



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**



**LUCIANA SILVEIRA EGRES**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA NO COMBATE À EPIDEMIA DE  
HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (2001-2012)**

**Porto Alegre  
2015**

**LUCIANA SILVEIRA EGRES**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA NO COMBATE À EPIDEMIA DE  
HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (2001-2012)**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para a  
obtenção do título de Especialista em  
Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Andrea Fachel Leal.

**Porto Alegre**

**2015**

Ao meu filho Caetano Egres da Motta,  
Ao meu irmão Ricardo *in memoriam*,  
Ao Max, uma pessoa vivendo com HIV,  
desde 2005.

## AGRADECIMENTOS

A minha querida mãe Dóris, que despertou em mim o gosto pelo querer aprender.

Às minhas irmãs Lucia, Cecilia e Roberta, “A saga continua...!”

À minha orientadora Andréa Fachel Leal, por me entender.

Aos meus colegas da SMS, em especial à Coordenação da Área Técnica HIV/AIDS/DST e Hepatites Virais na figura de Gerson B. Winkler e a toda equipe, que me abriram os horizontes.

Ao meu atual Coordenador Carlos Augusto Pacheco, pela compreensão.

Ao meu colega de trabalho Vinicius, que me deu “cobertura”.

À Prof.<sup>a</sup> Regina Bassols e à Prof.<sup>a</sup> Deisi Hauenstein, que auxiliaram na revisão do trabalho.

Ao Prof. Roger, pelo seu cuidado e dedicação durante todo o Curso.

À Prof.<sup>a</sup> Vânia Mello, que me indicou o Curso.

Aos meus colegas da turma da Especialização de Saúde Pública 2014/2015, por sua alegria e companheirismo.

À Equipe Master de Remo do União, por todos os rankings que não pude ir.

A todos e a todas as pessoas que, de uma forma ou outra, estiveram presentes, durante as minhas ausências.

## RESUMO

O presente trabalho parte de uma realidade preocupante no município de Porto Alegre: a capital do estado do Rio Grande do Sul dispara em primeiro lugar no ranking nacional quanto aos seus altos índices de incidência e de mortalidade por HIV/AIDS. A partir desse cenário desfavorável, surge a inquietação: como Porto Alegre, que apresenta uma qualidade de vida considerada acima da média, expressa no valor do seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,805, apresenta indicadores tão comprometedores? Através da análise comparativa com uma capital de mesmo porte, porém com melhores índices quanto à epidemia (Curitiba, PR) foi estabelecido um paralelo entre as ações executadas e às não efetivadas no enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS em ambas as capitais no período de 2001 a 2012. A hipótese é de que Curitiba possa ter adotado estratégias diferentes no campo das políticas públicas daquelas de Porto Alegre. Foram analisados documentos produzidos em nível municipal, como Plano Municipal de Saúde, Boletim Epidemiológico, Programa de Ações e Metas – PAM, entre outros. Durante a pesquisa ficou evidenciado que a gestão de Curitiba investiu os recursos repassados pela esfera federal em duas áreas prioritárias: (1) prevenção, promoção, proteção e (2) diagnóstico, assistência e tratamento, enquanto a gestão de Porto Alegre optou, por certo período, pelas áreas da (1) prevenção, promoção, proteção e (2) desenvolvimento institucional. Conclui-se que esta defasagem da aplicação dos recursos em diagnóstico, assistência e tratamento possa ter influenciado nos piores resultados de Porto Alegre. Ou seja, as estratégias utilizadas por Curitiba se diferenciaram em relação às prioridades estabelecidas por seus gestores ao longo da evolução da epidemia. Enquanto Porto Alegre, embora tivesse os mesmos recursos, apresentou uma demora em aplicá-los na estruturação da rede de serviços de saúde. Tal demora por sua vez prejudicou o combate à epidemia HIV/AIDS, que apresenta uma dinâmica própria muito acelerada e complexa. Considerando-se que a temporalidade deste problema de saúde pública não coincide necessariamente com a temporalidade da formulação e implementação de políticas públicas, sugere-se atenção por parte dos gestores e uma postura proativa.

Palavras-chave: AIDS, prevenção e controle. Vulnerabilidade e Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Políticas Públicas.

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Objetivo geral.....	16
1.2.2 Objetivos específicos .....	16
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 CONCEPÇÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMBATE AO HIV/AIDS .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.4 A EPIDEMIA HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS.....</b>	<b>31</b>
<b>4 AÇÕES NAS GESTÕES MUNICIPAIS DE PORTO ALEGRE E DE CURITIBA ...</b>	<b>35</b>
<b>4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA DE 2001 A 2012.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 ANÁLISE DO PAM E RELATÓRIOS DE GESTÃO DE CURITIBA: 2001 A 2012</b>	<b>39</b>
<b>4.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS DE PORTO ALEGRE DE 2001 A 2012 .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 ANÁLISE DO PAM E RELATÓRIOS DE GESTÃO DE PORTO ALEGRE DE 2001 a 2012 .....</b>	<b>44</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A – FOTOS DE EVENTOS AO COMBATE DA EPIDEMIA HIV/AIDS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Porto Alegre, conforme o censo do IBGE de 2010, tem uma população de 1.409.351 habitantes. A cidade apresenta um índice de qualidade de vida considerado acima da média, expresso no valor do seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – 0,805, referente ao ano de 2010. Esse indicador relaciona saúde (expressa em expectativa de vida ao nascer), educação (traduzida no acesso ao conhecimento), e renda *per capita* (concretizada na oportunidade de se ter um padrão de vida mínimo). Quanto mais próximo de 1 (um) for o valor do IDHM, melhor a avaliação do desempenho do IDHM (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

De acordo com a publicação Atlas do Desenvolvimento Humano (2013), o referido índice significa o processo de ampliação do livre arbítrio dos indivíduos, em relação às suas capacidades de entendimento, frente às opções a seu dispor, para que possam escolher livremente pela vida que pretendem ter. O estudo apresentado no Atlas do Desenvolvimento Humano enfatiza que o desenvolvimento humano deve ser centrado nas pessoas e na ampliação do seu bem estar, o que não significa necessariamente acúmulo de riqueza e aumento de renda, mas sim a redução das desigualdades (o que difere do conceito de pobreza).

O maior desenvolvimento humano deveria estar associado, em conformidade com o modelo teórico de determinação social do processo saúde-doença, a uma boa situação em termos de saúde pública:

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde – doença em si, bem como ao acesso e utilização dos serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. (BARATA, 2013, p. 20).

Recentemente foi publicada uma pesquisa que discute o paradoxo em que justamente há um índice IDHM e um Produto Interno *per capita* do país que estão

acima da média nacional, no caso de Porto Alegre, associados a altos índices de tuberculose (ACOSTA; BASSANESI, 2014). Ainda que o foco da referida pesquisa tenha sido a tuberculose, o estudo faz referência à alta incidência de AIDS:

Algo que diferencia Porto Alegre é a incidência de AIDS. Em 2010, foi de 99,8 casos novos por 100 mil habitantes, e foi a mais elevada entre todas as cidades brasileiras com mais de 50 mil habitantes e 42% maior que a segunda capital brasileira com maior taxa, Florianópolis. Como a infecção por HIV é um importante fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose e para suas recidivas, e as populações mais pobres são mais vulneráveis à infecção por HIV, essa alta taxa de incidência de AIDS deve estar contribuindo para a determinação das altas taxas de incidência de tuberculose nos bairros pobres de Porto Alegre. (ACOSTA; BASSANI, 2014, p. 9).

Um estudo que discute a relação entre AIDS e pobreza publicado há mais de uma década explica que:

No que se refere à pauperização da epidemia da AIDS, cabe observar que o acesso diferenciado aos Antirretrovirais – AR –, por razões que detalharemos a seguir, faz com que proporcionalmente mais casos de AIDS (caso partíssemos de um número hipoteticamente equivalente de novas infecções entre segmentos com maior e menor acesso aos AR) sejam notificados entre as camadas desfavorecidas, uma vez que a infecção pelo HIV progride para a AIDS mais rapidamente entre elas. Ou seja, é possível incorrer em erro ao afirmar que existe um processo, em curso, de pauperização da epidemia pelo HIV com base exclusivamente no fato de haver aumento do número de novos casos de AIDS entre estratos sociais mais pobres (enfim, é possível estar em curso um processo de disjunção temporal das “duas epidemias”: a de HIV e a de AIDS). (BASTOS; SZWAREWALD, 2000, p. 72).

Obra recente publicada pela Secretaria da Vigilância em Saúde/MS (BRASIL, 2014a, p. 225), faz um alerta no mesmo sentido:

Na análise ecológica por IDH e renda mediana per capita, observou-se que quanto maior o IDH do município, maior a taxa de detecção de aids, sendo a mesma relação observada para a mediana da renda. Apesar disso, maior crescimento foi observado entre os municípios de menor IDH e de menor renda. Esses resultados devem ser interpretados com cautela por atribuírem os mesmos níveis de IDH e renda a todos os indivíduos residentes naquele município.



Mesmo sendo considerada uma cidade com qualidade de vida superior às demais capitais, não se observa em Porto Alegre a diminuição de um grave problema: as altas taxas de prevalência, de incidência e de mortalidade por HIV/AIDS. Em 01/12/2014, Dia Mundial de Combate à AIDS, o Ministério da Saúde (MS), divulgou no Boletim Epidemiológico – AIDS e DST, dados preocupantes sobre a epidemia no município. Esta é a cidade com o maior coeficiente de mortalidade entre as capitais: 23,4/100.000 habitantes – quatro vezes maior do que a média nacional (de 5,7). Porto Alegre também lidera o ranking de detecção de AIDS, tendo a maior taxa em 2013, com 96,2 casos para cada 100 mil habitantes – ou quase cinco vezes a taxa do Brasil, de 20,4 (BRASIL, 2014).

Ao analisar os dados de Porto Alegre, pode-se inferir a importância da temática e o quanto ainda se precisa avançar na construção de alternativas que possam, pelo menos, auxiliar na diminuição destes índices. O total acumulado de casos de 1983 até 31 de maio de 2013 é de 24.299 casos de AIDS, sendo 96,19% em adultos e 3,81% em menores de treze anos (PORTO ALEGRE, 2013).

Em função desses dados, o município de Porto Alegre instituiu a notificação do HIV através da Resolução nº 001 de 8 de março de 2013, com o objetivo de monitorar mais precocemente a epidemia na cidade, tornando o agravo de interesse público para o município, com o objetivo de monitorar mais precocemente a epidemia na cidade (Boletim Epidemiológico – Ano XV, nº51, Maio 2013).

Há subsídios suficientes, portanto, para elencar, dentro do campo das políticas públicas em saúde, alguns elementos essenciais que justificam e embasam a escolha do tema a ser pesquisado, tais como: a reforma do Estado e a relação com o novo modelo proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com seus princípios; os determinantes sociais, que demonstram a relação entre desigualdade de renda e injustiça social com a incidência das doenças; a vigilância epidemiológica, que define conceitos como incidência, morbidade, mortalidade, gravidade e relevância social, ambiental ou econômica, potencial de disseminação ou propagação e magnitude de uma doença.

Na publicação “ONU e a resposta à AIDS no Brasil” (UNESCO, 2013), Porto Alegre é citado como um município recentemente incluso, no Plano Integrado da

ONU em Apoio à Resposta Nacional à Epidemia do HIV, Plano este inicialmente, previsto para apoiar somente as regiões mais desfavorecidas e distantes geograficamente do Brasil. Depois que o governo municipal solicitou a inclusão de Porto Alegre no Plano, devido à persistência dos indicadores negativos, o programa local recebeu o título de AIDS Tchê.

Apesar de Porto Alegre ser a capital com índices mais comprometedores de desempenho no cenário brasileiro, não se encontra isolada, já que o combate ao HIV/AIDS ainda é um problema nacional de grande dimensão. Após três décadas do surgimento da doença no Brasil, os desafios ainda permanecem. Como o problema a ser investigado ocorre em uma capital, uma forma possível de abordar a questão é através de uma análise comparativa. Com base em indicadores que serão explicitados ao longo do trabalho, a capital selecionada para tal comparação foi Curitiba, no Paraná.

Posto isso, o problema principal implica uma pergunta: de que forma Porto Alegre e Curitiba realizaram ações em saúde pública, visando ao combate à epidemia de HIV/AIDS, no período de 2001 a 2012? Através da construção da resposta a esse questionamento, será possível a comparação entre ambas as capitais, estabelecendo um paralelo entre as ações executadas e as não efetivadas para que se possa vislumbrar a possibilidade de outras formas de intervenção ainda não consideradas no combate à epidemia no município de Porto Alegre.

A definição do período histórico a ser estudado tem como premissa a possibilidade de analisar gestões públicas e suas políticas para o enfrentamento do problema HIV/AIDS. Esse período compreende três gestões municipais de 2001 a 2004, de 2005 a 2008 e de 2009 a 2012. É importante ressaltar a existência de descompassos entre as esferas de gestão no que se refere aos seus mandatos, pois o pleito municipal está dissociado cronologicamente dos processos eleitorais estadual e federal.

A hipótese é de que Curitiba possa ter adotado estratégias diferentes, que contribuíram para a redução das taxas de prevalência, incidência ou mortalidade naquela localidade. Nessa comparação, foram buscadas as similaridades e diferenças na formulação e/ou implementação de políticas públicas entre Curitiba e

Porto Alegre. Portanto, a capital a ser comparada com Porto Alegre deveria ter algumas características semelhantes, que permitissem tal comparabilidade. Foram selecionados os seguintes critérios: dados demográficos da cidade – população total e valor do IDHM; indicadores socioeconômicos – taxa de analfabetismo e nível de escolaridade; indicadores de saúde – taxa de incidência de AIDS, coeficiente de mortalidade, e recursos investidos em programas de prevenção.

Ao contrário de Porto Alegre, a capital a ser comparada deveria apresentar dados em termos da evolução da epidemia de HIV/AIDS que fossem diferentes, apresentando redução desta.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a relevância deste projeto não só pela importância social e epidemiológica da AIDS, mas pela aplicabilidade de seus resultados. Busca-se identificar e analisar medidas adotadas pela gestão municipal em outra capital, no caso Curitiba, que possam ter contribuído para a redução da transmissão do vírus HIV e as quais Porto Alegre poderia implantar, com vistas a melhorar seus resultados. Dessa forma, essa pesquisa poderá contribuir para trazer à tona novas experiências que ainda não foram executadas ou experimentadas no município e que podem auxiliar no controle à epidemia.

Segundo o Coordenador da Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais, em artigo publicado no Boletim Epidemiológico (WINKLER, 2012 apud PORTO ALEGRE, 2012a):

Apesar da queda da letalidade observada a partir da introdução do tratamento antirretroviral em 1996, Porto Alegre é a cidade com a mais alta incidência de casos no Brasil e também se destaca pela mortalidade em consequência a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. Neste sentido, com o objetivo de contribuir para a redução dos óbitos por AIDS no município, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Área Técnica de DST/AIDS e Hepatites Virais em conjunto com a Coordenaria de Vigilância em Saúde (CGVS), instalou o Comitê de Mortalidade por AIDS do município de Porto Alegre no dia 22 de novembro de 2011.

Na 1ª Conferência Municipal de DST/AIDS, realizada em Porto Alegre de 17 a 19 de abril de 1998, há quase 17 anos atrás, no editorial da Revista do evento, o mesmo Winkler, então Coordenador da Conferência, na condição de militante social, já antevia a longa batalha a ser travada na luta contra a epidemia:

Ressalta-se, no entanto, que todos os membros e grupos da sociedade têm o direito e inclusive a responsabilidade de desempenhar um papel ativo nos esforços que serão envidados para atingir as metas propostas. Esperamos que, através desse evento, a sociedade da capital gaúcha busque soluções e amplie suas conquistas. O compromisso é sempre do coletivo, na medida em que nos encontramos e vivemos em sociedade... Assim, acontece um intercâmbio capaz de elaborar estratégias de melhoria de qualidade de vida das pessoas com AIDS e discutir a prevenção do HIV. (WINKLER, 1998, apud PORTO ALEGRE, 1998).

A epidemia da AIDS, embora demonstre uma tendência de estabilização das taxas de incidência, apresenta patamares elevados com grandes diferenças regionais, o que faz que sejam necessárias ações constantes de prevenção e promoção, considerando os diversos segmentos afetados. A taxa de prevalência do HIV na população geral mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (Departamento de DST – AIDS e Hepatites Virais – 2012).

A principal forma de disseminação do vírus HIV continua sendo pela transmissão sexual, seguida da transmissão vertical. Contudo, as características do perfil epidemiológico são dinâmicas, e, na chamada quarta década da epidemia, os formuladores das políticas públicas em saúde precisam estar atentos a essa variabilidade, repensando continuamente nas estratégias utilizadas para o enfrentamento da epidemia.

Sendo assim, a análise do que foi realizado, nesse período em termos de políticas públicas de saúde, é válida para que se possa indicar aos gestores locais e à sociedade em geral ações mais efetivas e inovadoras, que independam do resultado de processos eleitorais, de mudanças de equipes ou de “personificação” das diretrizes para as questões emergentes e reincidentes da AIDS.

## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar, comparativamente, o resultado das ações em saúde pública que tenham sido realizadas no período de 2001 a 2012, entre Porto Alegre e Curitiba, visando ao combate à epidemia de HIV/AIDS.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) identificar as políticas, programas e estratégias adotadas em Curitiba (PR) a fim de combater a epidemia de HIV/AIDS entre 2001 e 2012;
- b) apresentar as políticas, programas e estratégias adotadas em Porto Alegre (RS) visando ao combate da epidemia de HIV/AIDS entre 2001 e 2012;
- c) analisar os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde e, se disponível, de ambas as capitais, de 2001 a 2012, visando a identificar o perfil epidemiológico e possíveis efeitos das ações públicas de prevenção;
- d) comparar as ações observadas em ambas as capitais, visando identificar semelhanças e diferenças entre as mesmas.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Minayo (2013, p. 17), “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.” O presente estudo parte de um problema real da cidade de Porto Alegre: os altos índices de incidência do vírus HIV/AIDS e de mortalidade, em relação à média nacional. Esta pesquisa pretende comparar duas capitais, sendo uma delas Porto Alegre, em função da sua liderança negativa no cenário nacional quanto à evolução dos indicadores de HIV/AIDS, e a outra selecionada a partir de indicadores preestabelecidos, contendo características populacionais semelhantes quanto à dimensão da população e indicadores econômicos e sociais, mas diferentes quanto à evolução das taxas de incidência e mortalidade em HIV/AIDS, no período de 2001 a 2012.

Considerando o aspecto populacional como ponto de partida, a capital selecionada, para a análise comparativa, dentre as 27 (vinte e sete) Unidades da Federação, deve possuir um quantitativo populacional semelhante ao de Porto Alegre. Dentre as capitais brasileiras, cinco se aproximam em termos populacionais a Porto Alegre, as demais capitais foram excluídas por não se aproximarem desse critério. Como parâmetro para a exclusão, a análise considerou alguns indicadores demográficos e epidemiológicos.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008 apud UNAIDS BRASIL, 2015).

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilitam sua

compreensão. Segundo Organização Mundial da Saúde (2011), os indicadores podem expressar a saúde ou sua falta em um grupo populacional, como, por exemplo, coeficiente de mortalidade e esperança de vida ao nascer. Além disso, esses indicadores podem revelar as condições do meio que influenciam a saúde como o saneamento básico e mensurar os recursos materiais e humanos investidos em saúde, apontando o número de unidades básicas de saúde e o número de profissionais de saúde.

*Quadro 1 Indicadores Demográficos relativos a cinco capitais brasileiras com população total semelhante a Porto Alegre (RS)*

	<b>População 2010</b>	<b>IDHM</b>	<b>Pop. Alfabetizada</b>	<b>Matrícula Ens. Médio/2012</b>	<b>PIB per capita/2012</b>	<b>Estab. Saúde SUS</b>
<b>Porto Alegre</b>	1.409.351	<b>0,805</b>	1.277,572	48.124	33.882,78	201
<b>Manaus</b>	1.802.014	0,737	1.527,978	97.791	26.760,96	363
<b>Curitiba</b>	1.751.907	<b>0,823</b>	1.592,551	81.614	33.291,65	253
<b>Recife</b>	1.537.704	0,772	1.320,793	74.638	23.679,08	274
<b>Belém</b>	1.393.399	0,746	1.220,693	68.364	14.575,66	168
<b>Goiânia</b>	1.302.399	0,799	1.159,537	62.813	22.591,15	327

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br>

Ao se analisar os dados demográficos é possível observar que o IDHM de Porto Alegre e Curitiba se aproximam, ficando os das demais capitais com desempenho inferior (quadro 1). Essa proximidade entre os índices das duas capitais foi fator de exclusão das demais.

## Indicadores Epidemiológicos

Optou-se por analisar o ranking epidemiológico dessas cinco capitais devido à semelhança populacional em termos demográficos.

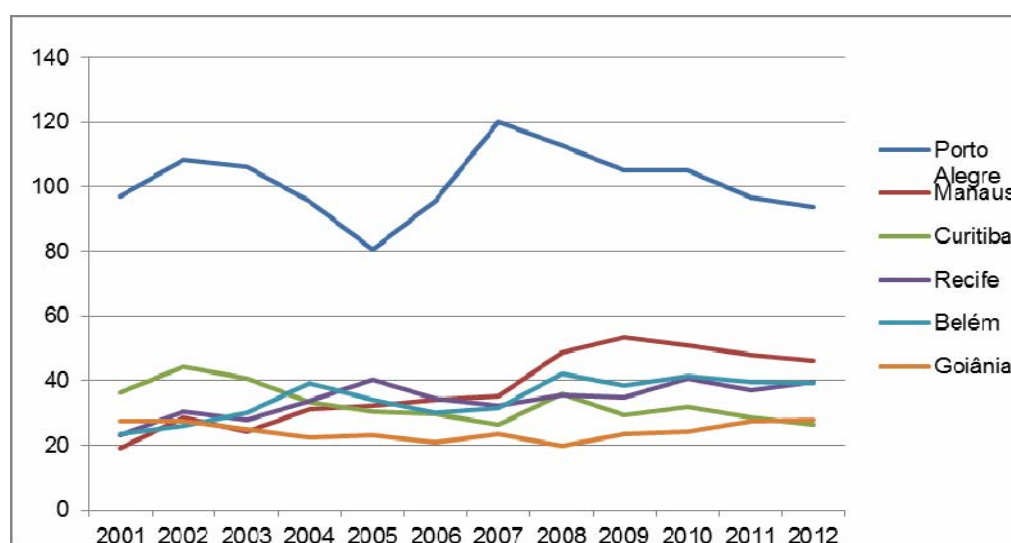
Pode-se observar que Porto Alegre é a cidade na qual a taxa de incidência historicamente foi maior que as demais, seguida de Curitiba no ano de 2002 (quadro 2 e gráfico 1).

*Quadro 2 Ranking de taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados para cinco capitais com população total semelhante à de Porto Alegre*

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Porto Alegre</b>	96,92	108,4	106,0	95,6	80,4	95,4	120,2	112,8	104,9	104,9	96,7	93,9
<b>Manaus</b>	19,28	28,6	24,1	31,2	32,3	34,2	35,2	48,8	53,4	50,8	48,0	46,2
<b>Curitiba</b>	36,48	44,5	40,6	33,4	30,3	29,6	26,6	36,1	29,5	31,9	28,6	26,5
<b>Recife</b>	23,38	30,3	27,9	33,6	40,2	34,5	32,3	35,7	34,8	40,6	37,1	39,5
<b>Belém</b>	23,54	27,6	30,1	39,2	34,3	30,1	31,7	42,0	38,6	41,6	39,6	39,1
<b>Goiânia</b>	27,53	27,5	25,00	22,3	23,2	21,1	23,6	19,8	23,5	24,2	27,5	27,8

Fonte: SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom (BRASIL, 2015)

*Gráfico 1 Ranking de Taxa de Incidência de AIDS por casos notificados (2001-2012)*



Fonte: SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom (BRASIL, 2015)



Contudo, o município de Curitiba, ao longo dos anos, teve uma redução importante: em 2001 a taxa de incidência era de 36,48 por 100.000 hab. e em 2012 de 26,5, enquanto Porto Alegre teve somente um ligeiro declínio: em 2001 a taxa de incidência era de 96,2 por 100.000 hab. e em 2012 de 93,2. Sendo assim, será realizada a análise comparativa entre essas duas capitais, excluindo as demais.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é outro indicador de morbidade importante, pois expressa o quanto as políticas de prevenção e de diagnóstico precoce são eficazes, de modo a impedir a transmissão da mãe para a criança (quadro 3):

Quadro 3 – Proporção de casos de AIDS por transmissão vertical em Porto Alegre e Curitiba

<b>ANO</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Porto Alegre</b>	5,60	5,07	2,56	3,04	3,47	3,50	4,72	3,79	3,30	2,82	2,89	3,22
<b>Curitiba</b>	5,74	4,48	2,68	3,19	1,94	2,26	2,16	2,74	2,33	2,21	1,41	2,82

Fonte: SINAN (BRASIL, 2015)

A análise dos óbitos é igualmente importante, pois com esse indicador é possível monitorar como estão os níveis de adesão ao tratamento por parte dos pacientes (quadro 4):

Quadro 4 – Óbitos por AIDS – Taxa de mortalidade específica (TME) – óbitos por 100 mil habitantes em Porto Alegre e Curitiba

<b>ANO</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Porto Alegre</b>	31,7	34,3	32,8	37,7	36,5	37	34,4	33	33	34,4	32,3	29,6
<b>Curitiba</b>	8,3	9,9	8,7	7,5	6,8	9	8,4	7,6	6,4	8,2	8,0	8,1

Fonte: SIM (BRASIL, 2015)

Pela impossibilidade temporal, não foram realizadas entrevistas com os atores envolvidos: gestores, integrantes de movimentos sociais, usuários e

trabalhadores. A realização de entrevistas seria interessante, porém não fundamental, para alcançar os objetivos da presente investigação.

Os dados que embasaram a pesquisa foram coletados através de fontes secundárias, como DATASUS, Boletins Epidemiológicos da Secretária de Saúde Municipal, Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, Programação Anual de Saúde, Plano Plurianual de Saúde, Plano de Combate ao HIV/AIDS e execução orçamentária, das capitais comparadas. Essas informações complementam umas às outras com o cruzamento dos dados, e pode-se identificar a efetividade do que foi planejado e do que realmente foi executado.

Foram consultados diversos instrumentos de gestão, com a finalidade de avaliar o que seria possível comparar, mediante a publicação e publicização dos dados, por parte das áreas competentes, as quais geralmente são a Secretaria Municipal da Fazenda, a Secretaria de Finanças, a Secretaria Planejamento Estratégico e Orçamentário e setores ligados à contabilidade e prestação de contas.

Cabe, ainda, registrar que a elaboração e a produção de tais documentos são definidas através de legislação cabível, não sendo uma opção para o gestor e sim uma obrigatoriedade expressa na Constituição Federal, no Art. 165, leis de iniciativa do Poder Executivo, que estabelecem: I - o plano plurianual; II - as diretrizes orçamentárias; III - os orçamentos anuais, § 1º - A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

Ratificadas pela Lei Complementar Federal nº 101, de 04/05/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, que, no artigo 48, define: "São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias".

*Quadro 5 Apresentação dos documentos disponíveis para análise*

Instrumentos de Gestão	Porto Alegre	Curitiba
Lei Orçamentária Anual	A partir de 2006	A partir de 2001
Plano Municipal de Saúde	A partir de 2010	A partir de 2002
Relatório Anual de Gestão em Saúde	A partir de 2010	A partir de 2008
Plano Plurianual Municipal	A partir de 2006	A partir de 1998
Relatório de Atividades Municipais	A partir de 2006	A partir de 2002
Programação Anual de Saúde	A partir de 2011	Somente 2013
Plano de Ações e Metas – PAM	A partir de 2003 (2005 e 2011 não constam)	A partir de 2003

Fonte: autora

*Nota: A partir de 2012, o PAM passa a ser denominado Programação Anual de Metas; porém, como a pesquisa ocorreu no período anterior, convencionamos utilizar Plano de Ações e Metas.*

Pode-se observar na exposição desses documentos (quadro 5) que as datas da elaboração não coincidem, sendo que Curitiba apresenta mais relatórios produzidos e publicizados temporalmente do que Porto Alegre. A única exceção diz respeito ao Plano de Ações e Metas (PAM), em que ambas iniciaram no mesmo período, em função da necessidade da apresentação do plano de trabalho, para o recebimento dos incentivos. Mesmo assim, Porto Alegre apresenta um lapso, nos anos de 2005 e 2011, quando o PAM não estava disponível para consulta.

Mesmo com essas limitações, foi realizada a análise comparativa, com base nos documentos em que havia coincidência entre documentos no mesmo período, descartando-se os que não possuíam produção correspondente.

A partir disso, pretendeu-se desenvolver uma análise documental, que avalia os documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e da Administração, de ambos os municípios, expondo as estruturas organizacionais das instituições, bem como a dinâmica e o funcionamento dessas como executoras dos programas de saúde recomendados pelo Ministério da Saúde.

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde tem patrocinado estudos descritivos e modelos de instrumentos para o monitoramento da gestão das ações programadas. Porém, afirma que ainda são

raríssimos os estudos que avaliam estratégias e práticas de prevenção nas políticas públicas de saúde.

Assim, para complementar o estudo foi realizada consulta na ferramenta Descritores em Ciência da Saúde (DeCs) <sup>1</sup>, na qual contêm descritores tanto em português como em inglês. Diferentemente das palavras-chaves, que são aleatórias e não obedecem a nenhuma estrutura, os descritores são originados de índices hierárquicos, dentre os quais o autor seleciona os que são mais relevantes para seu artigo. Os termos utilizados foram Políticas de Saúde Pública, DST/AIDS no Brasil; a partir desses, foram encontrados 62 (sessenta e dois) artigos na base de dados Lilacs e SciELO, cuja grande maioria não abordava especificamente as políticas públicas nos municípios, mas projetos e experiências pontuais voltados para grupos de trabalhadores em saúde e em segmentos atingidos pela epidemia: como jovens, idosos, mulheres. Mesmo com o reduzido número de artigos tratando do tema, foi possível encontrar alguns que auxiliaram na pesquisa.

As fontes aqui utilizadas referem-se aos documentos oficiais de acesso público que apresentam os programas governamentais nos municípios de Porto Alegre e de Curitiba: relatórios de gestão, planos de governo e suas diretrizes.

Pretende-se, a partir da análise desses documentos, verificar as estratégias de formulação e implementação dos programas e políticas definidos para o enfrentamento das epidemias HIV/AIDS, nas capitais selecionadas.

Foram empregados nesta pesquisa exclusivamente dados secundários e documentos que sejam de acesso público e livre e que estejam disponíveis através da Internet.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://decs.bvs.br>.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONCEPÇÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A revisão da literatura priorizará a pesquisa sobre conceitos de Políticas Públicas, Políticas de Saúde Pública, Política Nacional de HIV/AIDS e sua aplicabilidade nos municípios, visto que a execução das ações em saúde é de responsabilidade municipal e uma vez que, no caso específico, considera-se que essas capitais têm gestão plena, devido às suas dimensões e capacidade administrativa.

Na definição de Amabile (2012, p. 390), “As políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse da coletividade”. São institucionalizadas através da ação governamental, que tem a competência de formular, executar, monitorar e avaliar. A sociedade civil, através do controle social, tem a função de fiscalizar e propor ações que venham ao encontro das necessidades de sua realidade local.

Em linha semelhante, Marques (2013) aponta que o mais importante na formulação das políticas públicas não é somente a adequação das soluções aos problemas, mas também as condições locais em termos de implementação e dos atores presentes. Resende (2014) destaca que é cada vez mais premente verificar se as políticas ou programas atingiram ou não seus objetivos iniciais, qual o seu impacto e quais os seus efeitos, para além da importância de se medirem os custos e os benefícios de cada uma das políticas públicas. Assim, seria possível identificar a abrangência ideal das políticas e o os instrumentos mais eficientes para atingir os objetivos propostos inicialmente.

Segundo Cotta (2013), no campo das políticas públicas observa-se que as mesmas, geralmente, são articuladas com um caráter universalista. De forma mais genérica, buscam contemplar toda a população em escala, o que obviamente não atende à necessidade de certos segmentos populacionais ou de determinados agravos. Para atender essas demandas, é preciso recorrer ao campo de políticas públicas específicas, que, por determinadas circunstâncias, seja por perfil

epidemiológico ou por pressão dos movimentos sociais, são formuladas para atender ao usuário de forma mais inclusiva, equitativa e solidária.

Dessa forma, as políticas públicas atuam em diversos focos: educação, saúde, justiça, habitação, assistência social, direitos humanos, entre outros. No âmbito do SUS, as políticas de saúde referentes ao HIV/AIDS atingiram um nível de complexidade e importância que correspondem à evolução da doença em seus diversos matizes.

Ainda, no aspecto da avaliação das políticas públicas na área da saúde e dos conceitos e métodos utilizados, a pesquisa avaliativa é uma ferramenta que traz métodos científicos capazes de auxiliar na análise de uma intervenção em saúde, considerando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes e o contexto no qual ela se situa, trazendo subsídios para tomada de decisões e para correção de estratégias (HARTZ; SILVA, 2005).

Na análise de Cavalcante (2014, p. 240):

Em todas as áreas, embora em graus distintos, há consenso acerca da estratégia de municipalização dos serviços sociais básicos. A tendência de enfatizar os municípios como principais provedores de serviços públicos em lugar dos estados é tanto uma inovação quanto uma consequência do federalismo brasileiro. A proximidade maior para obter informações sobre as preferências e necessidades da população local, bem como a magnitude do território nacional são considerados fatores centrais na opção da execução das políticas públicas via municípios.

As transições epidemiológica, demográfica e social pelas quais o Brasil passou nos últimos anos tiveram influência decisiva na adoção de políticas públicas ao determinar e ao condicionar prioridades em função de vulnerabilidades históricas e regionais.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMBATE AO HIV/AIDS

A publicação do IPEA Brasil em Desenvolvimento refere:

Desde 2003 a agenda do Ministério da Saúde (MS) e dos gestores estaduais incluía preocupação com a regionalização da rede de serviços, com vista a assegurar à população acesso oportuno a ações e serviços de saúde, reduzindo o gargalo existente. Mas o processo de regionalização envolve investimentos destinados a desconcentrar a disponibilidade de serviços especializados e, no contexto de restrição financeira do sistema, tem evoluído muito lentamente. Além desta dimensão, há longos processos de negociação entre níveis de gestão do sistema para definição da localização dos investimentos e dos fluxos de pacientes mais adequados, que têm determinado a morosidade deste processo. (IPEA, 2009, p. 595)

Segundo Holanda et al. (2010), somente em 1985, após centenas de pessoas terem adquirido o vírus HIV e de muitas mortes terem ocorrido no Brasil, o Ministério da Saúde admitiu tardiamente frente à população brasileira a gravidade do problema, ao reconhecer que se tratava de uma questão de saúde pública de responsabilidade do Estado.

Nesse sentido, Bastos refere:

[...] é possível supor que o movimento inicial da negação se apoiava na desqualificação da Aids como questão de saúde pública, seja através de sua 'insulação' a 'alguns pequenos grupos de indivíduos com hábitos bizarros', seja por intermédio de uma redução (deliberada ou ingênua) da sua magnitude e escopo. Reiterados pronunciamentos das autoridades de então que afirmavam ser a Aids um problema exclusivo das comunidades gays, ou dos haitianos, ou de...até que a enumeração se tornou por demais exaustiva e abrangente, a ponto de descaracterizar as exceções enquanto tais. (BASTOS, 2006, p. 47).

Finalmente, após esse lento processo de aceitação, até ser assumida de fato como um problema de saúde pública pelo poder público, foi criado em 02/05/1985, através da Portaria 236 (BRASIL, 1985), o Programa Nacional da AIDS, no qual tiveram início as primeiras estratégias oficiais para o enfrentamento à epidemia. As intervenções compreendiam: vigilância epidemiológica, prevenção e tratamento.

No trecho abaixo, tem-se um panorama do cenário inicial nas políticas públicas que surgiam voltadas para o combate à epidemia:

No Brasil, a adoção de políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da AIDS aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 e, especificamente no

campo da saúde, aprova o do SUS. Nessa época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a zidovudina, mais conhecidas como AZT. Este inibidor da transcriptase reversa (ITR) abriu novas perspectivas terapêuticas ao ampliar o tempo de sobrevivência do paciente HIV positivo. (VILLARINHO et al., 2013, p. 273).

Na pesquisa realizada na citação do artigo referido anteriormente, também é ressaltada a importância dos convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial entre os anos de 1993 a 1998, chamado “Projeto AIDS I”, seguidos do Projeto AIDS II e III. Este último recomendava que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para estados e municípios, de acordo com os mecanismos existentes no SUS. A partir de 2000, foi priorizada a incorporação do teste anti-HIV, na rede pública de saúde, com enfoque para os serviços de Atenção Básica.

Dando continuidade às políticas nacionais, em 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde, fortalecendo os CTA – Centros de Triagem e Aconselhamento. Além disto, outras iniciativas foram adotadas: Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4 + /CD8) e carga viral do HIV; Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT; Hospital – Dia – HD e mecanismos mais eficazes de distribuição dos medicamentos.

A política de incentivos é instituída pela Portaria Ministerial N.º 2313, DE 19 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002), e tem como objetivo: Art. 1º Instituir Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. De acordo com o Art. 3º, a referida portaria terá seus efeitos financeiros a contar de 01 de fevereiro de 2003.

Para os municípios se habilitarem devem preencher três critérios: magnitude da epidemia, conforme os indicadores epidemiológicos; a velocidade do crescimento da epidemia; e a incidência acumulada de casos.

As ações desenvolvidas devem seguir uma estrutura previamente definida que engloba diversos pontos de atuação no enfrentamento ao HIV/AIDS: diagnóstico e aconselhamento de indivíduos expostos a HIV; atenção à saúde dos indivíduos HIV+; diagnóstico precoce e tratamento das DST e das complicações mais comuns



em DTS/AIDS; atendimento de intercorrências; e medidas preventivas. O Estado traça as diretrizes da política para os municípios que não possuem gestão plena, e também pode estabelecer incentivos, através de repasse de recursos financeiros, para os de gestão plena.

Procurar-se-á identificar, no presente trabalho, quais as políticas municipais direcionadas ao enfrentamento do HIV/AIDS nos estados do Paraná e do Rio Grande do Sul que possam ter tido efeitos positivos ou então terem sido pouco eficazes em ambas capitais.

O tema é bastante complexo, pois abrange diversas instâncias da gestão:

Estudos realizados sobre a descentralização do Sistema de saúde no Brasil têm destacado as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, apontando para o forte papel indutor exercido pelo Governo federal, mediante mecanismos de transferência de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão a determinadas políticas negociadas nas instâncias intergestores. (PAIM, et al. 2008, p. 1240).

### 3.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O estudo dos sistemas de vigilância e de notificações são fundamentais, por sua importância no entendimento da dinâmica do HIV/AIDS. Segundo informações do Sistema de Vigilância do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, para que se garanta a confiabilidade dos dados e de que estes não sejam subnotificados ou computados em duplicidade, foram criados diversos sistemas de vigilância. Tais sistemas cruzam os dados para se ter a garantia que estes correspondem à realidade e para que não se dependa exclusivamente da notificação dos casos para se conhecer a situação da epidemia.

Sendo assim o argumento que poderia se utilizar que algumas diferenças nos índices se explicam por um sistema de vigilância epidemiológica ineficaz, caem por terra, pois foram criados além dos sistemas oficiais de notificação de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), outros dois sistemas

próprios: Sistema de Controles de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Abaixo a descrição de cada um deles:

- a) SINAN: no caso específico da AIDS, as informações são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de AIDS adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que mostram a dinâmica da epidemia e subsidiam as ações de prevenção e controle da doença;
- b) SIM: seu objetivo principal é de fornecer dados para traçar a mortalidade no país, contém informações sobre o óbito, como a causa básica, data, local e município de ocorrência, além de idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação no município de residência;
- c) SISCEL: foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral;
- d) SICLOM: foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema permite que o Programa Nacional se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de AIDS e para uso em diferentes esquemas terapêuticos. O aplicativo possui três funcionalidades principais: cadastramento dos pacientes em tratamento, controle da dispensação mensal de medicamentos e controle de estoque dos medicamentos antirretrovirais e dos medicamentos para tratamento das infecções oportunistas nas farmácias.

A análise dos dados de AIDS é construída a partir dos casos notificados no SINAN, somados aos dados registrados no SISCEL e SICLOM, e apoiada na técnica de relacionamento probabilístico.

As doenças transmissíveis podem ser classificadas em duas categorias: emergentes e reemergentes. As emergentes são aquelas que foram identificadas recentemente; as reemergentes são as que assumiram novas formas de transmissão. Como o nome sugere, as reemergentes, são aquelas que reaparecem como um problema de saúde pública, uma vez que já haviam sido controladas no passado, como, por exemplo, a dengue, a cólera, a hantavirose e a tuberculose (BRASIL, 2010).

A AIDS, por sua vez, é considerada uma doença emergente, que afetou de maneiras diversas toda a população mundial, acentuada por um período de globalização, em que as fronteiras passaram a não mais limitar espacialmente a mobilidade dos indivíduos. Com relativa facilidade, atualmente é possível o deslocamento pelos mais diversos continentes, em reduzidos períodos temporais, o que propicia a rápida transmissão dos vírus existentes. O aparecimento de doenças emergentes propicia o reaparecimento de outras já superadas como a Tuberculose (reemergente).

Foram criados mecanismos de vigilância a nível mundial que controlam e mapeiam o roteiro das doenças transmissíveis, sendo utilizadas estratégias como comunicação *on-line* e a blindagem dos espaços através de vacinação em massa.

Cabem ainda mais algumas reflexões sobre o comportamento da epidemia segundo Barcellos (2009): “O modo de transmissão das doenças é igual em todo mundo, porém o que difere é como cada lugar previne, produz exposição, trata os doentes e promove a saúde”.

A epidemia da AIDS reflete a grandeza e a diversidade social e geográfica do país. Inicialmente, concentrou-se nas grandes metrópoles brasileiras, tendo como categoria de exposição principal as relações homo ou bissexuais masculinas. A partir de 1990 houve um aumento de transmissão por UDI – uso de drogas injetáveis – e também por transmissão heterossexual, e a expansão para as cidades de porte médio (200-500mil habitantes), principalmente nas regiões Sul e Centro-Oeste.

Como o vírus não conhece barreiras adentrou os municípios de menor porte, especialmente na região Sul. A partir de então, ocorre o fenômeno da feminização da AIDS, que resulta também no aumento dos casos de crianças infectadas via transmissão vertical. Embora tenha ocorrido uma estabilização da doença do ponto de vista epidemiológico, ela continua a se disseminar silenciosamente, entre os mais diversos grupos etários como jovens e idosos e especialmente nos segmentos populacionais mais empobrecidos e sem o apoio do Estado (FINKELMAN, 2002).

### 3.4 A EPIDEMIA HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Faz-se necessário abordar o conceito de vulnerabilidade, que pode ser individual, social ou programática, em especial a definição da vulnerabilidade programática ou institucional, que está associada à existência de políticas públicas e ações organizadas para enfrentar a AIDS. O componente programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social e engloba o grau e a qualidade de comprometimento, recursos, gerência e monitoramento dos programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado (MEYER et al., 2006).

Estar vulnerável significa estar suscetível a um risco iminente em uma situação de desproteção; significa encontrar-se incapaz de se defender. A terminologia vulnerabilidade é aqui utilizada na busca de singularizar as diferentes situações dos indivíduos ou dos coletivos diante da epidemia da AIDS, nas três dimensões citadas anteriormente: a primeira, relacionada à pessoa em si com sua possibilidade de cognição e de escolhas conscientes, ou não, de comportamento frente a situações de exposição; a segunda, ligada ao ambiente coletivo e ao território onde essas pessoas vivem, levando em conta a existência de serviços públicos, condições de bem-estar social e sua capacidade de exercício da plena cidadania; e a última, a programática, abordada ou estabelecida no papel das instituições do Estado e das obrigações e responsabilidades deste na resolução de problemas, por meio de efetivação de programas, de planejamento de ações, de financiamentos e investimentos, de avaliação e monitoramento, com mecanismos resolutivos, capazes de se ajustarem, na velocidade necessária, às demandas apresentadas (MEYER et al., 2006).

Essa noção de vulnerabilidade não pretende diferenciar aqueles que têm alguma probabilidade maior ou menor de se expor ao HIV, mas trazer elementos para avaliar verdadeiramente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se infectar, dado o conjunto de certos atributos individuais e sociais do seu dia a dia, do seu habitat, considerados relevantes para maior exposição ou menor possibilidade de proteção diante da AIDS (GIL, 2006).

Segundo Paiva, Pupo e Seffner (2012), as pesquisas e ações relativas ao campo da saúde sexual e reprodutiva são delineadas por discussões de ordem política, ética e biomédica. O surgimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, no início dos anos 1980, coincidiu com a chamada “reabertura” política, a organização dos movimentos sociais e a Reforma Sanitária”. Esses elementos influenciaram fortemente na construção de ações e diretrizes de prevenção com foco nos direitos humanos. Por isso, é de suma importância abordar o tema da vulnerabilidade – estreitamente ligado ao direito à cidadania e às condições de exposição de cada indivíduo, ou grupo social, que repercutem diretamente nas situações de desigualdade.

Na questão dos direitos humanos de acordo com Santos e Chauí (2014, p. 42), “A grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos. É objeto de discurso de direitos humanos.” Os direitos humanos não derivam de uma concessão, devem ser inerentes às pessoas por sua própria condição. Nesse sentido, há que se reconhecer que o estigma e a discriminação dificultam a promoção do acesso universal (BRASIL, 2005).

A maneira com que a ocorrência do HIV/AIDS impacta a vida das pessoas que vivem e convivem com AIDS revela muitas vezes a não efetivação dos direitos humanos, visto que o preconceito e a discriminação, ainda existentes na sociedade, impedem o acesso a direitos básicos como frequentar a escola, pleitear emprego e ter atendimento de saúde. A produção e execução de políticas públicas, via de regra, têm por princípio o cumprimento dos direitos humanos. Bem como, permite que o processo de efetivação do conceito de cidadania ocorra de forma plena.

Sobre o enfrentamento do HIV/AIDS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 5) indica:

Não é possível dissociar direitos humanos do enfrentamento das DST/HIV/aids. O processo de reconhecimento do direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento constitui importante bandeira de direitos humanos desde o início da epidemia. Afirmar a dignidade do ser humano é o que traz sentido para, por exemplo, a discussão sobre a função social da propriedade intelectual frente o direito à saúde. Além da disponibilização de preservativos e medicamentos antirretrovirais, trata-se de uma luta constante contra as desigualdades sociais.

Percebe-se, a partir da assertiva acima, que as desigualdades sociais e, por consequência, o quadro de vulnerabilidades pode sofrer reduções ou agravos em função da implementação ou não de políticas públicas que permitam a prevenção e o posterior tratamento nos casos de contaminação. Segundo Paiva (2006), quando se trata do plano programático, é notória a busca de ações resolutivas, em nível municipal, nas políticas de prevenção e combate a DST/AIDS, frente à política de descentralização do SUS.

Igualmente, é possível perceber que a implementação de ações dirigidas à parcela da população exposta ou em risco de exposição também é afetada pela discriminação e pela ausência de discernimento quanto à importância das mesmas. Segundo Simão e Barbosa, na apresentação do livro “Direitos humanos e HIV” (BRASIL, 2008, p. 5), estes indicam que:

O estigma e a discriminação constituem sérios obstáculos à promoção do acesso universal. Além disso, muitas vezes a discriminação em razão do HIV/Aids é somada a outras discriminações, acentuando o impacto da doença. Por esse motivo, também não é possível dissociar a resposta brasileira do processo dinâmico de construção e reconstrução de conceitos e discursos trazidos pelos vários movimentos sociais. A abertura ao constante diálogo, com o reconhecimento de identidades, especificidades e direitos, tem permitido a construção de uma resposta que contemple as necessidades de uma população tão diversificada.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de compreensão do quadro complexo para que se implemente políticas públicas no Brasil que estão para além do caráter universalista. Logo, a participação popular e o aumento das capacidades e habilidades dos atores sociais são essenciais na busca de soluções para problemas da sociedade atual. A ação coletiva efetivada pelos movimentos sociais

parece um dos caminhos para que se alcance maior qualidade na representação, nos seus mais variados âmbitos.

#### **4 AÇÕES NAS GESTÕES MUNICIPAIS DE PORTO ALEGRE E DE CURITIBA**

Neste capítulo será analisada a evolução das ações na formulação dos Planos de Ações e Metas (PAMs) de 2001 a 2012, os recursos investidos, a Programação Anual de Saúde – PAS, o Relatório Anual de Gestão – RAG e o Plano Municipal de Saúde – PMS.

O PAM – Plano de Ações e Metas, atualmente renomeado de Programação Anual de Metas, representa a síntese do processo local de discussão e de definição das prioridades de cada estado e município visando à obtenção dos recursos do incentivo. A Portaria nº 2313/GM de 19 de dezembro de 2002 institui o mecanismo do incentivo, repassado por meio de transferência regular e automática do FNS – Fundo Nacional da Saúde – aos fundos estaduais e municipais. No mesmo ano, a Portaria Nº 2314/02, define o Plano de Ações e Metas (PAM), sistema informatizado, como instrumento de planejamento e programação das atividades para a utilização dos recursos destinados aos entes federados, além de instituir o monitoramento da execução (SisIncentivo). Em 2004, através da Portaria Nº 1.679, foi criado o Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS (depois renomeado Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais).

Para que o estado ou município possa ter acesso aos recursos disponibilizados pelo incentivo é necessário o cumprimento de certas exigências, como por exemplo, o investimento de recursos próprios no enfrentamento à epidemia, garantindo assim que o repasse federal seja um recurso a mais, e não uma mera substituição. As metas devem ser específicas, mensuráveis, apropriadas, realistas e temporais (SMART) e devem ser executadas no período de vigência do PAM (BRASIL, 2002).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) das Capitais deverão programar metas para alcançar os indicadores de desembolso do Projeto AIDS SUS, demonstrados a seguir: SMS das capitais executando 70% das metas da PAM; proporção de SMS de capitais com informações epidemiológicas e financeiras de DST, HIV e AIDS em sites institucionais; proporção de projetos de Organizações da Sociedade Civil (OSC) financiados com desembolso vinculado ao alcance de



resultados; proporção de SMS das capitais executando 70% dos recursos do incentivo repassado no ano (financeiramente).

A política do incentivo financeiro de custeio e o Sistema de Monitoramento têm sido qualificados ao longo do tempo, com o propósito de fomentar ações para a melhoria da resposta ao HIV/AIDS e às DST, no território nacional, especialmente nas regiões e municípios onde estes agravos apresentam maior relevância epidemiológica, contribuindo assim para a efetiva descentralização das Políticas de DST/AIDS.

Recentemente a Portaria Nº 3276, de 26 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), trouxe diversas reformulações, com destaque para as pactuações realizadas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os municípios prioritários de cada estado foram definidos levando-se em conta o porte populacional e a carga da doença, com base nos seguintes critérios: número de casos de AIDS; número de casos de hepatite B; número de casos de hepatite C; e número de casos de nascidos com Sífilis Congênita. As capitais aqui estudadas fazem parte desse rol, sendo que a proporção da carga de Curitiba é de 26,77 e a de Porto Alegre, 33,67.

A construção do PAM está orientada em 04 áreas de atuação:

- a) Promoção, Prevenção e Proteção – as orientações para esta área priorizam insumos estratégicos de prevenção, ações específicas para segmentos populacionais mais vulneráveis, qualificação da prevenção em serviços e os Planos Estratégicos direcionados ao enfrentamento da epidemia entre populações específicas;
- b) Diagnóstico Tratamento e Assistência – as orientações para esta área priorizam a melhoria do cuidado e da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) com foco no fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado para as DST, AIDS e hepatites virais. Destaca-se o tratamento, o seguimento e a adesão ao tratamento de HIV/AIDS e Hepatites Virais (HV), direitos sexuais e reprodutivos, saúde mental, profilaxias com ARV, atenção à lipodistrofia por meio de ações voltadas a orientações sobre nutrição e exercícios físicos, eventos adversos, manejo de resistência, abordagem das coinfeções

e comorbidades, qualificação e organização de serviços ambulatoriais, assistência hospitalar e laboratorial voltadas às DST/AIDS/HV, qualificação da abordagem na Atenção Básica das DST/AIDS/HV, assistência a crianças e adolescentes infectados pelo HIV, prevenção da TV da Sífilis, HIV, Hepatite B e HTLV;

- c) Gestão, Desenvolvimento Humano e Institucional e Pesquisa – esta área trata dos processos relacionados ao desenvolvimento da capacidade institucional para o desempenho das responsabilidades governamentais, de acordo com o nível de gestão a que se refere;
- d) Interface e Parcerias com OSC - o apoio técnico e financeiro aos projetos deve ter como objetivo melhorar a capacidade de resposta à epidemia das OSC, bem como o controle social e sustentabilidade das organizações da sociedade civil.

Conforme dados do Sistema de Incentivo Financeiro (BRASIL, 2015), pode-se inicialmente visualizar um panorama dos recursos investidos desde o pagamento da 1ª parcela em 2003 até o saldo da conta em 2013 e seu percentual de aplicação:

*Quadro 6 Situação de Implementação do Plano de Ações e Metas (PAM) de Curitiba e de Porto Alegre*

<b>% de Execução</b>	<b>Mês/Ano de Pagamento da 1ª Parcela</b>	<b>Capital</b>	<b>Valor do Incentivo</b>	<b>Total de recursos repassados até a competência maio/2013</b>	<b>Saldo em conta em julho/2013</b>	<b>Saldo em meses</b>
95,76%	30/06/2003	Curitiba	932.450,35	8.209.320,33	348.049,03	4
71,71%	01/03/2004	Porto Alegre	1.138.551,21	11.097.512,15	3.139.523,21	33

Fonte: SIS (BRASIL, 2015)

O percentual de execução dos recursos repassados a Porto Alegre, 71,71%, demonstra que, até julho de 2013, havia um saldo significativo em valores, em princípio, incompatíveis com a quantidade de ações que deveriam ser realizadas

diante do cenário epidemiológico. Porém, esses quantitativos podem estar desatualizados ou se referirem a empenho de orçamentos executados e ainda não liquidados ou contratos pendentes. Por outro lado, Curitiba apresentou o percentual de 95,76%, sinalizando que os recursos foram utilizados quase na sua totalidade.

Segundo esses dados, o município de Porto Alegre, caso permanecesse nessas condições, estaria no limite do aceitável, de acordo com os critérios estabelecidos para a habilitação aos recursos e continuidade do repasse (70%).

Com a edição da Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), o Ministério da Saúde regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, que passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento, ficando assim constituídos: Bloco da Atenção Básica; Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Bloco da Vigilância em Saúde; Bloco da Assistência Farmacêutica; Bloco da Gestão e Bloco de Investimentos na rede de Serviços de Saúde.

Os incentivos destinados às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais estão subsumidos ao Bloco da Vigilância e preveem: qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais; Casas de Apoio para PVHA; aquisição da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

#### 4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA DE 2001 A 2012

Em 1998, o município de Curitiba aderiu à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB-SUS/96. A transferência de recursos financeiros fundo a fundo impulsionou o investimento às questões epidemiológicas na capital. Segundo Moacir Pires Ramos, Coordenador Municipal de DST/AIDS de Curitiba em 2002, em seu depoimento no Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica (BRASIL, 2013): desde aquela época já se sabia que “A única forma de ampliar a rede sem custo e garantir um cuidado integral ao portador do HIV era por meio da

atenção primária.” Portanto a capital paranaense iniciou o processo de descentralização da atenção às pessoas com HIV/AIDS nos primeiros anos de 2000, embasado na ideia de que o modelo assistencial focado no serviço especializado trazia limitações ao acesso dos usuários. A gestão compartilhada do cuidado às pessoas vivendo com HIV foi estimulada através de estratégias diversas, visando propiciar a interação entre os médicos infectologistas e os médicos de família. O teste convencional é oferecido em todas as unidades básicas de saúde e o teste rápido nos Centros de Orientação e Aconselhamento, além de, em todas as maternidades.

Em artigo no qual se avalia a extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba, sejam eles: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, comparados com unidades tradicionais e Estratégias da Saúde Família, o município apresentou altos índices de satisfação com o modelo implantado. Segundo os autores:

Os resultados deste estudo evidenciam que, em Curitiba, na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiras, as unidades com ESF possuem maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária. As unidades ESF de Curitiba parecem apresentar maior proporção de profissionais com formação específica em medicina de família e comunidade do que o relatado em estudos com profissionais do estado do Rio Grande do Sul e também da cidade de Porto Alegre. (CHOMATAS, et al.,2013,p.301)

No mesmo estudo é destacada a importância dos investimentos realizados na informatização do sistema que facilita os resultados dos exames laboratoriais disponibilizados on-line, diretamente no prontuário dos usuários.

#### 4.2 ANÁLISE DO PAM E RELATÓRIOS DE GESTÃO DE CURITIBA: 2001 A 2012

Através da Lei nº 10.350 de 18 de dezembro de 2001, é instituído o Plano Plurianual para o quadriênio 2002 a 2005. Dentre as metas e prioridades da administração municipal, desta gestão, na ação Saúde, esta previsto: Programa de Ações de prevenção de doenças e Programa de atendimento geral à saúde.

O Plano Municipal de Curitiba referente a este período, acompanhando o processo histórico, é construído coletivamente nas Conferências Municipais de Saúde, sendo referência central ao funcionamento da SMS, do Conselho, e guia para relatórios de gestão. O conjunto de objetivos, produtos e atividades contidos no Plano consolidam as tendências de desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde. Superando a fragmentação ainda existente e considerando como objetivo central, em sua organização, o Plano Municipal de Curitiba, a gestão visa à construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, que se volta para o atendimento integral do usuário, expandindo as ações na atenção básica.

No relatório do referido PMS, consta a adoção do prontuário eletrônico único, que registra todos os atendimentos realizados pelo usuário. Essa ação não é específica para o HIV/AIDS, mas representa uma importante ferramenta no acompanhamento do itinerário do usuário. O PMS prevê a melhoria da qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica. Quanto à AIDS e outras DST, tem como meta: reduzir a transmissão do HIV e DST; melhorar a qualidade da assistência aos portadores do vírus HIV e doentes de AIDS (Prefeitura Municipal de Curitiba).

Outras estratégias importantes são adotadas: adesão do município ao Programa de Expansão e consolidação do Programa Saúde da Família; no enfrentamento do HIV/AIDS, é lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, e Curitiba é uma das cinco cidades convidadas em nível nacional para a implantação e a participação na pesquisa para validação dos testes rápidos, em parceria com o Ministério da Saúde e Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Campanha “Fique Sabendo”).

Com o pagamento da 1ª parcela, em 30/06/2003, no valor de R\$932.450,36, o PAM constitui-se como principal instrumento de planejamento, execução e monitoramento das ações voltadas para o HIV/AIDS. Porém Curitiba, em 2001, já adotava iniciativas pontuais: Programa Mãe Curitibana, com a disponibilização do teste HIV para todas as gestantes, Campanha de Detecção Precoce da Infecção pelo HIV, com a oferta do teste do HIV em todas as Unidades de Saúde Básicas, e capacitação dos profissionais de saúde para aconselhamento pré e pós-teste, qualificando o diagnóstico e adesão ao tratamento, parcerias com as OSC a fim de

obter uma maior inserção nas populações específicas, educação permanente aos atores envolvidos nas ações de prevenção e promoção, disponibilização de insumos (preservativo masculino e feminino).

*Quadro 7 Percentual do destino dos recursos PAM de Curitiba (PR). Incentivo + Recurso Próprio + Recebido*

Área de Atuação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Promoção, Prevenção e Proteção	64,04%	51,63%	0	49,66%	46,57%	46,57%	46,57%	46,57%	46,57%	41,38%
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	30,80%	43,27%	0	44,67%	47,63%	47,63%	47,63%	47,63%	47,63%	42,32%
Desenvolvimento Institucional e Gestão	5,15%	5,10%	0	5,66%	5,66%	5,80%	5,80%	5,80%	5,80%	5,15%
Parcerias OSC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,14%
Valores Absolutos	968.306,78	1.775.026,93	1.166.306,48	1.233.122,48	1.233.122,48	1.100.714,48	1.100.714,48	1.100.714,48	1.100.714,48	1.238.714,48

Fonte: SIS (BRASIL, 2015)

Ao analisar-se os números apresentados no quadro 5, observa-se que a gestão investiu proporções equilibradas de recursos em promoção, prevenção e proteção e em diagnóstico, tratamento e assistência. Foram priorizadas estas duas áreas temáticas, de acordo com o relatório de avaliação da execução das metas, sendo realizadas continuamente campanhas e ações educativas sobre as formas de transmissão e a prevenção através do uso do preservativo. Com a parceria das OSC, foi possível a aproximação com as populações consideradas em situação de vulnerabilidade. O Programa Saúde na Escola (PSE) buscou aproximação das escolas e o ônibus do Adolescente Saudável participou de diversas ações de prevenção. Outro ponto fundamental foi o investimento no diagnóstico precoce.

### 4.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS DE PORTO ALEGRE DE 2001 A 2012

Na obra produzida pela UNESCO em 2005, em uma pesquisa realizada sobre gestão local, está incluído o estado do Rio Grande do Sul, em especial o município de Porto Alegre. É apresentado o histórico das políticas direcionadas ao HIV/AIDS que, em 1987, tinha o *lócus* de atuação ligado à Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Porto Alegre, com a nomenclatura de Coordenação Municipal de DST e AIDS. Em 1992, esta foi oficializada como uma Coordenação separada da Assessoria de Planejamento e do restante das demais políticas públicas.

De acordo com os dados coletados, em 2005 através de uma reforma administrativa na Secretaria, a Política Municipal de DST/AIDS se torna o Programa Municipal de DST e AIDS, que além de definir as questões de ordem política, passa a coordenar serviços especializados.

Em 1995, o município cria o Centro de Vigilância em Saúde (CVS), iniciando o monitoramento das doenças transmissíveis de notificação compulsória e suas ações de controle. A partir de 1999, ocorre a municipalização da vigilância da tuberculose e, em setembro de 2001, a da AIDS, a da gestante HIV e a da criança exposta. Devido ao aumento das demandas em 2005, ocorre a reestruturação do organograma da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. A outrora Equipe de Controle Epidemiológico passa a ter a nomenclatura de Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (PORTO ALEGRE, 2011).

O cenário em 2003, em Porto Alegre, era ainda incipiente em relação às ações de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS. Previa-se a abertura de um serviço especializado no Centro de Saúde IAPI e havia sido realizado um convênio com a disponibilização de 40 leitos de complexidade intermediária no Hospital Vila Nova, visando diminuir a lotação nas emergências por complicações da doença. Além disto, o município atendia os pacientes vindos do interior, representando 30% dos atendidos na rede pública. Nota-se que a orientação ainda era hospitalocêntrica, ainda com pouca ênfase na prevenção e tratamento precoce. Salienta-se que

existiam ao mesmo tempo, à época, ações importantes como o Programa Redução de Danos, voltado para usuários de drogas, o Projeto Arpão, que desenvolvia atividades direcionadas à população privada de liberdade (Presídio Central de Porto Alegre e Presídio Feminino Madre Peletier), à população em albergues e à população de moradores de rua. O relatório da gestão desse período aponta, como aspecto negativo, a dificuldade da formação de uma unidade de Coordenação específica, na estrutura interna da SMS, para o desenvolvimento da política ainda naquele momento. Essa coordenação, a cargo de várias instâncias como ASSEPLA, Vigilância, Regulação, possuía uma configuração que produzia uma dispersão das ações, dificultando o itinerário do usuário (FAGUNDES, S. Relatório de Gestão 2003).

Outro aspecto importante relatado é que a maior causa de mortalidade materna em 2004 foi por AIDS, indicando conseqüentemente o aumento da transmissão vertical. O ano de 2005 foi marcado por um período de transição de governo, que dificultou a execução das atividades planejadas, sendo somente possível a realização de campanhas. Neste período, houve também prejuízo ao Programa de Redução de Danos. A distribuição de preservativos foi reduzida, e não ocorreram as capacitações dos profissionais da rede básica para atender as demandas de testagem e aconselhamento para HIV/AIDS. Diante destes impedimentos os investimentos ocorreram mais com campanhas e eventos de promoção, prevenção e informação, adiando-se a estruturação da rede no quesito diagnóstico e tratamento precoce. A coinfeção HIV/TB também se mostra um problema persistente e crescente no município e a associação dos dois agravos torna a sobrevida mais limitada, aumentando os índices de mortalidade.

A partir de 2010, verifica-se que começaram a ocorrer modificações estruturais no enfrentamento da epidemia no município, com ações e investimentos vinculados ao diagnóstico e ao tratamento precoces. Assim, registram-se capacitações das equipes nos diversos níveis de complexidade, implantação do teste rápido para o HIV nos Serviços de Atenção Primária, implantação do teste rápido de gravidez nos Serviços de Atenção Primária, a intensificação do Programa



Saúde no Escola (PSE), ações com o ônibus itinerante Fique Sabendo Jovem, além de campanhas publicitárias direcionadas e de parcerias com OSCs.

#### 4.4 ANÁLISE DO PAM E RELATÓRIOS DE GESTÃO DE PORTO ALEGRE: 2001 a 2012

*Quadro 8 Percentual do destino dos recursos PAM em Porto Alegre. Incentivo + Recurso Próprio + Recebido*

Área de Atuação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Promoção, Prevenção e Proteção	50,01%	56,55%	0	41,37%	58,85%	20,98%	34,55%	30,58%	0	20,34%
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	35,42%	22,31%	0	16,45%	8,39%	41,65%	47,45%	33,66%	0	29,73%
Desenvolvimento Institucional e Gestão	14,57%	21,25%	0	42,18%	32,37%	37,37%	18,00%	29,16%	0	21,00%
Parcerias OSC	0	0	0	0	0	0	0	6,63%	0	28,93%
Valores Absolutos	2.059.231,21	2.519.506,08	0	2.764.600,00	2.038.700,21	1.977.851,21	2.583.884,05	3.017.088,51	0	3.843.440,67

Fonte: SIS (BRASIL, 2015)

Ao contrário de Curitiba, os investimentos em Porto Alegre não foram utilizados de forma proporcional em relação às áreas temáticas de atuação. Até o ano de 2007, foram priorizadas as ações voltadas para a promoção, prevenção e proteção e desenvolvimento institucional e gestão, em detrimento do diagnóstico, tratamento e assistência. A área do desenvolvimento institucional e gestão, trata dos processos relacionados ao desenvolvimento da capacidade institucional para o desempenho das responsabilidades governamentais, de acordo com o nível de gestão a que se refere. É importante o desenvolvimento institucional através de uma política de recursos humanos que promova a formação, o desenvolvimento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da área da saúde de forma intersetorial e em articulação entre as esferas de governo. Também se deve considerar as estratégias de disseminação do conhecimento e informações para a

sociedade civil, visando o controle social e gestão participativa. (SIS – orientações para a elaboração do PAM-2013)

Em Porto Alegre, foi dado ênfase na participação dos profissionais de saúde da Rede de Atenção em DST/AIDS e de Serviços Complementares em eventos, seminários e capacitações em prevenção, assistência, gestão e pesquisa. Segundo o relatório do PAM em 2003 por: “dificuldades da Secretaria na criação de cargos (recursos humanos) para consolidar o desenvolvimento institucional e de gestão assim como para a ampliação das atividades preventivas e abertura de novos serviços, que assistam com mais qualidade as populações que vivem e convivem com DST/HIV/Aids.”

Os recursos foram aplicados em: pagamento de diárias, passagens aéreas nacionais e internacionais, pagamento de horas aulas e palestrantes, pagamento de inscrições em eventos, contratação de serviços de terceiros: cooffe break, salas, equipamentos e gerenciamento de projetos de capacitação, contratação de serviços para adaptação de software, aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a estrutura de atendimento, aquisição de insumos de escritório e informática contratação de consultorias - nos projetos de implantação de testagem e aconselhamento em teste rápido, elaboração de projetos e convênios, regulação de fluxos de pacientes, assistência e prevenção.

A seguir, registro de 2 (duas) Metas do Plano Plurianual de Porto Alegre no período de 2006 a 2009:

**\*Ação 20 – PPA 2006 a 2009: PREVENÇÃO À GRAVIDEZ PRECOCE E ORIENTAÇÃO SEXUAL**

Descrição: Articular ações entre a SMS e SMED e FASC, a fim de implementar atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/HIV - AIDS, levando em conta a questão de gênero e prevenção à homofobia nas escolas, a partir da quinta série do ensino fundamental e para as três séries de ensino médio, além da população de rua ou em vulnerabilidade social, em convênios com ONGs com comprovada experiência na temática.

Finalidade: índice de gravidez reduzido

Produto: Orientar e prevenir os jovens em relação a temas como DST/AIDS e reduzir os índices de gravidez na adolescência, em especial na população de rua em vulnerabilidade social.

\*Ação 14 e Ação 587 (FMS): PPA 2006 a 2009 DST/AIDS

Descrição: Treinamento e apoio logístico para UBSs e PSFs na detecção e no tratamento de DST/AIDS para médicos e equipes.

Finalidade: Diminuir a incidência de DST/HIV nos grupos etários e pessoas em vulnerabilidade social.

Produto: Pessoas capacitadas

. Ocorre que os recursos utilizados nestas áreas não reverteram em diminuição dos índices, porém não é possível precisar se isto decorre da não efetivação e baixa resolutividade do que foi programado ou se realmente se deveria ter alocado mais recursos nas ações voltadas para o diagnóstico precoce e atenção às pessoas vivendo com AIDS.

Por outro lado, no Plano Plurianual de Porto Alegre no período de 2010 a 2013, o Programa HIV/AIDS é contemplado dentro do Eixo Social – Programa Porto Alegre Mais Saudável: Ação: DST/AIDS: Descentralização da testagem do HIV com aconselhamento e atendimento do HIV+ assintomático para toda a rede básica de atendimento em saúde. Objetivo: facilitar o acesso de toda a população à testagem do HIV e ao atendimento do HIV+ assintomático por toda a rede básica, georreferenciando o atendimento dos doentes de AIDS aos serviços especializados. Medida do indicador: exames solicitados pela rede básica. (Porto Alegre - PPA 2010-2013).

Em consonância com o PPA, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 elenca as seguintes metas: redução de 5% dos casos de AIDS em maiores de 13 anos, até 2013; redução da transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor, para índices iguais ou menores que 2,2% até 2013.23; redução da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade, com equidade segundo raça/cor, de 12/100.000 para menos de 9/100.000 até 2013; ampliação do número de SAE (serviço de atendimento especializado em AIDS) de dois para quatro até 2013;

introdução do Agente de Endemias nas Unidades de Saúde para AIDS, Tuberculose, Dengue, álcool e drogas.

Em agosto de 2012, houve o lançamento da primeira edição do Projeto Galera Curtição em parceria com a Área Técnica DST/AIDS/Hepatites Virais. O projeto contou com a participação de 96 escolas da rede pública, visando promover a atenção à prevenção das DSTs, álcool e outras drogas, bem como discussão sobre gênero e sexualidade, dos adolescentes e jovens do ensino básico público municipal e estadual por meio de ações lúdicas, culturais, educativas e, sobretudo, interativas levando a informação utilizando a linguagem do jovem (PORTO ALEGRE, 2012b).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através da análise das principais estratégias de enfrentamento da epidemia HIV/AIDS, tem-se o comparativo abaixo:

*Quadro 9 Análise temporal das ações. Comparação Porto Alegre e Curitiba.*

Ações Programáticas	Porto Alegre	Curitiba
Implantação do Teste Rápido Descentralizado	2012	Somente no COA Centro de Orientação e Acompanhamento
Criação de Comitê de Mortalidade por AIDS	2012	não
Descentralização do Teste HIV	2011	2001
Teste Rápido HIV no Pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais	2012	Somente no COA
Prontuário eletrônico único	não	2001
Programa Saúde na Escola - PSE	2011	2002
Ônibus Itinerante: Fique sabendo	2014	2003
Teste por fluido oral Plataforma Virtual - "A hora é agora"	não	2014 - Sim (para população-chave HSH – acima de 18 anos)
Projeto Saúde nas Estradas	não	2001
Projeto Gestante	Sim (Porto Alegre – Cuidando da Mãe e do Bebê/Rede Cegonha - 2004)	Sim (Projeto Mãe Curitibana - 2000)
Comitê da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita	2013	não

Fonte: autora

A atuação programática do combate à epidemia HIV/AIDS engloba: prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e assistência, gestão e desenvolvimento institucional e a sociedade civil. A epidemia do HIV/AIDS envolve diversos fatores: populações vulneráveis, direitos humanos, preconceito, estigma, discriminação. Desde o seu início já se passaram quatro décadas, e o vírus ainda persiste em sobreviver, vai mudando o seu "alvo" conforme é combatido. Na história da AIDS, constata-se que inicialmente eram atingidos os homossexuais, hemofílicos,

usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Com o uso da medicação antirretroviral, disponibilização de insumos, controle dos bancos de sangue, campanhas de prevenção, entre outras ações, a epidemia foi se estabilizando, mas, ao mesmo tempo, alastrando-se para outras populações, ocorrendo o fenômeno chamado feminização da epidemia, em que a proporção dos homens e mulheres afetados se aproxima; a transmissão também aumentou entre os jovens e os idosos, além da transmissão vertical – da mãe para o bebê.

Na análise comparativa apresentada no quadro 9 pode-se perceber a diferença temporal do início das ações, algumas bem importantes, como a descentralização do teste HIV, com início em 2001 em Curitiba e somente em 2011 em Porto Alegre, que é uma forma de melhorar o acesso da população, contribuir para o diagnóstico precoce e o início do tratamento em tempo hábil. Percebe-se também uma diferença significativa quanto ao início do Programa Saúde na Escola – PSE, que aconteceu nove anos antes em Curitiba, o que pode explicar diferenças nos índices de transmissão entre jovens e adolescentes.

Em 2014, Curitiba lançou o Teste por fluido oral Plataforma Virtual - “A hora é agora”, destinado ao que se convencionou denominar de população-chave pelo Ministério da Saúde e não mais os chamados “grupos de riscos”. A população-chave, neste caso, é a população homens que fazem sexo com outros homens (HSH) com mais de 18 anos. O pressuposto é de que esta população geralmente não faz o teste por vergonha da exposição. Através da Plataforma Virtual, os homens poderão fazer o teste em casa e serem assistidos por profissionais especializados. Este é um exemplo de iniciativa inovadora, que estimula ao diagnóstico precoce, por outros meios, diferente dos tradicionalmente praticados. Sendo assim, o gestor precisa estar atento às necessidades da população e investir os recursos, de forma que a atenda com resolutividade, integralidade e equidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, evidencia-se que uma das diferenças da resposta à epidemia do HIV/AIDS de ambas capitais se refere à utilização das estratégias e alocação de recursos concentradas nestas.

Diferentemente do que se poderia supor na fase inicial do estudo, que Curitiba poderia ter obtido melhores resultados, no período analisado (2001-2012), em função de abordagens diferenciadas e práticas inovadoras, a evolução dos dados analisados no PAM apontam para questões de ordem estruturais, relacionadas à organização da rede, a ações de cunho mais duradouro, com investimentos direcionados a melhoria tecnológica, a exemplo da reforma do Laboratório Municipal de Curitiba – LMC – em que os resultados dos exames realizados são disponibilizados, através do sistema informatizado, em tempo real, diretamente no prontuário do paciente. Desde 2007, o LMC realiza exames de Genotipagem para o HIV, para a detecção de mutações associadas com a resistência do HIV aos medicamentos antirretrovirais, exame que qualifica a seleção da terapia medicamentosa a ser utilizada para os pacientes (CURITIBA, 2012).

Enquanto isso, Porto Alegre escolheu, por um determinado período, ações de promoção, prevenção e proteção mais gerais e investimento no desenvolvimento institucional, o que não resultou em mudança significativa do gerenciamento da situação, nem do corpo técnico; da mesma forma, não proporcionou um envolvimento maior dos gestores para responderem com maior agilidade ao enfrentamento da epidemia, em tempo hábil, impedindo o alastramento do HIV/AIDS.

Nota-se, na análise evolutiva dos relatórios do PAM, que, apesar da constatação, ano após ano, de Porto Alegre ser a capital com os maiores índices, certo tom de conformismo, como se essa realidade não fosse passível de mudança. Percebe-se em relação a esse enfrentamento, por parte do poder público e da própria sociedade, uma desresponsabilização que resulta em um silêncio acordado implicitamente e que guarda em si o estigma, a discriminação, a acomodação em

não querer admitir que, para um problema complexo de grandes dimensões e repercussões, é necessária uma resposta efetiva nos mesmos moldes.

Conforme abordado na revisão da literatura sobre a implementação das políticas públicas impões diversos desafios. Trata-se de um processo dinâmico em um cenário frequentemente instável em relação a diversos fatores: socioeconômicos, ambientais, culturais, barreiras burocráticas, ideologias, ambiente político, recursos financeiros, resistências internas e ambiente internacional. O processo de descentralização político-administrativa em setores como a saúde e a municipalização do SUS trouxeram aos gestores novas demandas, que exigem competências, habilidades e atitudes frente a uma legislação que requer planejamento, execução, avaliação, monitoramento e prestação de contas efetiva aos cidadãos, através da obrigatoriedade da elaboração dos Planos de Governo e Planos de Saúde, nas três esferas governamentais.

Felizmente, a análise dos últimos períodos aponta para uma mudança de visão da gestão de Porto Alegre, que passa a priorizar o diagnóstico precoce, o tratamento e a atenção às PVHA – aliados à prevenção, à promoção e à proteção – e que traz a estruturação da rede de serviços nos diferentes pontos de atenção à saúde. Por conseguinte, tem-se a descentralização do teste rápido HIV/AIDS para a rede de atenção básica, nas Unidades de Pronto-Atendimento – UPAs; capacitam-se os profissionais, por meio de educação permanente; facilita-se o acesso da população aos serviços; criam-se campanhas direcionadas a públicos específicos; e fazem-se parcerias com as Organizações da Sociedade Civil –OSCs, a exemplo do Edital lançado em 2012, para as casas de matriz africana, com o objetivo de aliar o conhecimento ancestral e popular com as práticas da medicina tradicional.



## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L.M.W. BASSANESI, S.L. **O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose**. Revista Brasileira Epidemiologia SUPPL D.S.S.2014; 88-101.
- AMABILE, A. E.N. Políticas Públicas. IN: CASTRO, C.L.F.; Gontijo, C.R.B. **Dicionário de Políticas Públicas**. Barbacena: UEMG, 2012.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU)**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Fundação João Pinheiro (FJP). 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>>. Acesso em 19/12/2014.
- BARATA, R.B. **Como é por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.p.120. (Coleção Temas em Saúde)
- BARCELLOS, C.(Org.) Os indicadores da Pobreza e a Pobreza dos Indicadores: Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In: \_\_\_\_\_ **A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. Cap.V
- BASTOS, F.I. **AIDS NA TERCEIRA DÉCADA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.104 p. (Coleção temas em Saúde)
- BASTOS, F.I. ; SZWAREWALD, C.L. **AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 16 (Sup. 1) 65 – 76 .2000
- BRASIL, MS. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Aids e DST**. Ano III – n.1 – 27<sup>a</sup> à 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2013. ANO III – n.1 – 01<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em 22/12/2014
- BRASIL, MS. **Portaria Nº 3276**, de 26 de dezembro de 2013.
- BRASIL, MS. **Sistemas de Vigilância**. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em 22/12/2014.
- BRASIL, MS. **Portaria Nº 236, de 2 de maio de 1985**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em 22/12/2014.
- BRASIL, MS. **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em: 22/12/2014.

BRASIL, MS. **Sistema de Incentivo Financeiro - SIS** – 2015. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/pam/monitoramento.asp>

BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação em Saúde Brasil 2012**: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. p.225.2014A

BRASIL, MS. **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005. 608 p.

BRASIL, MS. Guia de Bolso. **Doenças: infecciosas e parasitárias**, Série B. Textos Básicos de Saúde. 8. ed. 2010.448 p.

BRASIL, MS. **PORTARIA MINISTERIAL N.º 2313**, de 19 de dezembro de 2002.

BRASIL, MS. **PORTARIA MINISTERIAL Nº 1.679**, de 13 de agosto de 2004 – Aprova normas relativas ao Sistema de Monitoramento de Políticas de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids, e dá outras providências.

BRASIL, MS. **PORTARIA Nº 204, de 29 de janeiro de 2007** – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de bloco de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL, MS. **PORTARIA Nº 1.271, de 6 de junho de 2014** – Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

CAVALCANTE, P. **Planejamento e Políticas Públicas/ppp/n.42/jan./jun.2014**.

COTTA, R.M.M.et al. Políticas Sociais, Políticas de Saúde e Modelos de Sistema de Saúde.In \_\_\_\_\_ **Políticas de Saúde: Desenhos, Modelos e Paradigmas**. Viçosa, MG: UFV, 2013. Cap.2, p.45-86.

CHOMATAS E. et al. **Avaliação da Presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba**. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013.p.294-302.

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

GIL, M.CC.R. **Aids e Políticas Públicas: A Contribuição das ONGs/Aids do**

**estado do Paraná na construção de Políticas Públicas através do exercício de cidadania** – Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Londrina, 2006.

HARTZ, Z.M.A. SILVA, L.M.V. (org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. 4. ed. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOLANDA, R. I. T. et al. **A Política de Aids no Brasil: uma abordagem histórica**. JMPHC.Pernambuco,v.1, n.1,p.23-27,2010. Disponível em: < <http://www.jmphc.com> > Acesso em 03/04/2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: **Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, n.29,2012. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)> Acesso em 30/12/2014.

JR, J.C.C. (Coordenador). INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) **Brasil em Desenvolvimento: Estado, Planejamento e Políticas Públicas** – v. 03, Brasília, 2009.

MARQUES, E. ; FARIA, C.A.P. (Org.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: UNESP, 2013.282p.

MEYER, D.E.E. et al. **“Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (6): 1335 -1342, jun., 2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, **Estratégias AIDS 2011- 2015**, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/en/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/)>

PAIVA, V.; PUPO, L.R.; SEFFNER, F.(Org.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos- Prevenção e Promoção da Saúde**: pluralidade de vozes e inovação de práticas – Livro III. Curitiba: Juruá, 2012.328p.

PAIM, et al. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal/Municipal health policy planning and implementation**. Cad. Saúde Pública. 24(6); 1239-1250.2008-06.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde de Porto Alegre: A construção de uma história**. 234 p.2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde, Política Municipal de Controle de DSST/AIDS. **Revista da Conferência**. 1ª Conferência Municipal de DST/Aids. Porto Alegre, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, ANO XIV, nº 48, Maio de 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** – Ano XV nº 51, Maio 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Planejamento, **Relatório de Atividades de 2013**. Porto Alegre, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, **Relatório Anual de Gestão, 2012b**. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=895](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895)

RESENDE, G.M. **Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise de seus impactos regionais**. Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

SANTOS, B. S.; CHAUI, M. **Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez Editor, 2014.

**UNESCO. A ONU e a resposta à aids no Brasil. 2013. 3ªed. P.38 Disponível em: [www.unesco.org/pt/brasilia](http://www.unesco.org/pt/brasilia)**

UNAIDS. BRASIL. **Tratamento 2015**. Disponível em: [www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp](http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp)

VILLARINHO, M.V.et al, **Políticas Públicas de Saúde Face a Epidemia da AIDS e a Assistência às pessoas com a doença**. Revista Brasileira de Enfermagem. mar-abr:66(2)271-7 2013

## ANEXO A - FOTOS DE EVENTOS AO COMBATE DA EPIDEMIA HIV/AIDS

Foto 1 – Ônibus Porto Alegre – Projeto Fique Sabendo Jovem



Fonte: Prefeitura de Porto Alegre

Foto 2 - Trailer Curitiba A Hora é Agora – Testar nos deixa mais Fortes



Fonte: Prefeitura de Curitiba

Foto 3 – Caminho do Gol Curitiba



Fonte: MS

Foto 4 – Caminho do Gol Porto Alegre



Fonte: MS

Foto 5 – Abertura do Projeto “Galera Curtição” – 08/05/2015



Fonte: Prefeitura de Porto Alegre

Foto 6 – Reunião atividades prioritárias do AIDS Tchê.  
Abril de 2013 – Porto Alegre/RS



Fonte: <http://www.unaids.org.br>