



**CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC:
FRAGMENTOS HISTÓRICOS (1993- 2006)**

**CONSOLIDATION OF A MUNICIPAL PROGRAM OF STD/AIDS IN FLORIANÓPOLIS/SC:
HISTORICAL FRAGMENTS (1993 - 2006)**

**CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA MUNICIPAL ITS/SIDA EN FLORIANÓPOLIS/SC:
FRAGMENTOS HISTÓRICOS (1993- 2006)**

Isabel Cristina Alves Maliska¹

Maria Itayra Padilha²

Selma Regina Andrade³

Mariana Vieira Villarinho⁴

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial. É um estudo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que utilizou a pesquisa documental e História Oral Temática para as entrevistas. Os sujeitos foram onze profissionais de saúde que exerceram atividades de assistência e/ou gestão vinculadas as DST/Aids, no período do estudo. Os dados coletados foram tratados de acordo com a análise de conteúdo, chegando-se a tais categorias: Vigilância Epidemiológica; Diagnóstico e Prevenção; e Assistência. A implantação do Programa Municipal DST/Aids possibilitou a estruturação

¹Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário da UFSC. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde. Endereço para correspondência: Rua Europa, 410 Trindade – Florianópolis –SC Cep 88036-135. E-mail: isabel.alves07@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Professora-Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde. E-mail: padilha@ccs.ufsc.br

³ Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: selma@ccs.ufsc.br

⁴Enfermeira do Trabalho da Secretaria de Estado da Administração/SC. Doutora pelo PEN-UFSC. Membro do GEHCES.

de ações em vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência. A perspectiva da nova história, permitiu acompanhar a consolidação do Programa DST/Aids ao longo dos anos, bem como seus desdobramentos. Destaca-se neste contexto a participação das enfermeiras no processo de construção das políticas voltadas a aids no município. Espera-se que, através dos fragmentos encontrados, possa-se contribuir para instrumentalização de profissionais interessados nesta temática, instituições e pesquisadores da área, no sentido de viabilizar novos caminhos para a consolidação de políticas no combate a epidemia.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Sistema Único de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle.

Abstract

This study is aimed at to analyze how the Municipal Program on STD/AIDS in Florianópolis was consolidated from the financing of the World Bank. This is a qualitative study, with a socio-historical perspective, which used documentary research and oral history for interviews. The subjects were 11 professional that exercised health care activities and/or related to the management of STD/AIDS during the study period. The collected data were treated according to the content analysis, which resulted in the following categories: Epidemiological Surveillance; Diagnosis and Prevention; and assistance. The implementation of the Municipal program of STD/AIDS allowed the structuring of actions in surveillance, diagnosis, prevention and care. The perspective of the new history, allowed the following of the consolidation of the STD/AIDS Program in recent years, and its repercussions. We highlight the participation of nurses in the process of construction of public policies on AIDS in the city. It is expected that through the fragments found, it may be contributing to the clinical practice of professionals, institutions and researchers interested in this topic, to enable new ways to strengthen public policy in the fight against the epidemic.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health System, Epidemiological Surveillance, Prevention and Control.

Resumen

Este estudio objetiva analizar cómo se consolidó el Programa Municipal de ITS/SIDA en Florianópolis a partir del financiamiento de acciones por parte del Banco Mundial. Se trata de un estudio cualitativo, con perspectiva socio-histórica, que utilizó la investigación documental y la historia oral temática para las entrevistas. Los sujetos fueron once profesionales de salud once que ejercieron actividades de atención y/o relacionados con la gestión de las ITS/SIDA durante el período de estudio. Los datos recolectados fueron tratados de acuerdo con el análisis de contenido, de los cuales surgieron las siguientes categorías: vigilancia epidemiológica; diagnóstico y prevención; y asistencia. La implantación del Programa Municipal de ITS/SIDA permitió la estructuración de las acciones en materia de vigilancia, diagnóstico, prevención y atención. La perspectiva de la nueva historia, permitió el seguimiento de la consolidación del Programa de ITS/SIDA en los últimos años, así como sus desdoblamientos. Se destaca en este contexto la participación de las enfermeras en el proceso de construcción de políticas pública sobre el SIDA en la ciudad. Se espera que a través de los fragmentos encontrados, se pueda estar contribuyendo con la práctica asistencial de los profesionales, instituciones e investigadores interesados en este tema, para permitir nuevas formas de consolidar las políticas públicas en la lucha contra la epidemia.

Descriptor: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Sistema Único de Salud, Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control.

HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

Introdução

O surgimento da epidemia de aids no Brasil, no início da década de 1980, coincidiu com o enfrentamento de uma grave crise social, política e econômica. Estes processos contribuíram para uma extensa deterioração dos sistemas de saúde pública, limitando a capacidade de resposta aos problemas de saúde já existentes, bem como os emergentes. Ao mesmo tempo em que os órgãos de saúde pública buscavam formular políticas que pudessem responder à epidemia da aids, as instituições de saúde viram-se frente a uma demanda assistencial crescente pelo aumento progressivo de casos, pela alta morbidade e mortalidade, e uma expectativa de sobrevida em torno de 5,1 meses^{1,2,3}.

Esta situação repercutiu em diversos estados que apresentaram os primeiros casos de aids, ainda na década de 1980. Na falta de diretrizes nacionais que conduzissem as ações voltadas a epidemia, os estados da federação foram se mobilizando e se organizando com a participação da sociedade civil, a fim de oferecer uma estrutura de atendimento aos casos que surgiam. A criação do Programa Nacional de Controle da Aids ocorreu em 1986, quando 11 estados já haviam se organizado e estruturado com seus programas estaduais².

Em Santa Catarina, o primeiro caso de aids foi notificado em 1984, na cidade de Chapecó, e em Florianópolis em 1986. No contexto em que a aids surgiu, os serviços de saúde seguiam a orientação dicotômica de prevenção *versus* assistência, sendo que o município tinha pouca participação nas ações em saúde, visto que algumas Secretarias Municipais de Saúde foram criadas somente a partir de 1990. Com a ocorrência dos primeiros casos na cidade, a estruturação da assistência ficou ao encargo do Hospital Nereu Ramos (HNR), especializado em doenças infecto-contagiosas, que se tornou uma referência em aids no estado e passou a atender os casos do município, também por estar localizado em seu território. Em 1989, o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP) estruturou o ambulatório de DST, que no decorrer da década de 1990 passou a atender casos de HIV/Aids, sendo este municipalizado no ano de 1991⁴.

Nos anos subsequentes, os casos de aids em Florianópolis foram se multiplicando, destacando-se a categoria de transmissão por uso de drogas injetáveis, a exemplo de outras cidades litorâneas do estado. Chega-se ao ano de 1993 com 488 casos de aids notificados em Florianópolis, sendo as principais categorias de transmissão: 56.3% por uso de drogas injetáveis, 22 % por transmissão heterossexual, 14,5% por transmissão homossexual, 6% por transmissão bissexual e 4,1% por

transmissão vertical⁵. Até este ano, as ações de controle da aids tinham participação expressiva da esfera estadual, destacando-se no município iniciativas pontuais e pessoais de profissionais de saúde que entenderam a emergência da epidemia e passaram a articular ações assistenciais e preventivas, apesar das limitações institucionais e dos poucos recursos disponíveis na época⁶.

A nível nacional, a primeira década da epidemia de aids no país foi marcada por um período com grandes dificuldades das autoridades governamentais em desenvolver programas e políticas que respondessem a epidemia com efetividade, seja pelas pressões políticas de cunho moral, como pelas limitações dos orçamentos dos programas estaduais e locais⁷. A partir de 1992, uma nova fase política se inicia com a reestruturação do Programa Nacional, o restabelecimento da cooperação entre as esferas governamentais, organizações da sociedade civil e comunidades científicas, contando com a importante participação do Banco Mundial no financiamento das ações voltadas ao controle da epidemia no Brasil^{8,7}.

Estes acontecimentos tiveram reflexo direto nos estados e municípios da federação, especialmente aqueles mais atingidos pela epidemia. O acordo de empréstimo com o Banco Mundial foi assinado em 1993 e executado a partir de 1994, com a vigência do “Projeto Aids I”, com duração de quatro anos. Neste contexto, uma consequência direta para o município de Florianópolis foi a articulação de um Programa Municipal de DST/Aids, iniciada em 1993, alavancada na oportunidade da realização do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) realizado no ano de 1993 em Florianópolis, organizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e Ministério da Saúde.

A articulação e estruturação de um Programa Municipal de DST/Aids em Florianópolis, possibilitou o investimento no controle das DST/aids no município, dando maior visibilidade a epidemia local e melhores condições para o investimento nestas ações. Deste modo, temos como objetivo neste artigo analisar como se consolidou o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, a partir do financiamento das ações pelo Banco Mundial, desvelando as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, diagnóstico, prevenção e assistência. A história, neste contexto, vem contribuir como forma de problematizar este passado-presente, pois ao se envolver com a pesquisa e análise das políticas públicas modernas, pode contribuir para o diálogo entre a pesquisa e a construção dessas políticas⁹.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza sociohistórica^a que utilizou as bases filosóficas da nova história¹⁰. O contexto do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sendo os sujeitos do estudo, onze profissionais de saúde (seis enfermeiras, quatro médicos e uma psicóloga) que atuaram direta ou indiretamente no Programa DST/Aids Municipal e/ou suas unidades assistenciais, a exemplo do Ambulatório DST/Aids, bem como o Hospital Nereu Ramos, vinculado até 1990 à Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O recorte histórico se deu a partir de 1993, ano em que é oficializado e estruturado o Programa DST/Aids do município de Florianópolis, e tem como ponto de corte o ano de 2006, quando o serviço municipal de saúde passa por um processo de reorganização das ações em DST/Aids no município. Este estudo foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 592-315996 e aprovado em 22 de fevereiro de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

Para coleta de dados realizamos pesquisa documental, buscando fontes documentais primárias, como leis, portarias, resoluções, Planos de Ações e Metas (PAM) do Estado e Município, atas, projetos, relatórios que pudessem contribuir para elucidação do momento estudado. As fontes secundárias foram teses, dissertações, cartilhas, livros, anais de eventos, especialmente aqueles que referenciavam a cidade de Florianópolis. Para realização das entrevistas, utilizamos a técnica da História Oral Temática¹¹. As entrevistas foram analisadas conforme análise de conteúdo¹². A partir dos resultados, apresentamos as Ações empreendidas pelo Programa Municipal DST/Aids, tendo como categorias: Vigilância Epidemiológica; Diagnóstico e Prevenção; e Assistência.

Resultados e Discussão

Vigilância Epidemiológica

Através da vigilância epidemiológica, empreendeu-se no país um esforço em caracterizar como a epidemia de aids vinha se distribuindo na população, quais eram os segmentos populacionais mais vulneráveis, e quais suas tendências¹³. Visando reproduzir conhecimento epidemiológico acerca da

epidemia em Florianópolis, uma das primeiras ações promovidas pelo recém criado Programa Municipal DST/Aids foi o levantamento do número de casos de aids na cidade, a fim de definir quais seriam os primeiros pontos de intervenção do programa:

E nós resolvemos fazer os resgates dos casos [...] Então a gente conseguiu fazer um perfil por ano, a gente passa do número x para o número y. Para nós foi bom é obvio porque tinha a coisa da realidade, mas da situação que não se tinha nada se passou a ter muitos casos, e os casos iam delineando o perfil da pessoa, que tipo de contato que tinha sido, então a gente fica com uma realidade bastante assustadora, uma prevalência alta, eu acho que eram 40% usuários de drogas (E2).

A partir do levantamento de casos, passou-se a ter conhecimento do quadro epidemiológico da aids no município, ratificando-se a alta prevalência de contaminação entre usuários de drogas injetáveis e a associação a outras formas de transmissão, especialmente em relação a transmissão heterossexual e perinatal:

Algum tempo depois é que começa aparecer, eu não sei se precisar isso, a [transmissão] perinatal e junto com essa questão toda a cultura que envolvia o uso de drogas [...] Em mulheres começa a surgir ou porque usava drogas, ou o companheiro compartilhava e a infectava, então nunca era uma linha só. Sexualmente contaminava as mulheres e as crianças nasciam soropositivas, então a perinatal começa a surgir. Então a gente começa fazer o panorama todo (E2).

A partir da vigilância epidemiológica, despontam os grupos mais vulneráveis à epidemia na cidade. Passa a ser observada a influência do uso de drogas injetáveis na disseminação do vírus entre mulheres, seja por parcerias com homens UDI ou pelo próprio consumo de drogas injetáveis, porém em menor proporção quando comparado a população masculina. Estes fatos contribuíram para o fenômeno da feminização da epidemia, repercutindo também no aumento de casos de transmissão vertical^{14, 15}. Estes fenômenos foram observados no país durante a década de 1990, porém repercutiram em Florianópolis de maneira diferenciada, pois do período de 1990-1995 a categoria de transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis no país foi de 26,4%, e a transmissão vertical foi de 2,6 %, enquanto que em Florianópolis no mesmo período a proporção foi de 55,45% e 6,8%, respectivamente^{16, 5}. O conhecimento real da epidemia de aids no município gerou repercussões, e o reconhecimento que este era um problema de saúde pública nacional e principalmente local:

Deu um pico bem grande em 1995 porque teve todo o resgate dos anos anteriores. E teve um investimento grande em investigação epidemiológica e a gente também treinou e capacitou o pessoal para diagnosticar [...] estava todo mundo muito assustado, foi uma coisa que de repente começou a ter visibilidade, e eu acho que teve um grande investimento, tanto dos municípios, do estado, federal, foi assim uma preocupação que tinha e deu visibilidade, não dava mais para dizer “não, não acontece aqui...” (E3).

No ano 2000, o Ministério da Saúde tornou a notificação de gestante HIV+ e criança exposta obrigatória¹⁷, com o objetivo de monitorar e avaliar as ações de prevenção preconizadas para a redução da transmissão vertical do HIV nos seus três momentos: pré-natal, parto e acompanhamento da criança¹⁸. Deste modo, o Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis passou a dedicar-se também ao acompanhamento epidemiológico das gestantes HIV+ e criança exposta, através da investigação e monitoramento da transmissão vertical. A partir dos dados epidemiológicos referentes a transmissão vertical em Florianópolis, observa-se que os casos de contaminação do HIV em crianças são progressivos até 1999, quando são registrados 24 casos, e a partir deste ano sofrem regressão contínua, sendo notificados em 2006 dois casos. Este fato se deve a uma maior efetividade na detecção das gestantes soropositivas para o HIV, no acompanhamento pré-natal e nas medidas de profilaxia adotadas ao longo dos anos, a exemplo do uso da terapia antirretroviral combinada, a partir de 1997¹⁹.

A partir de 2002, parte do processo de vigilância epidemiológica dos casos de aids, gestante HIV+ e criança exposta e sífilis congênita, que estavam sob a responsabilidade do Programa DST/Aids, passam a ser descentralizados, com a criação de um nível de gerenciamento intermediário no próprio município, com unidades regionais, como parte do processo de atenção voltado a vigilância em saúde²⁰. Deste modo, a investigação dos casos notificados passa a ser descentralizada, sendo incorporada pelo setor de vigilância epidemiológica do município juntamente com outros agravos, ficando sob responsabilidade do Programa a inclusão de dados no SINAN, bem como análise dos dados coletados.

Diagnóstico e Prevenção

A partir da investigação epidemiológica, o município passou a ter maior visibilidade pelas altas incidências de aids em populações específicas, o que até então era de certa forma ignorado pelas autoridades e profissionais de saúde. Neste sentido, o Programa Municipal DST/Aids se mobilizou no

sentido de controlar a epidemia na cidade, desempenhando diversas ações no âmbito da prevenção e diagnóstico:

Começamos a treinar as pessoas também para fazer a solicitação do teste de HIV. Poucos, bem poucos na época solicitavam. Não era rotina na época. Tínhamos que fazer a solicitação, tínhamos que capacitar toda a rede para fazer a solicitação. Porque não é um exame qualquer, então a gente tem que ter todo um preparo de aconselhamento de pré e pós-teste, então foi assim, bem intenso em 97, 98, até em 99 foi bem intenso essa história de capacitação da rede (E3).

As primeiras e principais ações do Programa Municipal de DST/Aids executadas ainda na década de 1990, foram os treinamentos com a rede de atenção básica em relação a testagem do HIV, incluindo o aconselhamento pré e pós-teste, a estruturação do Laboratório Municipal (LAMUF) para realização do teste de detecção de anticorpos para o HIV, o que até então era realizado no Laboratório Central (LACEN) do Estado, e a estruturação e abertura do Centro de Orientação e Apoio Sorológico em 1995, conhecido como COAS, que a partir de 1999 passou a ser denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os COAS passaram a oferecer exames anti-HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença, através da realização do diagnóstico precoce em pessoas infectadas e seus parceiros, promovendo à oferta de aconselhamento, de preservativos e de informações pertinentes a epidemia, além do encaminhamento aos serviços de referência quando necessário^{13,21}.

Uma preocupação do Programa Municipal DST/Aids foi em relação ao crescente número de casos de aids entre mulheres, pois o primeiro caso no sexo feminino em Florianópolis foi em 1987, evidenciando na época uma razão de 4,5 homens para 1 mulher (4,5:1), sendo que em 1995, a razão na cidade era de 2,8:1 mulher e no ano 2000 a razão era de 1,8:1 mulher, ratificando a crescente feminização da epidemia na cidade⁵. Frente o aumento do número de casos em mulheres, o Programa Municipal passou a desempenhar ações com foco principalmente na prevenção da transmissão vertical:

Foi uma época que o aumento de número de aids começou a ser muito alto em mulheres com parceiros fixos. Então a gente sempre se preocupou em pedir para que as unidades de saúde reforçassem a questão do uso de preservativo, porque a mulher como tinha parceiro fixo acabava se descuidando no uso do preservativo e a gente estava detectando muitos casos de HIV só durante a gestação (E5).

Em relação à transmissão vertical, foram realizados treinamentos com ginecologistas e pediatras da rede, embora a assistência a gestantes soropositivas para o HIV fosse referenciada inicialmente a um serviço de acompanhamento de gestantes de alto risco, pertencente a uma maternidade-escola vinculada a Secretaria Estadual de Saúde²², e a partir do ano 2000 ao Ambulatório DST/Aids, pertencente ao município. A monitorização destas gestantes e crianças era mantida pelo Programa DST/Aids municipal, que passou a perceber a ocorrência de desnutrição nas crianças soropositivas, gerando alguns pontos de intervenção:

A gente colocou cesta básica para criança soropositiva, porque a gente começou a trabalhar juntos na mesma sala com o SISVAN [Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional] e a gente começou a perceber que tinha uma alta incidência de desnutridos entre as crianças soropositivas. Então começou a ter a cesta básica ali [...] Uma coisa que melhorou muito já na minha época foi a transmissão vertical. Teve todo um cuidado, estava tendo um controle melhor e assim então, já começou a distribuir o leite para prevenir a amamentação (E3).

A partir do trabalho conjunto do Programa DST/Aids e SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), percebeu-se a necessidade de sistematizar o cuidado nutricional a gestante HIV+, bem como a criança exposta ao HIV ou com a infecção já confirmada. Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde emitiu em 15 de julho de 1998 a Portaria 15/98, que trata do Programa de Distribuição de Cestas Básicas, através do Programa DST/Aids, beneficiando as gestantes HIV+ residentes do município, o leite especial ao bebê exposto ao HIV até o sexto mês de vida, a cesta básica a toda criança exposta ao HIV, dos 6 meses até os 2 anos de idade, e as crianças HIV + até os 13 anos de idade com uma cesta nutricional mensal. Faz-se importante ressaltar que esta portaria se mantém válida ainda atualmente, dando continuidade a essa estratégia de cuidado implantada ainda em 1998, sendo incorporada na política de saúde do município. Esta foi uma política inovadora que precedeu a política nacional, que somente no ano de 2003 passou a garantir a liberação de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil para as crianças verticalmente expostas ao HIV até o sexto mês de vida, contemplando os Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST²³.

Outra ação importante implantada em nível nacional em relação a prevenção da transmissão vertical foi o "Projeto Nascer Maternidades", instituído em 2002 no SUS, visando resgatar a oportunidade perdida do diagnóstico para o HIV e sífilis durante o pré-natal. Este projeto determina a realização de testes em todas as parturientes que não comprovem no peri-parto, sorologias negativas

HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e a adoção de medidas profiláticas e/ou terapêuticas, diante de exames positivos. A triagem diagnóstica é realizada através do teste rápido para HIV e do VDRL^{24,25}. Este projeto passou a ser aplicado também em Florianópolis, das maternidades localizadas no município.

Outra importante ação implementada ainda na década de 1990 foi a proposta da Redução de Danos, introduzida ainda em 1993 durante a realização do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis. Do período de 1994 a 1997, diversos treinamentos e oficinas foram realizados em Florianópolis abordando a temática da redução de danos, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde e membros do Conselho Municipal e Estadual de Entorpecentes²⁶, o que gerou em muitas oportunidades situações de conflito e polêmica, pois:

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

Apesar de toda a polêmica gerada pela perspectiva da Redução de Danos, a oficialização desta proposta foi firmada pela assinatura de convênio específico entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e Ministério da Saúde no primeiro semestre de 1997, o qual garantiu financiamento pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para o pagamento dos recursos humanos da equipe de Redução de Danos até 1999. A partir da assinatura deste convênio, foram selecionados quatro agentes redutores de danos^b pelo Instituto Arco-Íris de Prevenção à Aids, que passaram a fazer o reconhecimento dos campos, iniciando as atividades efetivamente em janeiro de 1998, realizando um trabalho educativo entre os UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e materiais para injeção estéril. A partir de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis estabelece novo convênio com este Instituto (Convênio 112/99) assumindo o pagamento dos recursos humanos deste programa, ficando os insumos financiados pelos recursos do convênio com o BIRD^{26,27}.

Partindo destas intervenções pontuais, podemos verificar que nos primeiros anos de atuação do Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, especificamente ainda na década de 1990, as ações de prevenção procuravam responder aos comportamentos de risco mais comuns na cidade, seja pelo uso de drogas injetáveis, ou relações heterossexuais desprotegidas acometendo um número crescente

de mulheres, e a transmissão vertical, como resultado da interação destes comportamentos. Nesta perspectiva, medidas de prevenção primária passaram a ser adotadas, visando conter a epidemia na cidade, definindo-se ações que em um primeiro momento se dirigiram aos segmentos populacionais mais vulneráveis, pautando-se no comportamento de risco, estimulando um envolvimento individual com a prevenção²⁸. Estas ações se pautaram na distribuição de insumos de prevenção (preservativo masculino e feminino, material informativo e seringas e agulhas estéreis), bem como ações de educação em saúde, visto que este é um elemento importante para este objetivo²⁹.

Além das ações voltadas a prevenção primária, foram adotadas ações que visavam a prevenção secundária, visando evitar as complicações nos casos em que a infecção já estava instalada, como o comprometimento nutricional de gestantes, crianças e adolescentes expostos ao HIV ou já infectados, as co-infecções aos usuários de drogas injetáveis, e estratégias de cuidado que pudessem retardar a progressão da infecção e estado de doença. A prevenção secundária pode ser uma estratégia sensível para detectar contextos vulnerabilizadores, possibilitando a construção de respostas sociais para promover a saúde e obter melhor qualidade de vida³⁰.

Já nos anos seguintes, especialmente a partir dos anos 2000, as ações de prevenção primária passaram a ser desenvolvidas sistematicamente entre a população geral, incluindo-se crianças/adolescentes, a população adulta e idosa, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida, em busca de maior alcance social, passando-se a considerar o potencial de vulnerabilidade como fator de maior risco de contaminação do HIV^{31,28}. Nesta direção, as políticas de prevenção passaram a requerer a participação de outros atores sociais e setores da sociedade, a fim de promover espaços de socialização de conhecimentos e vivências, a fim de contribuir para prevenção de morbidades e promoção da saúde, com estímulo a inclusão social e participação cidadã³².

Deste modo, algumas estratégias que já eram adotadas desde o início do programa de modo pontual, passaram a ser sistematizadas, se constituindo em linhas de atuação, como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, voltado a formação de multiplicadores da prevenção no contexto escolar, atingindo alunos e educadores; o Projeto Empresa ou Prevenção S/A, voltado a homens e mulheres inseridos no mercado de trabalho; a Prevenção do HIV na Terceira Idade, com projetos de intervenção e formação nos grupos da terceira idade, devido ao avanço da epidemia nesta população, além da parceria com Organizações não Governamentais.

Assistência

A assistência em aids em Florianópolis foi estruturada inicialmente no HNR em 1985, por ser uma instituição especializada em doenças infecto-contagiosas, tornando-se uma referência em aids no estado. Esta instituição, além de dedicar leitos para o atendimento dos casos de aids que necessitavam de hospitalização, estruturou um ambulatório de infectologia em 1987, passando a atender os casos de aids que surgiam, sendo credenciado como Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) pelo Ministério da Saúde em 1997. No decorrer da década de 90, outros serviços voltados a aids foram implantados no HNR, como o serviço Hospital-dia (HD), criado em 1992 e credenciado pelo Ministério da Saúde em 1995, e o serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), credenciado em 1998 e desativado por volta do ano 2000. Quanto ao atendimento dedicado as crianças expostas ao HIV ou doentes de aids, o Hospital Infantil Joana de Gusmão^c, referência estadual no atendimento a criança, também localizado no município de Florianópolis, credenciou em 1995 seu HD₂ e em 1997 o SAE, atendendo toda a demanda do município e servindo de referência estadual até os dias atuais^{33,34}.

Em relação a assistência ao paciente com HIV/Aids vinculada ao Programa Municipal DST/Aids de Florianópolis, o ambulatório de DST, municipalizado a partir de 1991, passou a estruturar-se frente a procura gradativa de pessoas procurando orientações, diagnóstico ou tratamento para o HIV. Seu âmbito de atuação, no entanto, era primordialmente o atendimento voltado as DSTs, sendo referência para toda a rede municipal de saúde, passando a agregar ainda no começo da década de 1990 a solicitação do teste anti-HIV, a partir da demanda crescente:

A aids ainda era mais voltada no estado, tanto que o hospital-dia era no Nereu, porque a assistência, o tratamento era com o estado. No município ainda era mais DST/HIV, diagnóstico, vigilância epidemiológica e prevenção (E3).

Uma coisa muito boa quando foi implantado o Ambulatório de DST/Aids, a gente sentiu a prefeitura junto trabalhando [...] porque toda triagem sorológica de Florianópolis acontecia no HNR. Quando se organizou um serviço na Secretaria Municipal de Saúde melhorou muito, porque o ambulatório do HNR não dava conta de toda a demanda, passando a atender só os nossos pacientes e seus comunicantes (E1).

O ambulatório DST passou a ser denominado Ambulatório de DST/Aids a partir de 1992, sendo reconhecido posteriormente como SAE, e foi ampliando seu âmbito de atuação gradativamente, sendo que no fim da década de 90 já estava sendo realizado o acompanhamento dos portadores **HIST. ENF. REV. ELETR (HERE)**. 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

assintomáticos, além da assistência de enfermagem, psicológica e psiquiátrica, atendimento às DSTs, às mulheres vítimas de abuso sexual, sendo ainda referência para a rede básica municipal nos casos de alterações de colo uterino²⁰:

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

A medida que os anos foram avançando e que os profissionais passaram a ter maior conhecimento e experiência com o manejo do paciente com HIV/Aids, passou-se a instituir gradativamente o tratamento antirretroviral pelos profissionais atuantes no ambulatório, pois:

Teve uma hora que o Nereu Ramos também não conseguiu mais dar conta. Mas aí eu já trabalhava a bastante tempo, já conhecia os pacientes assintomáticos, comecei a ver que não era uma coisa do outro mundo, fiz vários treinamentos, para me sentir seguro e a começar a trabalhar com isso. Depois foi assim, a gente começou a tratar pacientes que eram de primeiro tratamento, eles eram assintomáticos a gente acompanhava, começava a tratar e entrava com o primeiro esquema de antirretroviral. Se houvesse falha, a gente encaminhava para o HNR. A gente foi assumindo mais, aí chegou uma hora que a gente assumiu tudo. A gente sempre pedia infectologista para tratar, a gente não tinha infectologista ali (M4).

Uma dificuldade, no entanto, marcada pelos profissionais que trabalhavam no ambulatório, bem como pelas coordenadoras do Programa, era a falta de infectologista no serviço, o que fragilizava a assistência ao paciente com HIV/Aids residente em Florianópolis:

O atendimento nós tínhamos, na parte municipal, nos tínhamos o ambulatório de DST/AIDS, que tinha um psiquiatra, uma psicóloga, na época duas enfermeiras mais uma técnica de enfermagem e uma médica que atendia gestantes e dois clínicos. Nós não tínhamos infectologista na rede. Ai nós recebíamos a retaguarda da Secretaria Estadual de Saúde, que funcionava lá no PAM, na Policlínica do Centro, tinha um infectologista que acompanhava alguns pacientes e os demais tinha o próprio Nereu Ramos que atendia. Porque na época nós também não podíamos ser credenciados para fazer o CD4, o CD8 e a carga viral. Então o município, na época ele era gestão básica ampliada, várias tentativas a gente teve de contratar infectologista, mas pela questão da gerência não era permitido, daí os pacientes eram acompanhados no ambulatório de DST/AIDS, quando complicava acabavam indo diretamente para o Nereu Ramos (E6).

A assistência aos pacientes com HIV/Aids em Florianópolis se constituiu de uma importante participação dos serviços assistenciais pertencentes a Secretaria Estadual de Saúde. Uma das dificuldades do município em assumir a assistência destes casos, era a impossibilidade de inclusão de

HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

infectologistas no serviço de saúde municipal, visto que a infectologia se insere na média complexidade, e o município manteve-se habilitado na Gestão plena da Atenção Básica Ampliada até 2007. Outra questão também que se traduzia em uma dificuldade, era o limitado acesso ao ambulatório, visto que tratava-se de uma equipe reduzida frente a uma demanda assistencial crescente e superior a capacidade do serviço, bem como a falta de um fluxo de atendimento que ordenasse oficialmente os encaminhamentos necessários a assistência:

A parte de entrada do sistema era uma porta extremamente afunilada, existia pouca integração entre as unidades de saúde em geral, que deveriam ser a porta de entrada e o ambulatório de aids, alguns pacientes eram encaminhados para o ambulatório de aids pelas unidades de saúde e muitos acabavam entrando via emergência de hospital, via internação, via Nereu Ramos, que contra-referenciava para esse ambulatório especializado. Então, do ponto de vista de acesso, esse era um dos principais nós e um dos principais problemas que se estava discutindo na época, porque a porta de entrada estava muito estreita para o perfil epidemiológico que se tinha no município, um ambulatório centralizado para atender todos os casos de HIV, de DST, AIDS no município (M6).

Os próprios profissionais do ambulatório eles entravam em contato com os profissionais do ambulatório dos hospitais, do Nereu Ramos. Então eles faziam o encaminhamento. Isso era muito sofrido para eles também, porque eles não tinham uma retaguarda oficial. Era feito por relações, não existia um sistema. (E6).

A partir dos depoimentos, podemos observar que o acompanhamento dos pacientes com aids era marcado por alguns entraves, que iam desde a dificuldade de acesso, a falta de continuidade do fluxo do sistema, com a dificuldade de referenciar a outros especialistas ou disponibilizar exames, comprometendo o acesso ao sistema de saúde. Dada a conformação e evolução da política nacional de HIV/Aids, depois do acesso à primeira consulta a continuidade do cuidado é mais fácil para quem se infecta pelo HIV, ou desenvolve aids, do que para qualquer outra pessoa com doença crônica. Porém, ao se necessitar de serviços que não fazem parte do Programa DST/Aids, e são ofertados pelo SUS não há uma garantia de assistência³⁵. Estas dificuldades não são exclusividade da estrutura assistencial da cidade, pois entre os achados do estudo sobre a avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil³⁶, se identificou que na necessidade de especialidades médicas com encaminhamento externo ao Programa DST/Aids, o tempo de espera chega a ser imprevisível. Do mesmo modo, quanto aos exames complementares, quando são mais simples, a disponibilidade no sistema é maior, mas aqueles mais complexos, dependentes da rede de referência do SUS, a disponibilidade é menor.

Em relação a assistência ao paciente com aids, podemos considerar que houve no município de Florianópolis um retardamento no acompanhamento dos seus próprios casos, o que pode ser justificado por duas questões: a presença de uma estrutura de referência estadual em aids dentro do seu próprio território, e a ausência de uma estrutura municipal. Um dos importantes passos para a municipalização foi a adesão do município ao Pacto pela Saúde em 2007, permitindo reorganizar o atendimento da média complexidade e instituindo o atendimento em infectologia no município, viabilizando uma reorganização do acompanhamento ambulatorial dos pacientes portadores de HIV/Aids. O pacto pela saúde tem reforçado as novas perspectivas para a atenção à saúde ao portador de HIV, direcionando-se para a sedimentação da atenção primária enquanto porta de entrada para ações preventivas, de diagnóstico e assistência, vinculando o paciente soropositivo a Unidade Básica de Saúde e a construção de um modelo de ações programáticas de controle da epidemia, integrando os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde³⁷.

Considerações Finais

Ao contextualizarmos as políticas de saúde no município de Florianópolis no início da década de 90, observamos que a implementação do Programa Municipal DST/Aids não foi iniciativa direta do município, mas do próprio Ministério da Saúde, através do Programa Nacional DST/Aids, obtido através de empréstimo junto ao BIRD, devido principalmente a sua situação epidemiológica. Neste contexto, Florianópolis se destacava pela incidência da contaminação entre usuários de drogas injetáveis, demandando políticas de saúde que pudessem responder a este fenômeno.

A implantação do Programa Municipal DST/Aids possibilitou a estruturação de ações em três eixos: em vigilância epidemiológica, diagnóstico e prevenção, além da assistência. A partir da vigilância epidemiológica passou-se a conhecer o perfil epidemiológico da cidade e estabelecer ações de controle da epidemia através da prevenção primária e secundária, inicialmente voltando-se as populações específicas, e posteriormente a população em geral, buscando atingir a população em todos os seus ciclos de vida. No campo do diagnóstico foi estruturado o COAS, posteriormente renomeado como CTA, além de diversos treinamentos na rede assistencial para inserção da testagem na atenção primária. Se os recursos financeiros alavancaram as ações nestes eixos, o mesmo não ocorreu no campo assistencial, visto que a assistência ambulatorial em DST/Aids foi marcada por muitos entraves,

alguns deles produzidos pelo próprio desenvolvimento do município em relação aos mecanismos do SUS, o que sinaliza que a velocidade entre a política setorial em DST/Aids e a macropolítica do SUS por vezes apresenta descompassos. É consenso que o acordo com o Banco Mundial alavancou grande parte destas ações nos países, especialmente nos estados e municípios, a exemplo de Florianópolis. Porém o recurso isolado por si só não garante a universalidade, integralidade e equidade na atenção, sendo necessário que todo o sistema único de saúde acompanhe este processo.

Uma questão que cabe destacar neste estudo, foi a participação das enfermeiras no processo de construção das políticas voltadas a aids no município, visto que dos sete coordenadores do Programa no período do estudo, cinco foram enfermeiras. Durante o desenvolvimento do estudo, percebemos que a participação destas profissionais não limitou-se somente a questão técnica, mas inclusive a participação política e real envolvimento ao combate a epidemia no município. Neste sentido, é necessário reconhecer o papel destas profissionais como propulsoras de políticas públicas de saúde para o combate a epidemia, bem como na consolidação do SUS e de seus princípios.

A realização deste estudo através da perspectiva da nova história, nos proporcionou acompanhar a consolidação do Programa DST/Aids ao longo dos anos, percebendo seus desdobramentos. Foi possível observar também o movimento do programa municipal, que de forma gradativa passou a fazer “amarras” com a macropolítica do SUS, num lento processo de integração. Uma grande dificuldade deste estudo foi o acesso as fontes documentais, especialmente as primárias, ao nível de todas as instâncias (municipal, estadual e federal), evidenciando o pouco interesse das instituições em preservar sua própria história, ainda que esta seja extremamente recente, num gesto de desvalorização do seu próprio passado. Neste sentido, esta (re)construção se deu, especialmente, pelo olhar, experiência e memória dos profissionais que tiveram envolvimento direto ou indireto com o Programa municipal e/ou a epidemia no município de Florianópolis, considerando-se as vivências, impressões e juízos derivados de suas experiências singulares.

Espera-se que deste modo possamos contribuir para a compreensão da história da aids através dos fragmentos encontrados, a fim de instrumentalizar profissionais interessados nesta temática, instituições e pesquisadores da área, no sentido de viabilizar novos caminhos para a consolidação de políticas no combate a epidemia.

Referências

1. Mendonça PME, Alves MA, Campos LC. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. RAE electron, 2010; 9 (1): 0-0. . [citado em 04 jun 2012] Disponível em: <http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo-org/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edart.org&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=&exprSearch=EMPREENDEADORISMO%20INSTITUCIONAL>
2. Teixeira PR. Políticas Públicas em Aids. In: Parker R. (Org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar - ABIA; 1997.
3. Chequer P et al. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. AIDS; 1992 6: 483-487.
4. Maliska ICA, Padilha MI, Meirelles BS, Koller EMP, Andrade SR. A Aids em Santa Catarina, Brasil: um histórico dos 25 anos de epidemia. Cad. Saúde Coletiva, 2011; 19 (2): 147-56.
5. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados do SINANW – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Casos de Aids em adultos e crianças segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, município de Fpolis, 1986-2011. Florianópolis, 2011.
6. Maliska ICA. A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010. [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
7. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34; 2000.
8. Galvão J. Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34; 2000.
9. Marques MCC Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos; 2002 9: 41-65.
10. Burke P (org.). A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo; UNESP, 1992.
11. Meihy JCSB. Manual de história oral. 2. ed. São Paulo: Loyola; 1998.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa; Edições 70, 2004.

HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

13. Fonseca AF. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
14. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 2000, 34 (2): 207-217.
15. Marques F, Doneda DA. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF(Orgs.) Troca de seringas: drogas e Aids. Brasília; Ministério da Saúde; 1998.
16. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Casos de aids identificados no Brasil. Frequência por Categ Exp Hierar segundo Ano Notificação. Período: 1980,1982-2010. Disponível em <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>. Acesso em 16-08-11>. Acesso em: 12 junho 2011.
17. Brasil. Portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/1943_01.htm. Acesso em: 25 de junho 2014.
18. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/Aids. Boletim Epidemiológico C. R. T. – DST/Aids – C. V. E., ano XXVI (1); 2009.
19. Furtado M, Peres KG. Tendência da Transmissão Vertical da Aids após terapia anti-retroviral no Estado de Santa Catarina de 1994 a 2006. In: Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. O perfil epidemiológico da AIDS. Florianópolis: DIOESC; 2010.
20. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002-2005. Florianópolis; 2002.
21. Souto MC. Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2003.
22. Coelho RCHA, Erdmann AL, Santos EKA. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. *Rev Gaúcha Enfermagem*; 2006, 27 (4): 506-515.
23. Brasil. Portaria N.º 1071/GM, de 09 de julho de 2003. Normas relativas aos recursos adicionais para Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento do Incentivo, para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1071.htm>>. Acesso em: 26 julho 2009.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.104 de 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF; nov. 2002, Seção I, p. 48.
 25. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição. Manual para Oficina de Capacitação Projeto Nascer-Maternidades. Brasília, DF; 2002a.
 26. Lago MA. Da marginalidade a tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública] . Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
 27. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde – DST/Aids. Comunicação Interna: Quem somos? Onde estamos? Florianópolis; 2004.
 28. Ayres JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003: 117-39.
 29. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc.; 2000 5 (1): 163-177.
 30. Ayres JRCM. Prácticas educativas y prevención de HIV/SIDA: lecciones aprendidas y desafíos actuales. Interface Comunic, Saúde, Educ.; 2002, 6 (11): 11-24.
 31. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bravo.ilo.org/wcm5/groups/public/---ed_protect/-protrav/ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf>. Acesso em: 05 julho 2011.
 32. Pereira AV, Vieira ALS, Amancio Filho A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. Trab. educ. saúde; 2011 9(1): 25-41.
 33. Miranda AFB. História da Aids em Santa Catarina: características de uma epidemia. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 34. Banco Mundial. Primeiro e segundo projetos de controle de AIDS e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto. Washington DC: Banco Mundial, 2004.
 35. Couto MH. Brasil: A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia deHIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde. 2009. [Acesso em 2011 out 02 Disponível em: Disponível em <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task...>.
 36. Melchior R et al . Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública; 2006. 40 (1) Disponível em:
- HIST. ENF. REV. ELETR (HERE).** 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 outubro 2011.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Data de submissão: 25/06/14

Data de aprovação: 01/12/14

HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). 2014 ago/dez; 5(2): 169-188. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo12.pdf>