SES/RS3).

Uma das dificuldades de se efetivar a política de descentralização do atendimento está ligada às divergências políticas entre os próprios gestores, estado com municípios; deste modo,

é necessário fazer um trabalho consistente com todos profissionais de saúde para o manejo clínico do HIV, com um programa de educação continuada, e, por fim, realizar investimento financeiro, sob a finalidade de dar o suporte necessário para manter as ações na AB.

De acordo com a profissional de saúde da SES/PE,

“Eu vejo aqui no consultório, que os pacientes HIV não querem ser atendidos nas UBS. Eles não querem porque eles sabem que as ACS têm acesso aos prontuários, todos têm acesso da ESF, e a coisa mais fácil é olhar e ver que eles têm HIV, então, eles não querem ser reconhecidos na sua comunidade. Para você ter uma ideia, hoje eu atendi um paciente que reside em Alagoas, ele mora em Palmeira dos Índios, e ele vem para cá todos os meses, porque prefere ser atendido em PE do que em Alagoas. Então, a AB é uma tentativa de melhorar o acesso, aumentando a abrangência, mas pode o tiro sair pela culatraporque o paciente pode nem procurar a UBS e nem outro serviço especializado para ser atendido, por causa que ele pode ser discriminado, e o sigilo importa muito para os pacientes, devido essa doença ser estigmatizante ainda. Os meus pacientes me contam que sofrem com a discriminação, isso é bem presente no dia a dia deles, por isso, eles preferem ocultar o diagnóstico. Sei, que na AB, as dificuldades não sejam diferentes da minha realidade, então penso que para descentralizar tem que se ter condições para que aconteça, porque tudo que você descentraliza, aumenta a abrangência e concomitante a isso, você precisa investir para uma ter estrutura adequada para absorver, capacitar os profissionais, antes de executar qualquer estratégia de saúde, de descentralização do atendimento, os gestores precisam garantir uma rede de cuidado que dê conta desse paciente, uma rede laboratorial adequada e capacitada para realizar CD4 e carga viral e fazer também realizar a genotipagem do paciente, porque na medida que você aumenta o número de usuários tomando a medicação, você também pode ter mais falha terapêutica, você tem que ter a retaguarda da genotipagem, uma boa logística de dispensação de medicação, e principalmente uma qualificação de recursos humanos, desde quem recebe na porta o paciente até o médico precisa estar voltado ao cuidado do paciente HIV, porque é uma atenção diferente que o paciente HIV necessita. O paciente vem fragilizado, discriminado, praticamente isolado, sem perspectiva de vida, muitos chegaram aqui querendo se matar, então tem que se garantir uma qualidade no atendimento, desde a recepção, desde a marcação do exame, da consulta, isso é fundamental para o paciente, e interfere muito no seu tratamento, por isso que tem que ter uma boa estrutura física e humana antes de absorver a demanda. A capacitação deve ser desde a recepção até o médico generalista, eu não desqualifico o médico generalista, ele tem condições, ele tem uma formação, mas ele precisa estar disponível e sensibilizado para atender esse paciente com uma atenção diferenciada das outras patologias, ele tem condições de aprender sobre o HIV com certeza, de buscar se inteirar desse conhecimento, mas ele tem que ter consciência que ele não recebeu a formação que um infectologista recebeu, então ele tem que estar sensível e atento. Além desse conhecimento do HIV, ele tem que ter a noção do limite da sua atuação, quando sua alçada não alcança referência para o especialista, para não prejudicar o tratamento e nem perder o paciente.”(SES/PE3).

Primeiramente, verificou-se no relato que, a proposta da descentralização do atendimento pode ter como resultado um efeito contrário, ou seja, o que era para facilitar o acesso pode ser um impedimento para a PVH, devido à falta de sigilo e ao preconceito que cerca a infecção do HIV; diante disto, os médicos relataram que os pacientes expõem, frequentemente, nas consultas, que sofrem em decorrência da discriminação. Também a infectologista referiu, que para a implantação desta estratégia faz-se necessário que as gestões garantam uma rede de cuidado compartilhado, que: tenha acesso ao diagnóstico; consultas com infraestrutura adequada; exames laboratoriais; boa logística de medicamentos; toda a ESF qualificada, do porteiro ao médico; atendimento diferenciado, dispensando um tempo maior de consulta; e generalista sensibilizado a obter conhecimento sobre a patologia, bem como, reconhecendo suas limitações no atendimento.

De acordo com os entrevistados, existe uma correlação quanto à necessidade de um programa de educação continuada, para dar suporte e conhecimento aos médicos e equipes, frente ao manejo clínico do HIV. No que refere-se às diferenças, o profissional de Porto Alegre fez referência, como uma das limitações da proposta, a desarticulação política entre a gestão do estado e dos municípios; enquanto a profissional, de Recife, trouxe o sigilo e o preconceito como um impedimento na realização do atendimento próximo, pois os pacientes sofrem com a discriminação; ainda, segundo ela, para implementar-se a descentralização, tem que haver a garantia dos gestores em investir na construção de uma rede de cuidado, que envolva desde os serviços de atendimento, serviços de laboratório, infraestrutura adequada, logística de medicamentos e equipes qualificadas.

De acordo com a integrante do Fórum ONG/AIDS/RS,

“Os obstáculos que interferem no compartilhamento do cuidado, é a vontade de fazer acontecer, falta vontade política para que as coisas aconteçam porque ninguém pensa que a não implementação de uma política pública, ela se dá com base na ineficiência da gestão, devido à falta de investimento, e pela falta de vontade política de fazer acontecer. A política é construída com um pensamento e, no entanto, a aplicabilidade dela e sua efetividade vai se dar de acordo com a vontade política de fazer acontecer e de quanto o gestor quer investir, e não tem acontecido isso em nenhuma das esferas. A questão do HIV/AIDS e do território, o usuário se sente com os direitos violados, porque ele quer ter o direito a universalidade, sempre, independente do território; mas, acho que quando o Estado se apropria e prioriza suas políticas, cada um dentro de suas competências, a execução tende a ser mais efetiva nas práticas de saúde, porque aí tu consegue que todos envolvidos tenham um olhar mais direcionado ao HIV, mas para isso, toda implementação da política envolve recursos, e não vamos fingir que não é um recurso fundamental, porque a mola de tudo é o dinheiro, se

não tem dinheiro nada acontece, e a gente vive numa crise tão grande que o dinheiro está escasso e as coisas não acontecem.”(MSLA/RS3).

Os obstáculos para efetivação da descentralização estão diretamente ligados à falta de vontade política dos governantes nas três esferas de governo, seguido pela falta de investimento de recursos, para que a AB volte o olhar ao HIVe o incorpore nas suas práticas de saúde. Ainda, segundo a entrevistada, o investimento de recursos é fundamental para que haja a implementação de uma política pública, entretanto, no momento de crise de recursos as políticas não conseguem efetivar-se como deveriam. Também referiu como um limitador da política de descentralização do cuidado, a violação de direito dos usuários ao acesso universal, conforme os princípios do SUS.

A militante da Articulação AIDS/PE, declarou que,

“Faltam muitas coisas para que se efetive a descentralização do atendimento nas UBS. Como eu disse: a questão de se ter uma equipe multidisciplinar que esteja nas UBS; estrutura de testagem, porque não são em todas UBS que os profissionais fazem e que possuem estrutura para realizar a testagem; ea preparação dos profissionais de saúde em relação aos direitos humanos, confidencialidade e o manejo com as PVHA, não se tem UBS preparadas para atender determinadas populações específicas que tem uma grande vulnerabilidade ao HIV/AIDS, como por exemplo, profissionais do sexo, pessoas transexuais, gays, as pessoas que nos procuram dizem que não tem interesse em ter nada relacionado a seu atendimento na sua comunidade, na sua UBS, porque não há sigilo, porque os profissionais que estão lá, não estão preparados. Eu sinto que na prática, com a própria testagem, não se tem o efeito que se esperava, não existe confidencialidade nas UBS, garantia de equipes multidisciplinares, as UBS não têm um infectologista, qual a UBS daqui que tem um infectologista disponível? Existe a dificuldade de se ter novos infectologistas para atender nos hospitais e SAE que são unidades mais complexas, que dirá na UBS. Então, assim, eu acho que a implementação ficou somente na visão teórica, pouco pensada, pouco discutida, a própria ideia de prevenção que é o cuidado para a saúde, você não tem nada de ações, e as UBS que estão prestando um trabalho lá na ponta, também não estão fazendo, existe muito pouca estrutura para até se fazer prevenção. Então, esse é um modelo que está bem escrito, mas não passa de uma falácia, eu vejo que a política de HIV/AIDS de maneira geral não melhorou, o que significa que o processo de descentralização do atendimento também não vai trazer, dentro dessa estrutura atual, nenhuma contribuição no sentido de enfrentamento da epidemia. O número de casos de infecção continua crescendo, porque dizem que está estabilizado num patamar alto, obviamente que tem a descentralização da testagem, e com a testagem mais casos vão surgir, mas independente de se ter um bom sistema de notificação, se as pessoas estão se infectando, é porque também não estão tendo acesso a nenhum tipo de prevenção, isso significa que temos um sistema baseado na assistência e pouco de promoção e prevenção, porque o trabalho todo de prevenção que deveria estar acontecendo nos serviços de saúde, não está acontecendo.”(MSLA/PE3).

Para implantação da política de descentralização da assistência ao HIV, é necessário que tenha-se uma equipe multidisciplinar, infraestrutura, capacitações dos profissionais em direitos humanos, sigilo e o manejo clínico com os pacientes, principalmente, com as populações específicas. Contudo, ela apontou também que falta infectologista para o atendimento, que falta prevenção, e, ainda, que existe um aumento no número de novos casos notificados.

Conforme as entrevistadas, compreendeu-se que, apesar de trazerem elementos diferentes acerca das limitações da efetivação do cuidado compartilhado, existe conexão quando ambas relataram que a proposta de novo modelo de atendimento ao HIV, ficou no plano escrito, porque sua aplicabilidade está relacionada: a vontade política de quem está na gestão em pautar como prioridade; e, também ao quanto de recurso se tem disponível para que sua implementação efetive-se. Ainda, a militante da Articulação AIDS, apontou que existem muitas lacunas nos serviços de saúde de AB, principalmente, no que refere-se às ações de prevenção.

Quanto aos obstáculos, ou limitadores do processo de descentralização da assistência ao HIV, apesar da descentralização já ter iniciado o processo de implantação no RS, observou-se, a partir dos relatos, que existe uma correlação entre a maioria dos entrevistados dos dois estados, quanto a fragilidade dos serviços de saúde na AB, seja pela: falta de infraestrutura e logística; falta de profissionais; falta de médicos especializados e generalistas; rotatividade dos profissionais; falta de qualificação dos profissionais de saúde para o manejo clínico do HIV e para lidar com as questões do sigilo e preconceito, principalmente, com as populações específicas; pelos problemas com as medicações, no que refere-se à logística, dispensação centralizada nos SAE, e, até mesmo, falta de medicamentos antirretrovirais e para doenças oportunistas; falta de insumos; demora no fluxo de referência; demora de resultado de exames; falta de uma rede de comunicação entre os serviços de AB e SAE; falta de ações de prevenção e promoção nos serviços de saúde, que são mais pautados na assistência; e/ou ainda, pela sobrecarga de trabalho das ESF. Também foram expostos nos dois estados, os aspectos de: falta de formação de profissionais infectologistas; falta de uma discussão profunda no que trata-se as questões do HIV/AIDS nas academias; falta de experiência no manejo clínico; e SAE desestruturados e superlotados. Ainda, foi registrado, pelos entrevistados, que a implementação do novo modelo está vinculada à vontade política dos governantes em priorizar a proposta, acompanhada do investimento para potencializar os serviços e qualificar a rede de atenção, contudo, foi reconhecido que a parcela dos recursos destinados à AB é menor e insuficiente para o impacto desejado, com o agravante da contenção de financiamento para a saúde durante 20 anos.

5.3 Diálogo entre a Teoria e a Prática

A conceitualização de políticas públicas é necessária neste estudo, tanto para ajudar a compreender as nuances que envolveram o processo de tomada de decisão para a formulação e reformulação das políticas públicas, quanto para delimitar o próprio espaço de atuação do objeto de investigação, que tratou da Política de DST/HIV/AIDS. Segundo Souza (2006), o conceito de políticas públicas se estende por uma gama de definições, entretanto, optou-se por adotar um conceito⁷⁶ que permitisse: avaliar o que os “governos (federal, estadual e municipal) fazem ou não fazem” (DYE,1984), em relação ao enfrentamento da epidemia, a partir das diretrizes do governo federal que descentraliza a Política de Atenção às DST/HIV/AIDS para Atenção Básica; e, conjuntamente, analisar os efeitos produzidos pela reformulação que, de alguma maneira, influenciam diretamente na saúde das Pessoas que Vivem com HIV e AIDS (PVHA).

Também nesta linha analítica, optou-se por admitir que a política pública é um campo holístico, que comporta vários “olhares” sobre o tema, apesar do foco estar para o governo, no lócus onde o processo decisório se desenvolveu, neste estudo, o papel da política pública vai além da expectativa de uma ação governamental para solução de um problema, envolve uma perspectiva que considerou todos aspectos relevantes em torno do embate de ideias e interesses, propiciando que inclua-se diferentes visões dos atores sobre uma determinada política; assim sendo, um problema público ou a solução dele que é a “política pública” podem ser vistos e considerados de diferentes formas, ao mesmo tempo, e pelos distintos atores. (SOUZA, 2006).

Nas discussões sobre o tema, algumas concepções apontaram que cabe ao Estado definir e implementar políticas, entretanto, nesta proposta teve-se o reconhecimento da participação conjunta de atores não governamentais, que envolveram-se no processo de formulação de políticas públicas. Deste modo, a relação entre Estado (representantes dos governos: federal, estadual e municipal) e Sociedade Civil (representantes do Movimento Social de Luta contra AIDS) possuiu relevância, na medida em que, ao examinar como ocorreu, ocorre, ou não ocorre, ainda, a descentralização da Política de AIDS para Atenção

⁷⁶Segundo Souza (2006), existem muitos debates sobre as políticas públicas no que refere-se ao papel do Estado (nas três esferas de governos), na elaboração e implementação das políticas, entretanto, sem defender uma visão pluralista nem elitista, ela remete a proximidade da perspectiva teórica que defende uma certa “autonomia do Estado”, o que faz que os governos tenham um espaço de atuação, apesar dos mesmos estarem permeáveis à influências externas e internas, ou seja, admite-se a participação de outros segmentos como movimentos sociais – grupos de interesses – no processo decisório, cada qual com maior ou menor poder de influência a depender do tipo das coalizões que formam os governos.

Básica em diferentes regiões do país, se trouxe à luz a complexidade dos aspectos que envolveram os processos decisórios em relação à implementação da lei nos serviços de saúde, e, com isto, foi feito um comparativo, entre as diferentes visões dos atores sociais e estatais envolvidos no processo.

Considerando que a formulação das políticas públicas envolve um processo decisório do Estado, bem como, a relação dele com grupos de interesse (individual ou coletivo), a política pública torna-se o resultado de um processo de negociação e interação entre atores estatais (representantes que ocupam cargos de direção que têm vínculo com órgãos governamentais do legislativo ou judiciário), e atores sociais (representantes ligados à Sociedade Civil Organizada). (CORTES; LIMA,2012).

Neste estudo específico, o que foi analisado refere-se à participação dos atores estatais e sociais locais no processo decisório federal;deste modo, a visão destes atores em torno da reformulação e implementação de uma política tornaram-se peça fundamental para compreensão das diferentes fases do processo. (SOUZA, 2006).

Segundo Souza (2006), a contribuição de Lindblon (1959; 1979) trouxe incorporação de outras variáveis à formulação e à análise das políticas públicas. Deste modo, o processo decisório não tem, basicamente, um fim ou começo, mas incorpora outros elementos, tais como a integração entre as diferentes fases do processo decisório e as relações de poder, ou seja, pode-se entender não somente a fase de formulação da política pública, mas também os mecanismos para sua implementação ou não implementação, os avanços ou dificuldades do processo, os critérios decisórios utilizados pelos gestores da política, as relações de poder entre Estado e Sociedade Civil, e a participação e visão dos atores sociais sobre a política; assim, ampliando o leque de análise.

Quanto ao desenvolvimento de uma determinada política pública, compreendeu-se que este processo não pode ser visto de maneira linear, mas sim como um ciclo, que depende de diferentes estágios que o compõe. Cada estágio é constituído de um processo dinâmico, no qual os atores presentes possuem a possibilidade de intervir de forma e peso diferentes, de acordo com o contexto político. O ciclo, articula vários estágios de uma política que vão desde a definição da agenda, “*agenda setting*”, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, até sua implementação e avaliação. Para que o governo defina sua agenda deve haver, em primeiro lugar: o reconhecimento da necessidade de enfrentar-se um problema; em segundo, a criação/organização de um conjunto de alternativas para solução do problema; e, em terceiro, a formulação da política propriamente dita; somado a estes estágios,

também é importante entender a participação dos atores envolvidos no processo decisório. (SOUZA, 2006).

Esta abordagem, do ciclo da política composto por estágios, foi adotada com a finalidade de sistematizar o processo de formulação da Política de AIDS; e, uma vez que trata-se da sua reformulação, compreendeu-se que não é possível separá-las de forma estanque, na medida em que considera-se a existência de aspectos específicos e próprios de cada estágio, e que os envolvidos no processo são atores dinâmicos e atuantes, que, dependendo do tipo das coalizões que formam os governos, sua participação tem um peso diferenciado em cada contexto histórico. Assim sendo, para visualizar a construção da resposta brasileira frente à epidemia, o modelo de “*MultipleStreams*” (Múltiplos Fluxos) proposto por Kingdon (2003), agregou elementos analíticos importantes, para compreensão dos desdobramentos que deram-se a partir da chegada da doença no país, sua entrada na agenda governamental, a construção de alternativas, a formulação da política e a participação dos atores no processo decisório.

Para Monteiro et al. (2009), o estabelecimento da agenda governamental, a partir da visão analítica de Kingdon (2003), é definido como um conjunto de questões que chamam a atenção do governo e da sociedade em um determinado momento, sendo resultado da convergência entre três fluxos: problemas, alternativas ou soluções e política. Resumidamente⁷⁷, segue a seguinte proposta: 1) Primeiro fluxo - envolve o reconhecimento do problema, que aqui é a infecção; nesta etapa, a possibilidade de uma questão entrar para a agenda deve estar relacionada com algo que afete o bem comum, neste caso, a questão da saúde; 2) Segundo fluxo - engloba as soluções ou alternativas; nesta etapa se cria, organiza medidas para a solução do problema, neste caso, a construção de um conjunto de propostas que mostraram-se viáveis, do ponto de vista técnico e que teve certa aceitação para enfrentar-se o problema da epidemia na década de 80; 3) Terceiro fluxo, cria-se a política, um composto de persuasão e ideias, no qual coalizões são construídas baseadas num processo de barganha e negociação, ou seja a política propriamente dita, aqui nesse caso, especificamente, a criação da Política Nacional de DST/HIV/AIDS. Neste processo de definição da agenda governamental e da formulação da política pública estão os atores. No modelo de Kingdon alguns atores influenciam, diretamente, a definição da agenda, ao passo que outros exercem influência na definição de alternativas. Estes atores podem ser considerados: a) atores

⁷⁷ Neste momento será apresentada somente uma síntese com o intuito de mostrar a aplicação teórica do modelo de Kingdon (2003) e Baumgartner e Jones (1993) na formulação da Política Nacional de IST/HIV/AIDS; num momento posterior, da tese, que envolve a análise dos dados, será discutida, de maneira mais aprofundada, como a mudança na legislação é compreendida pelos atores envolvidos no processo decisório nacional.

visíveis, que têm poder de influência na definição da agenda governamental, entre eles presidente, deputados, ONG e movimentos sociais; b) atores invisíveis, que têm poder de influência na definição de alternativas, como funcionários públicos, acadêmicos, consultores, pesquisadores e especialistas sobre o tema.

Quanto à participação dos atores, no surgimento da infecção estabeleceu-se uma articulação inédita entre os atores do Estado e os atores da Sociedade Civil para o enfrentamento das questões de saúde no Brasil. A forma como construiu-se a resposta do país ao problema da AIDS configurou uma articulação entre atores estatais e atores sociais, em que grande parte dos acordos e divergências entre eles foram compartilhados por um mesmo ideal: o enfrentamento ao HIV/AIDS. (TEIXEIRA, 1997).

Neste sentido, a AIDS trouxe a necessidade de atender as demandas exigidas pela infecção, o que demarcou espaços de atuação e responsabilidades junto ao processo de negociação e disputas entre interesses diferentes. Concomitantemente, para atender à crescente demanda da sociedade, o Estado buscou, no Movimento Social de Luta contra AIDS, o apoio de especialistas para a concepção do Programa Nacional de DST/AIDS, característica particular e específica deste Programa; isto demonstra a inserção de atores com dupla inserção, tanto não governamental quanto governamental, essa alternância contribuiu para o enfrentamento da epidemia na medida em que permitiu a ampliação do olhar do ator social sobre o problema, por outro lado as ONG perderam alguns de seus membros e tiveram que reconfigurar seu quadro e até romper com o acordo quando o ator mudou de posição. (VILLELA, 2009).

Outro modelo trazido por Capella (2007), que auxiliou nessa síntese, foi a proposta de Baumgartner e Jones (1993), que cria mecanismos de análise que permitiram entender tanto os períodos de estabilidade na Política de AIDS, como os momentos críticos que acarretaram na mudança, ou seja, a reformulação da política. O modelo do “*Punctuated Equilibrium*” ou Equilíbrio Pontuado, possibilitou observar como os processos políticos que estão numa lógica de estabilidade e incrementalismo, às vezes, podem produzir também mudanças na política.

Pensando a Política de AIDS, no Brasil, por essa perspectiva, pode-se observar que, inicialmente, na década de 80 existiu um interesse comum entre os atores, o enfrentamento do HIV/AIDS. Através da implantação do Programa Nacional de AIDS em 1986, criou-se uma rede de interlocução e articulação entre vários atores e instituições em todo o país, o que trouxe, como consequência, uma resposta nacional para infecção e também a adesão de diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de combate. Neste momento houve um monopólio, a imagem criada em torno da Política AIDS foi amplamente aceita, e manteve-

sepor um longo período de estabilidade e incrementalismo, quando o Banco Mundial passou a financiar projetos de prevenção e assistência governamentais e não governamentais, e incorporar novas tecnologias e conhecimentos sobre a doença; assim, o Brasil foi reconhecido como um país de referência mundial no enfrentamento da epidemia.

Durante quase trinta anos, os princípios e diretrizes da Política Nacional de AIDS direcionaram seu atendimento para um Serviço Especializado, específico de saúde para as DST, o HIV e a AIDS, organizado na rede do SUS nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços de Atenção Especializada (SAE), Centros de Referência e Treinamento (CRT), Assistências Domiciliares Terapêuticas (ADT) e Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), onde toda essa estrutura de atendimento tinha o dever de ser composta por uma equipe multidisciplinar.

Entretanto, conforme o modelo de Baumgartner e Jones (1993) estabeleceu-se um momento crítico, no qual formaram-se divergências em relação ao entendimento da Política de AIDS; assim, perdeu-se a imagem de apoio e seu monopólio entrou em colapso, estabelecendo novas “*policy imagens*”, provocando reorganizações institucionais e novos arranjos. Neste sentido, a Política AIDS passou por um longo período de estabilidade e, em algum momento, ocorreu sua desestabilização, quando o processo passou a ser pontuado por uma mudança, com isto, o modelo de atenção ao HIV/AIDS sofreu uma reformulação, instituindo a regulação do fluxo de atendimento aos pacientes com HIV para Atenção Básica nas redes públicas de saúde.

Esta mudança busca alterar o fluxo de atendimento dos pacientes que, antes eram diagnosticados e atendidos em SAE e CTA por um médico especialista (infectologista), após a reformulação a porta de entrada dos PVH passou a ser a rede de Atenção Básica, onde ele é diagnosticado, atendido, avaliado e acompanhado, por um médico generalista, seguindo o protocolo de cuidados clínicos do Ministério da Saúde e da Linha de Cuidado Compartilhado, construída pelos governos locais.

De acordo com Souza (2007), é papel do Estado, formular e implementar as políticas públicas, todavia, o seu grau de autonomia é limitado, porque dentro de um sistema democrático existe a participação de outros atores no cenário político. Por outro lado, esta participação, por vezes, não é garantida, depende de muitos fatores e do momento histórico. Desta maneira, como observou-se, a partir das entrevistas, no processo de reformulação do modelo de assistência ao HIV para Atenção Básica, não houve a participação nem dos gestores locais, nem da sociedade civil organizada, a proposta veio do Ministério da Saúde de forma verticalizada, sem abertura de espaço para discussões.

Consequentemente, esta ausência de participação, está ligada ao fato de que, segundo os depoimentos dos militantes do MSLA, a relação com o governo federal ficou estremecida, não há espaço para discussões. Para Souza (2007), embora o Brasil tenha adotado um modelo de gestão de caráter participativo, a participação das ONG é desigual e o Estado continua sendo lócus de poder de decisão sobre o desenho das políticas públicas.

Conforme mostraram os dados, existem mais limitadores/obstáculos para implementação da descentralização do atendimento ao HIV, para Atenção Básica, do que efeitos positivos da proposta, demonstrando uma lacuna entre o ideário e as práticas de saúde. A maioria dos entrevistados apontaram como limitadores, a falta de infraestrutura dos serviços, logística de medicamentos, rede de laboratórios, recursos humanos e qualificação das equipes para o manejo clínico e em direitos humanos do HIV. Estes obstáculos estão, diretamente, relacionados ao investimento de recursos, por parte das três esferas de governo, que também foi apontado como um dos problemas.

Segundo depoimentos, a descentralização dos Serviços de Atenção Especializada ao HIV, para Atenção Básica, trouxe uma resposta que coloca mais atribuições para os municípios e menos responsabilidade e gastos de recursos para os estados e o governo federal. De acordo com Souza (2004), este contexto mostrou que, apesar de alguns municípios estarem aderindo à provisão de serviços universais, outros encontram dificuldades de adesão, devido aos recursos não contemplarem o impacto desejado. Logo, pensando no objeto de pesquisa, a implementação ou manutenção da política de descentralização do atendimento ao HIV, vai depender da capacidade financeira e gerencial das três esferas de governo, para incentivá-la.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a política de DST/HIV/AIDS foi construída paralela ao Sistema Único de Saúde, com financiamento específico e conduzida de maneira autônoma, através dos acordos de cooperação internacional com o Banco Mundial, nos quais o governo brasileiro também tinha sua contrapartida financeira. Embora a Política de AIDS tivesse o incentivo financeiro brasileiro, os acordos com o BM foram fundamentais para o enfrentamento da epidemia, pois, além de somar no montante do financiamento, ainda agilizaram a execução financeira dos recursos, que, na maioria das vezes, foram (e ainda são) um entrave para gestão pública.

Deste modo, criou-se toda uma estrutura para AIDS paralela ao SUS. As instâncias de gestão não faziam parte das gestões colegiadas do SUS, havia um sistema de gerenciamento de informação à parte, exclusivo para AIDS. Dentro deste contexto, a política de DST/HIV/AIDS passou a ser conduzida de maneira autônoma e o Ministério da Saúde, através do Departamento Nacional, tornou-se referência mundial no acompanhamento e tratamento de PVHA.

Com o passar dos anos, a política de HIV/AIDS passou por mudanças em seu desenho. Apesar das medidas adotadas pelo governo, principalmente, nos últimos anos, a epidemia veio apresentando aumento no número de novos casos de infecção pelo HIV. Por outro lado, os Serviços de Assistência Especializada passaram a enfrentar sérios problemas estruturais e de cobertura na assistência⁷⁸, promoção e prevenção, o quê, por sua vez, fez com que o Ministério da Saúde adotasse a inclusão do HIV/AIDS nos serviços de Atenção Básica.

Em 2014, com as metas⁷⁹ das Nações Unidas de enfrentamento, que têm como objetivo avançar no progresso rumo ao fim da epidemia AIDS até 2030, o governo brasileiro traçou iniciativas para o cumprimento do acordo. Contribuíram para esta política o avanço científico em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, com uso de terapias simplificadas, com as quais a AIDS foi apresentando características de uma condição de doença crônica e de fácil manejo clínico.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde foi construindo estratégias para integrar a política de DST/HIV/AIDS no SUS e integralizar a atenção à saúde. A primeira medida foi descentralizar a testagem rápida nos serviços de Atenção Básica, e logo a seguir os serviços

⁷⁸ Conforme pesquisas de Grangeiro (2012) e Paiva (2006) trazidas na tese.

⁷⁹ As metas de tratamento 90-90-90 foram propostas para que até 2020, 90% das PVH saibam de seu diagnóstico positivo, 90% das PVH estejam em tratamento e 90% das pessoas em tratamento apresentem carga viral indetectável.

de assistência. A proposta do Ministério da Saúde de descentralização do atendimento ao HIV visou a mudança de um modelo centralizado no especialista, para um modelo matriciado, no qual o cuidado ao portador do HIV é compartilhado entre a Atenção Básica e o Serviço de Assistência Especializado, conforme seu grau de necessidade.

Embora tenha vindo à tona, nas entrevistas, a ambivalência implícita nos depoimentos relacionados à percepção sobre a possibilidade da descentralização da atenção ao HIV, esta medida gerou preocupação entre a maioria dos entrevistados, principalmente, entre os militantes do MSLA, que questionam a efetividade desse novo modelo frente à realidade atual dos serviços de saúde. Mesmo sendo favoráveis à descentralização da assistência ao HIV, ponderam que sua implementação envolve vários fatores, entre eles, a vontade política e gerencial, financiamentos das ações, qualificação de todos os profissionais envolvidos, estrutura adequada, logística de medicamentos, organização e um sistema de informação integrado entre as redes de atenção, organização do fluxo de referência e contra referência para consultas e para realização de exames de apoio diagnóstico e acompanhamento.

A proposta do Ministério da Saúde, enquanto única forma de aumentar o acesso ao diagnóstico e à assistência por meio da rede básica de saúde, exige ampliar o escopo de atuação da Atenção Básica, redirecionando o processo de trabalho e das relações entre os diferentes níveis de atenção. Este processo necessita de cautela, planejamento, estratégia de transferência gradual das responsabilidades, estruturação física dos serviços, qualificação das Equipes de Saúde da Família, visto que as práticas de saúde não dependem somente da vontade e engajamento dos profissionais de saúde, mas de um ambiente adequado, tecnologias disponíveis e equipes capacitadas para atender as demandas que um portador de HIV necessita.

Os serviços de Atenção Básica exercem um papel de ordenação do cuidado e regulação do fluxo de atendimento, conforme apontaram os entrevistados, todavia, a existência de uma porta de entrada, aberta, próxima dos pacientes não garante, por si só, o fácil acesso ao diagnóstico e assistência, quando essas são limitadas por outros fatores, que configuraram os principais obstáculos identificados nos depoimentos sobre as duas realidades estudadas, os quais perpassam a (des)centralização do HIV.

Em Recife e Pernambuco, por exemplo, existe a dificuldade até mesmo na implementação da testagem rápida nas Unidades Básicas de Saúde, devido à falta de infraestrutura, qualificação e resistência das ESF em agregar mais atribuições. Enquanto no Rio Grande do Sul descentralizou-se a testagem rápida, mas existe a dificuldade da manutenção dos serviços, devido à rotatividade dos profissionais e fragilidade dos serviços de

AB, em Porto Alegre, a falta de experiência no manejo clínico, a sobrecarga de trabalho com o excesso de número atendimentos por território, a falta de um sistema integrado de informação e a centralização nos SAE da distribuição dos medicamentos, acabam comprometendo o atendimento e a adesão ao tratamento pelos pacientes. Frente a estas situações, os profissionais de saúde não conseguem atender adequadamente, o que leva à perda da capacidade resolutive dos serviços e no processo de adesão terapêutica.

Atualmente, vive-se um desmonte na política de saúde pública, o Sistema Único de Saúde, responsável pelo cumprimento das Metas 90-90-90 do UNAIDS, vem sendo alvo de decisões políticas que põem em risco sua manutenção, entre elas, os cortes no orçamento pela EC 95/16, que reduz os recursos para a saúde durante vinte anos, fato que reflete diretamente na prevenção e assistência das pessoas que vivem com HIV e AIDS. Como os entrevistados apontam, os atendimentos vêm ocorrendo de maneira precária e existe um distanciamento da normativa em relação às práticas de saúde, devido as “adaptações” de serviços públicos de saúde.

No que diz respeito ao preconceito, segundo os entrevistados, as discriminações ainda fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde e da sociedade, como um todo. As análises distorcidas que modelaram a percepção inicial acerca da doença, ainda promovem a falta de entendimento. Com isto, os serviços de saúde ainda enfrentam sérias dificuldades no manejo com os pacientes portadores do HIV, principalmente, quando trata-se de manejo com as populações mais vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis, prostitutas e LGBTs. Como se viu nos depoimentos, no Rio Grande do Sul/Porto Alegre e em Pernambuco/Recife, de maneira mais acentuada, a questão do preconceito é um aspecto a ser considerado, pois a baixa qualificação profissional, além de dificultar a abordagem com os pacientes, acarreta na falta de sigilo e nas discriminações com as PVH.

Mann (1996) estabelece uma associação entre saúde pública e direitos humanos, e para ele essa associação tem uma importância imediata na prevenção e controle do HIV/AIDS, na medida em que a união dos conhecimentos em saúde pública e direitos humanos podem ajudar a compreender as raízes sociais da falta de saúde. Ao rever a evolução da infecção no âmbito mundial, notou que a principal causa da vulnerabilidade da população à epidemia estava relacionada à violação de direitos humanos, devido ao risco de infecção pelo HIV ser mais evidente nas populações marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas.

No que tange aos aspectos ligados à prevenção, a pesquisa mostrou, através dos dados, que existe uma lacuna nos serviços de saúde tanto da Atenção Básica como nos Serviços de Assistência Especializada. Historicamente, a prevenção foi o maior desafio para os

governantes. Segundo Scheffer (2016), os dados do UNAIDS mostram que o governo brasileiro baixou a guarda para ações de prevenção, impondo um modelo de testagem e tratamento: “Testar e Tratar” e uso de preservativos. O programa brasileiro pouco investiu em ações educativas; campanhas baseadas em ações sobre determinantes sociais da infecção foram censuradas e descartadas, assim como as ações contra o preconceito e a homofobia. Chegou-se a uma situação de re-emergência da epidemia ao mesmo tempo em que vivenciam-se conservadorismos e retrocessos, nos quais a tendência da política de prevenção volta-se à exclusão das populações mais vulneráveis. A restrição de campanhas, com ações cada vez mais conservadoras, não contempla o público mais vulnerável e o MSLA deixou de ter espaço na definição desta política.

Diante dos depoimentos, compreende-se que houve uma *recentralização* expressiva da gestão federal, através do arrefecimento das ações políticas e do fechamento dos canais de diálogo com a sociedade civil, e, principalmente, com o Conselho Nacional de Saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem impondo, de maneira autoritária, políticas verticalizadas, sem dar abertura às sugestões ou críticas. Entretanto, para aproximação da política do HIV/AIDS no SUS, são necessárias iniciativas que revertam tal situação, sobretudo, no que refere-se ao retorno da participação ativa da sociedade civil junto aos canais de negociação política.

De acordo com Scheffer (2016), a perda do protagonismo internacional do Departamento de AIDS frente a milhares de novas infecções e mortes, deve-se ao desmonte do Sistema Único de Saúde, a arrogância técnica do programa brasileiro, a construção de aliança com forças retrógradas e a intolerância ao diálogo com a sociedade civil. Esta intolerância ao diálogo também foi observada na maioria das declarações dos entrevistados. A perda do espaço da crítica resultou na não participação política, na tomada de decisão do Ministério da Saúde em relação à descentralização do atendimento ao HIV. Deste modo, com o fechamento do canal de comunicação junto ao governo federal, verifica-se que o MSLA também perdeu seu protagonismo inicial e demonstra sua fragilidade, conforme mencionado por uma das militantes, logo no momento de mudanças, em que a epidemia merece maior atenção.

Mesmo em face às mudanças para controle do HIV/AIDS, os dados epidemiológicos demonstram que a infecção ainda é um grave problema a enfrentar-se. Os elementos aqui registrados apontam a necessidade de repensar-se as estratégias de modelo de atenção, principalmente, no que refere-se as fragilidades dos serviços de saúde, ao risco de infecção, a

redução do percentual de abandono ao tratamento, a diminuição dos índices de mortalidade, bem como, a violação de direitos humanos.

Em 2016, o UNAIDS, faz um alerta quanto ao aumento do número de infecção pelo HIV no Brasil. Em termos globais, enquanto no mundo houve uma queda de novos casos, o contexto brasileiro caminhou em direção oposta. Pernambuco é o estado do Nordeste que possui o maior número de notificações de novos casos, enquanto que o Rio Grande do Sul lidera o ranking de infecções em nível nacional. Nas duas capitais a epidemia concentra-se nas Regiões Metropolitanas, com leve tendência a interiorização e predomina na população mais jovem.

O adensamento de novos casos de HIV/AIDS nas regiões metropolitanas demonstra que esses “*hotspots*” necessitam de uma articulação intersetorial e supra municipal, através de uma resposta conjunta, já que o HIV/AIDS não tem fronteira geográfica, principalmente, quando pensa-se em comportamento e mobilidade da população jovem, o que demanda estratégias compartilhadas. Com a complexidade que envolve a prevenção e a assistência ao HIV, o acesso universal aos serviços de saúde deve ser possibilitado independente do território, respeitando a escolha do usuário.

Além disto, observa-se que as medidas visando a descentralização da atenção ao HIV não partilham de estimativas de avaliação da qualidade operacional instalada, especialmente, quando refere-se à questão de produção da rede nas regiões metropolitanas. Desta forma, considera-se que a vulnerabilidade ao HIV é extremamente dinâmica e multifacetada, devendo ser compreendida a partir de eventos específicos, numa forma contextual abrangente e coletiva, que considere todos os elementos possíveis para identificar todas suas dimensões, e, com isto, auxiliar na capacidade de dar resposta à infecção.

Estudos realizados por Richard Parker e Camargo Jr. (2000b) vêm na mesma direção, mostrando que existem várias epidemias que coexistem em um mesmo espaço, bem como os dados epidemiológicos quando apontam para feminilização, pauperização, juvenilização e interiorização como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira. A questão da desigualdade é um fator relevante para pensar-se a infecção, pois ela ainda revela-se vinculada aos aspectos socioeconômicos.

Baseados na pesquisa antropológica de Paul Farmer (PARKER; CAMARGO JR. 2000b), os autores afirmam que o efeito da pobreza tem sido a força central propulsora na determinação do HIV/AIDS, apesar de enfatizarem a integração da pauperização com outros fatores, tais como outras formas de desigualdade (raça, gênero, idade, escolaridade, etc), instabilidade epidemiológica e discriminação social. A partir deste estudo, denunciam a

opressão e a redução nos programas de saúde, educação e proteção social, adotados por políticas neoliberais orientadas à produção de uma crescente integração ao sistema capitalista global e com isto a minimização do papel do Estado.

Embora tenha observado-se nos dados a sensibilidade e o empenho dos coordenadores dos programas municipais/estaduais e dos profissionais de saúde, o trabalho fica limitado frente às inúmeras dificuldades enfrentadas. Deste modo, as pessoas que vivem com HIV/AIDS vivenciam, diariamente, o sucateamento dos serviços de saúde e a fragmentação das políticas públicas. A Reforma Sanitária vislumbrou mudanças através de uma visão ampliada de saúde que contemplava os aspectos políticos, econômicos e sociais, entretanto, no momento atual, os cortes de financiamento e a redução do papel do Estado, além da falta de políticas integradas, comprometem a implementação das políticas sociais, entre elas, a política de AIDS.

Os princípios do SUS foram criados dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, na qual ela é compreendida como uma condição de vida. Portanto, a Lei 8.080/90 prevê, não somente um modelo curativo baseado na assistência, mas também no que tange às questões econômicas e sociais que visam à redução de riscos de doenças e de outros agravos. Percebe-se também, que a saúde está vinculada aos condicionantes e determinantes, tais como, moradia, alimentação, educação, entre outros.

A epidemia, mais que uma doença (um problema de saúde pública), tem configurado-seem um fenômeno social na medida em que está ligada à cultura (valores, crenças, sexualidade) que emolduram as práticas sociais (comportamento sexual, uso de drogas, mobilização política). Apesar disto, existe uma forte prevalência do modelo curativo sobre os aspectos socioeconômicos, enquanto que as populações consideradas mais vulneráveis estão em grande escala nas classes sociais mais empobrecidas da sociedade brasileira. Frente a este contexto, a AIDS é atravessada tanto pelos aspectos de saúde pública como pela questão social, especialmente, no que diz respeito à vulnerabilidade, pois o paciente que não tem condições básicas de subsistência acaba falecendo mais em decorrência das condições socioeconômicas do que efetivamente da doença.

Apesar da infecção ser um acontecimento global, que pode ser avaliado em nível macrossocial, ou seja, no modo como ocorre de maneira geral sua propagação em todo mundo, é necessário considerar uma série de particularidades (em nível microsociais) que configuram diferentes quadros de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Deste modo, para chegar-se a uma compreensão mais completa acerca das tendências epidemiológicas que levam a sua evolução, é necessária capacidade de enxergar o HIV/AIDS de uma forma mais

contextualizada dentro de suas peculiaridades. As respostas dadas à AIDS devem ser um processo no qual a própria dinâmica cria novas demandas e aponta para as prioridades, exigindo que o conteúdo destas respostas esteja de acordo com a dinâmica local na qual ela desenvolve-se.

A AIDS ainda causa impacto na saúde, na economia, no social, e, com isto, estabelece diferentes vulnerabilidades exigindo diferentes respostas. A saúde pública, sozinha não vai responder à epidemia; é necessário expandir o espectro do cuidado, criando redes intra e intersetoriais. Chega-se ao momento de admitir que é necessário somar esforços com outras políticas, como as de direitos humanos, sociais e assistenciais, de educação, de saneamento básico, de segurança alimentar, que dão acesso aos direitos fundamentais de sobrevivência.

A AIDS é um problema de educação, a AIDS é um problema social, a AIDS é um problema econômico, a AIDS é um problema jurídico, entre outros. As políticas públicas para seu enfrentamento devem ocorrer em diversos níveis e atacar em suas diferentes fronteiras. Na história da AIDS vimos que as buscas de respostas são direcionadas para os órgãos de saúde pública e muito discretamente para outras áreas. A AIDS é um problema da saúde pública e este setor continua sendo a peça fundamental para seu enfrentamento, mas não é a única. Não enfrenta-se a AIDS somente com tratamento, mais sim dando condições de acesso à saúde, alimentação, educação, saneamento básico, moradia e trabalho. É necessário que se faça um movimento coletivo de inserção em programas sociais. A questão do trabalho é fundamental para o ser humano, formação profissional, com acesso a cursos de geração de renda, cursos de qualificação, cursos técnicos, curso de graduação.

Um paciente, antes de ser um portador ou doente, é um ser humano, que deve ter condições mínimas de sobreviver para conseguir conviver com qualidade de vida em sua condição sorológica. As mortes por AIDS atingem as populações mais vulneráveis, de extrema pobreza. Hoje, quem tem HIV/AIDS e vive com uma estrutura econômica razoável, consegue conviver com sua sorologia, mas aqueles que sobrevivem na pobreza, mesmo com tratamento disponível, não estão conseguindo viver. Voltamos a índices altos de mortalidade.

Ao olhar para os índices da cascata, disponíveis no boletim epidemiológico do Rio Grande do Sul, percebe-se que, cada vez mais, proporciona-se o acesso ao diagnóstico, ao tratamento, mas as pessoas não vinculam-se/mantêm-se nos serviços de saúde fazendo a adesão. Por que? O problema é o estigma? O problema é a saúde sucateada sem estrutura para dar um atendimento digno? O problema é a falta de investimento? O problema é a falta de vontade política? Sim, temos todos esses problemas e muitos mais, mas não podemos ficar míopes, temos que ampliar o olhar, o problema da AIDS perpassa por todos esses e abarca

outros mais. Será porque essas pessoas não procuram os serviços por falta de dinheiro para passagens? Por que não têm como se alimentar? Por que não têm trabalho ou acesso aos programas sociais?

Estamos há trinta e quatro anos batendo em uma porta, que, por vezes, fica entreaberta, outras vezes só abre frestas e, outras vezes, nem se abre. Devemos procurar outras portas, janelas, frestas, alçar voos em direções diferentes procurando respostas, criar a esperança de que mais pessoas sensibilizem-se neste enfrentamento. As respostas podem estar em diferentes locais e quanto mais ampliarmos o leque de possibilidade, mais chances teremos de alcançá-las.

Por fim, analisar o cenário brasileiro é algo complexo e difícil, na medida em que o enfrentamento da AIDS depende da política e de políticas públicas integradas às várias dimensões que determinam as diferentes vulnerabilidades relacionadas à infecção, o que exige a responsabilidade e o esforço compartilhado entre os diferentes atores, para que haja transformações sociais concretas em torno do exercício de direitos. Assim, considerando o contexto político democrático e que a vulnerabilidade ao HIV/AIDS está inserida no centro da política (movendo-se entre um contexto neoliberal, o Estado, os grupos sociais organizados e a população), a resposta para seu enfrentamento está atrelada a um campo de negociação política no qual os direitos são concedidos, cabendo ao MSLA reestabelecer as fronteiras políticas, ampliar o espectro de respostas e buscar novas frentes de concessão junto ao Estado. Todavia, a visão mais lúdica que se tem, nos dias de hoje, em relação à epidemia da AIDS é que “no meio de um beco sem saída” este estudo procurou mostrar que existem outras possibilidades de enfrentá-la.

REFERÊNCIAS

AIDS avança no Brasil entre 2010 e 2015, afirma Un aids. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 12 jul. 2016. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/25102>. Acesso em: 4 jul.2017.

ARRETCHE, Marta Terezinha da Silva; RODRIGUES, Vicente. **Descentralização das políticas sociais no estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP/FAPESP; Brasília, DF: IPEA, 1998.

BETINHO, símbolo de cidadania. **Portal do Ibase**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://ibase.br/pt/betinho/>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

BOA NOTÍCIA: Câmara aprova criação do Dezembro Vermelho... **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 9 maio 2017. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/26275>. Acesso em: 3 jun.2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS e IST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 5, n. 1 - 1ª a 26ª - semanas epidemiológicas, jan./jun. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acesso em: 7 out. 2017.

BONANNO, Lucas. **Novo diretor de DST/AIDS precisará de respaldo para resgatar força do departamento**. [S.l.], 2 jul. 2013. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/07/02/novo-diretor-de-dst-aids-precisara-de-respaldo-para-resgatar-forca-do-departamento.htm?cmpid>>. Acesso em: 31 out. 2017.

BONANNO, Lucas. ONU analisa metas do milênio: manter qualidade na distribuição dos medicamentos anti-retrovirais é o principal desafio para o combate da Aids no Brasil, dizem especialistas. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 4 jul. 2006. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/5510>. Acesso em: 10 out. 2016.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de saúde. **A gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015a.

BRASIL. **Datasus**. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e IST**, ano 5, n. 1, jan./jun. 2017. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/387532/>>. Acesso em: 31 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica**: guia para gestores. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em IST, HIV e AIDS**: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em IST/HIV/AIDS para a atenção básica**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica**. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. **11º Congresso de HIV/AIDS e 4º Congresso de Hepatites Virais - Curitiba (PR)**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/11o-congresso-de-hivaidis-e-4o-congresso-de-hepatites-virais-curitiba-pr>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Brasil registra queda no número de casos e de mortes por Aids**. Brasília, DF, 1 dez. 2017c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-registra-queda-no-numero-de-casos-e-de-mortes-por-aids>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em IST/AIDS na atenção básica para gestantes**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/AIDS, hepatites e outras IST/Cadernos de Atenção Básica, n. 18 Brasília, DF, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/01)**. Portaria do Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial**, Brasília, DF, n. 20-E, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02)**. Portaria do Ministério da Saúde n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção**. Brasília, DF, 2017d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 7 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF, 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e AIDS. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministro da Saúde. Norma Operacional Básica 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n. 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial**, Brasília, DF, n. 96, p. 6.961-5, 24 maio de 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica 01/93**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n. 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial** n. 96, de 24 de maio de 1993, p. 6.961-5.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96)**. Brasília:

BRASIL. **Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 6 dez. 2017.

BRASIL. **Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012.

BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde Substituta. **Portaria SVS/MS n. 151, de 14 de outubro de 2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html>. Acesso em: jan. 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 151, de 14 de outubro de 2009. **Diário Oficial da Imprensa Nacional**, Brasília, DF, n.198, p.1-8, out. 16, 2009. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/crt-7436>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRUYNE, Paul et.al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991, p. 245.

BROWN, Radcliffe A. O método comparativo em antropologia Social. In: GUIMARÃES, A.Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.195-210.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: **Políticas Públicas no Brasil**. (Org). HOCHMAN, Gilberto. et. al. Rio Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COMPROMISSO de deter HIV entre as populações-chave... **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 25 jul. 2014. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalle/22539>. Acesso em:3 jun. 2016.

CONSELHO Nacional de Saúde pede a revisão da política de AIDS no Brasil. **RETS Revista do Terceiro Setor**, [S.l.], 7 dez. 2012. Disponível em: <<https://www.rets.org.br>>. Acesso em: 13 set. 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência internacional sobre cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Universidade da UFPE, 2006.

GALVÃO, Jane. (2000). **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. São Paulo: Editora 34.

GRANGEIRO Alexandre et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para o HIV no Brasil. **Revista Saúde Pública**, local, v. 3, n. 43, p. 427-436, 2009.

GRANGEIRO Alexandre et al. Estratégia de descentralização e municipalização da resposta à AIDS no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não-governamentais. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, local, p. 15-33, 2012.

GRANGEIRO Alexandre et al. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002–2006. **Revista de Saúde Pública**, local, v. 3, n. 44, p. 430-440, 2010.

GRANGEIRO Alexandre et al. Respostas a AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GRUPO Pela Vida-RJ reúne pessoas de todo o Brasil no 1º SUS AIDS VIDDA no Rio de Janeiro. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 24 nov. 2015. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/24170>. Acesso em: 12 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: @ cidades**: Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: @ cidades**: Porto Alegre. Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: @ cidades**: Recife. Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

JARDIM, Luciane. P. **Estudo do processo de construção da identidade coletiva do Movimento Social do Rio Grande do Sul**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) -

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2013.

MÁRIO Scheffer: Ações levaram país... **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 13 jul. 2016. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/25106>. Acesso em: 5 jan. 17.

MARQUES, Maria C. C. (2003). **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa.

MARTINS, Talita. 19º Enong chega ao fim com aprovação da Carta de Natal... **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 14 nov. 2017. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/27011>. Acesso em: 14 nov. 2017.

MELO, Marcus André B.C. de. Crise federativa, guerra fiscal, e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. P. 151 – 165.

MESQUITA, Fábio. Diretor do departamento de AIDS, Fábio Mesquita, pede demissão por incompatibilidade com atual governo. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 27 maio 2016. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/24907>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hutecc; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

Ministério da Saúde, 1997. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 2.023 (Diário Oficial de 6 de novembro de 1996, p. 22.932-40); com alterações da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 (Diário Oficial nº 247-E, de 22 de dezembro de 1997, p. 10-1), que estabelece o Piso de Atenção Básica (PAB) e sua composição.

MONTEIRO, Ana Lúcia; VILLELA, Wilza Vieira. A Criação do Programa Nacional de DST e AIDS como Marco para a Inclusão da Ideia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. In: **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25-45, jan.-jun., 2009.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NEGRI, Barjas (2002). A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **XIX Conferência Internacional de AIDS**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content &view=article&id=2930:xix-conferencia-internacional-de-aids&Itemid=685](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2930:xix-conferencia-internacional-de-aids&Itemid=685)>. Acesso em: 10 out. 2017.

PAIVA, Vera. et.al. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista Saúde Pública**, n. 40, p. 109-119, 2006.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro. ABIA, 2000, p.160.

PARKER, R.; GALVÃO, J. E. Introdução: políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: Bessa, M. o caso da AIDS. **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil, 1999.

PELA VIDDA. **Apresentação do 3º SUSAIDS Vidva**. Rio de Janeiro, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.pelavidda.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/APRESENTACAO-3-SUSAIDS-VIDDA-VERSAO-PRELIMINAR.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2017

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Recife, 2017a. Disponível em: <<http://www.pe.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim HIV**, Recife, ano 7, dez. 2017b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_hiv_aids-pe_2017.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. [Mapa]. Recife, 2016a, (Mapa disponibilizado pelo coordenador de AIDS).

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Estadual de IST/AIDS. **AIDS**: ações lembram dia de combate. Recife, 1 dez. 2016b. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/aids-acoas-lembram-dia-de-combate>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **AIDS**. Porto Alegre, 2017b. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=33>. Acesso em: 12 nov. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Como acessar**. Porto Alegre, 2017a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=828>. Acesso em: 1 dez. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano municipal de saúde 2018-2012**. Porto Alegre, 2017c.

RECIFE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico (SCTDE). **Perfil das Regiões Político-Administrativas – RPA**. Recife: Observatório do Trabalho DIEESE, 2017. Disponível em: <<http://geo.dieese.org.br/recife/perfil.php>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das USF**. Recife, 2017. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf>>. Acesso em: 4 jul.2017.

REIS, Vilma. **AIDS, o mau exemplo do Brasil – por Mario Scheffer e Caio Rosenthal**. Rio de Janeiro, 11 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/aids-o-mau-exemplo-do-brasil-por-mario-scheffer-e-caio-roenthal/32282>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

REIS, Vilma. **ONGs protestam pelas mortes por AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, 19 nov. 2014. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/agora-em-sao-paulo-ongs-protestam-pelas-mortes-por-aids-no-brasil/7911/>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Campinas: Papyrus, 1997. t. 3.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução n. 235/14 – CIB/RS**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/05111129-cibr235-17.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde Departamento de Ações em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Porto alegre: Escola de Saúde Pública, 2017. (Coleção ações em Saúde. Série Boletim Epidemiológico, 2). Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170416/27141658-boletim-epidemiologico-rs-hiv-aids-2017-compressed.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

SCHEFFER, Mário; ROSENTHAL, Caio. **AIDS, o mau exemplo do Brasil. Folha de São Paulo**, São Paulo, 1 dez. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2017/12/1939652-aids-o-mau-exemplo-do-brasil.shtml?loggedpaywall->>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SCHEFFER, Mário; ROSENTHAL Caio. “Folha de S. Paulo”: **AIDS, o mau exemplo do Brasil. Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, 1 dez. 2017. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalle/27076>. Acesso em: 6 dez. 2017.

SCHNEIDER, Sergio; SCHIMITT, Cláudia Job. O uso do método comparativo nas ciências sociais. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.

SCOMAZZON, Carlos. **Despejo do Gapa/RS é discutido na Cosmam**. Porto Alegre, 22 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/despejo-do-gapa-rs-e-discutido-na-cosmam>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: **Políticas Públicas no Brasil**. (Org). HOCHMAN, Gilberto. et al. Rio Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, Celina. Governos Locais e Gestão de Políticas Universais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 2, n. 18, p.27-41, 2004.

SOUZA, Celina. In: HOCHMAN, Gilberto (Org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 65-87.

SOUZA, Celina. Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 103-112, 1996b.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da AIDS no Brasil**: as respostas governamentais à epidemia de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, v. I, 2015. 464-p.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da AIDS no Brasil**: a sociedade civil se organiza pela luta contra a AIDS. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, v. II, 2015. 360-p.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas Públicas em AIDS. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; Jorge Zahar Editores, 1997.

TOURAINÉ, Alain. **O retorno do actor**: ensaio sobre sociologia. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

TOURAINÉ, Alain. **Igualdade e diversidade**: o sujeito democrático. São Paulo: EDUSC, 1998.

UNAIDS BRASIL. **#AIDS2016**: programação da 21ª Conferência Internacional sobre AIDS. UNAIDS. Brasília, DF, 18 jul. 2016. Disponível em: <<http://unaid.org.br/2016/07/aids2016-programacao-da-21a-conferencia-internacional-sobre-aids/>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

UNAIDS BRASIL. **Estatística**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

UNAIDS BRASIL. **Metas 90-90-90 podem evitar 28 milhões de novas infecções**. Brasília, DF, 19 nov. 2014. Disponível em: <<http://unaid.org.br/2014/11/metas-90-90-90-podem-evitar-28-milhoes-de-novas-infecoes/>>. Acesso em: 4 jul. 2017.

UNAIDS BRASIL. **Prevenção combinada**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <<https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>>. Acesso em: 31 out. 2017.

UNAIDS BRASIL. **São Paulo será sede do I Encontro Brasileiro de Saúde Trans**. Brasília, DF, 5 out. 2017c. Disponível em: <<http://unaid.org.br/2017/10/sao-paulo-sera-sede-do-i-encontro-brasileiro-de-saude-trans/>>. Acesso em: 6 nov. 17.

UNAIDS BRASIL. **UNAIDS celebra o lançamento de coalizão pelo fim da AIDS...** Brasília, DF, 25 jul. 2017d. Disponível em: <<http://unaid.org.br/2017/07/unaid-celebra-o-lancamento-de-coalizacao-pelo-fim-da-aids->>. Acesso em: 10 out. 2017.

WILLIAMS, R. **Marxismo e Literatura**. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 1979.

VICTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILELLA, Wilsa Vieira. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In: R. Parker, J. Galvão e M. Bessa, **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA. Editora 34, 1999.

XVIII Conferência Internacional de AIDS: Transmissão intencional do HIV é crime na Áustria. **Agência de Notícias da AIDS**, 15 jul. 2010. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/15242>. Acesso em: 10 out. 2016.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00785.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

**APÊNDICE A - PROPOSTA DE ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS
SEMIESTRUTURADAS**

- 1) Como foi a sua participação no processo decisório nacional em relação à descentralização do atendimento ao HIV para Atenção Básica?
- 2) Existiu ou existe uma articulação entre os governos: estadual e municipal e o MSLA no que se refere à elaboração de demandas locais junto ao governo federal?
- 3) Qual a sua opinião sobre a mudança do modelo de atendimento ao HIV para Atenção Básica?
- 4) Qual a sua compreensão sobre as condições de efetividade da política de descentralização da atenção nas práticas cotidianas do serviço de Atenção Básica de Saúde?
- 5) Quais os efeitos que você percebe a partir da implementação da descentralização do atendimento para os usuários do serviço de AB?
- 6) Quais os obstáculos ou limitadores que interferem no processo de implementação da descentralização do atendimento ao HIV na AB?
- 7) Quais os facilitares ou obstáculos que interferem no processo de negociação entre os atores locais (Estado e MSLA)?
- 8) Os gestores públicos locais têm a mesma perspectiva sobre a mudança no fluxo de atendimento das DST/HIV/AIDS?
- 9) O MSLA tem a mesma perspectiva que os governos locais sobre a mudança no fluxo de atendimento das DST/HIV/AIDS?
- 10) Descreva ou contextualize o perfil da epidemia de AIDS (âmbito estadual e municipal)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS- UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS-CENTRO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, Luciane Pinheiro Jardim, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS, nível de doutorado, estou realizando a pesquisa: A reformulação da Política de Atenção Nacional de DST/AIDS no Brasil: um estudo comparativo entre a perspectiva do Estado e do Movimento Social de Luta contra AIDS do Rio Grande do Sul e Pernambuco, no qual os dados trazidos nesta entrevista servirão de embasamento para construção da minha tese.

Esta proposta para construção de tese de doutorado visa por meio de um estudo comparativo compreender de que maneira os governos estaduais: do Rio Grande do Sul e Pernambuco, e municipais: Porto Alegre e Recife (representados pelos gestores e profissionais dos programas estaduais e municipais de DST/HIV/AIDS) e o Movimento Social de Luta contra AIDS (MSLA RS e PE), percebem a reformulação da Lei da Política Nacional de DST/AIDS no Brasil, que altera o fluxo de Serviço Especializado às DST/HIV/AIDS para o Serviço de Atenção Básica.

No presente estudo, os dados serão coletados através da realização de uma entrevista, a qual será gravada com o consentimento do entrevistado. Os participantes ficam informados que sua contribuição é voluntária e, a qualquer momento, pode pedir informações pertinentes à pesquisa ou desistir da entrevista. Todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes. Cabe ressaltar que os dados coletados nesta entrevista serão utilizados, unicamente, para fins acadêmicos e eventual publicação em revista ou periódicos da área, sendo preservada sempre a identidade do entrevistado neste trabalho.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais e para fornecer aos participantes uma cópia via e-mail da tese concluída, caso seja solicitado. Desde já agradeço sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade acadêmica.

Luciane Pinheiro Jardim

Frente ao exposto acima, expresso meu consentimento em relação à execução da pesquisa.

_____, _____ de _____, de _____.

Nome completo: _____.

RG ou CPF: _____.

Assinatura: _____

ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 235/14 – CIB/RS

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 235/14 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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;

a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica;

a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha;

a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

a Portaria nº 077, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais;

o Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999, que a implementação do Sistema Único de Saúde é uma responsabilidade que deve ser compartilhada entre os Governos Federal, Estadual e Municipal, com a participação da sociedade principalmente por meio dos Conselhos de Saúde;

o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe 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;

a Resolução nº 503/13 – CIB/RS, que cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal;

a necessidade de ampliar e qualificar o acesso da população a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde;

a importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Estadual de DST e AIDS, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no estado do Rio Grande do Sul, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Estadual de Saúde;

a necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos danos, da assistência e tratamento dos portadores e do desenvolvimento institucional, visando o envolvimento dos diferentes níveis de gestão do SUS na efetivação de medidas estratégicas, a garantia de novos avanços e a continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados;

que o diagnóstico realizado pela Seção Estadual de Controle das DST/ AIDS e Coordenação Estadual da Atenção Básica aponta para a necessidade de ampliação de investimentos em municípios definidos como prioritários, objetivando melhor organização e operacionalidade na atenção e promoção à saúde da população que vive – ou não – com HIV/AIDS e outras DST;

apactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 09/05/14.

RESOLVE:

Art. 1º - Criar incentivo financeiro estadual para fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na rede de Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família.

Art. 2º – O incentivo financeiro de que trata esta Resolução será repassado para 64 municípios, entre eles os habilitados na Resolução nº 143/14 - CIB/RS e os que concentram 90% dos casos de AIDS notificados no SINAN no ano de 2012, conforme tabela 1 em anexo.

Art 3º – O Incentivo será feito com base em repasse de duas parcelas do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, sendo seu valor calculado considerando R\$ 2,00 (dois reais) *per capita* por município conforme estimativa populacional do IBGE 2013, totalizando o valor de R\$ 15.495.324,00 (quinze milhões, quatrocentos e noventa e cinco mil, trezentos e vinte quatro reais), conforme tabela 1.

§ 1 – O valor de cada primeira parcela paga a cada município corresponde a 40% do valor total previsto e será paga através de transferência do Fundo Estadual de Saúde aos respectivos fundos municipais de saúde imediatamente após a aprovação desta Resolução.

§ 3 – A segunda parcela será repassada mediante adesão a Linha de Cuidado em HIV/AIDS e outras DST através de Modelo de Adesão/Plano de Ação disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde – SES e pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Regionais – CIR no prazo máximo até outubro deste ano.

§ 4 – Apenas farão jus ao recebimento da segunda parcela aqueles municípios que enviarem o Termo de Adesão e Plano de Ação da Linha de Cuidado ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

em HIV/AIDS e outras DSTs pactuado nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e em CIR.

§ 5 - O valor do incentivo financeiro de que trata esta Resolução, será repassado anualmente em duas parcelas, sendo a primeira 40% e a segunda parcela 60%.

§ 6 - O valor do incentivo financeiro, de que trata esta Resolução, deverá ser utilizado para financiar ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às PVHA e outras DST na Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família.

Art. 3º - O detalhamento das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico e compartilhamento do cuidado às PVHA e outras DST na Atenção Básica em

Saúde deverá ser inserido na Programação Anual de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde.

Art. 4º – Os recursos financeiros oriundos desta Resolução podem ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio e de capital, a exemplo do pagamento de salários, gratificações e premiações de profissionais novos ou previamente existentes, aquisição de equipamentos, insumos, veículos, treinamento e educação permanente, contratação de apoiadores institucionais para as equipes de atenção básica/saúde da família, reforma, ampliação e construção de Unidade de Saúde da Família, bem como outras ações desde que estejam coerentes com a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 5º - A prestação de contas dos recursos recebidos pelo município será realizada por meio do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, conforme dispõe a legislação.

Art. 6º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 12 de maio de 2014.

SANDRA FAGUNDES

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

ANEXO B - RESOLUÇÕES DO CES 2014 - PUBLICADAS**RESOLUÇÕES DO CES 2014 - PUBLICADAS**

1. **RESOLUÇÃO Nº 576 DE 11 DE JUNHO DE 2014.** - **Deliberar que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE** realize um levantamento dos pacientes que estão na fila de espera dos Hospitais Osvaldo Cruz e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, determinando prazo para realização das cirurgias reparadoras da Síndrome Lipodistrófica; **O CES delibera ainda**, que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE faça uma análise do Contrato com o IMIP, avaliando a possibilidade de inclusão de recursos ou adotando outras medidas necessárias de forma a possibilitar que o IMIP possa voltar a fazer a cirurgia reparadora da Síndrome Lipodistrófica; (Publicada no Diário Oficial do Estado de 17 de setembro de 2014_pág 25.)
2. **RESOLUÇÃO Nº 577 DE 11 DE JUNHO DE 2014.** - **Delibera que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE** implante na rede de serviços de saúde de todo Estado à utilização de identificação pelo nome e sobrenome do paciente, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.(Publicada no Diário Oficial do Estado de 08 de outubro de 2014_pág 6.)
3. **RESOLUÇÃO Nº 578 DE 11 DE JUNHO DE 2014.** Constitui o Grupo de Trabalho, com o objetivo de promover a prevenção, diagnóstico e assistência integral em DST e AIDS, melhorando a qualidade de Vida das Pessoas Vivendo com HIV contribuindo para redução da transmissão da infecção, morbi-mortalidade e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Publicada no Diário Oficial do Estado de 05 de setembro de 2014_pág 12.)
4. **RESOLUÇÃO Nº 579 DE 11 DE JUNHO DE 2014.** - **Deliberar que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE** promova uma ampla campanha com diversas ações educativas e divulgação referente à prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS no Estado de Pernambuco. (Publicada no Diário Oficial do Estado de 05 de setembro de 2014_pág 12).
5. **RESOLUÇÃO Nº 582 DE 11 DE JUNHO DE 2014.** Recomenda a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE, a reestruturação do SAE – Serviço de Assistência Especializada e continuidade dos serviços de referência a AIDS. (Publicada no Diário Oficial do Estado de 17 de setembro de 2014_pág 26.)
6. **RESOLUÇÃO Nº 594 DE 17 DE SETEMBRO DE 2014.** - **Recomenda** que a Secretaria Estadual de Saúde – SES-PE, promova o imediato Restabelecimento junto ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, do fornecimento do medicamento METACRIL (METACRILATO) pelo SUS no Estado

ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 582 DE 11 DE JUNHO DE 2014

RESOLUÇÃO Nº 582 DE 11 DE JUNHO DE 2014

O Conselho Executivo de Saúde de Pernambuco - CESPE, em conformidade com a Lei Orgânica nº 12.591, de 10/05/2000, alterada pela Lei nº 13.772/2003 e Resolução nº 203/10 de 14/11/2010, de 19/03/2004, publicada no D.O. de 15/04/2004.

Considerando que o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, tem por finalidade a promoção e controle de atividades de saúde pública de âmbito estadual e a execução de ações de saúde pública em âmbito estadual;

Considerando a necessidade de aprimoramento das ações administrativas e gerenciais;

Considerando o disposto no inciso III do artigo 1º da Lei nº 12.591 de 10/05/2000;

RESOLVE:

1 - Reorganizar e redefinir a estrutura de Saúde - CESPE, a estruturação de SES - Serviço de Assistência Especializada e instituir os seguintes cargos e atribuições:

2 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Recife, 11 de Junho de 2014

ANA PAOLA MARTINS GEMER DE ALBUQUERQUE

Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco - CESPE.

Handerson Araújo de Castro nº 7302 de 11 de Junho de 2014

ISA RAYNA MARTINS CEM DE ALBUQUERQUE

Secretária de Saúde de Pernambuco

PORTARIA Nº 001 - DE 11 DE JUNHO DE 2014 DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SOBRE A REORGANIZAÇÃO DO CESPE - CONSELHO EXECUTIVO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

RESOLVE:

1 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

2 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

CATIANA FALCÃO DE ALBUQUERQUE

Secretária de Saúde de Pernambuco

A SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

3 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

4 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

5 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

6 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

CATIANA FALCÃO DE ALBUQUERQUE

Secretária de Saúde de Pernambuco

A SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

7 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

8 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

9 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

10 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

HELENA MARIA FERREIRA DE ALBUQUERQUE

Secretária de Saúde de Pernambuco

A SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

11 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

12 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

13 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

14 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

15 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

RAFAELA FERREIRA DE ALBUQUERQUE

Secretária de Saúde de Pernambuco

A SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

16 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

17 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

18 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

19 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

20 - Criar o cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde, em substituição ao cargo de Secretário de Saúde de Pernambuco - Secretário de Saúde.

DEFENSORIA PÚBLICA

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

DEFENSORIA PÚBLICA - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO - DEFENSORIA PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

Repartições Estaduais

CIÊNCIAS CONSERVACIONAIS

Portaria nº 10.001 de 11 de Junho de 2014. O DIRETOR DE CIÊNCIAS CONSERVACIONAIS, em conformidade com a Lei Orgânica de Pernambuco e a Lei nº 13.772/2003, alterada pela Lei nº 13.772/2003, publicada no D.O. de 15/04/2004, resolve reorganizar a estrutura da Diretoria de Ciências Conservacionais, criando o cargo de Diretor de Ciências Conservacionais e a Diretoria de Ciências Conservacionais, com a seguinte estrutura:

COMPANHIA PERNAMBUCANA DE GÁS - COPGAS

Portaria nº 10.001 de 11 de Junho de 2014. O DIRETOR DE CIÊNCIAS CONSERVACIONAIS, em conformidade com a Lei Orgânica de Pernambuco e a Lei nº 13.772/2003, alterada pela Lei nº 13.772/2003, publicada no D.O. de 15/04/2004, resolve reorganizar a estrutura da Companhia Pernambucana de Gás - COPGAS, criando o cargo de Diretor de Ciências Conservacionais e a Diretoria de Ciências Conservacionais, com a seguinte estrutura:

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO - DETRAN/PE

Table with columns for position, name, and details. Includes positions like Diretor, Coordenador, and various cargos.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO - DETRAN/PE

Table with columns for position, name, and details. Includes positions like Diretor, Coordenador, and various cargos.

COMPANHIA PERNAMBUCANA DE GÁS - COPGAS

Portaria nº 10.001 de 11 de Junho de 2014. O DIRETOR DE CIÊNCIAS CONSERVACIONAIS, em conformidade com a Lei Orgânica de Pernambuco e a Lei nº 13.772/2003, alterada pela Lei nº 13.772/2003, publicada no D.O. de 15/04/2004, resolve reorganizar a estrutura da Companhia Pernambucana de Gás - COPGAS, criando o cargo de Diretor de Ciências Conservacionais e a Diretoria de Ciências Conservacionais, com a seguinte estrutura:

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO - DETRAN/PE

Table with columns for position, name, and details. Includes positions like Diretor, Coordenador, and various cargos.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO - DETRAN/PE

Table with columns for position, name, and details. Includes positions like Diretor, Coordenador, and various cargos.