

---

**Políticas públicas e HIV/AIDS: um balanço acerca dos serviços de saúde em Presidente Prudente, SP**

**Public policies and HIV/AIDS: a review of health services in Presidente Prudente, SP**

**Políticas públicas y VIH/SIDA: una revisión de los servicios de salud en Presidente Prudente, SP**

Mateus Fachin Pedroso<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9555-0405>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, [mateus\\_fachin@hotmail.com](mailto:mateus_fachin@hotmail.com)

---

Recebido em: 29/08/2023

Aceito para publicação em: \_10/10/2023

---

**Resumo**

O objetivo deste texto foi analisar os processos de estruturação dos serviços de saúde de Presidente Prudente - SP a luz das tensões causadas pela epidemia do HIV/AIDS em seu percurso histórico. Para isso, buscamos respaldo metodológico por meio da revisão bibliográfica narrativa acerca das temáticas centrais, como também empenhamos esforços na elaboração de produtos cartográficos acerca da organização dos serviços de saúde. Assim, avaliamos que a construção dos serviços de saúde voltados ao HIV/AIDS em Presidente Prudente tem apresentados excelentes resultados e também empenhado inúmeros esforços no que tange o atendimento e eficácia. No entanto, ainda apresentam algumas dificuldades em agir para além do modelo hospitalocêntrico-curativo e assistencialista. Assim, recomendamos que os serviços de saúde especializados transcendam e consigam acessar as pessoas em seu cotidiano.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; HIV/AIDS; Geografia da Saúde.

---

**Abstract**

The main objective of this text was to analyze the processes of structuring of health services in Presidente Prudente, SP in the light of the tensions caused by the HIV/AIDS epidemic in its historical course. To this end, we sought methodological support by means of a narrative bibliographical review on the central themes, as well as efforts to elaborate cartographic products about the organization of health services. Thus, we evaluate that the construction of the health services aimed at HIV/AIDS in Presidente Prudente has presented excellent results and has also put countless efforts in terms of service and efficacy. However, they still present some difficulties in acting beyond the hospital-centric-curative and assistencialist model. Faced with this, we recommend that specialized health services transcend the vision of overflying so that they can access people and immerse themselves in everyday life, because it is in this dimension that the social expression of the disease is organized.

**Keywords:** Public Policies; HIV/AIDS; Health Geography.

---

### Resumen

El objetivo principal de este texto fue analizar los procesos de estructuración de los servicios de salud en Presidente Prudente, SP a la luz de las tensiones provocadas por la epidemia del VIH/Sida en su trayectoria histórica. Para isso, procuramos apoio metodológico através de uma revisão bibliográfica narrativa sobre os temas centrais, bem como esforços de elaboração de produtos cartográficos sobre a organização dos serviços de saúde. Así, evaluamos que la construcción de los servicios de salud dirigidos al VIH/SIDA en Presidente Prudente ha presentado excelentes resultados y también ha puesto innumerables esfuerzos en términos de servicio y eficacia. Frente a esto, recomendamos que los servicios de salud especializados trasciendan la visión de sobrevuelo para que puedan acceder a las personas y sumergirse en la vida cotidiana, pues es en esta dimensión que se organiza la expresión social de la enfermedad.

**Palabras clave:** Políticas Públicas; VIH/SIDA; Geografía de la Salud.

---

### Introdução

É de amplo conhecimento a existência de inúmeras dificuldades que se fazem presentes no processo de construção, implantação e implementação de políticas públicas, sobretudo, àquelas destinadas as questões de saúde (PAIM, 2009). De fato, discutir políticas de saúde é algo árduo, mas necessário, ao ponto que se torna impreterível considerar as estruturas, os modos de organização e a configuração histórico-política “da peculiar formação da sociedade e do Estado brasileiro” (HEIMANN et.al, 1992, p. 19).

Refletir sobre tais problemáticas contribui com o balizamento dos fenômenos que envolvem a população em sua diversidade, as doenças e os serviços de saúde, dado que esta interlocução tem registrado participação de distintas áreas do conhecimento. No que tange as políticas públicas de saúde, a Geografia tem contribuído de forma progressiva, isso porque tem se respaldado em técnicas, categorias e conceitos que estimulam de forma articulada a elaboração de análises profundas e em diferentes escalas (GUIMARÃES, 2005; 2008; 2015; DANTAS; CURIOSO, 2016).

Neste âmbito, um exímio exemplo é a epidemia do HIV/AIDS no Brasil que, durante três décadas, tem exigido uma série de respostas das políticas públicas de

saúde (BASTOS, 2006), isso porque nosso país possui dimensões continentais e disparidades regionais expressivas, o que favorece a manifestação multifacetada da epidemia (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000). Frente a esta questão, raciocinar geograficamente tem sido uma estratégia importante no que se refere às ações organizacionais e avaliativas das políticas públicas de saúde, uma vez que este exercício se mantém alinhado aos movimentos complexos do fenômeno patogênico, conferindo assim melhor eficácia na capacidade de resposta das políticas de saúde (BARCELLOS; BASTOS, 1996; GRANGEIRO, TEIXEIRA, 2009).

Ao tomarmos tais argumentações como medida investigativa, nos debruçamos sobre a realidade de Presidente Prudente – SP, especificamente, sobre a organização dos serviços de saúde voltados às questões do HIV/AIDS. Posto isso, tivemos como objetivo principal analisar os processos de estruturação dos serviços de saúde a luz das tensões causadas pela epidemia do HIV/AIDS em seu percurso histórico. Por priorizarmos atender tais preocupações, buscamos respaldo metodológico por meio da revisão bibliográfica narrativa (NORONHA; FERREIRA, 2000; ROTHER, 2007) acerca das temáticas centrais, como também empenhamos esforços na elaboração de produtos cartográficos acerca da organização dos serviços de saúde.

De antemão, este movimento nos exige a compreensão das políticas de saúde em diferentes escalas, bem como o entendimento dos elementos que constituem o município e a organização da cidade (GUIMARÃES, 2000). Destarte, são estas as questões que legitimam a estruturação do texto, visto que este segue organizado inicialmente pela Introdução, seguida de três seções (Estruturação das políticas de saúde no Brasil: um breve histórico; Políticas públicas de saúde: organizações e sistematizações acerca do HIV/AIDS; Serviços de saúde em relação: as configurações de Presidente Prudente, SP) diretamente conectadas a discussão central do manuscrito. Além destas partes, o texto conta com as Considerações Finais, Agradecimentos e Referências Bibliográficas.

## **Estruturação das políticas de saúde no Brasil: um breve histórico**

Ainda que nossa intenção não seja esgotar o assunto, nos cabe elucidar alguns pontos que são estruturantes para a compreensão da constituição das principais políticas de saúde no Brasil que, atualmente, nos permite dimensionar o Sistema Único de Saúde (SUS), sua origem, organização, descentralização e ações no território brasileiro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Como nos apresenta estudiosos sobre o tema, o SUS é fruto de esforços anteriores que foram sendo propostos, lapidados e trabalhados por diferentes instâncias de ações sociais, sobretudo a força popular que contou com “[...] estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que [propuseram] a Reforma Sanitária e a implantação do SUS visando a democratização da saúde no Brasil de forma processual” (PAIM, 2009, p. 39). Este fato evidencia que estas ideias deram força ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), uma vez que esta ação foi organizada, ao fim da década de 1970, em prol da luta por transformações necessárias no campo da saúde, em que priorizou as melhorias das condições de vida da população.

Neste processo cabe ressaltar a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) como marco mais expressivo para o movimento de construção do SUS, já que conglomerou aproximadamente 5 mil representantes de mais de 100 grupos de trabalhos, que estiveram reunidos por cinco dias debatendo três temas nevrálgicos para a constituição do SUS: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”; “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” (VIEIRA, 2009).

As discussões originadas nesse encontro resultaram na elaboração e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que partiu da interlocução entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais que objetivavam na época “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde”

(HEIMANN, et. al, 1992, p. 23). Nesse processo, pôde ser concretizada as ações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES - SP), que a partir de 1987 passaram a implementar o SUDS, adotando assim; a política de municipalização dos serviços de saúde, promovendo a implantação dos sistemas locais de saúde nos municípios (HEIMANN, et. al, 1992).

Os princípios de ações do SUDS tiveram grande importância enquanto passo intermediário que serviu de base para a elaboração do SUS, dado que a adoção desse sistema resultou na descentralização do poder federativo sobre as questões de saúde, implicando na reorganização dessa lógica. Neste momento, os estados assumiram papel importante em suas organizações estaduais, bem como algumas implicações organizacionais foram transferidas para a esfera municipal (PAIM, 2009).

Realizado este percurso, a institucionalização do SUS se materializou através da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, uma vez que a questão da saúde foi registrada na Seção II (Seção da Saúde), do Capítulo II (Da Seguridade Social), pertencentes ao Título VIII - Da Ordem Social, como rege a constituição (BRASIL, 1988). Deste modo, a institucionalização do SUS foi uma grande vitória popular que trouxe a legitimação de condições dignas de vida, garantindo assim acesso, universalidade e igualdade ao que tange a saúde em todos os níveis.

Ainda que estes progressos tenham sido consolidados, faz-se necessário destacar as contradições intrínsecas à instauração do SUS. Afinal, o movimento popular da saúde coletiva não teve força suficiente para fazer frente aos interesses privatistas, que acabaram por manter nos preceitos intranacionais a possibilidade de o setor privado oferecer serviços complementares ao serviço público no SUS. Desse modo, ao mesmo tempo que o SUS representou a garantia do direito universal à saúde, criou linhas de funcionamento de um complexo industrial médico-hospitalar altamente potente (GUIMARÃES, 2000).

Além disso, sabemos que as políticas do SUS não se realizaram instantaneamente, o que demandou refinamento das diretrizes dos princípios firmados na constituição. É neste sentido que cabe registrar a importância das leis

orgânicas de saúde. Primeiramente, a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, junto ao funcionamento dos serviços correspondentes; conseqüenciada pela Lei 8.142/1990, que garante a participação da comunidade de forma efetiva na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Assim, coube entender esse primeiro passo para além de um momento único e acabado, pois foi necessário o empenho de esforços simultâneos que responsabilizassem o Estado pela efetivação do que fora aprovado enquanto políticas de saúde, ao modo que estas estivessem atreladas as políticas econômicas e sociais, garantindo “[...] o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas da população (HEIMANN et. al, 1992, p. 22).

Para isso foi necessário o enfoque nos princípios organizativos (Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Participação popular), responsáveis pela aplicabilidade e efetividade do sistema, dado que o SUS reforça “[...] a continuidade das reformas que vinham ocorrendo nos estados, com destaque para a regulamentação do processo de descentralização da gestão para a esfera municipal, promovida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs)<sup>2</sup> da década de 1990” (MELLO; IBÁÑEZ; VIANA, 2011, p. 861).

É neste íterim que as colocações de Heimann et. al (1992) refletiram sobre os passos subsequentes, ou seja, quando e como estas políticas institucionais iriam atingir de forma adequada a população em todo o território brasileiro? Esta indagação expressou a necessidade de um amadurecimento da descentralização dos serviços de saúde que estivesse alinhada à formação sócio-espacial do país (SANTOS, 1977; 1985; 2012) e, por sua vez, contemplasse a diversidade brasileira, salvando resguardo às desigualdades presentes nesta nação. Neste momento, esteve em pauta o desafio de construir uma política ajustada à pluralidade de um país com dimensões

---

<sup>2</sup> “A Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo infralegal possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou alterado a qualquer momento” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 896).

continentais (SANTOS; SILVEIRA, 2006), ao ponto que fossem mantidas as prerrogativas estabelecidas pelo SUS. Não foi uma tarefa fácil e que se encontra ainda em curso, com fortes implicações na discussão da política setorial acerca da vigilância e monitoramento da saúde no Brasil.

Afinal, a partir deste movimento, a demanda de instrumentalização das políticas de saúde fez com que os parceiros constituintes do SUS - municípios, estados e União - concretizassem um importante passo ao aprovar a NOB 01/93, pondo em vigor um sistema pautado na descentralização e municipalização, que propunha a mudança do modelo assistencial (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990; YUNES, 1999).

Por estes motivos, foram adotadas medidas integralizadoras que unificassem os serviços de saúde através da implantação de programas (PAIM, 2009) que, na época, redefiniram as atribuições dos três níveis federativos, deste modo “contemplando a necessária redistribuição regional da renda no país, o que implicou uma delimitação dos papéis da União, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde” (HEIMANN et. al, 1992, p. 23). Assim, as decisões passaram a ser tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, através da articulação de esferas autônomas e hierarquizadas por meio das secretarias de saúde, ficando ao encargo do Ministério da Saúde coordenar tais articulações e trâmites do sistema (PAIM, 2009).

Obviamente que esta mediação está imersa em um longo processo que não está isento de tensionamentos, dado que sempre houve múltiplas forças arregimentando a distribuição e organização dos serviços de saúde (YUNES, 1999), especialmente, envolvendo os interesses dos empresários da saúde (donos de hospitais, empresas do setor industrial médico-hospitalar, por exemplo). Neste sentido, o movimento de descentralização empreendido pelo SUS não foge à exceção, devido sua articulação entre União e município, fazendo dos estados instâncias organizativas de planejamento, financiamento e controle (JUNQUEIRA; INOJOSA,



1990), com muitas dificuldades de implementação das políticas dadas as contradições apontadas acima.

Pessoto (2010, p. 44-45) sintetiza a questão supracitada colocando que

[...] a municipalização era entendida como o ponto de chegada desse processo, e o Estado deveria ter papel organizador dessa transferência de atribuições e recursos da esfera federal. A contrapartida à descentralização, como face da mesma moeda, deveria ser a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde como forma de impedir a pulverização do sistema em unidades autárquicas assentadas nos municípios.

As contribuições de Pessoto (2010) elucidam a importância de manter a articulação entre esferas administrativas, bem como expressa a imprescindibilidade do raciocínio geográfico atrelado às questões de saúde, nos quais as políticas serão organizadas, visando assim o acerto de todas as arestas de resistência que entravam o progresso do sistema e inviabilizam o acesso aos serviços. Isso porque estas questões dificultam a manutenção da qualidade de vida da população que, em tese, deve ter responsabilidade compartilhada em todas as esferas do governo.

Tal organicidade de caráter paulatino conferiu à população brasileira potencialidades e poder de articulação para enfrentar “as dificuldades sociais e regionais [que] refletem essas condições estruturais que vêm atuando como fatores [limitantes] ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de organização de serviços” (HEIMANN et. al, 1992, p. 20). É com base nestas perspectivas que o quesito serviços de saúde deve ser interpretado por uma visão holística, que articule as diferentes esferas (federais, estaduais e municipais) (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007), ao modo que garanta uma leitura plural das escalas em que se realiza, bem como é preciso considerar quais fenômenos ocorrem e como se sucedem em cada lugar.

Como já mencionado, os serviços de saúde, sua estruturação, organização e funcionamento por si só são elementos muito complexos que lidam com diferentes dimensões em constante movimento. Logo, a nós, convém o desafio de pensar tais complexidades a partir da simultaneidade de acontecimentos, em específico, as



múltiplas relações dos serviços de saúde no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS em diferentes níveis e escalas.

### **Políticas públicas de saúde: organizações e sistematizações acerca do HIV/AIDS**

Historicamente, os impactos causados pela epidemia do HIV/AIDS no Brasil configuraram problemas graves à saúde pública, ao mesmo tempo que tensionaram pela construção de políticas específicas. De fato, este percurso foi longo e repleto de incursões, pressões, dificuldades e conquistas que, ao decorrer do tempo, registraram marcos expressivos enquanto resposta à epidemia do HIV/AIDS. Exemplo disso foi o surgimento das primeiras medicações que, por sua vez, reconfiguraram o cenário através da reorganização do plano estratégico em termos de diagnósticos, aconselhamento e tratamento do HIV/AIDS (HALLAL, et. al. 2010).

Ainda sobre o progresso dos serviços e da medicação, cabe salientar que foram os princípios dos SUS - aqui anteriormente destacados - que garantiram enquanto marco legal o acesso universal ao tratamento das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), sendo esta responsabilidade e dever do Estado salvaguardar o acesso à TARV (Terapia Antirretroviral) (REIS, et. al, 2008; MARINS, 2010; NUNES JÚNIOR; CIOSAK, 2018).

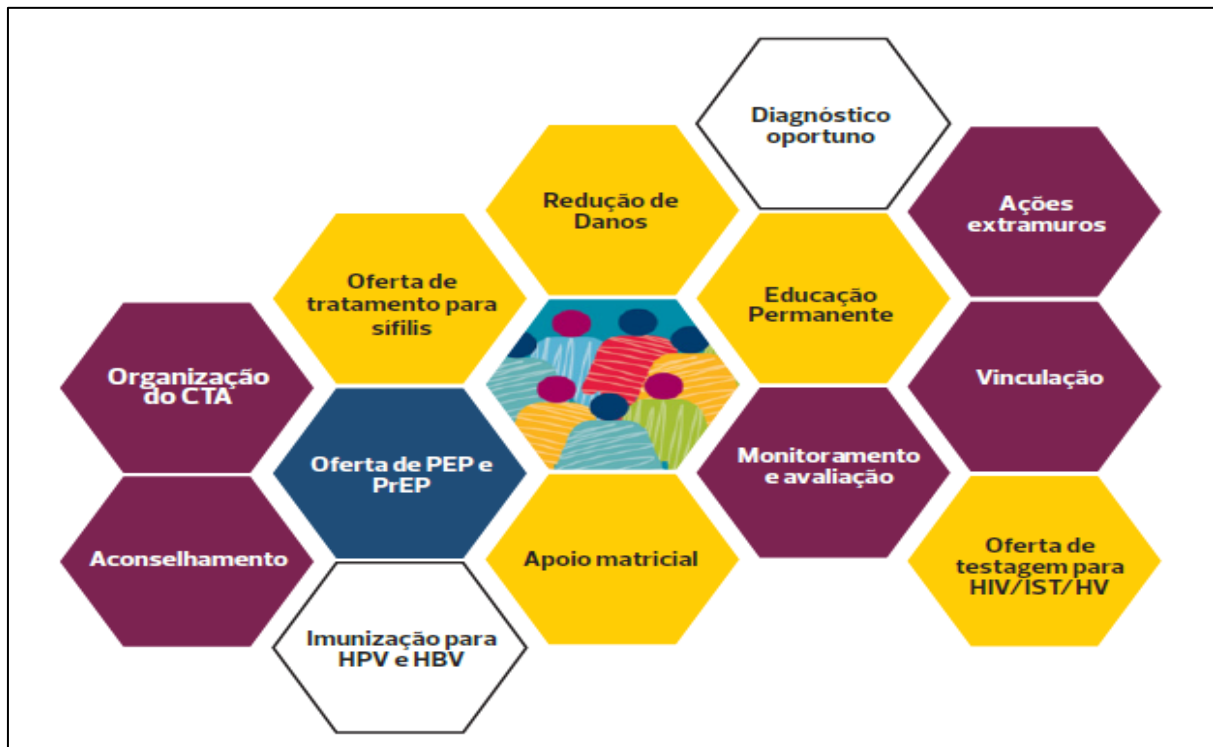
Neste processo, a política diretiva de saúde tomou os rumos preconizados pelo SUS, ao ponto que buscou por ações concretas que agissem sobre a progressão da doença em outros patamares. Assim, as políticas de saúde do SUS já sinalizavam a necessidade de avançar com a descentralização dos serviços e priorizar a cobertura e atendimento qualificado a população afetada, pois já eram múltiplas as realidades em que o HIV/AIDS se fazia presente (BARCELLOS; BASTOS, 1996).

Foi sob esta conjuntura que a atuação do Departamento de Vigilância e Controle das DST, AIDS e Hepatites virais (DIAHV) fomentou e organizou a estruturação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), atualmente conhecido como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que passou a oferecer “[...] a testagem gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em

saúde e do aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade” (BRASIL, 2010, p. 07).

O destacado movimento de implementação dos CTA's no Brasil toma materialidade em 1988, ano em que ocorria inúmeros acontecimentos importantes na sociedade brasileira a respeito de suas políticas gerais e específicas sobre saúde, bem como a intensa difusão do HIV/AIDS em outros segmentos sociais (mulheres, crianças, idosos, etc.). Assim, estas demandas repercutiram influência na estruturação e adensamento dos serviços, o que proporcionou a implementação da testagem para hepatites virais, a ampliação do acesso ao diagnóstico na rede básica de saúde, bem como a disseminação de conhecimento fundamentado sobre a transmissão e prevenção do HIV, como expressa a figura 1 ao apresentar as possibilidades e potencialidades oferecidas pelos serviços do CTA, sobretudo na atualidade (BRASIL, 2017).

Figura 1 - Conjugação de possibilidades de ofertas no CTA



Fonte: DIAHV/SVS/MS

Desta forma, emergia a necessidade da implantação de novos CTA's que contemplassem o progresso da epidemia de HIV/AIDS. Nesta época, foram instalados mais de 400 CTA's em todo o país, em diferentes regiões e estados, buscando pela ampliação do acesso e atendimento da população brasileira, principalmente, as pessoas compreendidas enquanto população-chave<sup>3</sup> (BRASIL, 2010). Isso requereu dos serviços direcionamentos e normativas estruturantes de instalação e atendimento, que considerassem as especificidades plurais para a instalação de tais políticas de saúde. Por estes motivos, as diretrizes organizativas recomendavam que os CTA's

[...] fossem implantados em locais de grande fluxo de pessoas e que fossem unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde, sendo compostas por equipes próprias e multiprofissionais. O serviço deveria voltar-se, prioritariamente, aos segmentos populacionais identificados como de maior risco para a infecção, como homossexuais, trabalhadoras do sexo e pessoas usuárias de drogas injetáveis. O objetivo principal da estruturação da oferta da prevenção e do aconselhamento para o HIV/AIDS era interromper a cadeia de transmissão do vírus, o que deveria ser promovido pela realização de diagnóstico precoce das pessoas infectadas e seus(suas) parceiros(as); pela absorção de pessoas que buscavam bancos de sangue para realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento; pela distribuição de insumos de prevenção e informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento das pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos de base comunitária das organizações da sociedade civil que trabalhavam com o tema (BRASIL, 2017, p. 13).

Isto posto, as diretrizes aqui apresentadas configuram a idealização dos serviços, suas estruturas e aplicabilidades. Contudo, sabemos que é de extrema complexidade a execução à risca destes princípios norteadores, dado que é inegável não se deparar com as variadas realidades em um país como o Brasil. É sob esta égide, que os serviços voltados ao HIV/AIDS se estruturam e se articularam a partir das prerrogativas do SUS, visando o processo de descentralização do acesso e

---

<sup>3</sup> “São os segmentos populacionais mais vulneráveis, que deverão ser definidos localmente, com participação comunitária, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais” (BRASIL, 2010, p. 16).

aconselhamento através da atenção básica de saúde, priorizando assim uma efetiva resposta à epidemia (BRASIL, 2010).

Salientado estes pontos, compreendemos parte da dimensão dos serviços realizados pelo CTA's, que trabalham com realidades pautadas nos movimentos da sociedade, sobretudo os relacionados ao processo de saúde-doença de inúmeros fenômenos (HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites, etc.). Estes são elementos que ressaltam e reforçam a complexidade, especialmente do HIV/AIDS, que esteve respaldada através de articulações à outras instâncias organizacionais como as ONG's - que ainda possuem papel importantíssimo no acolhimento e prevenção - (PEDROSO, 2022), bem como também fomentou a criação de outros serviços que direcionaram ações sobre as IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e o HIV/AIDS, como é o caso do Serviços de Atendimento Especializado (SAE)<sup>4</sup>.

Tais passos consolidaram a implementação do SAE já de modo descentralizado, acompanhando então, os movimentos outrora executados. Deste modo, foi priorizado enquanto requisito que estes serviços fossem instalados em unidades públicas preexistentes, havendo a presença de uma equipe multiprofissional composta por um(a) médica(o) (clínico-geral e/ou infectologista), enfermeira(o), farmacêutica(o), psicóloga(o) e assistente social, com o intuito de proporcionar condições mínimas de atendimento aos sujeitos, ao tempo que também expressasse o reconhecimento da elevada complexidade do HIV/AIDS enquanto problema de saúde pública (NEMES, et. al, 2004).

Isso fez com que o SAE se mantivesse articulado à outras instâncias e serviços especializados, reforçando desde o princípio a importância da integração entre diferentes estruturas de saúde. Além desta articulação, com este caráter, o SAE

---

<sup>4</sup> "O SAE tem função de suporte ambulatorial, assegura a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes, orienta-os e direciona-os, segundo as necessidades, a outros serviços, e incentiva a adesão ao tratamento e a aceitação dos familiares à nova condição de ter um membro da família [vivendo com o] vírus HIV ou doente de Aids. É também referência para as USF de Municípios vizinhos, além de outras localidades, e pode atender a demanda espontânea que vem ao serviço em busca de aconselhamento pré e pós-teste para HIV e VDRL (Sífilis)" (SILVA, 2007, p. 159).

também garantiu um conjunto de serviços heterogêneos, que na atualidade proporcionam variadas situações organizacionais e estruturais que “vão desde serviços agregados a unidades básicas de saúde, ambulatórios estaduais em grandes hospitais, ou ainda, serviços especializados, municipais, estaduais ou universitários, exclusivamente dedicados à assistência à AIDS, entre outros” (NEMES, et. al, 2004, p. 311).

Estas medidas somente foram possíveis de implementação devido a uma série de ações que consubstanciaram o que fora previamente planejado. Exemplo disso, têm-se registrado as negociações internacionais de grande expressão, mormente, o acordo de financiamento com o Banco Mundial, tendo seu primeiro pacto realizado em 1993 que “[...] implicou na apresentação de uma contrapartida nacional, [um] mecanismo de coerção imposto pelas diretrizes do Banco que obrigou o país a alocar recursos próprios para o controle da epidemia” (MONTEIRO; VILELA, 2009, p. 39).

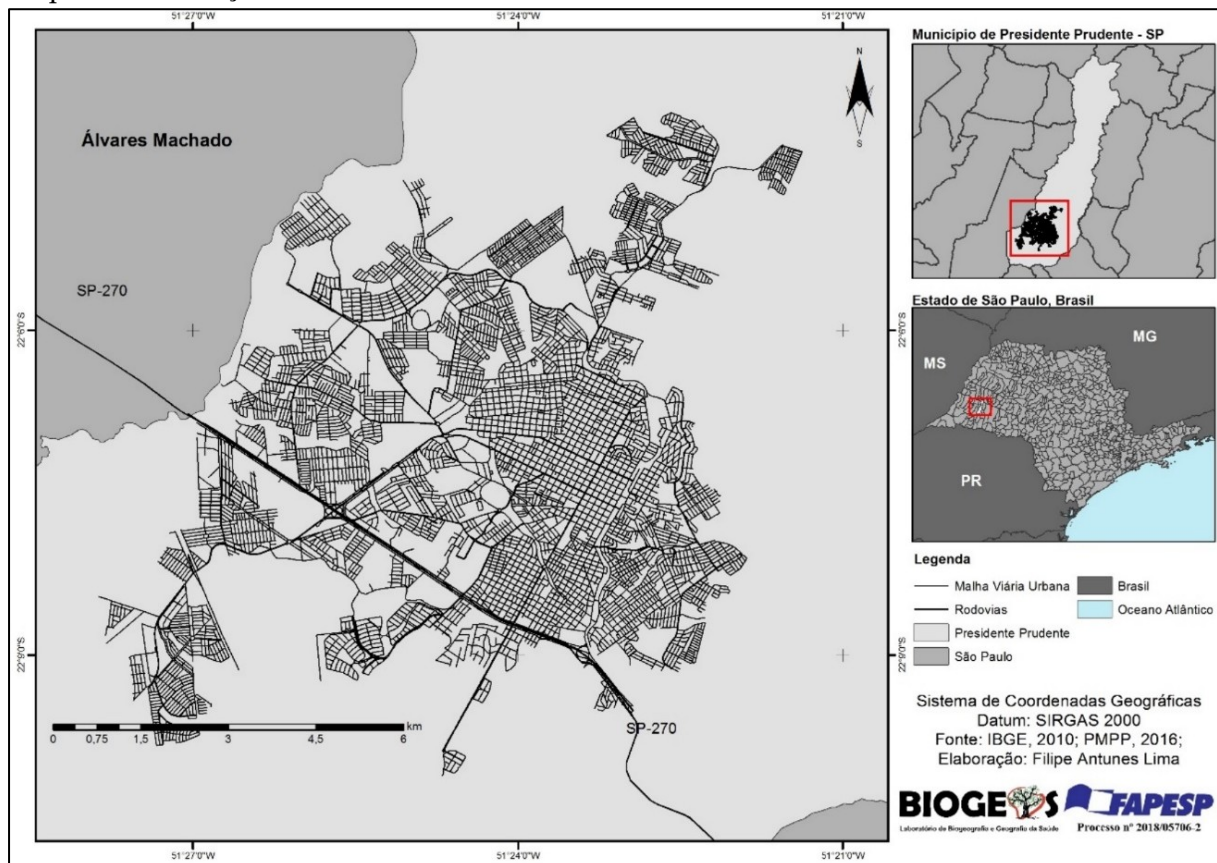
A partir do acordo supracitado e dos posteriores, foi possível a execução dos Projetos AIDS I e AIDS II, que fomentaram e refinaram a qualidade dos serviços, o tratamento dos assistidos, bem como ampliaram os serviços para outros 17 estados do país. Consequentemente, foram elaborados outros planos subsequentes, como o AIDS III (2003-2006), que deram continuidade às demandas centrais pertencentes a realidade brasileira, ao ponto que foram mantidas as propostas de melhorar a qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), fortalecer a eficiência dos serviços a médio e longo prazo, e reduzir a incidência de novos casos (MONTEIRO; VILELA, 2009).

Deste modo, este percurso nos colocou a pensar como tais estruturas e políticas se realizam no plano próximo. Isso nos permitiu questionar: como tal organização se realiza em outras escalas de análise? Como se dão as interlocuções entre diferentes serviços em âmbito local? Frente a essas questões redimensionamos, de forma articulada, nosso olhar para a realidade de Presidente Prudente – SP, que a nós serve como aporte para a qualificação de um debate processual e mais amplo.

## Serviços de saúde em relação: as configurações de Presidente Prudente, SP

Presidente Prudente é um município paulista fundado em 1917, situado ao extremo Oeste do estado, especificamente, localizado no Pontal do Paranapanema (Mapa 1) onde desempenha importante papel como pólo regional (IBGE, 2014). Esta realidade se constituiu ao longo do tempo, de modo que foi consolidada, sobretudo, pelo crescimento econômico e administrativo do município (ABREU, 1972). Tal conjuntura histórica registra a progressão exponencial de sua população que, neste processo, apresentou uma média superior à do estado, “com uma urbanização alimentada pelo fluxo entre rural-urbano, pelo qual as regiões brasileiras passaram após sua fase de ocupação” (SPOSITO, 1983, p. 27-28).

Mapa 1. Localização de Presidente Prudente – SP, Brasil



Fonte: PEDROSO (2022, p. 88).

O mapa apresentado acima evidencia a configuração atual de Presidente Prudente, dado que o crescimento da cidade e as transformações mencionadas anteriormente garantiram a estruturação de uma considerável rede de assistência à



saúde (GUIMARÃES, 2000; RIBEIRO, 2006). Neste aspecto, é válido ressaltar que, mesmo os serviços de saúde possuindo articulação e amplitude, houve a constatação de insuficiência de atendimento em relação aos primeiros casos de HIV/AIDS, notificados em 1987 (PEDROSO, 2017).

Com isso, cabe destacar que após o diagnóstico inicial os registros se fizeram crescentes e cada vez mais diversos, dado que as pessoas afetadas tinham gêneros, faixas etárias, orientações sexuais, etnias e níveis de escolaridade diferentes do perfil inicial; configurações estas resultantes da rápida difusão do vírus no interior paulista (PRADO, 2008).

Na época, o número crescente de casos indicava a necessidade urgente de desenvolver respostas. Uma primeira medida foi a instalação do Programa Municipal DST/AIDS em 1989, resultado da articulação das três esferas políticas (municipais, estaduais e federal). A instalação deste programa iniciou uma longa jornada de trabalho, bem como possibilitou a contratação de uma equipe multiprofissional, estruturando assim os serviços de atendimento que, atualmente, tomam como base organizacional e instrumental as diretrizes dos PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) elaborados pelo governo estadual, sob orientação do Ministério da Saúde.

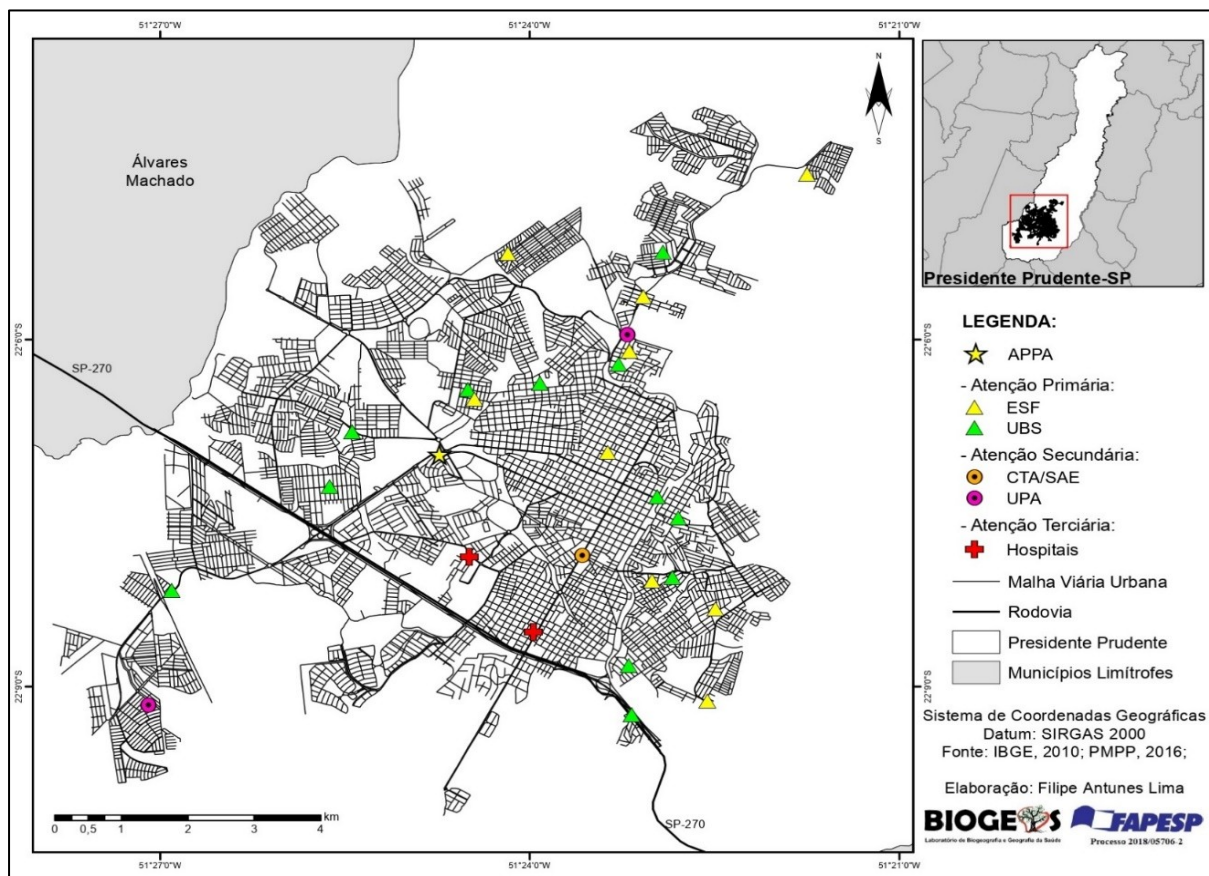
A política posta em prática, posteriormente, permitiu que o Programa Municipal de DST/AIDS avançasse com a instalação do CTA e do SAE em 1996 (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018). A implementação destes serviços trouxe um ganho imprescindível para o município e região, salientado que atualmente o GVE XXI (Grupo de Vigilância Epidemiológica de Presidente Prudente) atende, além do município sede, mais vinte e seis municípios. E foi na segunda metade da década de 1990, que Presidente Prudente tornou-se autossuficiente na testagem, no acolhimento, acompanhamento de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), se desvincilhando então da dependência direta de centros urbanos distantes para a realização de tais ações (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018).



Como já mencionado, os serviços de saúde de Presidente Prudente foram organizados para agir de forma reticular por meio das diferentes ações e escalas organizativas que partem das premissas do SUS, uma vez que estas estão atreladas diretamente à atenção básica de saúde. Assim, o município consolidou, a partir de diferentes movimentos, uma rede de atendimento com múltiplas entradas referentes aos diagnósticos e encaminhamentos do HIV/AIDS (PEDROSO, 2017; 2022).

Este movimento permitiu melhor funcionamento, já que “o conjunto de estratégias foi pensado a partir da sua demanda de cuidado e com base em uma avaliação de risco, com o objetivo de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita” (BRASIL, 2017, p. 22), proporcionando assim maior eficácia na notificação e acompanhamento de novos casos. Posto isso, evidenciamos a configuração atual dos serviços de saúde aptos a realizar testagens e encaminhamentos para outras instâncias, como dispõe o mapa 2.

Mapa 2. Rede de serviços de saúde aptos a testagem para IST's e HIV/AIDS



Fonte: PEDROSO (2022, p. 92).

Atualmente, Presidente Prudente apresenta uma rede de atendimento articulada, contando com o CTA e o SAE que recebem e atendem todas(os) as(os) pacientes maiores de 14 anos de idade; o Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), que acompanha mulheres gestantes; o Hospital Estadual “Dr. Odilo Antunes de Siqueira”, que dedica atendimento as gestantes e menores de 14 anos; e a APPA5, que acolhe e desenvolve atividades psicossociais e educativas com assistidos encaminhados pelos serviços, assim contribuindo com pauta do HIV/AIDS no município e região (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018).

Esta rede formada por serviços de diferentes níveis de complexidade atua de forma articulada, destacado que realiza as testagens, os diagnósticos, acompanhamentos e os tratamentos, como também desempenha o papel preventivo sobre IST's e o HIV/AIDS de forma combinada, tarefa esta que cabe aos serviços especializados (CTA e SAE), com a missão de coordenar, orientar, apoiar, supervisionar, capacitar, ampliar e qualificar as ações dos demais serviços frente às demandas do município (BRASIL, 2017).

A presente organização dos serviços tem atuado de forma intensa, ao ponto que prioriza a efetividade e articulação no combate ao crescimento da epidemia, já que têm sido empregadas diferentes atuações, como a capacitação profissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Estratégia Saúde da Família (ESF), em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas UPA's (Unidades de Pronto Atendimento), fazendo com que “as ações preventivas sejam interorganizacionais, visto que nenhuma organização por si só dispõe da totalidade dos recursos necessários para atender às necessidades de saúde de uma dada população” (BRASIL, 2017, p. 25).

Partindo destes aspectos particulares da política local, destacamos que os serviços voltados ao HIV/AIDS de Presidente Prudente estão respaldados em ações construídas no decorrer dos anos, portanto, o município conta com uma rede de serviços de saúde ampla e complexa, dado os diferentes tipos e níveis encontrados.

---

<sup>5</sup> É necessário destacar que a APPA é uma entidade de caráter não-governamental que presta serviços socioeducacionais, portanto, não realiza testagens ou quaisquer outros procedimentos clínicos acerca do HIV/AIDS.

Assim, cabe ressaltar que a proposição destes serviços estão ancoradas nos princípios do apoio matricial (BRASIL, 2017), tendo realizado no ano de 2017-2018 duas capacitações para a implantação dos testes rápidos para profissionais das UPA's (UPA 24hs "Vereador José Carlos Roberto"; UPA 24hs Guanabara), Hospital Regional, CAPS, Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégia Saúde da Família; feitos estes que contribuíram com a notificação e direcionamento de novos casos (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018).

Dentre as ações mais recentes dos serviços, cabe também evidenciar o aumento de 13,89% da quantidade de receitas aviadas; atendimento e distribuição de 1250 kits de antirretrovirais para o município e região; o uso de 158 kits de PEP (Profilaxia Pós-Exposição), dentre outras ações realizadas no período supracitado (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018).

Além das ações de caráter curativo mencionadas, foram empenhados alguns esforços ligados à prevenção, como a distribuição de 137.400 unidades de preservativos masculinos e a realização de campanhas informativas em *busdoors*, *outdoors*, rádio e jornais locais para a conscientização e diminuição dos diagnósticos tardios das IST's e HIV/AIDS (PRESIDENTE PRUDENTE, 2018). Neste conjunto de ações, outro empenho do serviço municipal é o pleiteio da certificação da eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV/AIDS junto ao Ministério da Saúde, ação que consagraria um feito que poucos municípios do Brasil detêm em seus serviços.

### **Considerações finais**

Avaliamos que focar o movimento de construção das políticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS configura uma ação de extrema importância para a compreensão das múltiplas relações estabelecidas durante o processo organizativo dos serviços especializados. Por estarmos embasados nestes elementos, evidenciamos a necessidade pujante de construirmos políticas de saúde que considerem os aspectos universais e particulares de cada realidade, para que assim seja possível propor ações adequadas e eficazes na garantia da integralidade e equidade em saúde.

A partir destas colocações, evidenciamos que construção dos serviços de saúde voltados ao HIV/AIDS em Presidente Prudente tem apresentado excelentes resultados e também empenhado inúmeros esforços no que tange o atendimento e eficácia. No entanto, ainda apresenta algumas dificuldades em agir para além do modelo hospitalocêntrico-curativo e assistencialista. Isso porque são presentes algumas barreiras que distanciam a população dos serviços de prevenção e atendimento por meio de déficits informativos, formativos e educacionais que tornam a população mais suscetível ao surgimento de IST's e HIV/AIDS, sobretudo, nas camadas menos favorecidas.

Assim, é necessário que os serviços de saúde transcendam a visão de sobrevoos para que assim consigam conversar com as pessoas e imergir no cotidiano, pois é nesta dimensão que se organiza a expressão social da doença. Isso subsidia outros importantes parâmetros para a elaboração das políticas públicas de saúde, sobretudo as que tem como preocupação primeira a garantia, manutenção e qualidade de vida das pessoas.

## Referências

- ABREU, D. S. **Formação Histórica de uma Cidade Pioneira Paulista**: Presidente Prudente. Presidente Prudente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1972, 339 p.
- BARCELLOS, C; BASTOS, F. I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.121, n.1, p.11-24, 1996.
- BASTOS, F. I. **A Terceira Década da AIDS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2006, 104 p.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 77 p.

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

DANTAS, A; CURIOSO, R. Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, n. 25, n. 3, p. 721-735, 2016.

GRANGEIRO, A; SILVA, L. L; TEIXEIRA P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panamericana Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Geografia política, saúde pública e as lideranças locais. **Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – HYGEIA**, v. 1, n. 1, p. 18-36, 2005.

GUIMARÃES, R. B. Regionalização da saúde no Brasil: da escala do corpo à escala da nação. 2008. 176 f. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUIMARÃES, R. B. Saúde Pública e Política Urbana: memória e imaginário social. 2000. 224 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana do Departamento de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde: Fundamentos de Geografia Humana**. São Paulo (SP). Editora UNESP. 2015, 110 p.

HALLAL, R; RAVASI, G; KUCHENBECKER, R; GRECO, D; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Rev. Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v. 4, p. 53-65, 2010.

HEIMANN, L. S; CARVALHEIRO, J. R; DONATO, A. F; IBANHES, L. C; LOBO, E. F; PESSOTO, U. C. **O município e a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992, 200 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Panorama de Presidente Prudente – SP. @Cidades. Rio de Janeiro: IBGE.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. **Rev. Administração Pública**, v. 24, n. 4, p. 07-25, 1990.

MARINS, J. R. P. Acesso universal aos ARV hoje, uma prioridade mais do que nunca! **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 75-88, 2010.



MELLO, G. A; IBÁÑEZ, N; VIANA, L. Á. Um olhar histórico sobre a questão regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p.853-866, 2011.

MONTEIRO, A. L; VILELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. Psicologia política**, v. 9. n. 17, p. 25-45, 2009.

NEMES, M. I. B; CASTANHEIRA, E. R. L; MELCHIOR, R; ALVES, M. T. S. S. B; BASSO, C. Relva. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20. n. 2, p. 310-321, 2004.

NORONHA, D. P; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S.; CONDÓN, B. V; KREMER, J. M. (Org.). Fontes de informação para pesquisadores e profissionais Belo Horizonte: UFMG, 2000.

NUNES JÚNIOR, S. S; CIOSAK, S. I. Terapia antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte. **Rev. de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, 1103-1111, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 144 p.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, 2014, p.15-35.

PEDROSO, M. F. Contextos geográficos da AIDS e os espaços vividos por jovens com HIV em Presidente Prudente – SP. 2017. 243 f. Monografia (Graduação em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Presidente Prudente.

PEDROSO, M. F. Flores e dores, vozes e vidas: contexto geográfico de mulheres e suas experiências interseccionais em Presidente Prudente, SP. 2022. 360 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP, Presidente Prudente, 2022.

PESSOTO, U. C. A regionalização do Sistema Único de Saúde – SUS no fim dos anos 1990: um discurso conservador. 2010. 190 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP, Presidente Prudente, 2010.

PRADO, R. R. Análise espaço-temporal dos casos de AIDS no estado de São Paulo – 1990 a 2004. 2008. 106 f. Tese (Doutorado em Ciências – Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PRESIDENTE PRUDENTE. Serviços de Atendimento Especializado (SAE), Presidente Prudente – SP. Pesquisa documental, 2018.

REIS, C. T; CZERESNIA, D; BARCELLOS, C; TASSINARI, W. S. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo de intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1219-1228, 2008.

RIBEIRO, E. A. W. As disputas políticas na gestão da saúde em Presidente Prudente. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 28, p. 103-119, 2006.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*, v 20, n. 2, p. 1-2, 2007.

SANTOS, M. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, n. 56, p. 81-99, jun. 1977.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 7. reimpr. São Paulo: Edusp, 2012, 394 p.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985, 88 p.

SANTOS, M; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006, 473 p.

SILVA, C. G. S. Serviço de Assistência Especializada (SAE): uma Experiência Profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n. 27, v. 1, p. 156-163, 2007.

SPOSITO, M. E. B. O chão em Presidente Prudente: a lógica da expansão territorial urbana. 1983. 230 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1983.

TREVISAN, L. N; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.1565-1577, 2009.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 65-70, 1999.

---

## Agradecimentos

Agradecemos também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio e fomento da pesquisa no período de 2018 a 2020 (Bolsa no país - processo nº 2018/05706-2), e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), responsável pelo financiamento de pesquisa no período de 2020 a 2022 (Bolsa no país - processo nº 88887.513741/2020-00).