

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Ciência Política**

LETÍCIA MARIA CAMILLO SAMPAIO

**A Formação do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil**

BRASÍLIA  
2018

LETÍCIA MARIA CAMILLO SAMPAIO

**A Formação do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil**

Monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciência Política da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Denilson Bandeira Coêlho

BRASÍLIA

2018

LETÍCIA MARIA CAMILLO SAMPAIO

**A Formação do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil**

Monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciência Política da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Denilson Bandeira Coêlho

---

Orientador: Prof. Dr. Denilson Bandeira Coêlho  
(IPOL/UnB)

---

Parecerista: Prof. Dra. Graziela Dias Teixeira  
(IPOL/UnB)

BRASÍLIA

2018

## DEDICATÓRIA

Às pessoas que colorem a minha vida  
e fazem os meus dias mais felizes.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Karla e Diego, por sempre me incentivarem aos estudos e junto comigo realizarem o sonho de ingressar na UnB. Inquestionavelmente, a confiança e o apoio em todas as minhas decisões foram determinantes para que eu trilhasse esse caminho até aqui. À minha irmã, Izabela, por tanto ter pedido uma irmãzinha; e ao Binho pelo seu amor e por sempre acreditar que eu conseguiria concluir esse trabalho, até mesmo quando duvidei de mim. Obrigada, benzinho!

Ao meu amigo e colega de graduação, Ícaro, agradeço por todos os conselhos, conversas motivacionais e leituras de trabalhos. Te admiro e me inspiro com sua dedicação aos estudos. À Natália e a Sthefanny, pela amizade dentro e fora do estágio, onde dividiram comigo tudo que sabiam para ser uma boa profissional. Agradeço também as minhas amigas e amigos queridos, que apesar da distância e da correria do dia a dia sempre se fazem presentes.

Agradeço as pessoas que a UnB colocou em meu convívio, que contribuíram, cada uma a sua maneira, para que essa experiência tão desafiadora extraísse o melhor de mim. Os levarei em meu coração onde quer que eu vá. Gostaria de destacar meus agradecimentos ao Yuit, pelo auxílio em relação aos meu créditos e ao Fábio, por ser sempre disposto a ajudar. Não existe IPOL sem você. Ao professor Dr. Denilson Coêlho, por aceitar a orientação dessa monografia e a professora Dra. Graziela Teixeira, por sua benevolência. O carinho e admiração que as alunas têm pela senhora é reflexo de tudo que você é.

Ao professor Dr. Pedro Marcelo Pasche de Campos da UERJ, que dispôs de seu tempo livre para contribuir com o aprimoramento deste trabalho, por meio de sugestões construtivas e de sua vivência como portador de HIV. Nossas conversas me fizeram refletir mais ainda sobre o poder de políticas públicas bem pensadas e o impacto que elas podem causar na vida das pessoas.

Por último, mas não menos especial, agradeço as minhas amigas Bárbara e July. Não sei o que seria de mim sem vocês! Agradeço todos os dias por tê-las em minha vida. O apoio incondicional nos altos e baixos me permitiram enxergar que “enquanto há vida há esperança” e nem tudo está perdido. Às vezes, algumas coisas na vida chegam para nos ensinar e fazer amadurecer para que outras melhores venham depois. Obrigada por tudo!

Amo vocês!

“the road to changing the world is never ending

- *pace yourself*”

(Rupi Kaur)

## **RESUMO**

Esse estudo versa sobre o surgimento da aids no Brasil e o processo de formulação do Programa Nacional de DST/AIDS, principal política nacional sobre o tema. Os primeiros casos de aids no país coincidiram com a efervescência política do período de redemocratização. Nesta época, grupos militantes da causa gay se uniram a profissionais da saúde com o objetivo de reivindicar uma posição do governo federal para promoção de políticas de auxílio aos acometidos pela doença. Diante desse cenário, o trabalho buscou compreender o ciclo de políticas públicas para a criação da Política Nacional. O método utilizado para a pesquisa foi pesquisa bibliográfica, com base em artigos acadêmicos, publicações do Ministério da Saúde e de organismos internacionais, como o Banco Mundial. Buscou-se realizar uma descrição e análise da Política, para compreender seus principais pontos de êxito e falha, pois a temática ainda é de extrema relevância, especialmente nos últimos anos, em virtude dos aumentos de casos no Brasil, após anos de redução.

**Palavras-chave:** Políticas públicas, aids, HIV, ciclo de políticas públicas.

## **ABSTRACT**

This study explain the emergence of aids in Brazil and the formulation of the National STD/AIDS Programme, the main national policy on the subject. The first cases of aids match with the political effervescence of the redemocratization period. At this time, militant groups of the gay cause joined forces with health professionals to claim a position of the federal government to promote policies to help those affected by the disease. Given this scenario, the work seeks to understand the cycle of public policies for the creation of the National Policy. The methodology used for the research is the bibliographic review, based on academic articles and publications of the Ministry of Health and international organizations, such as the World Bank. It seeks to make a description and analysis of the Policy, to undersand the main success and failure, since the subject matter is still extremely relevant, especially in recent years, due to the increase in cases in Brazil, after years of reduction.

**Keywords:** Public polices, aids, HIV, public policy cycles.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Identificação dos problemas .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Formulação de soluções.....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Tomada da decisão.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Implementação .....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 Avaliação.....</b>	<b>18</b>
<b>3. A REFORMA SANITÁRIA E O HIV NO BRASIL .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Redemocratização e o Movimento Sanitarista .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Surgimento da Aids no Brasil, movimentos sociais e as políticas estaduais ..</b>	<b>21</b>
<b>3.3 O Programa Nacional de DST/AIDS .....</b>	<b>24</b>
<b>4. ANÁLISE E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 A aids como problema .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 A aids na agenda e a resposta governamental .....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Avaliação, indicadores e atualizações do Programa .....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS<sup>1</sup> se mantém como um dos maiores problemas enfrentados pela humanidade na era contemporânea desde o seu surgimento. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser transmitido por via sexual, sanguínea e perinatal<sup>2</sup> e é assintomático. O HIV destrói o sistema imunológico do paciente, permitindo que ele desenvolva infecções oportunistas, que se manifestam em decorrência da debilidade do organismo. Um paciente contaminado por HIV pode viver anos até que surjam os primeiros sintomas, quando o organismo já foi comprometido pela infecção. Seu estágio mais avançado é a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS)<sup>3</sup>. Até o presente momento, não existe cura para a aids, apenas tratamento medicamentoso, que se realizado corretamente garante ao soropositivo alta expectativa de vida<sup>4</sup>.

Dados recentes do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estimam que atualmente 36,7 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus HIV. Essas pesquisas também apontaram um aumento nas taxas de infecções sexualmente transmissíveis<sup>5</sup> em todo o mundo (UNAIDS, 2017). No último ano, o Ministério da Saúde (MS) publicou Boletim Epidemiológico que gerou espanto por indicar um relativo crescimento no número de casos de contaminação por HIV, após anos de redução, principalmente entre jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2017)

Por ser uma pandemia, a aids é tema recorrente na agenda política e objeto de estudos e discussão em todo o mundo - um dos principais objetivos para o milênio é erradicar a aids e controlar as contaminações de HIV. Pela relevância da pauta e por interesse da autora, este trabalho buscou compreender como se deu a inserção do tema na

---

<sup>1</sup> Em 2001, durante reunião da Comissão Nacional de Aids, foi deliberado que o acrônimo aids será considerado substantivo comum. Por este motivo, deve receber grafia em caixa baixa quando se tratar da epidemia; caixa alta e baixa quando compuser títulos, seções, etc.; e caixa alta quando estiver entre siglas. Para este trabalho, foi adotado este padrão, utilizado pelo Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> De mãe para filho, na gestação, parto ou amamentação.

<sup>3</sup> Sintomas e Fases da Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>> acesso em: 05 fev.2018.

<sup>4</sup> Com tratamento, expectativa de vida de infectados com HIV já está 'perto do normal', diz estudo. Disponível em <<http://www.bbc.com/portuguese/internacional-39853651>> acesso em: 05 fev.2018.

<sup>5</sup> A nomenclatura Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) foi modificada para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) após atualização da estrutura regimental do Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 8.901 de 2016. Segundo a Diretora de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Adele Benzakem, doenças implicam em sintomas e sinais visíveis no organismo, enquanto infecções podem ser assintomáticas por toda a vida do indivíduo, somente detectada por exame laboratorial. O termo já é utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos principais organismos que lidam com a temática no mundo.

agenda política brasileira, resgatando a formação da política pública a partir do surgimento da aids no país, utilizando como mecanismo de análise o ciclo das políticas públicas.

O trabalho visa contribuir com as discussões de políticas públicas para saúde, por meio de um tema de relevância contínua e que já foi objeto de estudo em diferentes áreas. No campo das ciências sociais, as pesquisas se destacam por serem realizados estudos de caso sobre a execução/atuação de movimentos sociais e instituições hospitalares públicas ou privadas que tratam pacientes por meio das diretrizes estabelecidas. Essa pesquisa pretende resgatar a formação da política pública a partir do surgimento da aids no país, utilizando como mecanismo de análise o ciclo das políticas públicas.

O método adotado para a realização deste trabalho foi o de pesquisa exploratória e bibliográfica. A pesquisa tem o objetivo de contribuir para ampliar o conhecimento sobre a formulação da principal política pública do Estado brasileiro para o problema de HIV/AIDS no país (GIL, 2002).

A pesquisa se divide na retrospectiva histórica do problema e na análise de seu processo segundo a literatura de políticas públicas, por meio da pesquisa bibliográfica, e de documentos de domínio científico, como periódicos e teses científicas, fruto da contribuição de diversos autores; e dados secundários, extraídos de informativos do Ministério da Saúde, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS e do Banco Mundial (GIL, 2002). A retrospectiva busca fazer um panorama sobre o surgimento da doença e a formulação do Programa Nacional de DST/AIDS.

As fontes utilizadas foram a literatura especializada do tema, extraída de revistas de saúde pública, periódicos e trabalhos acadêmicos já produzidos. A etapa de enquadramento da retrospectiva e análise do seu processo se dará com base na utilização de modelos de análise de políticas públicas. Alguns dos fatos extraídos são fontes documentais primárias, como as Legislações e Portarias do governo federal e do Ministério da Saúde (GIL, 2002).

A pesquisa preliminar foi realizada por meio da ferramenta de busca do *Google Scholar*, por meio de palavras chaves como “políticas públicas”, “surgimento da AIDS/HIV no Brasil”, “HIV” e “aids”. Após a seleção dos trabalhos acadêmicos, seus resumos foram lidos para que se classificasse aqueles que seriam lidos e utilizados no trabalho. Além disso, foram realizadas pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, que reúne trabalhos de profissionais da saúde de entidades vinculadas, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e do próprio órgão. Como o

trabalho busca fazer um resgate ao processo da formulação do Programa Nacional de DST/AIDS optou-se por enquadrá-la no modelo do Ciclo de Políticas Públicas.

Deste modo, o presente trabalho está dividido em seções teórica, histórica e analítica. Na primeira seção, há um capítulo sobre o Ciclo das Políticas Públicas. A escolha do modelo de Ciclo de Políticas Públicas se dá pois busca, assim como em outros modelos teóricos, explicar um fenômeno real de forma simplificada (DYE, 2009). Por ser definido como um processo de etapas que seguem uma ordem estabelecida com início, meio e fim, ele se divide em cinco partes. Desse modo, as políticas surgem e se modificam segundo a: (a) identificação dos problemas; (b) formulação de soluções; (c) tomada de decisão; (d) implementação; e (e) avaliação (DEUBEL, 2002). Em políticas públicas, os modelos de análises buscam entender como se dá a ação do estado e dos atores da sociedade civil para resolver determinada questão.

Na segunda seção, o trabalho faz uma retrospectiva histórica sobre a aids no Brasil. A autora buscou relembrar os fatos mais relevantes do fim do regime militar e a da criação movimento sanitarista, que ocorreram poucos anos antes da chegada da aids no Brasil. Esses acontecimentos foram de extrema relevância para o contexto que possibilitou a articulação e criação de grupos que lutaram para que as autoridades competentes reconhecessem a aids como um problema e tomasse medidas em favor daqueles acometidos pela doença. A seção se encerra com a apresentação da política e o processo que ela percorreu até os dias mais atuais, destacando suas principais diretrizes.

Na última seção é realizada a aplicação do modelo ao objeto de estudo. A análise buscou descrever como os elementos teóricos se encaixaram na formulação do Programa Nacional de DST/AIDS e como a teoria pode auxiliar na compreensão de fenômenos reais.

## **2. O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **2.1 Identificação dos problemas**

A primeira etapa do ciclo descreve como se inicia o processo de inclusão de um problema na pauta do governo. É nela que se definem os atores e os problemas sociais que estarão envolvidos na formação da agenda política. Segundo Rua (2012), a agenda política é uma lista de prioridades que o governo escolhe para se dar atenção. Sua formação é resultado de um processo competitivo e pouco sistemático, pois a todo instante os mais diversos atores estão apresentando suas demandas. Portanto, a agenda política se desenvolve a partir da interação de atores políticos pleiteando seus interesses (RUA, 2012).

Os atores políticos podem ser classificados segundo duas tipologias: atores governamentais e não governamentais. Os primeiros se referem àqueles que ocupam posições dentro do Estado, como presidente, governadores, ministros, parlamentares, funcionários de carreira e membros do judiciário. Os não governamentais compreendem os grupos de pressão, movimentos sociais, ONGs, sindicatos, organismos internacionais, privados, partidos políticos e acadêmicos (Idem). Além dessa classificação, eles podem ser distintos entre “visíveis” e “invisíveis”. Os atores visíveis podem ser ou não do governo, como burocratas de alto escalão ou assessores de ministros; sua atuação recebe destaque pelo público e mídia. O segundo tipo atua por meio de seu exercício profissional, como acadêmicos, representantes de movimentos sociais e funcionários do governo que ocupam cargos técnicos (Idem). Eles possuem especialização no tema tratado e podem atuar de forma mais ou menos organizada, através de pesquisa, planejamento e avaliação das melhores alternativas (KINGDON, 2006). Definir os atores envolvidos na etapa de identificação dos problemas é fundamental para compreender a dinâmica das etapas posteriores, quando ocorre o processo de articulação para as demandas entrarem na agenda. Segundo a literatura, é possível afirmar que enquanto o grupo de atores visíveis determina a agenda, o grupo de atores invisíveis tem maior poder de influenciar na escolha das alternativas (KINGDON, 2006; RUA 2012).

Outra questão estabelecida nessa etapa do ciclo são os próprios problemas políticos ou demandas sociais. Para defini-los é importante ressaltar o quão dinâmico é a sociedade que vivemos. A todo momento surgem novas questões ocasionadas por essas mudanças, que podem ser econômicas, sociais ou tecnológicas. Quando esses temas surgem e entram em discussão, eles podem vir a fazer parte da pauta política (Idem).

Como exemplo de um problema político recente, temos as discussões que envolveram a aprovação da Lei de Crimes Cibernéticos. Há alguns anos esse não era uma demanda, pois o acesso à internet era algo mais restrito e crimes dessa natureza praticamente inexistentes. Entretanto, outros temas continuam em pauta independente do tempo. Esses problemas são classificados como demandas recorrentes, ou reprimidas, que se caracterizam por, apesar dos esforços, não ter sido solucionadas em sua totalidade. As demandas reprimidas são assim chamadas pois elas permanecem como “estado de coisas”, que pode ser definido como um problema social que incomode determinado tipo de atores políticos, sem que eles consigam mobilizar atores governamentais para que ele seja discutido (RUA, 1998). Um “estado de coisas” pode passar tanto tempo sem ser levado a pauta, apesar dos esforços, que ele pode se tornar uma “não decisão”. Isso significa que seu tema pode não ser muito aceito pela sociedade, por não compartilhar com os valores sociais e políticos do momento. Como exemplo de não decisão, podemos citar a discussão sobre descriminalização do aborto, que apesar dos esforços dos atores envolvidos na causa, não chega-se a uma definição. Vale ressaltar que não é porque o assunto é um “estado de coisas”, que ele não é importante. Significa que sua temática é tão *polêmica* que não é bem aceita pela sociedade, ou que seus defensores não sejam articulados o bastante para mobilizar sua inclusão na pauta do governo. Deste modo, o que diferencia uma “não decisão” de um “estado das coisas” é que a primeira não tem espaço na agenda política independente da articulação de seus grupos. Com o passar dos anos ela pode vir a se transformar em uma tema deliberado como problema político. Entretanto, sair da condição de “estado das coisas” não significa que ela irá originar uma política pública (Idem).

## **2.2 Formulação de soluções**

Quando o problema político entra na agenda se inicia o trabalho para a formulação de soluções. Nesta etapa os atores políticos manifestam as suas preferências e se iniciam os conflitos na arena política. O processo de formulação de soluções é guiado por três propósitos: objetivos, metas e indicadores. Isso significa que é importante que elas sejam estratégicas, para que a escolha de um projeto dentre outros procure selecionar aquele que mais terá chances de sucesso durante sua implementação, tendo em vista escolher uma solução mal formulada pode acarretar diversos problemas durante a etapa de implementação, impedindo que os objetivos e metas traçadas não sejam atingidas (DEUBEL, 2002). Na etapa de formulação já se observa como se dá a interação entre os

atores envolvidos na discussão. Por eles já manifestarem seus interesses a partir dessa etapa, conflitos podem ser evidenciados desde então. Na maioria dos casos, os atores invisíveis possuem menos recursos de poder como a influência. Consequentemente sua capacidade de afetar o sistema é muito reduzida. Portanto eles já começam a se articular da forma que podem para adquirir aliados que possam defender junto com eles uma solução que mais se encaixe em suas preferências (RUA, 1998).

Segundo Rua (1998), preferências são “a alternativa de solução para um problema que mais beneficiam um determinado ator”. Por esse motivo os atores políticos sempre estão dispostos a apresentar uma solução que mais possa lhes proporcionar vantagens. As soluções dos atores podem ser tipografadas e analisadas segundo seu impacto e contexto social, como políticas distributivas, regulatórias e redistributivas. As distributivas geram um impacto mais restrito e afetam somente alguns grupos de pessoas. Nesse caso os custos e conflitos são menores, pois os atores não possuem dimensão das despesas destinadas a essas políticas difusas (RUA, 2012; SOUZA, 2016). As políticas regulatórias geram grandes impactos pois estão relacionadas à burocracia. O risco de conflito é alto porque são políticas que definem as regras que irão guiar o comportamento de cada ator em sua área de atuação (Idem). Já as políticas redistributivas interferem de modo geral nos grupos e possuem maior custo. Em sua arena, o conflito de classes é quase sempre uma regra, pois para que um grupo ganhe benefícios o outro necessariamente perderá, pagando por ele (Idem).

A articulação política realizada durante o processo de formulação pelos atores políticos visa principalmente recrutar aliados para causa. Como a arena pode ser alvo de conflitos, ao longo do tempo notam-se padrões que ocorrem nesse processo. Eles são as lutas, jogos e os debates. As lutas sempre ocorrem quando os atores envolvidos estão numa arena de política redistributiva, pois o embate é obrigatório para tentar vencer. Nos jogos a interação requer competição entre os atores e os resultados dependem de negociações entre os envolvidos. Busca-se estabelecer benefícios a todos. Nesse caso os adversários são vistos como potenciais aliados a depender da necessidade. O propósito dos debates é fazer do adversário um aliado. Para alcançar seu objetivo os atores podem oferecer favores, ameaças ou até mesmo sua autoridade. Durante o processo os atores podem usar determinados mecanismos para obstruí-lo. Na maioria dos casos, eles utilizam as próprias regras do jogo para adiarem ou interromperem determinadas discussões que possam prejudicar seus interesses (RUA, 2012).

## 2.3 Tomada da decisão

Definidas as possíveis alternativas para solucionar o problema, é necessário decidir qual a melhor solução sobre o que foi proposto. Como o ser humano toma decisões segundo uma ampla variedade de influências externas, foram criados modelos de tomadas de decisão com o objetivo de compreender como se dá essa ação. Os principais modelos trabalhados nas políticas públicas são o modelo incremental, o modelo racional e o modelo “*mixed-scanning*” (RUA, 1998).

O modelo incremental, que tem como um de seus precursores Lindblom, objetiva promover a resolução dos problemas de forma gradual, sem a introdução de modificações radicais ou ruptura no contexto preexistente. Nesses casos, os tomadores de decisão escolhem as alternativas com base naquilo que pode se chegar ao objetivo esperado com a política, por meio de um processo que poderá ser refeito ou modificado ao longo do tempo conforme a gradual implementação. Essa abordagem considera na sua análise variáveis que envolvem as relações de poder, o papel dos burocratas e dos grupos de interesse na escolha das alternativas. Portanto, pode-se considerar o incrementalismo um bom modelo para observar a adoção de políticas que por ventura possam alto potencial de conflito, que demande grandes investimentos em recursos ou que necessite de conhecimento especializado que garanta da melhor forma a sua implementação (LINDBLOM, 1959). Por outro lado, uma crítica realizada ao modelo, segundo Rua (1998) é a dificuldade de implementação que o gradualismo incremental pode causar a política.

Se no modelo incremental as decisões são escolhidas partindo-se do pressuposto de que o conhecimento é limitado por determinados motivos, no modelo racional, proposto por Herbert Simon, as políticas só são decididas com base em profunda análise, com o objetivo de promover grande impacto com a escolha. Ou seja, nesse modelo, os tomadores de decisão determinam aquilo que poderá ser maximizado e quais as melhores alternativas para fazê-lo (RUA, 1998). Por esse motivo, as decisões são demoradas, porque serão estudadas todas as possibilidades técnicas e políticas antes de escolher uma alternativa. Nesses casos, segundo Rua, pretende-se realizar grandes mudanças a partir de uma política.

Em cada um dos modelos apresentados existem problemas. Se por um lado o modelo incremental deixa a impressão de conservadorismo na hora de implementação de uma política, por sua pouca vontade de realizar mudanças bruscas, no modelo racional existe o pressuposto incorreto de que a informação será sempre bem dada e utilizada da



melhor forma, desconsiderando as relações de poder que envolvem uma tomada de decisão. Analisando essas abordagens, Etzioni apresenta uma terceira via de análise para as tomadas de decisão, o “*mixed-scanning*” (Idem).

De acordo com Rua, o *mixed-scanning*, proposto por Etzioni (1967), distinguirá as decisões em ordinárias ou incrementais, fundamentais ou estruturantes. Segundo o autor, as decisões estruturantes estabelecerão os rumos das políticas públicas em geral e irão proporcionar o contexto para as decisões estruturantes, por explorarem uma gama de alternativas. No *mixed-scanning*, primeiramente fica estabelecido que os tomadores de decisão irão se engajar em analisar as alternativas, assim como no modelo racional, embora as decisões não sejam tomadas após uma análise minuciosa dessas alternativas. Nesse caso, a revisão da análise das alternativas sejam examinadas de forma que levem a decisões estruturantes. Por outro lado, as decisões incrementais decorrerão das decisões estruturantes, que envolvem análise mais detalhada das alternativas (Idem).

Nessa fase do ciclo é necessário ressaltar a ação por parte de atores que fazem parte do processo mas não estão no governo, como os grupos de interesse. Nessa etapa, eles serão responsáveis por apresentar insumos a respeito das soluções encontradas, contribuindo para melhorar a qualidade das decisões a serem tomadas (LINDBLOM, 1981).

## **2.4 Implementação**

Após a tomada de decisão, se inicia a penúltima etapa e uma das mais importantes do ciclo de políticas públicas, que é a implementação. Nessa fase é possível avaliar se todas as etapas anteriores foram realizadas corretamente, além de analisar as diferenças entre o planejado e o que pode realmente ser feito. Essa observação é importante para embasar a próxima etapa, que é a avaliação da política (DEUBEL, 2002).

No modelo *top-down*, a implementação da política pública é realizada estritamente conforme ela foi planejada. Nesse modelo, a escolha da alternativa e sua implementação são etapas separadas, porque podem envolver atores diferentes e/ou com graus de autoridades muito distintos entre si. Portanto, os políticos formulam a política e os burocratas apenas obedecem aos seus comandos (RUA; ROMANINI, 2013). Entretanto, diversos analistas tiveram a percepção de que na realidade é muito difícil implementar uma política segundo sua teoria. Ou seja, na prática, a entrega do serviço ou bem ao cidadão é diferente por diversos fatores. Portanto, o burocrata de nível de rua que pode ser definido como o policial, médico, professor e enfermeiro, deve ter

discrecionariedade na hora de executar as políticas (Idem). Com base em críticas ao *top-down*, foi desenvolvido o modelo *bottom-up*. De acordo com o *bottom-up*, nem sempre os objetivos traçados na formulação da política pública serão identificados durante sua execução. O modelo justifica que a execução da política pública ocorre em um ambiente de elevada complexidade e os resultados não seriam atingidos mesmo que as decisões do topo conseguissem ser executadas fielmente pelos agentes responsáveis pela implementação (Idem). O foco do modelo concentra na participação do burocratas de nível de rua, que no seu cotidiano, atenta-se a buscar melhorias para a realização do seu trabalho, por meio de ações em determinada questão, que vai gerando resultados positivos. Conforme o tempo passa, essas ações se institucionalizam e encaminham-se para o governo para virar uma política pública. Dessa forma, a política é criada de baixo para cima (Idem). Segundo as autoras, esse modelo destaca a sociedade civil como um ator que pode cooperar e buscar soluções para seus problemas e pode ser muito utilizado a nível municipal e estadual. Em âmbito nacional, para que os problemas tenham boas soluções é necessário promover a discussão por meio de uma liderança política, que tenha autoridade para alocar recursos e estabelecer normativos (Idem).

Embora tenha surgido como uma alternativa para o modelo *top-down*, o *bottom-up* não preencher suas lacunas e ainda faltam mecanismos que possam explicar o real processo de implementação. Desse modo, cada modelo será mais adequado para explicar a dinâmica de implementação a depender do caso. Isso se dá porque o perfil dos implementadores pode ser muito diverso.

## **2.5 Avaliação**

A última etapa do ciclo das políticas públicas é a avaliação da política implementada. É o instrumento mais importante para mensurar a eficácia do programa ou projeto, pois ela é o exame objetivo do que foi feito e tem como propósito guiar os tomadores de decisão, garantindo que as políticas sejam efetivas, consistentes e eficazes (RUA, 2012). Portanto, o processo de avaliação compreenderá a sua avaliação formal, monitoramento e acompanhamento. Segundo Rua (2012), a avaliação formal deverá reunir as etapas de coleta e análise de dados, ficando a cargo do avaliador buscar a melhor técnica de coleta para realizar seu trabalho. O monitoramento da política se difere da avaliação, pois é uma atividade contínua, com o objetivo de promover intervenções pontuais caso necessário. Já o acompanhamento é um processo de supervisão e gerenciamento, em que não há intervenção, apenas coleta de dados, que servirão de

insumos para a avaliação e monitoramento da política (Idem). Em um processo de avaliação, as principais variáveis utilizadas são a eficiência, eficácia e efetividade. A grosso modo, a eficiência equivale aos custos, sejam financeiros, de tempo ou de recursos humanos; a eficácia se dá quanto a seus objetivos serem bem delimitados e a efetividade se refere à política atingir suas metas (Idem).

A última etapa é essencial pois ela gerará insumos importantes caso seja preciso retomar o ciclo. Isso ocorre quando os resultados geram resultados insatisfatórios e se avalia a necessidade de incrementar a política, com intervenções pontuais ou reiniciando-o (RUA, 2012). A avaliação permite analisar os indicadores e compará-los com os objetivos do projeto, para que se possa dar o problema como resolvido ou que não. Em ambos casos, a política é suspensa (Idem).

### **3. A REFORMA SANITÁRIA E O HIV NO BRASIL**

### **3.1 Redemocratização e o Movimento Sanitarista**

O Regime Militar no Brasil (1964-1985) foi um período marcado pela supressão dos direitos civis e políticos por meio da censura a liberdade de expressão, ausência de eleições diretas para cargos do executivo, centralização do governo e repressão violenta aos opositores do regime. Durante os primeiros anos da ditadura<sup>6</sup>, o país apresentou alto crescimento econômico, com a redução de gastos sociais e investimentos na economia, chegando a crescer em torno de 11% ao ano (LAGO, 1990). A política econômica do regime promovia a concentração de renda e perda de poder aquisitivo das camadas populares, intensificou o aumento da miséria, do êxodo rural e da urbanização desenfreada, que segundo Sarreta (2009), comprometeu as condições de vida dessas pessoas acarretando no aumento de doenças e da mortalidade infantil. A população brasileira que vivia na cidade e contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) caso trabalhasse, recebia assistência médica paga pelo INPS (MATTOS, 2001). A assistência era financiada pelo governo, que pagava a hospitais privados conveniados (SARRETA, 2009). Essa política de saúde público-privada não atingia todas as camadas da população, que padecia de assistência social. O modelo econômico baseado em investimentos de capital estrangeiro se mostrou ineficiente quando o país foi atingido pela crise internacional do petróleo, na década de 70, resultando em insatisfação em relação ao regime.

O General João Figueiredo (1979-1985) foi o último militar a comandar o país e seu governo foi marcado por crises econômicas e a efervescência de movimentos sociais. Seu antecessor, General Ernesto Geisel (1974-1979) havia iniciado o processo de transição política aos civis por meio de uma série de medidas, como a Lei da Anistia (Lei nº 6.683/79) e a revogação do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que suspendia, dentre outros, o direito à livre manifestação política<sup>7</sup> (NERVO CODATO, 2005).

Com permissão para livre manifestação, grupos que já vinham se articulando durante o governo Geisel e com relacionados ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – grande vencedor das eleições em 1976 – como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), fundado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em

---

<sup>6</sup> A autora não pretende fazer uma extensa retrospectiva do desenho institucional que culminou no Regime Militar, tampouco de seus principais desdobramentos. O resgate ao período histórico se dá pela importância de sua contextualização, por conter variáveis determinantes que posteriormente possibilitaram a criação do Movimento Sanitarista, que mais tarde, por meio da Assembleia Nacional Constituinte manifestou a importância da criação de um sistema de saúde que atingisse toda a população brasileira.

<sup>7</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ait/ait-05-68.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm)

Saúde Coletiva (ABRASCO) de 1979, puderam finalmente expor suas ideias para a criação de projetos que direcionassem políticas públicas em saúde com abrangência nacional. O Movimento Sanitarista, como foi chamado, tinha o objetivo de “realizar uma revolução no âmbito das políticas públicas em saúde”, unificando as instituições estatais, descentralizando as ações a nível municipal e extinguindo a medicina previdenciária para trabalhadores formais, ampliando seu acesso a todos. O projeto, intitulado Reforma Sanitária Brasileira, foi idealizado a fim de reduzir as desigualdades e consolidar o acesso democrático e universalizado à saúde (CORTES, 2002; LOYOLA, 2007, STOTZ, 2003).

Como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, os princípios defendidos por esses grupos foram consagrados em 1988 na Constituição Federal. O Movimento Sanitarista atuou por meio da organização de eventos para divulgar suas ideias e chamar a atenção para o poder público. Por terem parlamentares do MDB ligados ao movimento, a Carta Magna fundamentou em seus artigos 196 a 200 a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), visando a universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde, posteriormente regulamentado na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde (BRASIL, 1988).

### **3.2 Surgimento da Aids no Brasil, movimentos sociais e as políticas estaduais**

Uma das teorias mais aceitas para o surgimento da aids é de que a doença se originou de um retrovírus não patogênico de macacos verdes da África, que transmitiu ao homem o retrovírus ao homem por meio de mordida ou cozimento inadequado da carne do animal. A princípio a epidemia se desenvolveu em países como Zaire, Zâmbia, Ruanda Uganda e Tanzânia, posteriormente se alastrando para os Estados Unidos e a Europa, em meados de 1960 e 1970. Segundo especialistas, a infecção deveria existir em humanos antes mesmo de ser reconhecida como epidêmica (SOUZA, 2004). Pela rapidez com que a doença era disseminada, profissionais da saúde de todo o mundo se voltaram em pesquisas. Em 1984 o vírus foi isolado pela primeira vez e classificado como o retrovírus HTLV-III<sup>8</sup> e posteriormente renomeado para HIV. Desse modo, constatou-se que a aids era uma doença proveniente de complicações do HIV. As pesquisas possibilitaram ainda

---

<sup>8</sup> *Human T-Lymphotropic Virus* (vírus da linfotropia-T humana)

identificar os meios de transmissão: via sexual (homo ou heterossexual), sanguínea e perinatal (BRASIL, 2009).

O primeiro caso confirmado de aids no Brasil ocorreu em 1982, na cidade de São Paulo. Nessa época, a doença já estava ligada a comportamentos promíscuos e imorais, porque os primeiros casos confirmados ocorreram em homens homossexuais. Estigmatizada e alvo de preconceito, a aids foi estereotipada como a doença dos “5H”, que significava “homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos<sup>9</sup> e *hookers*<sup>10</sup>”. No entanto, ainda no início da epidemia já existiam fortes evidências epidemiológicas que indicavam que outros grupos populacionais além de homens homossexuais ou bissexuais, apresentavam risco de contrair a doença (BRASIL, 2013).

Em 1982 houveram ainda mais dez confirmações de aids com óbito em São Paulo. Por consequência de atender e tratar os pacientes, a equipe de profissionais do Hospital Emílio Ribas – o pioneiro em criar um Centro de Aids e atualmente referência em infectologia – iniciou pesquisas com o objetivo de buscar respostas para o drama de pacientes, no mesmo período em que começaram a receber apoio psicológico para continuarem aptos a trabalhar (MENDONÇA, ALVES, CAMPOS, 2010).

No ano seguinte grupos militantes compostos por homossexuais, médicos envolvidos na causa e intelectuais interessados na nova doença iniciaram campanhas para que houvesse um posicionamento do governo frente ao surto de aids. A pressão desses grupos no estado de São Paulo levou as autoridades governamentais a estabelecerem o primeiro programa para controlar a aids no Brasil. Utilizando o Hospital Emílio Ribas como centro de referência, foi criado pela Secretaria de Saúde do estado de São Paulo um grupo de pesquisa de iniciativa do próprio governo, que permitiu a criação de diretrizes e protocolos para a implementação de medidas específicas para a aids, que posteriormente possibilitou a criação do Programa de Aids de São Paulo (MENDONÇA, ALVES, CAMPOS, 2010; TEIXEIRA, 1997).

Para atuarem de forma mais organizada e articulada em 1985 foi criada a Fundação de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), a primeira Organização Não Governamental sobre HIV/AIDS no Brasil e em toda a América Latina ligada ao tema. Dessa forma, não somente homossexuais e profissionais da saúde se envolveram na causa, mas também organizações dos outros denominados “grupos de risco”, como prostitutas, usuários de drogas e hemofílicos (RAMOS, 2004).

---

<sup>9</sup> Dependentes de heroína.

<sup>10</sup> Gíria inglesa utilizada para referir-se a prostitutas.

Segundo Teixeira (1997), o protagonismo do estado de São Paulo frente à epidemia foi primordial para se conceber um modelo a ser seguido por outros estados. O Programa contribuiu fortemente para minimizar o *gap* entre alguns grupos sociais minoritários e marginalizados para políticas públicas. Paralelamente, o estado do Rio de Janeiro começava a ter seus primeiros casos de aids e como medida determinou a criação de grupos de pesquisa na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENASP) e no Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Nessas instituições o debate já tinha propostas de abrangência nacional. No Rio de Janeiro surgiram ONGs como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Grupo pela Vidda (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) (PARKER, 2003).

Em 1985 o presidente recém empossado, José Sarney, começou a enfrentar a pressão dos movimentos sociais para uma resposta a epidemia de aids. A partir de diálogos e da experiência observada em São Paulo e em mais outras dez capitais<sup>11</sup>, o Ministro da Saúde da época, Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna, assinou a Portaria nº 236 de 2 de maio de 1985, que criava o Programa de Controle da Aids, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, que dispunha sobre medidas de coordenação e monitoramento de casos, sejam confirmados ou suspeitos, além de alerta para grupos em risco; com o objetivo de investigar e controlar a aids no país. Contudo, por dispor de baixo orçamento, o Programa acabou se restringindo a medidas protocolares e as ações continuaram a ser realizadas principalmente pelos estados que criaram suas próprias diretrizes a serem trabalhadas para a contenção da doença (BRASIL, 1985; TEIXEIRA, 1997). Mais tarde, com o intuito de intensificar e facilitar o monitoramento da doença foi instituída a Portaria nº 542/1986, que dispunha sobre a notificação compulsória de aids no Brasil (BRASIL, 1986). No ano seguinte, o governo federal passou a realizar campanhas sobre a importância do uso do preservativo para controlar a epidemia, além de incluir peças de conscientização acerca da doença (MORAIS; AMORIM, 2011). Entretanto, apesar das campanhas terem o objetivo de informar e orientar, quase sempre elas vinham acompanhadas de viés conservador, estigmatizando os doentes e destacando “grupos de risco”, contribuindo para a disseminação do preconceito (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

---

<sup>11</sup> Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (SOUTO, GIOVANELLA 2003).

### **3.3 O Programa Nacional de DST/AIDS**

Em 1988, seis anos após o primeiro caso de aids no Brasil, o Programa de Controle de Aids foi reformulado dentro da estrutura do Ministério da Saúde e denominado Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS). Sua criação veio em substituição às lacunas deixadas pelo Programa de Controle de Aids, que havia se mostrado ineficiente. Por meio de políticas centralizadas, o PN-DST/AIDS passou a ditar e difundir todas as normas que deveriam ser empreendidas em todo o país (TEIXEIRA, 1997). No mesmo ano, o MS instituiu o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids, data adotada pela ONU desde 1987 (BRASIL, 2009).

Com vistas a ampliar a detecção precoce do vírus HIV, o governo criou na estrutura do PN-DST/AIDS o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) que visava apoiar e aconselhar pessoas portadoras, além de oferecer testagem para a sorologia positiva. O principal diferencial do COAS em relação aos hospitais públicos era sua acessibilidade, promovendo ajuda gratuita por meio de palestras coletivas e atendimento individual (CAPPI, 2001). Dez anos após a criação do primeiro COAS, ele foi renomeado para Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e descentralizado para estados e municípios, que ficaram responsáveis por formar agentes de saúde e elaborar seus próprios projetos. Ainda hoje os serviços do CTA seguem os princípios do SUS como a acessibilidade e a gratuidade, de forma que seja localizados em áreas de fácil acesso à população mais vulnerável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Após o fim do governo Sarney (1985-1990), o PN-DST/AIDS passou por uma grave crise. Ao assumir o governo, Fernando Collor de Melo (1990-1992), demitiu em massa a equipe do PN-DST/AIDS, gerando um desconforto entre as lideranças das ONGs e os novos gestores. Um impasse político levou o Ministério da Saúde a ser chefiado por cinco pessoas diferentes, o que culminou em conflitos e no enfraquecimento das relações das ONGS com os governos federal, estadual e municipal. Com a diminuição dos diálogos, ativistas se posicionaram contra diversas campanhas com conotação negativa propagadas pelo MS, que segundo Teixeira (1997) “refletia a prioridade do governo em promover políticas de prevenção baseada na discriminação daqueles que eram portadores de HIV ou aids”. Resistindo às trocas de Ministros, Lair Guerra, idealizadora do PN-DST/AIDS se manteve no cargo e buscou dar continuidade ao Programa da forma que pode. Embora as políticas do governo Collor tenham sido pautadas por investimentos de capital estrangeiro, privatizações e redução da máquina estatal, foi durante seu governo que se iniciaram as discussões de empréstimos entre o Banco Mundial (BM) para investimentos



no PN-DST/AIDS. Os acordos assinados entre país e o BM promoveram a renovação nas relações dos atores envolvidos na causa e finalmente o PN-DST/AIDS atingiu abrangência nacional (MATTOS, 1999). Durante toda a década de 90 foram assinados três acordos. As negociações do primeiro empréstimo, intitulado AIDS I, reuniu participação de toda a sociedade civil, demonstrando o apoio popular face a epidemia de aids. O empréstimo foi enquadrado nas pautas defendidas por Collor e os investimentos foram usados para campanhas de prevenção, centralizada pela distribuição gratuita de preservativos. Entretanto, ainda durante a vigência do AIDS I e contrário ao posicionamento do Banco Mundial, o Brasil tomou uma das medidas mais importantes para o tratamento e controle da propagação da doença: a distribuição gratuita de medicamentos, que foi regulamentada pela Lei nº 9313/96 (BRASIL, 1996; Banco Mundial, 1997). A disponibilidade da Terapia Antirretroviral (TARV) proporcionou aos pacientes o aumento da sobrevida e a redução de internações, que resultou na diminuição de mortalidade de soropositivos, transformando a maneira que a sociedade encarava os pacientes. A legislação permitiu que a aids se destacasse mais ainda como prioridade nas políticas públicas do país. Os recursos provenientes dos outros acordos viabilizaram parcerias entre as ONGs e os governos estaduais e municipais, dando notoriedade a aids como uma doença que requer atenção especial por parte de profissionais da saúde especializados (BRASIL, 1999).

O governo brasileiro custeou os medicamentos antirretrovirais de referência pagando altos valores aos laboratórios até que em 2005 a dificuldade de negociação do governo com os fabricantes levou o país a protocolar na Organização Mundial do Comércio (OMC) pedido de licenciamento compulsório de patentes desses medicamentos, garantindo a assistência médica aos necessitados. A medida foi primordial para garantir a continuidade do Programa a custos mais baixos e a manutenção do combate à epidemia. Atualmente o Brasil distribui gratuitamente pelo SUS seis antirretrovirais diferentes. (BRASIL, 1996; BRASIL, 2005).

Os outros dois acordos entre o Brasil e o Banco Mundial – AIDS II e III - possibilitaram que o Programa adquirisse os principais elementos que nortearam a criação do próprio SUS, por meio da universalização – com a distribuição gratuita de medicamentos, da equidade – com o princípio da não discriminação dos portadores de HIV/AIDS e foco em ações para grupos de risco e a integralidade – por unir políticas de prevenção, assistência e tratamento (Idem).

Em 2013 foram anunciados pelo Ministério da Saúde mudanças no protocolo de atendimento a pacientes detectados com o vírus HIV. Segundo nota divulgada pelo MS, o paciente diagnosticado receberá tratamento imediatamente na rede pública, independente da sua carga de CD4. Segundo o Secretário de Vigilância em Saúde à época, Jarbas Barbosa, a medida tem como objetivo reduzir as possibilidades de transmissão, além de promover melhor qualidade de vida ao paciente. A nova estimativa do MS era de incluir mais de 100 mil pessoas no tratamento. De acordo com dados do Ministério da Saúde, desde o início da distribuição dos antirretrovirais, 313 mil pessoas foram incluídas no tratamento (BRASIL, 2013).

Atualmente, além da distribuição dos antirretrovirais para pacientes soropositivos, o governo disponibiliza, no âmbito do SUS, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que distribui a pacientes com sorologia negativa medicamentos antirretrovirais de uso diário com o objetivo de diminuir a possibilidade de contaminação com o vírus, caso essas pessoas se encontrem em situação vulnerável (Idem). Além da PrEP, foi incorporado ao SUS a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que realiza a distribuição de coquetel de tratamento a todas as pessoas que possam ter exposto a uma situação de risco e contágio, como em acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV, qualquer um pode solicitar o medicamento, não sendo necessário a avaliação de um infectologista para dispensar ou recomendar seu uso (BRASIL, 2015).

Desde sua concepção, o PN-DST/AIDS foi denominado de várias formas e subordinado a diferentes instâncias do MS. Por meio do Decreto nº 6.860/2009, ele foi incorporado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e renomeado para Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Dentre outros pontos, compete ao DIAHV<sup>12</sup>: Formular e fomentar políticas públicas de IST, HIV/AIDS e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS.

#### **4. ANÁLISE E AVALIAÇÃO**

---

<sup>12</sup> <http://www.aids.gov.br/pt-br/acesso-informacao/institucional> acessado em: 02.fev.2017

Embora o modelo do Ciclo das Políticas Públicas divida o processo político em identificação do problema, formação de soluções, tomada de decisão, implementação e avaliação, este trabalho não realizará um detalhamento aprofundado dessas cinco etapas. Entende-se que o modelo escolhido é o mais pertinente para a análise, pois é possível aplicá-la a algumas etapas da formação do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil. Já era esperado que houvessem limitações na aplicação do modelo teórico, porque nem sempre eles se adequam completamente aos fenômenos reais, sendo utilizados para simplificar seu entendimento e destacar aquilo que é mais importante em seu caso (DYE, 2009). Ademais, sabe-se que o Ciclo das Políticas Públicas é uma sequência de eventos cíclico com início, meio e fim. Entretanto, eles não ocorrem isolados e fragmentados, pois os acontecimentos estão interligados e suas etapas podem vir a ser simultâneas, dificultando a separação de cada uma das partes do processo analisado (RUA, 2012).

#### **4.1 A aids como problema**

A aids apareceu como demanda social no Brasil e em todo mundo nas últimas décadas do século XX. A doença chamou a atenção por ser altamente letal e de fácil transmissão. Profissionais da saúde, pacientes e “grupos de risco”<sup>13</sup> foram os primeiros enxergar a situação como um problema, portanto, os primeiros atores a lutar pela causa. Dentre eles, destacam-se os atores não governamentais, que a princípio foram invisíveis e ganharam notoriedade conforme a epidemia crescia no país. Esses atores surgiram como grupos organizados pela experiência observada em grupos militantes criados no processo de redemocratização do Brasil.

Com a abertura do regime militar, o Brasil passava por mudanças de caráter político e social. Nessa época, emergia o movimento sanitarista, a partir da união de profissionais da saúde que buscavam promover assistência em saúde de qualidade para a população brasileira. Nos anos seguintes, as classes sociais também voltaram a se organizar para reivindicar suas pautas, especialmente em questões sociais e de trabalho, além de outros grupos que voltaram-se para questões próprias como questões raciais e de gênero. Inspirados e apoiados por esses movimentos sociais, os atores envolvidos na luta pela aids fundaram as primeiras ONGs para pleitear a inserção do problema na agenda dos *policy makers*, pois segundo Marques (2003), o governo federal decidiu manter uma posição de omissão, embora a epidemia estivesse alcançando grandes proporções e

---

<sup>13</sup> Segundo Teixeira (1997) o estigma interposto aos 5H foi importante para a formação e atuação do movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais).

atingido mais pessoas. Para o autor, a demora em assumir a aids como um problema social ocorreu em virtude do estigma colocado sobre o comportamento dos pacientes, minimizando que qualquer pessoa poderia se contagiar e não somente os “grupos de risco”. Ele complementa que a postura do governo contribuiu para o perfil que a epidemia possui atualmente (MARQUES, 2003).

Como citado na seção anterior, o primeiro grupo a ser criado para mobilizar ações efetivas pelo Estado foi o GAPA. Fundado em 1985, o GAPA era composto por homossexuais, profissionais da saúde, soropositivo e simpatizantes e seus principal objetivo era de lutar no enfrentamento da epidemia. A atuação do GAPA se pautava em conquistar uma política pública efetiva para a população soropositiva, principalmente por atendimento médico – em todos os sentidos: custeio financeiro para aqueles com dificuldades financeiras, apoio psicológico aos pacientes e familiares – além de promover informações para a população, como forme de combater o preconceito.

Em 1987 foi fundada a ABIA, que até hoje tem como ações norteadoras o acompanhamento das políticas públicas, a formulação de projetos de educação e prevenção e o acesso à informação sobre HIV/AIDS<sup>14</sup>. Diferenciando-se do GAPA, de caráter mais popular, a ABIA se destacou nacional e internacionalmente por atuar na democratização de informações sobre a temática, contribuindo com os esforços governamentais por meio de pesquisas respaldadas.

Os esforços das ONGs citadas e de muitas outras que atuaram para chamar a atenção ao problema da aids foram primordiais para que a temática fosse incluída na agenda política do governo. A contribuição não se resumiu apenas a inclusão, ela se estendeu as sugestões e se mantém acompanhando a atuação das diretrizes da política até os dias atuais.

Por último, cabe ressaltar que o contexto de redemocratização do Brasil foi uma variável importante para delinear o cenário que permitiu a inclusão do tema na agenda. Partindo-se do que se sabe sobre o regime ditatorial e o viés conservador do país nos anos anteriores, é possível supor que a aids, embora letal e contagiosa, não teria tido espaço na agenda política se transformando em um “estado de coisas”. Não haveria espaço dentro da arena política para que as ONGs manifestassem o desejo de inserir o assunto na pauta. Desse modo, as mudanças que antecederam a chegada da aids no país permitiram a articulação dos grupos garantindo uma resposta ao problema (RUA, 1998).

---

<sup>14</sup> <http://abiaids.org.br/sobre-nos> (acessado em 05 fev.2018)

## 4.2 A aids na agenda e a resposta governamental

Como já foi dito, os acontecimentos do fenômeno sempre estão interligados. Portanto as etapas de formulação de solução, tomada da decisão e implementação foram analisadas conjuntamente para dar maior entendimento aos fatos.

Quando o governo federal reconheceu a aids como um problema político, chegava a hora de pensar respostas para solucioná-la. A participação das ONGs foi importante nessa etapa, pois todas elas tinham sugestões e eram aliadas nesse processo, desfazendo qualquer possibilidade de conflitos na arena política (RUA, 2012). As propostas desses grupos visavam a criação de uma política distributiva, ou seja, que atingisse as pessoas afetadas pela doença. Porém, é importante ressaltar que embora a política tivesse seu impacto principalmente relacionado aos pacientes, problemas de saúde pública afetam toda a sociedade. Dentre os pleitos das ONGs, estavam a criação de campanhas de conscientização para reduzir o preconceito contra os soropositivos; políticas de prevenção; assistência em saúde; e o incentivo a participação popular no enfrentamento da epidemia. As lideranças das ONG passaram a ter cada vez mais voz ativa na causa e nas reivindicações que eram feitas.

Além das decisões formais do governo, por meio de normativos como Leis, Portarias e Decretos, que constituíram de fato uma política pública, é importante destacar aquelas que não se tornaram, mas que contribuíram para todo o processo que se sucedeu. Ouvir as demandas das ONGs, acatar suas ideias e as envolver no processo político distinguiu a formulação dessa política como nunca antes visto. Reconhecer os movimentos sociais já faziam pela causa e aproximá-los do governo deu legitimidade inédita para grupos marginalizados e estigmatizados, antes, por serem homossexuais, prostitutas ou usuários de drogas e agora por estarem doentes (TEIXEIRA, 1997).

A formalização para a criação da primeira política pública federal se deu pela Portaria do Ministério da Saúde nº 542/1986, que criou o Programa de Controle de Aids. Com ressalvas da autora, sua implementação pode ser classificada segundo o modelo *bottom-up*. Nele, os burocratas de nível mais baixo atuaram para a implementação da política (RUA, 1998), pois profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos e vigilantes sanitários - juntamente com os movimentos sociais, foram contribuintes para a formulação e escolha da política a ser seguida, além de utilizarem a sua discricionariedade dentro do que poderia ser realizado com os recursos disponíveis. As ressalvas para o encaixe do Programa em um dos dois modelos de implementação, *top-down* ou *bottom-*

*up*, se dá por não enxergar o Programa como implementado principalmente por altos burocratas ou burocratas de ponta. No caso das políticas de aids, existe uma rede de pessoas – de ponta, do alto escalão do governo, responsável pela coordenação, atores do terceiro setor e organismos internacionais – que contribuem para o êxito da implementação e de seus objetivos.

Aplicando o modelo ao fenômeno, pode-se afirmar que a tomada de decisão em relação as demandas das ONGs foi incremental. Conforme dito na seção bibliográfica, o modelo incremental busca promover a resolução dos problemas de forma gradual, sem mudanças radicais estruturantes. A decisão é baseada na escolha da alternativa que resolverá o problema e que pode ser revista durante sua implementação, de forma gradual. Essa abordagem considera na sua análise variáveis que envolvem as relações de poder, o papel dos burocratas e dos grupos de interesse na escolha das alternativas (RUA, 2012).

Contudo, nos primeiros anos de implementação do Programa de Controle da Aids, a política foi reformulada. Como seus anos iniciais foram marcados por baixo orçamento e crise política (LAGO, 1990), o monitoramento e vigilância eram a maior prioridade e o Programa acabou se restringindo a medidas protocolares. As principais ações de contenção continuaram a ser realizadas principalmente pelos estados que haviam criado suas próprias diretrizes a serem trabalhadas para a contenção da doença (BRASIL, 1985; TEIXEIRA, 1997). Durante sua reformulação, a única medida devidamente implementada e funcional era o COAS. Lá os burocratas de baixo escalão – como profissionais da saúde – eram responsáveis pelo contato o público alvo, promovendo a detecção precoce do vírus HIV, assistência e aconselhamento. Após dez anos, o COAS foi renomeado pelo CTA, permitindo a descentralização do órgão e possibilitando que eles pudessem capacitar seus agentes de saúde para desenvolver projetos conforme a necessidade da localidade (CAPPI, 2001).

Segundo Deubel (2002) a implementação é uma etapa importante, porque nela se pode analisar a diferença daquilo que havia sido planejado e o que pode ser executado. No modelo, a implementação pode ocorrer Na implementação do Programa de Controle foi possível compreender que ela não estava sendo efetiva para controlar a aids no país. Simultaneamente, implementação e avaliação foram realizadas, de modo que avaliou-se a sua ineficiência – considerando-se também o orçamento limitado – e foi possível pensar e trabalhar para a que houvesse a criação de uma política abrangente e relevante.

Com a revisão do Programa de Controle da AIDS e a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, o governo passou a dar mais atenção ainda para a causa. À frente

do projeto, a Coordenadora do PN-DST/AIDS, Lair Guerra, atuou juntamente com representantes da sociedade civil nas negociações para que o Banco Mundial liberasse recursos financeiros para mantê-lo, pois executar uma política dessa magnitude gera altos custos. Os projetos AIDS I e AIDS II, que foram desenvolvidos entre 1994 e 2002 permitiram que o governo brasileiro dispusesse de recursos financeiros para realizar os investimentos necessários em ações de prevenção, tratamento e controle, garantindo o os direitos humanos dos pacientes e fortalecendo as instituições públicas e privadas que trabalham com HIV e aids no país<sup>15</sup>. As ações de prevenção incluíram campanhas publicitárias, acesso a preservativos, seringas e a TARV.

#### **4.3 Avaliação, indicadores e atualizações do Programa**

A avaliação da política pública é o instrumento mais importante par mensurar a eficácia do programa pois ela é o exame objetivo e tem como propósito guiar os tomadores de decisão, a efetividade da política. Dentro do processo de avaliação está o monitoramento da política por meio da coleta de dados, que auxiliam os gestores a realizarem interferências pontuais na política, caso necessário (RUA, 2012). O monitoramento do PN-DST/AIDS permite que o país sempre acompanhe a execução e a eficiência de suas políticas dentro do Programa, para que os indicadores do país alcance as metas internacionais de erradicação da aids.

A resposta brasileira ao problema foi fruto da pressão de movimentos sociais e conduziu o país ao patamar de referência mundial no combate à aids em 2003. O Programa Nacional de DST/AIDS tem como principal foco prestar assistência de qualidade as pessoas que convivem com HIV/AIDS. Dentre motivos que garantem o sucesso do Programa está o canal de diálogo consolidado com os movimentos sociais, por meio de Comissões, Comitês e Conselhos, que permite um alto grau de envolvimento nas diretrizes das suas políticas e de seu aperfeiçoamento constante (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011). O aprimoramento do PN-DST/AIDS ao longo dos anos, por meio de legislações, diretrizes e protocolos – muitas vezes advindo de contribuições dos avanços científicos acerca dos estudos do vírus HIV, levaram o país a ter uma drástica diminuição de mortalidade e de sobrevida de pacientes diagnosticados.

Estima-se que desde o surgimento da aids no mundo 36,7 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus HIV. Em 2016, as estimativas de infecção apontaram 1,8

---

<sup>15</sup> Relatório de Implementação e Avaliação AIDS II  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/154\\_12aidsII.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/154_12aidsII.pdf)> acessado em 04.fev.2018.

milhões de novos casos e que 1 milhão de pessoas morreram por complicações envolvendo a aids. Segundo o relatório do UNAIDS, *Acabando com a Aids: progresso rumo às metas 90-90-90*, de todas as pessoas convivendo com HIV, metade delas (53%) tem acesso ao tratamento. No continente americano, o Brasil é o país com maior concentração de casos, respondendo por 49% das novas infecções, segundo estimativas mais recentes do UNAIDS (UNAIDS, 2017). Em 2016, haviam 830.000 pessoas vivendo com HIV no país e estima-se que tenham ocorrido 48.000 novas infecções pelo HIV naquele ano (Idem).

Atualmente, o Brasil é um dos países que possui uma das maiores coberturas de TARV entre países de baixa e média renda. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 64% das pessoas convivendo com HIV fazem uso de antirretrovirais, enquanto a média global foi de 53% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; UNAIDS, 2017). Relatório da UNAIDS de 2017 revelou ainda que, desde 2005, o número de novos casos de HIV teve pouca variação, estimada entre 46 e 48 mil. O relatório faz parte de um boletim que apresenta os primeiros indicadores acerca da meta 90-90-90, estipulada em 2015 durante Assembleia Geral das Nações Unidas. A meta propõe que, até 2020, 90% das pessoas portadoras de HIV estejam diagnosticadas; destas, que 90% estejam em tratamento antirretroviral; e que, das pessoas em tratamento, 90% apresentem supressão da carga viral. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde para o ano de 2016, estima-se que 260 mil pessoas estejam vivendo com HIV e ainda não estão em tratamento, além de 112 mil que têm o vírus e não sabem disso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda de acordo com o boletim da UNAIDS, segundo dados do Ministério da Saúde, foi possível detectar que, do total de pessoas vivendo com HIV, 87% das pessoas já foram diagnosticadas. Desta porcentagem, 64% estão em tratamento para o HIV. Das pessoas em tratamento, cerca de 90% já apresentam carga viral indetectável (UNAIDS, 2017). Embora os índices pareçam positivos, autoridades governamentais relacionadas à saúde, representantes de ONGs e da UNAIDS alertam que os dados não são animadores. Estabilidade no crescimento da contaminação não indica diminuição<sup>16</sup>; pessoas a par de sua situação sorológica que não se tratam e pessoas que não buscam serviços de saúde

---

<sup>16</sup> Epidemia de aids no Brasil segue estável – e isso não é bom. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2017/07/epidemia-de-aids-no-brasil-segue-estavel-e-isso-nao-e-bom.html> Acessado em 20 jan. 18.



para realização de exames periódicos, e que possam ter se colocado em situação de risco prejudicam a execução das políticas e do alcance das metas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazer o debate para o campo da ciência política e das políticas públicas é um imenso desafio. A ciência política se propõe na maioria das vezes a analisar o processo político, da interação entre os atores na arena política e as instituições. Para escrever esse trabalho, foi preciso resgatar o problema social a partir de sua origem.

A utilização do modelo do ciclo de políticas públicas permitiu esse resgate, possibilitando compreender o surgimento da aids no Brasil, seu impacto e sua inserção na agenda, por meio da participação ativa de movimentos sociais. Além do mais, utilizar o modelo teórico em um fenômeno real que está em frequente transformações nos ensinou na prática que nem todos os pressupostos do modelo se encaixam perfeitamente para a realização da análise. Isso não pode ser descrito como um problema ou limitação. Na realidade, demonstra que sim, modelos teóricos podem explicar e facilitar o entendimento de como os fenômenos reais acontecem, embora não captem a real dinâmica do processo, em que fatos possam ocorrer simultaneamente, ou que somente dois modelos expliquem como os burocratas implementam uma determinada política. Este trabalho permitiu que se observasse por intermédio das políticas públicas como foi o caminho para a formulação do Programa Nacional, além de apresentar dados recentes sobre a questão no Brasil, mostrando-se atual e necessário para a manutenção da política.

A busca por respostas motivadas por grupos sociais, profissionais da saúde e da comunidade científica; a assistência prestada pelo SUS, por meio da distribuição da TARV e de apoio terapêutico e o monitoramento dos índices elevaram o Brasil a referência mundial no combate a aids. Entretanto, nos últimos anos, nota-se que o contágio de HIV avança mais uma vez. Dentre um dos objetivos iniciais secundários da pesquisa, buscava-se compreender em qual das etapas o país falhou, dando possibilidade para os aumentos de casos.

O Programa Nacional de DST/AIDS surgiu a partir da mobilização direta de movimentos sociais e a inserção da aids na agenda política só foi possível por ela ter surgido em conjunto com diversas transformações na sociedade. Sabe-se que diversas questões de saúde pública são vistas como tabu por não compartilharem os valores sociais e políticos do momento, como o aborto.

Os esforços em promover políticas de assistência em saúde, por meio da TARV destacaram o país como combatente da aids. O diálogo do governo com as ONGs durante os anos críticos da doença, na década de 90 e ainda hoje garantem que as pessoas

acometidas pela doença tenham acesso ao medicamento gratuitamente. Entretanto, ao longo dos anos, foi observada uma diminuição em medidas preventivas por meio de campanhas de conscientização ao uso de preservativos.

Se durante as primeiras décadas da epidemia contrair a doença era um atestado de óbito, a distribuição gratuita da TARV promoveu melhora na qualidade e na expectativa de vida daqueles acometidos pela doença. Vivenciar o mundo com aids e perder pessoas para a doença causou um impacto permanente na vida de muitas pessoas. Elas sabem os riscos e as consequências e por esse motivo, crê-se que elas são mais conscientizadas da causa. A geração atual de jovens, especialmente entre 15 a 24 anos, não vivenciou o mundo perdendo a causa para a aids. Pela existência de medicamentos que possibilitam uma vida relativamente normal aos soropositivos associada a baixa experiência de ver entes queridos morrerem, os jovens atualmente podem ter perdido o medo de se contaminarem.

Associado ao fato de que campanhas de conscientização ocorrem principalmente no carnaval e durante o mês de dezembro (BRASIL, 2017), em que se comemora no dia 1º o dia mundial de combate a Aids, não existem atualmente peças e campanhas para alertar a população mais jovem sobre os males da epidemia. Reduzir o contágio é um fator determinante para erradicação da doença, meta estabelecida pela ONU. O tratamento não é cura, dessa forma, fortalecer a implementação de políticas de divulgação e conscientização seriam o mais adequado para que os índices nacionais voltem a se reduzir. De 2013 para cá o MS promoveu a ampliação da acessibilidade de medicamentos, por meio do PrEP e do PEP, tornando possível reduzir a transmissão. Todavia, até mesmo esses novos protocolos não são tão divulgados e poucas pessoas sabem de sua existência.

Espera-se que no futuro seja possível analisar, por meio de estudos se o tratamento, uma das diretrizes da política, ocasionou o enfraquecimento da noção de prevenção entre as pessoas, visto que ele garante uma vida normal ao contaminado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDS. UNGASS Metas. **Resposta brasileira - HIV/AIDS 2001-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BANCO MUNDIAL. **Confronting aids: public priorities in a global epidemic**. Washington: The World Bank, 1997.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 8.901 de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde; dentre outros**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm)>.

Acessado em 29 jan.2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **História da Aids**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm)>. Acessado em 30 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 236 de 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS (hoje Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais). 1985. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/1985/leis\\_e\\_decretos/portaria\\_236\\_1985\\_pdf\\_69224.pdf?file=1&type=node&id=51440&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/1985/leis_e_decretos/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf?file=1&type=node&id=51440&force=1)>. Acesso em 8 dez.2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 985, de 24 de junho de 2005**. Declara interesse público aos medicamentos advindos da associação dos princípios ativos Lopinavir e Ritonavir, com vistas à composição do rol dos inibidores de protease que devem compor o arsenal terapêutico para o tratamento da infecção por HIV/AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-985-de-24-de-junho-de-2005>>.

Acessado em 12 dez.2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 542 de 22 de dezembro de 1986**. Que inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional a aids e a sífilis congênita. Disponível em:

<[http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_biblioteca\\_crt/Portarian542de22dez86.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf)> Acessado em 04 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Portal do Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV.** Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/7668-ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv>>. Acessado em 28 dez.2017.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **Saúde define protocolo que simplifica tratamento após exposição ao HIV.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/saude-define-protocolo-que-simplifica-tratamento-apos-exposicao-ao-hiv>> Acessado em: 15.jan.2018.

CAPPI, D.R.S. et al. **Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de Orientação e Aconselhamento (COAS) para HIV: relato de experiência.** Rev. Latinoam. Enferm., v.9, n.1, p.66-72,2001.

CORTES, S.M.V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde.** Sociologias, v.7, n.4, p.18-49, 2002.

DYE, Thomas R. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas.** *Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.* HEIDEMANN & SALM (Orgs.). Editora Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ETZIONI, Amitai. **“Mixed Scanning: A Third Approach to Decision-Making”**, *Public Administration Review* , No. 27, 1967.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** Editora Atlas, 4ª edição. São Paulo, 2002.

GRANGEIRO A, LAURINDO DA SILVA L, TEIXEIRA PR. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária.** *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(1): 87–94.

LAGO, Luiz Aranha Correa. **A retomada do crescimento e as distorções do milagre: 1967-1973.** In: Abreu, Marcelo de Paiva. *A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana: 1889-1989.* Rio de Janeiro: Campus. p.233-294. 1990.

LINDBLOM, Charles E. **Funções dos Grupos de Interesse na Decisão Política.** *O Processo de Decisão Política.* Editora Universidade de Brasília, Brasília, 1981.

\_\_\_\_\_. “The science of ‘muddling through’”, *Public Administration Review*, 19 (2), pp. 79-88, 1959 disponível em: <<https://faculty.washington.edu/mccurdy/SciencePolicy/Lindblom%20Muddling%20Through.pdf>> Acessado em: 09 nov.2017.

MARQUES, MARIA C. C. **A história de uma epidemia moderna: A emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa, 2003.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_, R. A. **Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: Algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro**. In: PARKER, R; GALVÃO, J. & BESSA, M. S. (Orgs.) *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1999.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Contribuição dos Centros de Testagem e Aconselhamento para Universalizar o Diagnóstico e Garantir a Equidade no Acesso aos Serviços**. Brasília, 2008.

MORAIS, P.B.; AMORIM, R.F. **Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à Aids: resgatando algumas controvérsias enfrentada nas décadas de 1980 e 1990**. Tempo Ciênc., v.18, n.35, p.95-113, 2011.

NERVO CODATO, Adriano. **Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia**. *Revista de Sociologia e Política [en linea]* 2005, (noviembre) Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=23802508>> Acessado em: 02 fev.2018

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PARKER, R. **Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996.** *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 1, n. 27, p. 8-49, 2003.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **A Implementação de Políticas Públicas.** In: *Para aprender políticas públicas – Conceito e Teorias*. Brasília: IGEPP, 2013.

\_\_\_\_\_, Maria das Graças. **Análises de Políticas Públicas: conceitos básicos. O estudo da política: tópicos selecionados.** RUA, M<sup>a</sup> das Graças & CARVALHO, M<sup>a</sup> Izabel V. (orgs). Paralelo 15 Edições, Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Maria das Graças. **Políticas Públicas.** Departamento de Ciências da Administração, UFSC. Capes: Universidade Aberta do Brasil, Florianópolis, 2012.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. ISBN 978-85-7983-009-9.

SOUZA, Lincoln Moraes de. **Comentando as classificações de políticas públicas.** *Revista Cronos*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 161, out. 2016. ISSN 1982-5560.

SOUZA. M. **Assistência de enfermagem em infectologia.** São Paulo: Atheneu, 2004.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil.** *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, Mar. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010288392003000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 03.fev. 2018.

TEIXEIRA, P. R. **Políticas públicas em Aids.** In: PARKER, R. (Org) *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. **A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 27, supl. 1, p. s4-s5, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300001&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 20.jan. 2018.

UNAIDS. **Ending Aids: progress towards the 90–90–90 targets.** 2017.