

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE AIDS**

DENISE RIBEIRO FRANQUEIRA PIRES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Curso de pós graduação em Saúde Coletiva- área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde – do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientador: Professor RUBEN ARAUJO MATTOS

Rio de Janeiro

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALUNO: DENISE RIBEIRO FRANQUEIRA PIRES

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:

ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE AIDS

Aprovada em 31 de MAIO de 2006 .

Prof. RUBEN ARAUJO MATTOS
IMS-UERJ

Prof.
Instituição

Prof.
Instituição

Prof.
Instituição

DEDICATÓRIA

Aos meus pais – Augusto e Penha, por tanto amor para poder chegar até aqui, e pela permanente torcida !

Aos meus tesouros – Mariah e Matheus- fontes de inspiração e motivação desse trabalho, pela compreensão das minhas ausências e impaciências nesse caminho !

Para o Jura, pelas conversas sobre o trabalho , por ter sido hiper companheiro, compartilhando as alegrias e angústias no desenvolvimento do estudo; com seu jeito calmo, transmitiu confiança na minha capacidade e forneceu permanente estímulo para eu continuar.

AGRADECIMENTOS

Ruben, por dois trabalhos: um de contribuir para vencer a minha permanente insegurança e outro por me dirigir e possibilitar apreender como pode ser fascinante a descoberta por mares já navegados, porém com instrumentos mais precisos e aprimorados;

Kenneth, pela compreensão e solidariedade em momentos estratégicos para a conclusão desse estudo e pela preciosa contribuição em alertar para a necessidade de esclarecimento das questões apresentadas;

Tatiana e Jane, pela disponibilidade e solidariedade para participar da banca e terem por dever de ofício, a obrigação de ler essas malfadadas linhas;

Alexandre Chieppe e Fátima Rocha, chefes e amigos pela enorme compreensão pelo meu afastamento temporário e estímulo para o cruzar da linha de chegada;

Alexandre Keusen, pelo arsenal de alavancas utilizadas no decorrer desse trajeto; um amigo especial, com preciosas contribuições para esse trabalho !

Juliano pela generosidade em compartilhar a bibliografia;

Alexandre Grangeiro, Sergio Ávila, Maria Alice Lipparelli Tironi e Betina Durovni companheiros de estrada, pelas contribuições fundamentais, que permitiram a reflexão proposta nesse estudo;

RESUMO

Este trabalho pretende situar o processo de descentralização do Programa Nacional de DST/aids, a partir do destaque de algumas iniciativas que caracterizam os caminhos percorridos e configurar determinadas dinâmicas das relações entre os três níveis governamentais.

O tema da descentralização é tratado com o foco na necessidade de sustentabilidade e institucionalização do Programa Nacional de DST/AIDS. Para tanto, torna-se necessário percorrer a trajetória de consolidação do Programa Nacional: dimensionar a importância dos Acordos de Empréstimo com o Banco Mundial, bem como, mapear algumas iniciativas que traduzem estratégias de ampliação de capacidade gerencial e de autonomia técnica, política e financeira dos Programas nacional, estaduais e municipais de controle, prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS.

Palavras-chave: política de saúde, política de aids, descentralização.

NOTES ON THE AIDS PROGRAM DECENTRALIZATION PROCESS

Abstract

The Decree n. 2313, from the Health Ministry, dated December 19th, 2002, which sets Incentive Policies for Sexually Communicable Diseases/AIDS in states, the Federal District and municipalities, within the National HIV/AIDS Program and other Sexually Communicable Diseases, defines the need for institutionalization and sustainability of the National Politics for AIDS and Sexually Communicable Diseases. According to its caput, this Decree joins the Unified Health System's decentralization directives. This work aims to reflect upon the dynamics and some characteristics that the National Politics for AIDS and Sexually Communicable Diseases assumed over time, regarding the Incentive Politics as summit of this trajectory.

Key words: Health politics; Aids politics; decentralization, incentive policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Orçamento do Programa Nacional de Aids e sua variação percentual - 1989 a 2000 – Página 80

Tabela 2 – Avaliação dos objetivos propostos nos Projetos AIDS I e AIDS II – Página 96

Tabela 3 – Cobertura do Programa Nacional de Aids, segundo estados e municípios da federação – Página 111

Tabela 4 – Transferência de recursos pela política de incentivos – 1999 a 2001 – Página 127

Tabela 5 - Ampliação da cobertura de ações de dst/aids. 1994 a 2002– Página 127

Quadro 1 - Cobertura de projetos e ONGs, no período de vigência do AIDS I e AIDS II --
Página 99

Quadro 2 - Projetos de ONGs financiados por processo de concorrência. 1993 a 1996–
Página 100

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1- UM CERTO MODELO DE FEDERALISMO.....	14
1.1) SOBRE O FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS.....	14
1.2)AS CONSTITUIÇÕES NACIONAIS: A CONFIGURAÇÃO DE UM CERTO MODELO DE FEDERALISMO MODELANDO UMA CERTA DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.....	18
1.3) A CONSTITUIÇÃO DE 1988: UM MARCO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO.....	30
1.4) SOBRE FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO: QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES ?.....	35
2- A DESCENTRALIZAÇÃO NO SETOR SAÚDE.....	42
2.1- A CONSTITUIÇÃO DE 88 E ALGUMAS IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE.....	42
2.1.1- O “DIA SEGUINTE” NA ATENÇÃO.....	42
2.1.2- O “DIA SEGUINTE” NO FINANCIAMENTO.....	45
2.1.3-O “DIA SEGUINTE” NAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS.....	46
2.2-A LEGISLAÇÃO MUNICIPALISTA DO SUS: LEI ORGÂNICA DA SAÚDE.....	48
2.3 -A ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DO SUS:DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS NORMAS.....	50
2.4- OS INCENTIVOS E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: CONTRADIÇÃO OU CONTRIBUIÇÃO ?.....	60
3- O PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS E O DESAFIO DA SUSTENTÁVEL DESCENTRALIZAÇÃO.....	63
3.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO ATUAL.....	63
3.2 BREVE TRAJETÓRIA DA RESPOSTA GOVERNAMENTAL A AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1982-1992.....	66
3.3 BREVE TRAJETÓRIA DA RESPOSTA GOVERNAMENTAL A AIDS NO BRASIL DE 1994-2002.....	75
3.3.1- OS ACORDOS DE EMPRÉSTIMO COM O BANCO MUNDIAL – O PROJETO AIDS I E O PROJETO AIDS II.....	76
3.3.2 – AIDS I E AIDS II PODEMOS FALAR DE DESCENTRALIZAÇÃO ?.....	81
3.4- SUSTENTABILIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO.....	90
3.4.1- O 3º ACORDO DE EMPRÉSTIMO: PROJETO DE SUSTENTABILIDADE E GESTÃO ESTRATÉGICA DAS POLÍTICAS DE HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS(DST).....	94
3.4.2 DESCENTRALIZAÇÃO:COM RELAÇÃO AS ONGS.....	99
3.4.3- UM CONTRAPONTO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: A DESCENTRALIZAÇÃO DOS EXAMES DE CD4 E CARGA VIRAL.....	106
4 – DESCENTRALIZAÇÃO SUSTENTÁVEL: A POLÍTICA DO INCENTIVO.....	111
4.1 A GESTAÇÃO DA PROPOSTA.....	112
4.1.2- POR QUE INCENTIVO ?.....	114
4.1.3- A PROPOSTA.....	118
4.1.4- A IMPLEMENTAÇÃO.....	124
5 - ALGUMAS CONCLUSÕES PRELIMINARES.....	131
REFERÊNCIAS.....	135

APRESENTAÇÃO

No final da década de 90, diante da fragilidade de fontes de financiamento para o setor saúde e frente à dúvida quanto à assinatura de um novo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (Projeto AIDS III), a institucionalização e a sustentabilidade dos Programas Nacionais de DST/AIDS (federal, estaduais e municipais) passam a ser questões centrais na agenda das coordenações programáticas, sendo temas de várias reuniões e seminários, realizados, tanto por coordenadores dos programas das três esferas de governo, como também, temas de eventos promovidos pela sociedade civil.

Gestar propostas que respondessem a necessidade de sustentar o Programa (e seus êxitos) e ampliar suas conquistas de acordo com os princípios e diretrizes da política nacional de saúde tornava-se o grande desafio.

Identificar mecanismos de financiamento no âmbito do Sistema Único de Saúde que garantissem a continuidade das ações e que também possibilitassem o aumento da cobertura das ações de controle da epidemia, passam a ser o foco de reflexão de gestores de Programas de DST/AIDS do país.

A superação de tal desafio exigiu um entendimento da engenharia do sistema de saúde, para que pudesse ser identificado o mecanismo que melhor atendesse a complexidade de enfrentamento da epidemia, o compromisso de maior número de gestores com as ações de controle de dst/aids, a garantia(no mínimo) dos recursos já aplicados e o aumento de investimentos. Exigiu também, uma ampla capacidade de articulação e efetivo diálogo com os gestores do sistema. A opção pela utilização do mecanismo do incentivo para garantir fontes de recursos estáveis apresentou-se como a mais adequada.

O presente estudo inscreve-se na trajetória dessa escrita na reflexão sobre os caminhos assumidos pelo Programa de aids naquele período (final da década de 1990), onde parecíamos viver uma “descentralização avassaladora” (termo cunhado por ex-coordenadora estadual). Como técnica da área de planejamento e gestão do Programa do Estado do Rio de Janeiro, esse período foi marcado por muitas idas a Brasília, em reuniões nacionais para discutir a questão da descentralização do Programa de aids. Nota-se que até então, apesar do tema sustentabilidade assumir importância no debate, na percepção inicial de quem escreve o presente trabalho, este tema apresentava-se como apêndice do processo

de descentralização. O entendimento que originou um certo incômodo, condição que impulsionou a busca pela reflexão sistematizada, era de que o Programa Nacional de aids “precisava” se adequar a um dos princípios do SUS mais evocados: a descentralização. Esse processo assumia um ritmo acelerado para o Programa de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro, exigindo uma constante capacitação e estruturação da equipe para assumir atribuições, que até então estavam sob a responsabilidade federal.

No início do presente estudo não havia para quem escreve nenhuma relação a ser estabelecida entre os Acordos de Empréstimos firmados pelo governo brasileiro para o desenvolvimento das ações de combate a epidemia e o processo de descentralização. A conexão estabelecida com os Acordos, era no campo do financiamento, e aqui sim, ficava mais evidente a importância da sustentabilidade para as ações de enfrentamento da epidemia. O nó era difícil desatar: com o fim dos Acordos como será o financiamento do Programa ? Como fica a sustentabilidade financeira das ações de prevenção ? Como continuariam os projetos executados pelas organizações não governamentais ?

A questão central era implementar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a descentralização. Entender sobre o sistema de saúde, era condição fundamental para descentralizarmos com competência técnica. Naquele contexto eram necessárias respostas rápidas para os problemas colocados rotineiramente advindos de novas responsabilidades definidas para o nível estadual. Isso justifica a inquietação que originou esse trabalho: a reflexão sobre os contornos que a descentralização do Programa de aids assumiu no período. Registra-se que no início das discussões com o orientador, inclusive, quando este em conversa insinuou que talvez houvesse uma certa conexão entre o processo de sustentabilidade e de descentralização, essa associação foi repelida na mesma hora por essa escriba. Parecia muito claro que a descentralização do Programa de aids, era um caminho natural para o seu melhor “enquadramento” no SUS. A sustentabilidade parecia que estava na busca de fontes de financiamento, e que deveriam ser alcançadas pelos mecanismos do sistema de saúde vigente. Eram dois temas que situavam-se no mesmo patamar de importância. Na minha percepção inicial, entretanto, eram tratados de maneira distinta e com uma certa hierarquia: uma questão era a descentralização e a outra era a sustentabilidade do programa. A sustentabilidade do Programa era a questão central. Eram dois movimentos que ocorriam de forma paralela. Esse foi o patamar inicial do estudo. A

compreensão desse processo de forma sistematizada, no campo acadêmico, era um desafio colocado para quem tem a experiência e o ofício direcionado no campo da gestão do Programa Estadual de aids. Seria muita ousadia querer construir conhecimento a partir da reflexão da prática? Seria possível apreender e interpretar a realidade em todo o seu movimento e diversidade? Minayo ajuda nessa busca quando nos diz que:

“A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela.” (Minayo, 1995.p.15).

Entretanto, a mesma autora nos lembra que as Ciências Sociais:

“possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória.”(Minayo, 1995.p.15).

Esse trabalho situa-se no campo das metodologias qualitativas.

Utilizamos as concepções teóricas como federalismo e suas implicações já apresentadas em diversos trabalhos por estudiosos do tema; utilizamos também, consultas a legislações, e interpretações de analistas quanto ao desenvolvimento do processo de descentralização do setor saúde; utilizamos contatos pessoais, com “informantes chaves” para a reconstrução de determinados caminhos percorridos no processo de descentralização e sustentabilidade do programa de aids; recorremos a anotações pessoais e documentos, as vezes guardados como “arquivo morto” e que no desenvolvimento do trabalho foram alçados ao patamar de leituras estratégicas fundamentais para a compreensão da temática. Aqui incluímos os documentos do Banco Mundial, que foram possíveis ser consultados, arquivos de apresentações dos técnicos do Programa Nacional em diversos eventos país afora e registros pessoais de reuniões e encontros para a discussão dos temas. Interpretações pessoais e troca de informações com os “informantes privilegiados” também foram recursos utilizados na busca da compreensão do tema nos seus vários aspectos. Registramos que a vivência dessa escriba no Programa de aids, foi importante na definição dos caminhos escolhidos para a análise. O desafio aqui foi fugir de especulações e de uma certa “mistificação” da prática. O alerta foi permanente. Era necessário apreender o processo de descentralização como fenômeno social produzido por aqueles sujeitos

determinados, em determinado espaço, tempo e conjuntura. Estabelecer as possíveis conexões, e especificidades entre o geral e o particular, eram as tarefas colocadas para o caminho do estudo. Foram definidos três grandes eixos teóricos para o estudo do processo de descentralização do Programa de aids:

- a) o federalismo e suas possíveis implicações para o processo de descentralização no contexto geral de política pública;
- b) o processo de descentralização do setor saúde e suas possíveis repercussões na política de aids;
- c) os Acordos de Empréstimo como eventos marcadores para o fortalecimento do Programa;

O exercício foi refletir e reconstruir o processo de descentralização do Programa de aids a partir da sua interseção com os referidos eixos de investigação.

As constantes observações feitas pelo orientador sobre o lugar que a prática ocupa na investigação e o destaque dado por Minayo para a criatividade do pesquisador no processo de pesquisa foram importantes confortos metodológicos. Foi um permanente processo, com sua licença orientador, de “pensação”. Pensamento e ação. Pensamento na ação. Uma relação de complementaridade.

Para o desenvolvimento desse estudo consideramos pertinentes as temáticas:

- a) as implicações do modelo do federalismo brasileiro na descentralização da saúde, particularmente no que se refere ao seu financiamento, revendo os aspectos que podem contribuir ou dificultar esse processo;

Para tratar desse tema, recorreremos a estudos já realizados. A relevância temática é a compreensão, que mesmo tratando-se de uma política específica, devemos considerar aspectos globais que podem incidir sobre o seu desenvolvimento.

- b) as estratégias de implantação do Sistema Único de Saúde, destacando o processo de descentralização, como estratégia prioritária;

Esse tópico também será tratado a partir de estudos já realizados, refletindo quais são os contornos que a descentralização assumiu. As Normas Operacionais Básicas (NOBS) ocuparão um lugar de destaque na reflexão, na medida que, foi a partir desse instrumento que o processo de descentralização no setor saúde foi implementado. Para nosso estudo serão valorizadas as NOB 93 e a NOB 96, a primeira por apresentar a articulação entre

determinadas modalidades de habilitação e o grau de gestão na organização dos serviços de saúde e a NOB 96 porque introduz os incentivos como forma de financiamento.

c) a trajetória do Programa de DST/AIDS compreendendo o Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial como evento marcador do processo do fortalecimento institucional (do Programa Nacional). Nesse tópico também será abordado o contexto do surgimento da sustentabilidade e da descentralização como “questão” para o Programa Nacional de dst/aids e considerar dois “eventos” selecionados – descentralização para o financiamento de projetos de organizações não governamentais e a descentralização da rede de laboratórios de carga viral e de cd4 – como marcadores para a reflexão sobre as possíveis premissas e estratégias escolhidas para os rumos da descentralização do Programa Nacional.

Para o seu desenvolvimento recorreremos a documentos existentes e legislação pertinente, além de registro pessoais(na memória, diga-se de passagem) dessa escriba.

d) a Portaria Ministerial do Incentivo como a política que responde a necessidade de sustentabilidade e descentralização do Programa.

Compreendendo que a Portaria surge articulada a um processo construído, a opção foi apresentá-la, não como mais uma norma burocrática, mas a partir de um certo movimento que tornou possível a sua publicação.

Para discorreremos sobre o tema também serão utilizados materiais existentes, legislação publicada sobre o assunto, registro pessoais além de consultas informais (pelo correio eletrônico) a sujeitos sociais que participaram de maneira ativa nesse processo.

1- UM CERTO MODELO DE FEDERALISMO

1.1) SOBRE O FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

O presente trabalho não pretende explorar em toda a diversidade e multiplicidade as discussões sobre os temas do federalismo brasileiro e das relações intergovernamentais; se propõe tão somente a sinalizar que essas discussões são importantes para uma certa contextualização e compreensão do processo de descentralização do setor saúde. Nesta direção, algumas análises de estudiosos dos temas estão aqui colocadas para contribuir com a reflexão proposta no estudo.

Fiori sinaliza que apesar da dificuldade em “*formular uma definição universalmente válida do que seja federalismo*” (Fiori1995,p.23), identifica duas possibilidades de definição.

A primeira concepção congrega estudiosos que sustentam que o mais importante no federalismo:

“...é a preservação política simultânea da unidade de objetivos de um povo e da diversidade espacial de seus interesses, compatibilizados na forma de um pacto constitucional em que são, simultaneamente, definidos os espaços e os limites das duas soberanias.” (Fiori1995,p.23)

O autor destaca que essa compreensão, tende a priorizar a reflexão acerca da necessária sustentação econômica e a identificação de arranjos políticos capazes de consolidar o pacto federativo.

Já a segunda compreensão agrega pensadores, que enfatizam que no federalismo:

“...sua natureza de barganha pragmática, cujo produto, o chamado pacto federativo, pode assumir infinitas formas legais e institucionais dependendo das condições de sua negociação em cada momento e em cada lugar.” (Fiori1995,p.23).

Nesta concepção assume centralidade a idéia de permanente negociação entre as unidades federadas, cujo resultado em cada conjuntura, definirá as respectivas cotas de poder e portanto “*arranjos institucionais transitórios*” (Fiori,1995, p.24).

Ana Cecília Faveret a partir dos estudos de Watts, situa o federalismo como um tipo de organização política não unitária de um Estado quando:

“a) nem o governo federal nem as unidades que constituem o governo são constitucionalmente subordinadas uns aos outros;

- b) os poderes soberanos derivam da constituição e não de outro nível de governo;
- c) cada nível de governo tem o poder de lidar diretamente com os cidadãos no exercício dos poderes legislativo, executivo e fiscal;
- d) cada um é eleito pelos cidadãos. “(Faveret, 2004).

Celina Souza em estudo realizado, quando analisa o federalismo utiliza a perspectiva de Burgess que: *“definiu a ideologia política do federalismo como valores, atitudes, crenças e interesses que se articulam no sentido de fazer com que ações sejam apoiadas em propósitos e compromissos.”* (Souza, 1998 p. 3)

Faveret recorrendo a Elazar, destaca que o federalismo é:

“...um princípio ou valor que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e ainda assim se manterem separadas para preservar suas respectivas integridades” (Faveret, 2002, p.32, mimeo.).

Nessa perspectiva, o federalismo está relacionado à descentralização e autonomia de entes federados, que mesmo separados, unem-se para atingir objetivos comuns, sem perder as suas identidades.

Campos recorre a Wright para analisar algumas características das relações intergovernamentais, que consideramos pertinentes para o presente estudo:

- a) as relações intergovernamentais transcendem as pautas de atuação governamentais reconhecidas e incluem uma ampla variedade de relações entre todas as unidades de governo;
- b) a importância do elemento humano: “não existem relações entre governos, unicamente se não relações entre pessoas que dirigem as distintas unidades de governo”, através de relações de “ajuste mútuo”, “construção de consenso” e “pacificação”;
- c) as relações intergovernamentais se caracterizam por sua vinculação às políticas públicas, com interações nas diversas fases de formulação, implantação e avaliação das políticas.”(Campos, 2001, p. 4)”.

O mesmo autor sinaliza que nas relações intergovernamentais, conflitos e cooperação são os dois lados da mesma moeda, não se caracterizando portanto, como opostos.

Sobre o mesmo tema, Favaret nos diz que:

“No âmbito de uma nação, as relações intergovernamentais se consolidam em diferentes perspectivas – organizacional, política, financeira, que não podem ser compreendidas isoladamente. É a dinâmica entre essas diversas perspectivas que configura, numa federação, a institucionalidade das relações entre as esferas de governo.” (Favaret,2002, p.36)

Almeida nos diz que ao considerarmos as relações estabelecidas entre os níveis de governo, podemos identificar três tipos de arranjos federativos:

a) federalismo dual: os poderes do governo geral e do estado são soberanias distintas e operam de forma independente;

Segundo a mesma autora:

“...dois outros tipos resultam da transformação do arranjo dual, como consequência da tendência universal à expansão do escopo do governo federal, isto é, de um processo mais ou mesmo acentuado de centralização.” (Almeida,1996, p.15)

b) federalismo centralizado: governos estaduais e locais transformam-se em agentes administrativos do governo central, este tem a decisão sobre políticas e recursos;

c) federalismo cooperativo: caracteriza-se pela ação conjunta entre as instâncias de governo, com relativa autonomia das instâncias subnacionais, que possuem uma certa capacidade de financiamento.

Almeida também destaca que a forma centralizada e a forma cooperativa, pode tanto predominar em determinado contexto , como pode conviver simultaneamente em diferentes setores de ação governamental. Em outras palavras: tanto podemos ter em um determinado período de tempo, relações entre os níveis de governo centralizadas ou marcadas pela cooperação, como também, podemos ter as duas características presentes nas relações intergovernamentais.

”Mas, nos dois casos, eles nomeiam relações intergovernamentais em que a não-centralização, característica do ordenamento federativo, convive de

forma complexa e, freqüentemente, conflitiva com a lógica da centralização-descentralização.” (Almeida, 1996, p.15).

Recorrendo Bobbio e Mateucci no seu Dicionário Político, temos:

“O princípio constitucional no qual se baseia o Estado federal é a pluralidade de centros de poder soberanos coordenados entre eles, de modo tal que o governo federal, que tem competência sobre o inteiro território da federação, seja conferida uma quantidade mínima de poderes, indispensável para garantir a unidade política e econômica, e aos Estados federais, que tem competência cada um sobre o próprio território, sejam assinalados os demais poderes.” (Bobbio e Mateucci,1996,p.481).

Assim nessa perspectiva, temos dois centros de poder: o governo federal e os governos estaduais.

Os mesmo autores destacam a importância que a Constituição assume nessa forma de governo:

“Sendo que o modelo federal exerce uma verdadeira divisão de poder soberano de base territorial, o equilíbrio constitucional não pode se manter sem a primazia da Constituição em todos os poderes.” (Bobbio e Mateucci,1996,p.481)

Segundo Valeriano Costa dois significados podem ser atribuídos ao conceito de federalismo: um para designar uma ideologia política; e outro que (também) pode significar: “...os arranjos institucionais, isto é, o conjunto de leis, normas e práticas que definem como um estado federal é concretamente governado.” (Costa,2004;p.173)

Na segunda perspectiva apresentada pelo autor, ou seja, a identificação de leis que traduzem como o estado é de fato governado, destacamos o levantamento das Constituições Nacionais como uma das possibilidades de entendimento das formas que o federalismo assume no nosso país e principalmente, a dinâmica da relação entre os entes nacionais explicitadas nas diferentes Cartas magnas. Entendemos ainda, que as Constituições resultam de uma dada conjuntura e uma dada correlação de forças em um determinado período.

Nos parece que o Sistema Único de Saúde e todo o seu arcabouço legal (legislação, normas) são exemplos da relação dialética: centralização/descentralização e

cooperação/conflicto. No decorrer do trabalho pretendemos identificar como essa tensão se faz presente (ou não) na política de aids, e iniciar uma reflexão de como podemos se não superar, pelo menos, entender e enfrentar os obstáculos (advindos dessa tensão), para a construção de relações solidárias e produtivas entre as esferas governamentais, contribuindo assim, para o controle da epidemia de aids, resultado só possível de ser alcançado, se for realizado com a soma de esforços de toda a sociedade.

Considerando que o presente estudo tem como objeto de análise o processo de descentralização do Programa Nacional de dst/aids, nos parece pertinente, a realização do levantamento das Constituições Nacionais promulgadas, com o intuito de extrair o movimento de centralização e descentralização configurado, e qual a repercussão deste, na relação entre os entes da federação. Estamos pressupondo que esta análise contribui para a contextualização mais geral da questão a ser estudada, na medida que repercute tanto na construção da política de saúde, como também, na política específica de dst/aids.

1.2 - AS CONSTITUIÇÕES NACIONAIS: A CONFIGURAÇÃO DE UM CERTO MODELO DE FEDERALISMO MODELANDO UMA CERTA DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

A manutenção da ocupação e domínio português sobre o território brasileiro sempre foi um permanente desafio. No decorrer dos séculos XVI e XVII, incursões de franceses, espanhóis e holandeses para ocupação de determinadas áreas do nosso território foram derrotadas. A divisão do território em capitânicas hereditárias, respondeu tanto a necessidade de ocupação de território, como também, a necessidade de incrementar os recursos financeiros da Coroa portuguesa. As capitânicas foram doadas a nobres, que a administravam em nome da Coroa. Segundo Skidmore (Skidmore,2000,p. 27):

“Estas foram doadas a nobres ricos, na esperança de que eles explorassem o pau-brasil e outros recursos – obtendo lucros pessoais ao mesmo tempo que serviam a Coroa.”

No período de 1534 a 1536 foram quatorze capitânicas. Para Valeriano Costa esse processo:

“...influenciou decisivamente o padrão de organização do território brasileiro, até mesmo a delimitação das províncias, durante o Império

(1822-1889), transformadas em Estados a partir da república (1889).

(Costa,2004,p.175)

A experiência das capitanias não obteve o sucesso esperado, obrigando Portugal, a retomar o controle do território.

José Murilo de Carvalho analisando a formação política do país, destaca duas importantes características desse processo, relacionadas à natureza da colonização portuguesa: uma diz respeito ao caráter estatal da expedição de Cabral e da ocupação do território pela Coroa portuguesa; a segunda, diz respeito à insuficiência de recursos humanos portugueses, o que obrigou a metrópole à *“recorrer à cooperação dos potentados rurais para expandir a colônia, manter a ordem e tocar a administração sobretudo no interior.”*

(Carvalho,2004,p.26), O mesmo autor, sinaliza que, essas características indicam um atributo da política brasileira: o patrimonialismo, para Murilo de Carvalho,

“... o Estado distribui seu patrimônio – terras, empregos, títulos de nobreza e honoríficos – a particulares em troca de cooperação e lealdade...regido pelo favorecimento pessoal do governante, de um lado, e pela lealdade pessoal do súdito, de outro. O clientelismo é um resíduo do patrimonialismo.” (Carvalho,2004,p.27)

Com a independência em 1822, a opção pela monarquia representativa como forma de governo, atendia a necessidade de manutenção da unidade territorial e da ordem social, sendo o imperador a figura central do governo.

A Constituição de 1824 – Constituição Política do Império do Brasil -, foi outorgada por D. Pedro I. O governo foi definido como : monárquico, constitucional, representativo e hereditário. O imperador era o chefe do governo e da nação. O território era dividido em províncias, que poderiam ser subdivididas, conforme interesse do Estado. Quatro poderes políticos eram reconhecidos: o poder legislativo, o poder moderador, o poder executivo e o poder judicial. O poder legislativo era delegado a Assembléia Geral, e esta era composta pela Câmara de Deputados e pelo Senado com a sanção do Imperador. A Câmara dos deputados era eletiva e temporária, enquanto o senado era eletivo, porém seus membros eram vitalícios, e eleitos pelas províncias. Nesta Constituição foi criado o Conselho Geral das províncias, cujas resoluções seriam encaminhadas diretamente para o executivo. O

poder moderador é exercido pelo imperador, que não está sujeito à responsabilidade nenhuma (artigo 99).

Na primeira Constituição do país, mesmo com toda a centralidade na figura do imperador, existia o reconhecimento de um certo “papel político” das províncias. Com a proclamação da República, os senhores de terra foram fortalecidos (os chamados coronéis) e exerceram nas suas localidades, o pleno exercício da autoridade política.

Na Constituição republicana de 1891, que vigorou durante o período da República Velha, (1891-1930) foi adotado o regime representativo e o federalismo como forma de governo, com a transformação das províncias em estados. Valeriano Costa assinala que adoção do federalismo atendia uma reivindicação das províncias mais desenvolvidas, como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que com a proclamação da República, “...*desejavam exercer maior influência direta sobre o governo central no novo regime.*” (Costa,2004p.175),

Celso Furtado observa que a inadequação da política econômica adotada pelo império, contribuía para a desarticulação de interesses regionais, representando uma dificuldade na manutenção da unidade no país. O sul transformara-se rapidamente sob a égide do trabalho assalariado nas plantações de café, das pequenas propriedades e dos centros urbanos, exigindo a implementação de políticas públicas em vários setores, como por exemplo, saúde, educação. Para o autor, “*a proclamação da República em 1889 toma, em conseqüência, a forma de um movimento de reivindicação da autonomia regional.*” (Furtado,2003,p.179). Cada estado passa a eleger diretamente seu governador. A segunda Constituição brasileira, traduziu uma resposta às reivindicações por descentralização das oligarquias, especialmente aquelas dos setores agro-exportadores das províncias do sul e sudeste. Os estados passam a controlar os impostos sobre as exportações dos seus produtos. Skidmore reforça tal interpretação quando coloca que : “*A Constituição de 1891 dava, portanto, carta branca para os estados economicamente mais dinâmicos, como São Paulo, a dirigir seu próprio desenvolvimento.*” (Skidmore,2000,p.109. As restrições à participação popular nos processos eleitorais nesse período, fortalecia o poder das oligarquias regionais. A observação feita por Murilo de Carvalho, ilustra a dinâmica política da época: “*Quando a República introduziu o federalismo, os governadores dos*

estados passaram a ser eleitos. Precisavam do apoio dos coronéis para vencer as eleições. Surgiu, assim, um pacto entre governos e coronéis...” (Carvalho2004,p.27).

Valeriano Costa reforça a análise quando coloca que : *“Esses pactos ficaram conhecidos como” política dos governadores.Os dois principais estados eram São Paulo e Minas Gerais, enquanto o Rio Grande do Sul era um aspirante ao exercício do poder nacional.” (Costa,2004p.175).* Uma observação importante com relação à Constituição, é que somente um artigo menciona genericamente o município:

Art.68 - Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse.(Brasil,1891)

As medidas econômicas adotadas a partir de 1898 que visavam à redução da pressão da balança de pagamentos e ampliação do crédito governamental no exterior, contribuem na modelagem de um novo equilíbrio de forças sociais. A diminuição da capacidade de pressão política dos grupos agrícola-exportadores sobre o governo central, aliada a crescente importância social de grupos não vinculados à propriedade agrícola, configura um período de conflito entre a esfera federal e estadual. Para Skidmore:

“A descentralização estimulada pela nova Constituição havia resultado em autoridade federal extremamente fragmentada, ao mesmo tempo em que o capitalismo estava enfrentando testes cada vez mais severos à sua viabilidade.” (Skidmore, 2000,p.151).

A análise de Celso Furtado também nos é bastante útil para entender à dinâmica da época:

“Os interesses diretamente ligados à depreciação da moeda – grupos exportadores – terão a partir dessa época que enfrentar a resistência organizada de outros grupos. Entre estes se destaca a classe média urbana – empregados do governo, civis e militares, e do comércio -, os assalariados urbanos e rurais, os produtores agrícolas ligados ao mercado interno, as empresas estrangeiras que exploram serviços públicos...” (Furtado, 2003,p.180) .

Segundo a análise de Valeriano Costa, nas Constituições posteriores (1934;1937;1946;1967) o federalismo dual, sofreu mudanças profundas, ampliando as atribuições do nível federal, para o autor: *“O que aconteceu desde então não foi simplesmente a centralização de poder e recursos fiscais nas mãos do governo federal, mas*

uma crescente sobreposição de funções em diversas áreas de atuação do poder público.”
(Costa, p.177)

José Murilo de Carvalho considera que:

“o ano de 1930 foi um divisor de águas...A partir de 1930, houve grande aceleração nas mudanças, cujas principais causas foram externas ...Mas o fator que mais influenciou nessas mudanças foi a grande crise de 1929, causada pela queda da bolsa de Nova York, que teve impacto imediato na exportação do café, atingindo o coração da economia nacional”
(Carvalho,2004 p.29).

O mesmo autor sinaliza entretanto, que fatores internos também contribuíram para as mudanças ocorridas, destacando a incapacidade da chamada “política dos estados” em manter o controle das oligarquias, como dos setores emergentes nas cidades.

Para Skidmore, a posse de Getúlio Vargas em 1930 (engendrada como conspiração), como presidente provisório, foi possível devido à conjunção de quatro elementos: o primeiro foi a aliança das lideranças políticas dos estados do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais; outro aspecto importante foi a fundação do Partido Democrático de São Paulo (oposição ao Partido Republicano de São Paulo); o terceiro fator foi o movimento tenentista e o quarto foi a revolta dos cafeicultores que estavam contrariados com o fracasso do governo central em subsidiar o prejuízo com a queda do preço do café. O mesmo autor prosseguindo na análise, considera que a crise financeira de 1929 foi um “*poderoso argumento econômico para o fortalecimento do governo central*” (Skidmore, 2000,p.155). Getúlio assumiu plenos poderes através de um decreto federal. O Congresso Nacional foi dissolvido. Interventores foram nomeados para os governos estaduais, com o conseqüente confronto com as lideranças locais, principalmente com o estado de São Paulo, que reagiu através da (derrotada) Revolução Constitucionalista de 1932.

Em 1933 Getúlio Vargas convoca a Assembléia Constituinte, com uma importante novidade: a criação da Justiça Eleitoral para garantir a lisura do processo eleitoral. Foi escrita a terceira Constituição do país: a Constituição de 1934. Para Skidmore, a Constituição “*era uma mescla de liberalismo político e reformismo sócio-econômico.*” (Skidmore, 2000,p. 157).

Essa carta, diferentemente da anterior, atribui maior destaque e uma certa autonomia para os municípios quando no seu artigo 13 enuncia:

Art 13 - Os Municípios serão organizados de forma que lhes fique assegurada a autonomia em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse; e especialmente:

I - a eletividade do Prefeito e dos Vereadores da Câmara Municipal, podendo aquele ser eleito por esta;

II - a decretação dos seus impostos e taxas, a arrecadação e aplicação das suas rendas;

III - A organização dos serviços de sua competência.

Entretanto: § 1º - *O Prefeito poderá ser de nomeação do Governo do Estado no Município da Capital e nas estâncias hidrominerais.* (Brasil, 1934)

Getúlio foi eleito presidente pela Assembléia Constituinte para um período de quatro anos e as eleições presidenciais foram marcadas para 1938.

Na análise de Valeriano Costa “...a intensa competição entre diversas elites estaduais em torno das eleições presidenciais, marcadas para 1938, facilitaram a articulação de Getúlio para a realização do golpe de novembro de 1937.” (Costa, 2004 p.176)

No período de vigência do Estado Novo (1937-1945), houve um processo de enorme concentração de poder do governo federal, “...até bandeiras estaduais foram queimadas, numa cerimônia pública como que simbolizando o fim do regime federativo (Costa, 2004, p.176).

A Constituição de 1937, reflete o processo de centralização e autoritarismo do período.

A autonomia dos estados é colocada em cheque:

“Art.8º - A cada Estado caberá organizar os serviços do seu peculiar interesse e custeá-los com seus próprios recursos.

Parágrafo Único - O Estado que, por três anos consecutivos, não arrecadar receita suficiente à manutenção dos seus serviços, será transformado em território até o restabelecimento de sua capacidade financeira.”.

(Brasil, 1937)

O regime federalista é abalado, na medida que a autonomia dos entes federados é fragilizada, com a possibilidade de intervenção em um grande leque de situações:

“Art.9º - O Governo federal intervirá nos Estados, mediante a nomeação pelo Presidente da República de um interventor, que assumirá no Estado as funções que, pela sua Constituição, competirem ao Poder Executivo, ou as que, de acordo com as conveniências e necessidades de cada caso, lhe forem atribuídas pelo Presidente da República.” (Brasil,1937)

Em outro artigo, também é observada a submissão do nível estadual ao governo central:

Art.19 - A lei pode estabelecer que serviços de competência federal sejam de execução estadual; neste caso ao Poder Executivo federal caberá expedir regulamentos e instruções que os Estados devam observar na execução dos serviços.(Brasil,1937)

Para Skidmore a Segunda Guerra Mundial (1940-1945), “...acelera enormemente a centralização governamental. A necessidade de racionar produtos essenciais, como petróleo, punha novo poder nas mãos do governo getulista.” (Skidmore, 2000, p.174) O mesmo autor destaca o impacto da Guerra na economia nacional, com o grande aumento do custo de vida no período: “No Rio de Janeiro o custo de vida quase dobrou entre 1939 e 1945 e em São Paulo quase triplicou, criando um problema significativo para a política econômica do pós-guerra.” (Skidmore,2000,p.174)

Em 1945 Vargas é derrubado pelos militares. Eleições presidenciais foram convocadas no mesmo ano, sendo eleito o general Eurico Gaspar Dutra.

Na análise de Valeriano Costa “...o regime federativo foi restabelecido, dessa vez junto com um sistema representativo efetivo e partidos competitivos em âmbito nacional. Durante esse período o cargo de governador voltou a ser muito disputado...” (Costa,2004 p.176). Tensões e disputas dominaram a relação entre as Unidades da federação. O mesmo autor nos diz que: “A dinâmica federativa desse período exacerbou o conflito entre as elites regionais dos principais estados – ainda, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul ...” (Costa2004,p.176)

Em 1946 é promulgada a quinta Constituição Federal, em uma conjuntura de forte pressão para o restabelecimento da autonomia de estados e municípios. Segundo Skidmore, a Constituição:

“...manteve a posição do presidente como chefe do governo nacional mas restaurou o poder do Congresso, que resultava na devolução de

considerável poder às máquinas políticas estaduais, embora menos do que elas haviam desfrutado sob a República Velha.” (Skidmore, 2000,p.182).

Francisco de Oliveira analisando o período diz que:

“Em contrapartida às perdas fiscais dos estados, a União começou uma prática, ainda que tímida, de compensação de receitas...em 1946 os constituintes perceberam que os estados menos poderosos estavam perdendo na competição com os mais ricos,e instituíram fundos constitucionais para as regiões Norte e Nordeste.” (Oliveira1995, p.81.)

Acrescenta-se também a restauração de relativa autonomia para os municípios, quando foi garantida a eleição para prefeitos e vereadores. As eleições diretas para presidente foram restabelecidas. Com relação à conjuntura econômica no período de 1946-1947, Skidmore destaca que:

“... uma inundação de bens de consumo importados, junto com a absorção de empresas de serviços públicos de propriedade estrangeira, saturaram as reservas cambiais estrangeiras do Brasil. Greve de trabalhadores em grande escala em São Paulo durante 1947 agravaram a situação, alarmando tanto o governo Gaspar Dutra como o establishment econômico de São Paulo.” (Skidmore, 2000,p.184)

Em 1950 são realizadas eleições presidenciais que consagram a vitória expressiva de Getúlio Vargas. A crise econômica (por exemplo:queda do preço do café, déficit na balança de pagamentos) e política (como por exemplo:falta de apoio de setores militares, acirrada oposição da UDN) no início de 1954 fragilizou o governo de Vargas. Para Skidmore: “*Os dias de Getúlio Vargas como presidente estavam contados. Se ele não renunciasse, um golpe militar seria inevitável.*” (Skidmore,2000,p.194). Em decorrência do suicídio de Getúlio em 1954, eleições presidenciais são convocadas em 1955, com a vitória de Juscelino Kubistschek.

Durante o governo de Juscelino, foi observado o aumento acentuado das taxas de inflação, fato este atribuído ao modelo de desenvolvimento utilizado. Outra consequência observada, foi crescimento do mercado nacional,com a “*concentração da indústria no centro-Sul exacerbou as desigualdades de renda entre esta região e o resto do Brasil, especialmente o Nordeste*” (Skidmore,2000, p. 207)

Em 1960 é eleito Jânio Quadros, com uma grave crise econômica herdada. Com a dificuldade de negociação do seu plano de estabilização econômica no Congresso, Jânio Quadros renuncia e assume o vice-presidente João Goulart. O cenário era delicado: aprofundamento da crise econômica, déficit da balança de pagamentos e escassez de investimentos externos, e por outro lado, e desconfiança entre os militares e de setores da classe média quanto às medidas adotadas na direção de uma “república sindicalista”.

Em 31 de março de 1964, um golpe de estado militar derruba o governo de João Goulart. *“O Congresso expurgado prontamente elegeu para a presidência o general Castelo Branco...”* (Skidmore, 2000,p.216).

Como o novo governo não tinha amparo legal, foi emitido um decreto – Ato Institucional - , que estabelecia poder para os militares.

Em 1965 foram realizadas eleições para os governos estaduais. Candidatos do regime venceram em todos os estados, com exceção do Rio de Janeiro e Minas Gerais. As eleições presidenciais marcadas para 1965, não ocorreram; Castelo Branco estendeu seu mandato até 1967, quando o general Costa e Silva assumiu o governo, eleito indiretamente pelo Congresso Nacional.

Em 1966 foi elaborado o Código Tributário Nacional, tendo como medidas principais:

- a) criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias;
- b) transferência para a União dos impostos: de exportação que antes era de competência dos estados e do Imposto de Transferência Rural, que era de competência municipal;
- c) regulamentação do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM);

Faveret apoiada em estudo realizada pela FUNDAP, diz que : “...em 1967, em que pese à centralização fiscal promovida pelo governo federal, a criação do FPE e do FPM configurou o primeiro sistema de partilha de recursos com sentido redistributivo.” (Faveret,2002 p.62). Entretanto como a mesma autora analisa, apesar, das transferências realizadas pelo governo federal, as mesmas eram vinculadas a condicionalidades, permitindo assim, o controle do governo central sobre as políticas públicas executadas pelos estados e pelos municípios.

Em janeiro de 1967 foi promulgada nova Carta Constitucional. Destacamos as seguintes medidas:

- a) eleição do Presidente da República por um Colégio Eleitoral;
- b) eleição direta de Prefeitos, exceto: nas estâncias hidrominerais e nas capitais, cuja nomeação caberia ao governador do respectivo estado, e nos municípios declarados de segurança nacional cuja nomeação caberia ao presidente da República ;
- c) os Estados são autônomos, podendo entretanto, sofrer intervenção do governo federal;
- d) eleição direta para os governos estaduais;
- e) estruturação e instituição do Código Tributário Nacional ;

Em 1968 era evidente o acirramento entre a oposição e o governo dos militares. O recrudescimento do autoritarismo do regime foi expresso com a edição do Ato Institucional nº 5, que não definia o término de sua vigência.

“O Brasil era agora uma ditadura autêntica. O Congresso foi fechado (embora não abolido) e todos os crimes contra a” segurança nacional passaram a ser doravante da alçada da Justiça Militar... A censura foi introduzida...”(Skidmore, 2000, p.232)”.

O referido Ato, também radicaliza nas relações entre as esferas governamentais, tendo o autoritarismo e subordinação como marca da relação, reportando ao Ato Institucional, temos:

Art 3º - O Presidente da República, no interesse nacional, poderá decretar a intervenção nos Estados e Municípios, sem as limitações previstas na Constituição.

Parágrafo único - Os interventores nos Estados e Municípios serão nomeados pelo Presidente da República e exercerão todas as funções e atribuições que caibam, respectivamente, aos Governadores ou Prefeitos, e gozarão das prerrogativas, vencimentos e vantagens fixados em lei.

Art 4º - No interesse de preservar a Revolução, o Presidente da República, ouvido o Conselho de Segurança Nacional, e sem as limitações previstas na Constituição, poderá suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos pelo prazo de 10 anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais.

Parágrafo único - Aos membros dos Legislativos federal, estaduais e municipais, que tiverem seus mandatos cassados, não serão dados substitutos, determinando-se o quorum parlamentar em função dos lugares efetivamente preenchidos.

Art 11 - Excluem-se de qualquer apreciação judicial todos os atos praticados de acordo com este Ato institucional e seus Atos Complementares, bem como os respectivos efeitos.(Brasil,1968)

Na área econômica, a estratégia de crescimento adotada na década de 1970, teve como um dos resultados o agravamento das desigualdades sociais.

“Pelo menos metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal...A sorte individual dos trabalhadores variava segundo o lugar onde viviam. Os do centro-Sul industrializado tinham oportunidade de melhores empregos, mas os que viviam no campo eram os mais pobres...” ...”(Skidmore, 2000, p.253)”.

Faveret no seu estudo reporta-se a Abrucio e Costa,destacando que o regime militar na tentativa de garantir sua base de sustentação elabora o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), que propiciou:

“...aumento substancial das transferências negociadas para os estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mudanças no Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) e uma redução no controle do endividamento externo estadual e, também, das capitais. Contribuiu para esta situação a adoção de medidas que afetaram substancialmente a representação dos estados na Câmara, aumentando a sobre-representação das regiões menos desenvolvidas, em particular do Norte e Centro-Oeste, e permitindo a criação de cinco novos estados desde 1974” (Abrúcio & Costa, 1998, p.35).

Essas medidas entretanto, não são suficientes para alterar as grandes desigualdades sociais e regionais provocadas.

No final da década e 1970 e início de 80 é iniciada a distensão política, entretanto, a conjuntura econômica era preocupante. A estratégia de contrair empréstimos bancários externos, como solução para minimizar as conseqüências advindas do aumento do preço do

petróleo, já não mostrava eficácia. O país não conseguia mais honrar a sua dívida junto aos credores internacionais; o crescimento econômico foi interrompido.

Faveret citando Abrucio nos lembra que: a ausência de uma coalizão política nacional que pudesse reconstruir um novo pacto de sustentação do Estado alimentou ainda mais o poder dos governadores, que se aproveitaram da atomização e desagregação dos atores políticos para exercer influência nos rumos da política nacional “*. O autor identifica este período como o da vigência do federalismo estadualista* “.(Faveret,2002 p.64)”.

Lima observa, que existem características do federalismo estadualista, que dificultam a implementação de políticas sociais:

- “1-desequilíbrio entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e conseqüente dificuldade em se criar contrapesos (ou controles recíprocos) no funcionamento dessas instâncias”;
- 2-forte concorrência entre as esferas de governo nacional e subnacionais e destas entre si, no que se refere aos aspectos fiscais e administrativos e dificuldade de formulação de um pacto e projeto político hegemônico;
- 3-existência de um sistema eleitoral altamente dependente dos governadores e permeável a interesses clientelistas.”(Lima, 2001, p.16, mimeo)”.

Em 1982 nas eleições para os governos estaduais, a oposição obtém expressiva vitória.

Em 1985 grandes mobilizações da sociedade em diversas regiões do país reivindicam eleições diretas para presidente. Apesar da forte pressão, a emenda das eleições diretas não conseguiu quorum suficiente para sua aprovação. Setores da oposição se articulam e conseguem eleger Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral: o primeiro presidente civil durante o regime militar. As vésperas da posse, Tancredo adoeceu e faleceu em seguida ,sendo empossado seu vice-presidente, o senador José Sarney.

Em 1986 um novo Congresso foi eleito, com atribuição de redigir a nova Constituição. Skidmore nos diz que: “*Um retorno à política aberta requeria uma nova Constituição e partidos político livres...a tarefa de redigir a Constituição recaiu sobre um conjunto de congressistas eleitos no ciclo normal de eleições parlamentares.*” (Skidmore,2000 p.269).

Como dito anteriormente, não é objeto desse estudo um levantamento histórico, e sim a identificação das relações estabelecidas entre os entes da federação no decorrer do tempo

ilustradas nas Constituições promulgadas. Tal lembrete faz-se necessário porque fatos políticos e econômicos foram excluídos do presente trabalho visto que não foram identificados como relevantes para o estudo.

1.3) A CONSTITUIÇÃO DE 1988: UM MARCO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O federalismo e o princípio da autonomia dos entes federados, foi reafirmado como forma de organização política na Constituição de 1988:

“Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.” (Brasil,1988)

Associada a redemocratização do país, a reivindicação pela institucionalização de processos descentralizadores no âmbito das políticas públicas, tornaram-se um forte clamor de vários setores da sociedade. Processos de centralização foram associados aos regimes autoritários e deveriam ser expurgados. A democracia foi diretamente associada à descentralização.

Merece destaque o fato que nosso país é uma das poucas federações que inclui no texto constitucional a autonomia legislativa e tributária para os municípios.

Com relação às políticas sociais, *“a proposta de descentralização brotou da crítica ao padrão de proteção social construído pelos governos autoritários: hipercentralizado, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos” (Almeida,1996,p.17) .*

Merece consideração também, a menção que na promulgação da Constituição, o país vivia uma séria crise financeira: *“os problemas financeiros e tributários do Brasil estavam mais agudos do que no início da década. A falência dos planos de estabilização econômica implantados em 1986 e 1987 foi seguida de uma redução nas receitas públicas. (Souza,1998 p.9)*

Nesse contexto foram balizadas as discussões da nova Constituição, que significou um marco na ampliação dos direitos sociais.

A Constituição promoveu a descentralização em três dimensões: política, administrativa e fiscal.

A descentralização política foi realizada com o fortalecimento do poder e autonomia dos entes subnacionais: estados e municípios.

A descentralização administrativa foi definida e inscrita no texto como *“a necessidade de que estados e municípios viessem a assumir determinadas responsabilidades no plano da execução de políticas públicas”* (Médici, 1995, p.285)

A descentralização fiscal foi realizada em duas direções: aumento da arrecadação própria das esferas subnacionais, elevação das alíquotas dos seus tributos (definidas nos níveis de governo específicos) e aumento transferências constitucionais automáticas e negociadas da União para estados e municípios.

Costa nos lembra que: *“...entre 1988 e 1996, quando foi aprovada uma lei que dificulta a criação de novos municípios, surgiram mais de 1.300 municípios, a maioria com menos de 10.000 habitantes.”* (Costa, 2004, p.177)

Consideramos que os três aspectos são articulados e configuram um mesmo processo empreendido no esteio da redemocratização e inscrito na legislação máxima do país.

Concordamos com a assertiva de estudiosos (Almeida, Barros Silva & Costa, Costa) quando destacam a importância das características do federalismo fiscal para a compreensão da dinâmica federativa, no entendimento que esta dinâmica, moldura o quadro das políticas sociais, bem como, definem as relações entre os entes da federação: *“A maneira como são gerados e distribuídos, entre as esferas de governo, os recursos fiscais e parafiscais, define em boa medida as características próprias dos diferentes arranjos federativos”* (Almeida, 1996, p.15).

Os artigos de 153 a 159 da Constituição tratam dos impostos e taxas exclusivos por esfera de governo e as formas de compartilhamento de receitas entre os entes da federação. Emendas constitucionais também foram feitas sobre essa matéria, definindo da seguinte forma as competências tributárias:

a) de arrecadação federal: Imposto de Renda, Imposto sobre Importação, Imposto sobre Exportação, Imposto sobre Operações Financeiras, Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Propriedade Territorial Rural, Imposto sobre Grandes Fortunas (não cobrado);

E as contribuições sociais: Contribuição social dos empregadores sobre o Faturamento, Contribuição social dos empregadores sobre Folha de salários, Contribuição social dos

empregadores sobre o lucro, Contribuição social dos empregados, PIS/PASEP, Contribuição provisória sobre Movimentação Financeira ;

b) de arrecadação estadual: Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doações, Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços ;

c) de arrecadação municipal: Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbano, Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens Imóveis e Imposto sobre Serviços;

Costa destaca que:

“o maior imposto da federação, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS, seja de arrecadação exclusiva dos estados. Só ele corresponde à cerca de 25% dos impostos arrecadados no Brasil.” (Costa, 2004,p.178),com isso argumenta que uma das tendências observadas na Constituição “do ponto de vista fiscal e tributário, a vantagem de estados e municípios é evidente pelo menos para os mais desenvolvidos” (Costa, 2004, p.179).

Também é definido na Constituição as repartições e transferências das receitas entre os entes federados, como por exemplo:

A União deve transferir 47% da arrecadação do Imposto de Renda e do IPI para:

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste à metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer; (Brasil,1998)

Além das transferências constitucionais, o governo federal também transfere recursos para os estados e municípios que não são condicionados a regras legais de distribuição: são as transferências voluntárias.

Os Fundos de Participação são transferências livres da União para as instâncias subnacionais, que para alguns estudiosos, contribuiu de maneira significativa para a criação de novos municípios, sem a correspondente capacidade de arrecadação e gestão, o que gerou total dependência de recursos transferidos pela União e pelos Estados.

A distribuição dos Fundos para os estados e municípios, com o objetivo de minimizar os desequilíbrios regionais, é proporcional a população e inversamente proporcional a renda. Entretanto como lembra Costa, “...as cotas foram congeladas no início da década de 1990, ao levando mais em consideração qualquer alteração na renda relativa e na população de estados e municípios.” (Costa, 2004 p.179)

Os estados devem transferir para os seus municípios, 25% da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias.

Souza destaca que dentre os países em desenvolvimento, o Brasil é o que possui o sistema tributário mais descentralizado.

Faveret assinala no seu estudo que:

“A perda de recursos decorrentes da descentralização ensejada pela Constituição Federal de 1988 não foi acompanhada de pronto pela efetiva assunção, por parte das esferas subnacionais, das ações financiadas por tais recursos, o que levou o governo federal a recentralização fiscal através, principalmente das contribuições sociais.” (Faveret, 2002, mimeo)

Assim com o objetivo de retomar sua capacidade governativa e financeira, a União assume várias iniciativas de recomposição da sua arrecadação. Uma das estratégias utilizadas foi o aumento das alíquotas das contribuições sociais, que não são objeto de partilha entre os entes federados.

“Pinto (1996), citando trabalho de Raul Velloso, afirma que a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) cresceu 173% acima da inflação entre 1992 e 1995 e a Contribuição Social dos Empregadores para a Seguridade Social que incidente sobre o Lucro Líquido (CSLL) 66%, enquanto o Imposto de Renda subiu 36% e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) 4%, os dois últimos impostos sujeitos à partilha com as esferas subnacionais.” (Souza, 1998, p.10)

Outra questão que merece destaque, diz respeito à relação entre a distribuição de recursos e a dinâmica populacional na sociedade brasileira. O processo de descentralização política, administrativa e fiscal desenhado na Constituição, ocasionou um aumento da quantidade de municípios, além de, conforme observa Dain e Faveret: “...a Constituição ignorou os problemas sociais concentrados nas regiões metropolitanas, bem como, o crescimento das cidades de porte médio..”. (Dain e Faveret, mimeo 2004). As mesmas autoras apontam: “Os municípios das capitais, continuam, como em 1967, a receber apenas 10% do Fundo de Participação dos Municípios, embora sejam responsáveis por serviços públicos prestados a 35% da população...” (Dain e Faveret, mimeo, 2004).

Por outro lado, conforme já sinalizado anteriormente, a fragmentação de unidades políticas, com a criação de vários municípios de pequeno porte, muitos deles, com pouquíssima viabilidade econômica autônoma, ocasionou uma forte dependência dos recursos transferidos pela União. Confirma tal afirmativa, matéria publicada no Jornal do Brasil apoiada na pesquisa Perfil dos Municípios – Finanças Públicas realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2000:

“A maior parte dos municípios (59,8%) depende, para sobreviver, quase exclusivamente de repasses de verbas federais e estaduais. No Estado do Maranhão, essa dependência atinge o ápice: lá se encontram 12 dos 16 municípios cuja receita disponível provém em sua totalidade de transferências de recursos. Significa dizer que os tributos recolhidos pelos municípios são mínimos ou nulos, incapazes de sustentar as despesas com pessoal e investimento. (Jornal do Brasil 27 de outubro de 2004)” .

E acrescentaríamos: incapazes também para assumir as responsabilidades com a prestação de serviços públicos (saúde, educação, entre outros) previstas na Constituição federal.

Com relação ao estado do Rio de Janeiro, a mesma matéria relata:

“A última onda de emancipações no Estado do Rio, ao longo da década de 90, resultou em situações de extremos, ilustradas exemplarmente no Noroeste Fluminense. São João da Barra, município com maior autonomia financeira do Estado em 2000 - segundo a pesquisa do IBGE -Perfil dos Municípios - deu origem a São Francisco de Itabapoana, localidade que é

hoje a mais dependente de recursos transferidos pela União e pelo Estado.”

(Jornal do Brasil, 27 de outubro de 2004)

Assim na nossa federação, existem municípios que no campo político e administrativo são por força da Constituição autônomos, entretanto, com forte dependência financeira das outras esferas nacionais. Este fato pode interferir no pleno exercício da autonomia e conseqüentemente, na configuração das relações intergovernamentais para a implementação das diferentes políticas sociais.

1.4) SOBRE FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO: QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES ?

Bobbio e Matucci ao tratarem dos temas de descentralização e centralização, chamaram a atenção para uma certa relatividade na distinção dos enunciados:

“... se for verdade que eles representam dois tipos diferentes e contrapostos de ordenamentos jurídicos, é também verdade que se trata de figuras encontradas na sua totalidade somente em teoria... Isso significa que todos os ordenamentos jurídicos positivos são parcialmente centralizados e, em parte, descentralizados, isto é, que, considerada a Centralização e a Descentralização como dois possíveis valores, não existe um sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra.” (Bobbio,1998 p.329)

Consideramos que a premissa proposta pelo autor, contribui para uma dada compreensão da complexidade do sistema federalista brasileiro nos seus aspectos políticos, administrativos e fiscais, e suas implicações nas relações intergovernamentais, quando destaca a inexistência em “estado puro” de processos totalmente centralizados ou totalmente descentralizados.

Os autores propõem que a partir da concordância com a premissa acima, podemos considerar a seguinte definição (para fins descritivos):

“Temos centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. Temos, ao contrário, Descentralização quando os órgãos centrais do

Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver suas próprias atividades.” (Bobbio,1998,p.330)

Na consideração acima vemos que, a descentralização é entendida a partir da centralização e vice-versa. São dois lados de uma mesma moeda. Os dois processos só existem em relação um com o outro. Outra observação importante a ser feita, a nosso ver, é que o núcleo explicativo da definição encontra-se na questão do exercício do poder . Assim supomos que: a descentralização implica que o nível local exerça sua autonomia sem a interferência do poder do nível federal. Outra questão que nos parece interessante observar, é que nessa proposição (“desenvolver suas próprias atividades”), não está colocado que possam existir atribuições ou competências concorrentes entre os níveis de governo. Pelo contrário; as competências são bem definidas, não havendo dificuldade em definir o que é “mínimo de poder para desenvolver suas atividades”.

Considerando o desenho do nosso federalismo, tal questão ganha relevo, na medida que, uma das características do(nosso) sistema, são as atribuições concorrentes entre as esferas governamentais. Tal questão, significa que a implementação de políticas setoriais pelos distintos entes governamentais é uma delicada rede de interações.

A definição de descentralização utilizada por Favaret pressupõe:

“...a capacidade dos governos subnacionais de efetivamente gerirem as políticas em questão, com plena responsabilidade e possibilidade de tomada de decisão sobre os recursos financeiros, humanos e materiais necessários à execução das políticas.(Favaret,2002,p.19)

Podemos acrescentar que a descentralização é um processo histórico, socialmente modelado. Isto significa que a descentralização assume contornos (e significados) de acordo com uma conjuntura, e de acordo com uma dada sociedade. Também devemos considerar que para a identificação das relações intergovernamentais em determinado processo, devemos refletir qual a dinâmica de poder estabelecida entre o “centro e a periferia”.

Para o nosso estudo, a descentralização do Programa de aids, será refletida considerando a dinâmica e as relações construídas entre o governo federal e os estados e municípios, tentando identificar os movimentos de “centro e periferia” e os “papéis e lugares” assumidos. Também tentaremos observar a capacidade (técnica, política e financeira) de

estados e municípios exercerem com autonomia suas atribuições e responsabilidades decorrentes da descentralização. Outra questão que merece destaque é a reflexão sobre a possibilidade (ou não) desse processo (de descentralização) ser homogêneo (e efetivo) no país e particularmente no nosso estado, tendo em vista as disparidades regionais. É interessante construir pactos homogêneos (para a execução de determinadas políticas) ou poderíamos ter distintos acordos a partir de alguns indicadores definidos conjuntamente (entre as instâncias governamentais) ?

“Os estudiosos da ciência da administração, da ciência política e do direito costumam afirmar que o problema da transferência de funções do” centro “para a” periferia “é natural em qualquer administração que tenha ultrapassado certas dimensões” (Bobbio,1998,p.330).

Álvares Afonso nos lembra que : *“o termo federação diz respeito à idéia de” união “,” pacto “, articulação das partes (estados) com o todo (nação), por intermédio do governo central ou federal. No Brasil, entretanto, federalismo tem sido recentemente associado ao processo de descentralização...”* (Afonso,1995,p.57)

Bobbio destaca que:

“a descentralização política, porém, não coincide com o federalismo...Somente quando a Descentralização assume os caracteres da descentralização política podemos começar a falar de federalismo ou, a nível menor, de uma real autonomia das entidades territoriais”.(Bobbio,1998p.331).

O autor considera a noção de “direito autônomo” como essencial para a caracterização da descentralização política. Nesse aspecto, tendo em vista o princípio da nossa Constituição citado anteriormente, esta característica está presente no sistema brasileiro.

Para Afonso o pacto federativo, está relacionado a alianças ancoradas em fundos públicos que constituem *“elementos decisivos para qualquer federação.”* (Afonso,1995p.58), principalmente no Brasil onde a heterogeneidade regional é uma marca estrutural.

Como vimos anteriormente, a Constituição de 1988 fortaleceu estados e municípios, tanto no aspecto financeiro, como no administrativo, entretanto, *“o ideal sonhado pela Assembléia Constituinte não se concretizou plenamente por razões estruturais, de caráter*

econômico, político e social da própria formação da federação brasileira e do quadro de forte centralização durante o regime ditatorial.” (Faveret,2002,p.25)

A mesma autora explicita:

“...no período de 1992 a 1994,(ocorreu) uma acentuada tendência à recentralização fiscal ou, pelo menos, uma desaceleração no processo de descentralização fiscal, fortemente baseada nas contribuições sociais sobre o faturamento e o lucro, principais fontes de financiamento das políticas de proteção social, tais como a saúde e assistência social que têm, como diretriz constitucional, a descentralização.” (Faveret,2002,p.69)

Assim temos um modelo de federalismo que por um lado, definiu as relações entre os entes federados, pelo princípio da autonomia política e administrativa, porém, quando considerada a capacidade de autonomia financeira, observamos uma forte dependência de recursos da União, tanto recursos que por força constitucional garantem a autonomia de gastos, mas também, e cada vez assumindo uma maior importância para sobrevivência das entidades subnacionais (principalmente municípios), recursos vinculados para implementação de políticas setoriais desenhadas pelo governo federal.

Recorremos à análise de Sulamis Dain para reforçar o argumento apresentado:

“De um lado, a gênese da federação brasileira teve elementos de reforço ao poder central e não à cooperação necessária a um processo efetivo de autonomia e descentralização, característicos de outras federações. De outro, o pacto federativo e sua tradução fiscal produzem ou aceitam o excesso de fragmentação municipal, que mantêm o comando central das políticas e dificulta a formação de escalas mínimas para a coordenação e produção eficiente de serviços de saúde.” (Dain:2000,p.70)

Dain também constata que:

“Desde que a Constituição de 1988 alterou as relações fiscais entre União, estados e municípios criando condições para a definição de um novo pacto federativo, esperava-se mudanças significativas nas trocas governamentais...entretanto, a mesma Constituição que consagrou a descentralização de impostos reforçou o caixa do governo federal,pela

ampliação da carga tributária associada as contribuições sociais...” (Dain, 2000,p.88)

Arretche chama a atenção do que considera:

“...paradoxo que o processo de descentralização, tal como tem se desenvolvido no Brasil tem evidenciado: o eventual sucesso de medidas descentralizadoras supõe o fortalecimento das capacidades institucionais e administrativas (e, portanto, do poder decisório do governo central)” (Arretche,1997, p.137).

A mesma autora avalia ser “impreciso” considerar que o país teve uma descentralização das funções do Estado:

“Na verdade, para além dos esforços de descentralização de alguns programas públicos e dos resultados descentralizados que as iniciativas dos níveis subnacionais tem ensejado, não existe uma estratégia ou programa nacional de descentralização que, comandado pela União, proponha um rearranjo das estruturas políticos-institucionais do Estado. Existe, sim, sob o impulso da consolidação democrática e da crise de capacidades estatais do governo federal, uma conflitiva barganha em torno da descentralização fiscal...” (Arretche, 1997,p.141).

Tavares quando abordando o mesmo tema considera que *“centralização e descentralização tem sido fenômenos antes concomitantes do que mutuamente excludentes”* (Tavares,1996,p.16).

Tavares e Arretche parecem concordar na compreensão de:

“...pensar que a descentralização implique inexoravelmente redução da importância da instância nacional. Ela pode resultar seja na criação de novos âmbitos de ação, seja na definição de novos papéis normativos, reguladores e redistributivos que convivem com a expansão das responsabilidades de estados e municípios” (Tavares,1996,p.16). “...pode-se afirmar que o sucesso de reformas do Estado de tipo descentralizados supõe uma expansão seletiva das funções do governo central, mais especificamente o fortalecimento de sua capacidades administrativas e institucionais na condução e regulação de políticas setoriais implementadas

pelos governos subnacionais e do processo de descentralização” (Arretche, 1997,p.148).

Concordamos com a argumentação das autoras, no entendimento que a descentralização não implica a desresponsabilização ou esvaziamento do nível central; mesmo porque, como já dito anteriormente, frente as enormes disparidades regionais, como garantir resultados satisfatórios e equânimes na implementação de políticas setoriais em todo o território nacional considerando as diferentes capacidades administrativas, políticas, técnicas e financeiras dos entes federados? Será que tal questão não implica a necessidade de mecanismos distintos de implementação, com responsabilidades diferenciadas (pactuadas) entre os três níveis de governo?

Mesmo considerando os impasses e dificuldades já abordadas, que avaliam o federalismo brasileiro com características particulares, e mesmo compreendendo como essa dinâmica influencia a implementação da descentralização em políticas setoriais, o processo de descentralização na saúde é analisado por estudiosos (Arretche,1997;Tavares,1996;) como uma das reformas mais bem- sucedidas. Não eliminando, entretanto, a necessidade de seu aperfeiçoamento.

Em entrevista o cientista político Fernando Abrucio, quando argüido sobre quais os avanços para o sistema federalista brasileiro, responde:

“O Brasil é um país muito heterogêneo. Muitos municípios não têm condições de sustentar esses gastos maiores e ficam dependentes de recursos de outros níveis de governo. Isso se articulou com a multiplicação dos municípios no final da década de 80 e começo dos anos 1990, isso atrapalhou o país. Os gastos sociais dos municípios no agregado aumentaram. Fora isso temos tido eleições regulares para prefeitos e governadores como poucos países do mundo. Eleições regulares, limpas, mais justas do que eram antes. Mesmo assim, as instituições políticas subnacionais mereceriam um aperfeiçoamento maior... Não dá para dizer que o Brasil não é federalista. Uma federação não é um jogo de uma rodada só, é um jogo de várias rodadas que envolve essa negociação entre os níveis de poder. “ (Prima Página, em 02/12/2004 acesso Internet:www.pnud.org./noticias/impressão) .

Concordando com Bobbio, quando este chama a atenção que: *“Na organização do Estado, o problema da centralização e descentralização estão sempre presentes; trata-se, então de avaliar os instrumentos jurídicos através dos quais, respectivamente, eles podem ser valorizados”*(Bobbio,1998,p.330), trataremos a seguir, de identificar os mecanismos que a diretriz da descentralização foi implementada na política de saúde brasileira.

2- A DESCENTRALIZAÇÃO NO SETOR SAÚDE

2.1- A CONSTITUIÇÃO DE 88 E ALGUMAS IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE

2.1.1- O “DIA SEGUINTE” NA ATENÇÃO

Conforme vimos anteriormente, a conjuntura de redemocratização que atravessava o país na década de 80, contribuiu para que as políticas setoriais descentralizadas traduzissem a demanda de vários setores da sociedade, objetivando tanto, fortalecer as instâncias locais de decisão (como por exemplo, conselhos, comissões tripartites, entre outros) como também, fortalecer as instâncias subnacionais (estados e municípios) no cenário político nacional.

Podemos considerar que a descentralização nesse contexto, articulou-se e por vezes, até foi sinônimo de processos democráticos. Apesar da ressalva para a política de saúde, podemos supor que esse forte conteúdo descentralizador proposto para as políticas sociais, articulava-se ao processo global de ajuste estrutural implementado no período. O receituário neoliberal salvador (e único possível) para a crise econômica que atravessavam os países emergentes, proposto pelo consenso de Washington (formulado pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional,) tinha como uma das medidas preconizadas, a descentralização e focalização das políticas sociais. Neste trabalho por ter como cenário a política de saúde, consideraremos que o predomínio da diretriz de descentralização na formulação da política de saúde, tem como principal inspiração a reconstrução democrática do país.

A Constituição de 1988 ampliou direitos sociais, garantindo o acesso a várias políticas setoriais. Destacamos a garantia de acesso universal ao sistema de saúde para todo cidadão:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988)

A Carta institucionalizou também, a descentralização como uma das diretrizes para a organização do sistema:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.”(Brasil,1988)

O mesmo artigo constitucional, conforme observamos, estabelece que os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

Outro importante atributo da Constituição de 1988, além da descentralização das políticas sociais, foi a descentralização fiscal, que para alguns analistas (Lima,2005; Dain,2000, Oliveira,1995), contribuiu para a fragmentação de entidades subnacionais, interferindo na capacidade de respostas adequadas na prestação de serviços.

“A via tributária de distribuição de receita resultou numa excessiva fragmentação das unidades políticas responsáveis pela escala mínima de prestação de serviços, dificultando o aperfeiçoamento e a organização e hierarquização de serviços setoriais que deveria reforçar.” (Dain, 2000 p.87)

Acrescentamos que, para determinadas políticas de saúde específicas, como por exemplo, a assistência, prevenção e controle da aids, alguns analistas (Nemmes, mimeo) estabelecem um certo grau de relação entre a qualidade da assistência prestada e o volume de atendimentos realizados. Por outro lado, a qualidade também pode estabelecer relação com o grau de complexidade do serviço de saúde. Ou seja, seria importante um certo número de atendimentos, em um serviço com um determinado grau de complexidade para preservar a qualidade da atenção. Isto não significa que municípios de pequeno porte não devam se responsabilizar pelo controle, prevenção e assistência a aids em seu território. Muito pelo contrário. Devem se responsabilizar e inclusive, definir as suas demandas e necessidades a fim de garantir e organizar as atividades que viabilizem o acesso à atenção. O grande desafio nesse caso é a imprescindível pactuação entre os municípios que possibilite o acesso adequado a todos os níveis de complexidade que a atenção à aids compreende.

Dain chama atenção para:

” O volume da receita pública vinculada às contribuições sociais gerais, hoje repassado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios, dentro do

modelo hierarquizado e descentralizado de repartição de recursos e de encargos do SUS (Sistema Único de Saúde), é em muitos casos superior às tradicionais transferências constitucionais de receita tributária associada aos Fundos Constitucionais de Participação feita aos estados e particularmente aos municípios.” (Dain,2000,p. 86)

Constatamos assim, a importância que assume para os entes subnacionais, principalmente municípios de pequeno porte, as transferências do governo federal para a prestação da assistência à saúde. Há que se pensar se nas transferências há o predomínio do critério de alocação livre, respeitando assim, o princípio de autonomia entre os entes federados ou se (a transferência) está articulada à determinadas normatizações ou condicionalidades. Também pode fazer parte da reflexão, que, em considerando as nossas disparidades regionais e as responsabilidades dos níveis governamentais, será que a alocação dirigida (sempre) necessariamente significa uma contradição com o sistema federalista? Qual o equilíbrio possível e necessário do poder (político, administrativo e financeiro) entre as instâncias governamentais para atenuar as desigualdades sociais e qual a contribuição que uma política de saúde específica pode dar nesse processo? Quais são os pactos (solidários e não competitivos) que podem e devem ser construídos? Não pretendemos aqui ter as respostas para esses pontos, mas sinalizar que são questões estratégicas que a nosso ver merecem ser refletidas pelo conjunto de atores comprometidos com a garantia do pleno exercício do direito à saúde. Achamos que um patamar inicial de discussão diz respeito tanto ao princípio de autonomia entre os entes subnacionais, como também, a responsabilização dos níveis de governo e suas respectivas competências para alcance de resultados. É fato que articulamos aqui a autonomia e capacidade de resposta, ou competência dos níveis de governo. Estamos aqui utilizando modestamente e economicamente o termo competência significando alcance de resultados e no nosso caso, especificamente, implicando na melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas. Ou seja, ser autônomo significa ter plena condição de definir e implementar políticas. Mas será que existe de fato alguma instância com plena autonomia de decisão sobre os assuntos públicos? Será que essa autonomia não será sempre relativa? O mesmo raciocínio pode ser feito para a descentralização. E novamente aqui recuperando Bobbio, será que não será sempre uma característica da descentralização a relatividade?

2.1.2- O “DIA SEGUINTE” NO FINANCIAMENTO

Na década de 70 o governo militar (para garantir apoio) flexibilizou a tomada de empréstimos pelos governos estaduais e municipais de grande porte. Entre a década de 80 e 90 entretanto, com o crescente aumento de juros praticados pelo mercado, as dívidas assumiram um enorme volume. Em 1989 o governo federal assumiu e refinanciou a dívida externa dos estados e municípios com taxas de juros subsidiadas. Dain analisando esse processo avalia que:

“o crescimento e a renegociação do endividamento de estados e grandes municípios, centralizados pelo Governo federal, passam a inibir a autonomia dos governos locais, em particular os estados, para formular e financiar políticas públicas, uma vez que a renegociação tem como condicionalidade um “ajuste fiscal” determinado pela União e portanto dissociado das prioridades locais de gasto, desde então fortemente inibido.” (Dain,2000,p.94,mimeo)

Outro fato que pode ser interpretado como dificultador para o exercício da “autonomia” dos estados é o resultado da “descentralização” tributária que para Dain: *“Ao contrário dos municípios, que tiveram significativo aumento de sua receita disponível, os estados mantiveram inalterada sua participação na carga tributária - em torno de 27% -”.* (Dain, 2000,p.99). Para a autora os dois fatos, o endividamento e a reduzida participação na carga tributária, definiram um papel coadjuvante para os estados no cenário nacional, e que portanto, com interferência na sua capacidade de investimento na implementação das políticas públicas.

A Constituição de 88 quando propôs a criação do Orçamento da Seguridade Social(OSS) pretendia garantir o financiamento integrado das três áreas sociais: saúde, assistência e previdência social. A fim de fazer valer os direitos sociais inscritos constitucionalmente era prioritário o OSS ter fôlego com a ampliação das fontes de financiamento. A proposta do orçamento da Seguridade Social desenhada era de *“...centralizar contribuições sociais arrecadadas pelo Orçamento Geral da União (OGU), em adição à contribuição sobre a folha de salários, arrecadada diretamente pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS).* Entretanto, tal proposição naufragou.” (Dain, 2000,p.118)

Na década de 90 observamos verdadeiras disputas entre os entes federados pela receita pública – a chamada “guerra fiscal” – para financiar as políticas setoriais.

Pode-se supor que, diante do quadro exposto, existe uma certa dificuldade para a construção e efetivação de mecanismos de cooperação e pactuação entre os níveis governamentais para a implementação das políticas setoriais. Entretanto, o notório problema do financiamento da saúde, possibilitou a articulação de diversos setores da sociedade na busca de alternativas para superar o problema.

“A partir de 1993, particularmente com a especialização da folha de salários no financiamento dos gastos previdenciários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, mais recentemente, com a competição do Ministério da Previdência pelas demais contribuições sociais, o estabelecimento de fontes estáveis para a saúde tornou-se ainda mais essencial.” (Faveret, 2003, p.372).

Tal questão foi e hoje ainda é a nosso ver, tratada como estratégica para o conjunto de setores sociais “militantes” da área da saúde. Resultado concreto desse esforço coletivo para dotar o setor saúde com fontes estáveis de financiamento foi a aprovação em setembro de 2002 da Emenda Constitucional nº 29.

2.1.3-O “DIA SEGUINTE” NAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Novamente aqui vamos recuperar o texto constitucional e refletir sobre as implicações que as recomendações da Carta Magna pode ter quando observado as relações entre os níveis de governo:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo”;
(Brasil, 1988)

O texto constitucional sinaliza um permanente desafio para os gestores dos três níveis de governo: implementar um sistema único, com direção única em cada esfera de governo, obedecendo aos critérios de hierarquização para a organização e ao mesmo tempo, garantir

a autonomia das três esferas de governo também escrita no texto constitucional. O enunciado pode significar uma outra diretriz(implícita) para o sistema: para o alcance dos objetivos do sistema é imprescindível a cooperação e ajuda mútua entre os três níveis de governo. Não cabe portanto, a concorrência e disputa entre as instâncias governamentais. Mas diante dos escritos até aqui, quais são as condições para que esse pressuposto “embutido”, tenha força suficiente para se tornar um dos eixos estruturantes do sistema? Será que a forma predominante de remuneração do Sistema Único de Saúde, onde predomina o pós-pagamento, contribui para a consolidação de um sistema baseado na solidariedade entre parceiros ? Ou coloca-os, (diante das dificuldades já sinalizadas), em uma tensa e permanente contenda para a captação de recursos?

Para Biasotto a Constituição deixava desafios importantes para serem superados, sendo os seguintes destacados pelo autor:

- a) a descentralização do sistema de saúde, apesar das competências concorrentes entre os três níveis de governo e garantir as características do sistema federativo brasileiro ;
- b) caráter público do sistema, apesar da manutenção dos interesses do setor privado;
- c) o conceito de seguridade social, com a articulação das três áreas: saúde, assistência social e previdência social, entretanto, o que prevaleceu, foi a disputa de recursos pelas três áreas;

“Os múltiplos desafios colocados aos gestores e formuladores do sistema exigiam que se desenhasse um modelo de gestão que, além de comportar a renovadora presença dos poderes locais, tivesse(entre outros) condições de articular níveis diferentes de governo...” (Biasotto, p.3)

Outra questão que merece relevo na reflexão sobre o possível impacto da Constituição de 88 nas relações intergovernamentais do setor saúde, diz respeito as modalidades de financiamento foco de *“...permanentes conflitos e embates nos campos técnico e político, entre atores situados nos três níveis de governo...”*(Campos, mimeo). O enfrentamento e superação desses conflitos tem nos espaços das Comissões Intergestores fóruns privilegiados de articulações e manejo de arranjos institucionais entre as três esferas de governo, tanto no âmbito da assistência a saúde, como também, na distribuição de recursos. Configuram-se assim, como canais de permanente negociação. Há que se pensar

entretanto, no fôlego desses espaços em manter-se de fato, como espaços dialógicos, propositivos e representativos, afastando-se do risco de tornarem-se instâncias formais e burocratizadas, que apenas cumprem rituais definidos em outros palcos.

2.2-A LEGISLAÇÃO MUNICIPALISTA DO SUS: LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) se realiza através de legislação infraconstitucional – a Lei Orgânica de Saúde -Lei Nº 8.080, promulgada em 19 de setembro 1990. No seu artigo 4, a lei diz que :

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).(Brasil,1990)

Quando trata no capítulo 2 dos Princípios e Diretrizes, é explicitada, entre outros, a diretriz da descentralização, e sua característica municipalista:

“IX - descentralização político-administrativo, com direção única em cada esfera de governo;

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;”(Brasil,1990)

A referência ao processo de regionalização nos parece que é feita de forma tímida, não enfatizando o caráter estratégico desse princípio para a organização do sistema

Com relação aos recursos financeiros, a lei também explicita a premissa da conjugação de recursos (financeiros, tecnológicos, materiais e humanos) das três esferas governamentais.

O capítulo IV da lei diz respeito às atribuições e competências por esfera de governo. Interessante observar que as competências tanto do nível federal, como do nível estadual, são explicitadas na direção da promoção da descentralização municipal das ações e dos serviços de saúde.

Nota-se também como atribuição do nível estadual, o apoio técnico e financeiro aos municípios e a execução somente em caráter suplementar das ações e serviços de saúde. Diferentemente das atribuições do nível municipal, quando é explicitado a competência de: “planejar, organizar, controlar, e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar as ações e serviços de saúde”(Brasil,1990). Considerando o explicitado na Lei podemos supor

a fragilidade do nível estadual com relação a definição de competências no SUS, diferentemente do nível municipal, que é fortalecido e com um conjunto de atribuições, que o coloca como o grande responsável pela saúde dos cidadãos.

Para Biasotto a Lei também reflete o esvaziamento da esfera federal quanto observada a atribuição dessa esfera de governo na aplicação de recursos, na medida que lhe compete: “tão somente acompanhar através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios”.(Biasotto, p.11,mimeo) Outro argumento apresentado pelo autor para exemplificar o esvaziamento da esfera federal, diz respeito ao contido no artigo 35 quando este trata do conjunto de critérios para o estabelecimento de valores das transferências federais para as outras esferas subnacionais:

“O esvaziamento do papel do Governo Federal na gestão dos sistemas ia ainda mais além no parágrafo 1º do artigo 35, prevendo que “metade dos recursos destinados às esferas sub-nacionais será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. Desta forma rompia-se drasticamente com a forma de pagamento do antigo INAMPS, cujo parâmetro era a rede prestadora, construída como reflexo da demanda por assistência de trabalhadores detentores de vínculos formais. “(Biasotto, p.12,mimeo).

Podemos aqui fazer a seguinte ponderação frente ao argumento apresentado: talvez se os critérios de distribuição de recursos fossem respeitados, poderíamos ter um importante dispositivo para minimizar as diferenças regionais, ao passo que, prevalecendo o critério de repasse por produção de serviços, os estados e municípios com escassez de oferta estarão sempre em uma situação desfavorável.

Nos chama atenção o enorme corolário de atribuições comuns das três esferas de governo descritas no artigo 15. Diante de tal situação, consideramos que os mecanismos de pactuação do sistema assumem grande relevância, na medida em que podem atenuar a sobreposição e concorrência das ações.

Quando o financiamento é abordado, é explicitado que os recursos terão como fonte o orçamento da seguridade social (essa situação é alterada posteriormente conforme já descrito).

Os critérios de distribuição de recursos, segundo o artigo 35, seria feito, obedecendo aos seguintes parâmetros: perfil epidemiológico, características da rede de serviços, desempenho no período anterior, participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, ressarcimento do atendimento prestado para os outros níveis de governo. O mesmo artigo também previa que, 50% dos recursos seria repassados segundo critério per capita. Destaca-se que esse artigo, até hoje não foi regulamentado.

A lei nº 8.142, aprovada em dezembro de 1990, versa sobre a participação social no SUS, e sobre a transferência financeira entre os níveis de governo, estabelecendo que os repasses deveriam ser automáticos e regulares para os estados, municípios e Distrito federal ; sendo 70% dos recursos destinados a municípios e o restante aos estados. O condicionante para o recebimento dos recursos era: a existência de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, contrapartida financeira e comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Ao considerarmos as características do federalismo brasileiro, sinalizadas anteriormente, podemos refletir como estas repercutem na formulação da política de saúde. Estados e municípios na nossa federação, são entidades autônomas, entretanto, dependentes dos recursos transferidos pela União. Para fins desse estudo, tal dicotomia ganha relevo, visto que levanta a discussão sobre até que ponto é possível de fato, o exercício da autonomia na definição da política de saúde em geral , e particularmente, na política de controle da aids.

Em outras palavras: até que ponto tal processo de dependência financeira pode interferir na relação entre os entes da federação ? Essa dinâmica pode traduzir relações hierárquicas entre as instâncias de governo na formulação e implementação das políticas de saúde em geral e particularmente na política de dst/aids ?

2.3 -A ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DO SUS:DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS NORMAS

A descentralização do setor saúde, foi implementada através de um conjunto de Portarias formuladas pelo governo federal, que regulamentaram e normatizaram as relações entre os entes federados.

A edição deste conjunto de Portarias, as NOBs (Normas Operacionais Básicas) foram os instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde para a implementação do SUS. Trataram

de definir os mecanismos de repasse dos recursos federais para os estados e municípios e também as responsabilidades por níveis de governo. Como já observado anteriormente, no modelo federalista nacional, podemos considerar que a autonomia dos entes subnacionais é relativizada (principalmente municípios de pequeno porte) devido a forte dependência de recursos transferidos pela União. Essa dependência financeira também é constatada na implementação da política de saúde. Como observa Lecovitz e colaboradores:

“...os critérios e mecanismos de repasses/transferências dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde.” (Lecovitz:2001, p.273)

As NOBs foram reeditadas e substituídas, conforme as estratégias definidas como pertinentes para a consolidação do SUS. Durante a década de 90 foram editadas três NOBs.

A primeira NOB foi editada em 1991, é a NOB SUS 01/91, e reeditada NOB SUS 01/92. A NOB estabelece critérios para a transferência de recursos da União para os outros níveis do sistema, diferentes daqueles preconizados pelas leis nº 8080 e lei nº 8142. Analisando esse tema, Lecovitz sinaliza que

“...a alteração do critério de transferência automática, proposto pela legislação infraconstitucional, para o critério de transferência negociada para municípios, proposto pela NOB SUS1/91 e demais portarias publicadas em 1991 e 1992, aparece como uma das tentativas da União em voltar a centralizar a receita tributária.” (Lecovitz:2001,p. 274):

Para definir transferências negociadas, os autores recorrem a Afonso (apud Barrera e Roarelli,1995) e a definem como “*transferências não tributárias e não-regulares, por estarem vinculadas a programas específicos e dependerem de mecanismos convencionais.*”

Maria Alice Ugá analisando a NOB 91, na perspectiva de alocação de recursos, também sugere, que esta representou um processo de fortalecimento do nível federal, na medida que:

“(a) não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, na medida que, em vez de transferências globais para

estados e municípios, como era esperado, o financiamento da atenção médica se efetivava mediante pagamento direto, por parte do Ministério da Saúde aos prestadores de serviços de saúde;

b) reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo;

e

c) passou a tratar as esferas infranacionais de governo como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por delegação ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização. “(Ugá: 2003,p.419)

A Norma também estabeleceu: a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) dirigido aos hospitais universitários; as transferências de recursos feitas por produção mediante convênios para prestação de serviços assistenciais ambulatoriais através da UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial; criação do Sistema de Informação Ambulatorial, que em conjunto com o Sistema de Informação Hospitalar, contribuíram para a uniformização do gerenciamento da remuneração por produção do sistema. Foram definidos dessa forma, os recursos para o custeio da rede assistencial. Os recursos para investimentos definidos na NOB dirigiram-se a rede de saúde já existente. Nesse período o governo federal repassou recursos somente para pagamento da produção de serviços. Não houve como já descrito anteriormente, a transferência automática e direta de recursos para os gestores estaduais e municipais. Neste processo, estados e municípios não foram considerados como gestores do sistema, ficou implícito o papel atribuído a esses agentes: prestadores de serviços. Não foram previstos recursos para as ações de saúde coletiva. As necessidades de saúde da população não foram consideradas como critério para alocação de recursos.

Entretanto, apesar de todas essas questões levantadas, segundo o Manual do Gestor, publicação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS), editado em março de 1997:

“A adesão a NOB 91 foi lenta e os incentivos financeiros inconstantes, mas os passos rumos à efetiva descentralização do sistema estavam dados. Após dois anos de vigência, mais de mil municípios brasileiros eram

considerados habilitados e formaram a base na qual foi instituído o conceito de gestão a partir de 1993.” (COSEMS:1997,p.15)

Lecovitz, entretanto, quando verifica a significativa adesão dos municípios a NOB 91, atribui que tal processo pode ser explicado, como resposta a insatisfação dos secretários municipais de saúde ao processo de implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS - no período de 1987 a 1989), que privilegiava o relacionamento entre o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e as Secretarias de Estado de Saúde, no estabelecimento de convênios; ou seja, o SUDS poderia ser caracterizado como um processo de estadualização na gestão do sistema, e a NOB reforçou a descentralização municipalista como estratégia prioritária para a implantação do SUS. Novamente aqui pode ser observado um certo esvaziamento da esfera estadual, que pode ter contribuído com a atomização do sistema e com uma certa dificuldade na construção de redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas conforme previsto na Lei Orgânica de Saúde.

A NOB SUS 01/93 estabelecida através da Portaria Ministerial nº 545, de 20 de maio de 1993, define condições de gestão para os municípios, rompendo com a lógica convencional. Ressalta-se como evento importante que contribui para a diretriz norteadora da referida NOB, a IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 com o tema central: “A Municipalização é o caminho”.

Destaca-se também que a esta NOB, tem forte influência do documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei” elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde em abril de 1993, inspirado em documento produzido pelo Grupo de Trabalho de descentralização do Ministério da Saúde.

Esta NOB caracteriza-se por um forte conteúdo descentralizador, entretanto, com o entendimento que este processo guarda diferenças. Assim com o pressuposto da heterogeneidade que o processo de descentralização na saúde podia assumir, devido às diferenças entre as regiões do país, esta Norma propõe um certo gradualismo na autonomia técnica e financeira na condução do sistema através de níveis de gestão diferenciadas. Cada modalidade de gestão correspondia a determinadas responsabilidades e implicava também, no cumprimento de certas exigências. Assim, conforme maior o grau na habilitação da gestão, há uma maior responsabilização na organização e prestação de serviços. Apesar de

iniciar as transferências Fundo a Fundo, prevalece à lógica do pagamento prospectivo como base de cálculo para as transferências realizadas pelo gestor federal para os níveis subnacionais.

As transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, operavam através da habilitação a determinada condição de gestão do sistema: incipiente, parcial e semiplena, que traduziam, como dito anteriormente, a diferentes capacidades administrativas, técnicas e financeiras para a organização da rede assistencial. São habilitados nesse período, 3.127 municípios brasileiros.

Com esta NOB foram criadas as instâncias de pactuação do sistema: as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e a Comissão Intergestores Tripartite, responsáveis pelos acordos e articulação entre os gestores das três esferas de governo, inclusive, aquele relativo a aprovação das habilitações, e conseqüentemente, definidor dos critérios de distribuição dos recursos federais.

Assim, a distribuição dos recursos financeiros do SUS transferidos pelo governo federal é pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal e Bipartites no âmbito dos estados.

Segundo a publicação “O SUS de A a Z – Garantindo saúde nos municípios.”, editado pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Ministério da Saúde em 2005, as Comissões Intergestores Bipartite são definidas como:

“Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado de Saúde – e dos secretários municipais de saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado...As CIBS foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica e instalada em todos os estados do país”.(CONASEMS:2005,p.,55)

Na mesma publicação, encontramos como definição da Comissão Intergestores Tripartite (CIT):

“Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de

governo – União, estado, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional dos Secretários estaduais de Saúde e cinco pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no país. Nesse espaço as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada a direção nacional do SUS.” (CONASEMS:2005,55)

As CIBs e a CIT traduzem assim, uma estratégia para a cooperação da gestão entre os três níveis de governo, implementando um importante espaço de negociação entre as esferas governamentais.

A forma de remuneração das unidades assistenciais continuou a mesma. A Norma instituiu o repasse automático de recursos (para o custeio dos serviços assistenciais), o fundo a fundo para os municípios habilitados na condição de gestão semiplena, tendo como critério de transferência de recursos à produção realizada, estabelecendo assim, os Tetos Financeiros. Registre-se que esses critérios eram geralmente, elaborados pelas Secretarias de Estados, porém discutidos e aprovados nas CIBs.

Os municípios habilitados em gestão semiplena (devido a dificuldades financeiras do período, só foi possível efetivar essa modalidade de gestão para os municípios), passaram a efetuar o pagamento dos prestadores de serviços (públicos e privados). Assim, para os municípios habilitados em gestão semiplena o pagamento para as unidades prestadoras de serviço era feito pelo município, diferente da relação anterior, onde o nível federal pagava diretamente as unidades pelos procedimentos executados. Dito em outras palavras: os municípios em gestão semiplena, mantinham relação direta com o governo federal. Como assinala Lecovitz:

“Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais.” (Lecovitz:2001,p.277)

A NOB SUS 01/96 – “Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, foi publicada em 6 de novembro de 1996 e redefine as condições de gestão estadual e

municipal. O município continuou a ser identificado como a principal instância pela prestação de serviços, como explicitado no item Finalidade da Norma, que diz:

“A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição de responsabilidades dos estados, do Distrito federal e da União..” (Brasil,1996).

Em outro trecho, observamos também a ênfase ao processo de municipalização:

“Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal.” (Brasil,1996)

A NOB é enfática na responsabilização do município pela assistência a saúde em seu território.

Aos níveis estadual e federal são atribuídos a co-responsabilização pela assistência a saúde, na “ausência do poder municipal”.

Permaneceu a perspectiva do gradualismo quanto à gestão do sistema de saúde. Parece que a situação ideal, é o alcance pelo conjunto dos municípios da gestão plena do sistema de saúde. Podemos inferir que a habilitação à gestão plena significa *per se*, qualidade na prestação da assistência, e mais que isso, a gestão plena possibilitaria e concretizaria o direito a saúde. Podemos supor, portanto, que a Norma almejava (como situação ideal) o alcance pelo conjunto dos estados e municípios da gestão plena do sistema.

Tal argumento pode ser ilustrado quando a Norma trata do Sistema de Saúde Municipal:

“O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmo direitos.”(Brasil,1996)

A Norma ao detalhar os papéis do nível estadual, destaca como *“o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais...”* (Brasil,1996)

Quanto as responsabilidades do nível federal, destacamos a que atribuiu o exercício das funções de normatização e de coordenação nacional do SUS.

Merece destaque a necessidade expressa na Norma, de “*redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos de estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão.*”(Brasil,1996) O documento destaca várias ações e estratégias que deveriam ser executadas para concretizar o enunciado anterior. Lecovitz destaca algumas destas:

- a) implementação do Planejamento, Programação pactuada entre gestores e Integrada (PPI), que traduz a organização da assistência, incluindo a definição de referências e recursos a partir da relação entre gestores;
- b) aumento das transferências federais automáticas para os níveis subnacionais, com a criação de incentivos financeiros, de acordo com o cumprimento de determinadas exigências;
- c) reorientação do modelo de atenção através da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS);

Os níveis de gestão estadual que foram previstos na NOB foram: avançada de sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios: plena de atenção básica e plena do sistema municipal. As condições de gestão relacionam-se a modalidades diferentes de repasses federais divididos entre custeio ambulatorial e hospitalar, e entre as ações de vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças. Lecovitz destaca que, a NOB foi implantada de fato no início de 1998, entretanto, no período de 1997-1998 o Ministério da Saúde, publicou várias Portarias e que, na avaliação desse autor, “*...acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos*” (Lecovitz,2001,p.279) impactando no processo de descentralização, no financiamento e conseqüentemente, na relação entre os gestores. Nesse texto estamos nos referindo às mudanças introduzidas tanto pela NOB 96, como pelas Portarias publicadas posteriormente pelo Ministério da Saúde.

Foi introduzido o Piso de Atenção Básica (PAB) para municípios habilitados tanto em gestão plena como para aqueles habilitados pela NOB anterior na modalidade de gestão semiplena, destinado ao custeio de ações de atenção básica sob a responsabilidade municipal. O PAB foi dividido em uma parte fixa, calculada por um valor *per capita*

mínimo para todos os municípios; o cálculo desse valor teve como base a média da produção do ano de 1996 de procedimentos básicos ambulatoriais; e uma parte variável, conforme a adesão a determinadas políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (como por exemplo: Incentivos ao Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros). Também foi criada a transferência fundo a fundo para o custeio das ações de epidemiologia e de vigilância sanitária, vinculadas a entre outras exigências a contrapartidas estaduais e municipais. Foi criado o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas Compensatórias) para o financiamento de políticas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde e para o financiamento de determinados procedimentos de alta complexidade, também definidos no âmbito do Ministério da Saúde.

Segundo Lecovitz, Lima e Machado, (Lecovitz:2001,p.284):

“O expressivo processo de habilitação, principalmente dos municípios, resultou em um marcante aumento das transferências automáticas do fundo nacional para fundos de saúde das esferas subnacionais, em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, do gestor federal direto aos prestadores.”

Para Biasotto, porém: *“Embora as formas de gestão inserissem um forte conteúdo inovador, a realidade da escassez de recursos acabou por manietar a capacidade das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite realizarem a gestão efetiva do sistema.”*(Biasotto,2004,mimeo)

Em janeiro de 2001 foi publicada a NOAS- Norma Operacional de Assistência a Saúde, que se caracterizou por uma reconsideração do processo de descentralização engendrado pelas Normas anteriores. A NOAS reforça o papel do gestor estadual e a regionalização é apresentada como eixo estruturante para a organização do sistema de saúde. Entretanto, há críticas de atores importantes, como o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) a nova Norma: reprodutora da centralidade do Ministério da Saúde na condução e formulação da política de saúde, fragilizando o processo de descentralização. O texto do CONASS “Convergências e Divergências sobre Gestão e regionalização do SUS”, publicado em 2004, faz menção ao 1º Seminário dos Secretários Estaduais de Saúde realizado pela entidade em 2003, localizando uma das propostas do evento quanto à necessidade de *“elaboração de uma nova Norma”* (CONASS:2003,p.5) e que :

“essa nova Norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de contrato de gestão, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual e o pleno exercício das macros funções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente com os municípios” .
(CONASS: 2003, p.5)

Foi aprovada recentemente a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que tem como objeto: Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. A introdução da Portaria é interessante porque justifica a nova Portaria como:

- a) “...a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;
- b) “...necessidade de aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados...”
- c) “... necessidade de definição de compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população...”(Brasil,2006)

A Portaria é ampla e reforça a estratégia de pactos entre gestores e definição de responsabilidades para alcance de resultados. A princípio, parece uma mudança no processo de implementação do sistema, reconhecendo a necessidade de cooperação entre gestores para alcance de resultados efetivos, tanto na organização do sistema como na melhoria das condições de saúde da população. Parece-nos que a Portaria traduz também a conjuntura atual, que coloca como importante questão para o debate a redefinição do pacto federativo. O presente trabalho não terá como referência para a discussão a presente Portaria visto que, apesar de ter sido publicada, sua implementação ainda não está consolidada, e portanto, ainda não é possível identificar suas repercussões práticas. Entretanto achamos importante a sua menção, pois a mesma reflete um processo de avaliação do SUS, e coloca como questão central, a construção de pactos entre gestores como ferramenta e estratégia de implementação do sistema.

2.4-OS INCENTIVOS E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: CONTRADIÇÃO OU CONTRIBUIÇÃO?

A modalidade de incentivo para transferência de recursos criada pela NOB 96 sugere o fortalecimento do papel do nível federal como formulador e indutor de políticas. Aqui podemos observar mais claramente a articulação entre a capacidade financeira e o poder de definição das ações. O nível federal prioriza determinadas políticas e através da transferência de recursos financeiros viabiliza a sua implementação. Tendo em vista que a implantação do SUS teve como estratégia prioritária à descentralização com forte conteúdo municipalista, consideramos importante refletir em que medida as políticas implementadas através da modalidade incentivo pode restringir a capacidade dos gestores definirem a prioridade de intervenção local. Em outras palavras: Para terem acesso aos recursos os gestores municipais redefinem sua agenda? Mesmo considerando a prerrogativa do Ministério da Saúde em traçar políticas centrais, será que essas políticas formuladas centralmente devem ser replicadas da mesma maneira em todo o território nacional?

Com relação a esse tema, Wanderley Silva Bueno e Emerson Merhy comentam com relação a NOB 96 que institui o incentivo:

“Haja vista, que no corpo de seu texto aparece propostas contraditórias como por exemplo, ao mesmo tempo em que aponta as relações de independência do município como gestor pleno, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região. Desta forma nos parece que a NOB 96 fere o princípio da autonomia do município enquanto gestor único do sistema a nível local, impedindo ou pelo menos induzindo os programas prioritários, não definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social.” (Bueno e Merhy,1997)

Entretanto, com um ponto de vista distinto, Lecovitz e colaboradores analisando as novas modalidades de transferência de recursos federais prevista na NOB, argumentam que: *“a vigência do PAB, assim, como de outros incentivos financeiros, permitiu a ampliação expressiva dos recursos federais transferidos fundo a fundo...”*(Lecovitz,2001,p.287) E indica na mesma análise que a ampliação de recurso possibilitou um aumento de autonomia para as entidades subnacionais.

A característica da descentralização da saúde pode ser tomada como sinônimo de municipalização. Entretanto, apesar da concepção descentralizadora da política de saúde, algumas políticas setoriais da área, como por exemplo o Programa Saúde da Família (PSF) e o incentivo em DST/AIDS, formuladas pelo governo federal (sem considerar aqui os méritos) e o aporte de recursos financeiros vinculados a sua implementação, podem configurar uma certa fragilidade da autonomia das instâncias subnacionais. Conflita com o federalismo brasileiro ou só desvenda as suas contradições? Em outras palavras: para os municípios terem acesso a um determinado aporte de recursos, é necessária a adesão a determinada proposta formulada pelo nível federal; essa questão pode significar um processo de descentralização tutelada? Ou conforme já questionamos anteriormente, devido a necessidade de acesso aos recursos por um lado, e frente as dificuldades de alguns municípios e estados (por limites técnicos, administrativos e financeiros) assumirem o conjunto de responsabilidades atribuídas no processo de descentralização, o governo federal se responsabiliza pela condução do processo e induz a implementação de determinadas políticas. Nessa interpretação o nível federal está cumprindo com a sua responsabilidade de garantir o acesso de qualquer cidadão ao sistema de saúde. Assumindo uma postura ativa (propositiva) diante das fragilidades de outros níveis de governo. Consideramos que não teremos uma única resposta para tal questão. Achamos mais interessante que as análises sejam feitas considerando caso a caso. O que estamos apenas, levantando como possibilidade é que necessariamente, quando o governo federal, define a implementação de determinadas políticas através do mecanismo de incentivo, há que se avaliar a iniciativa, não somente a luz de tratar-se de um processo impositivo, mas frente também, as dificuldades de outros níveis de governo garantirem o direito à saúde e a responsabilidade do governo federal em prover a atenção à saúde diante das fragilidades de estados e municípios. O que consideramos fundamental como pressuposto para análise é por um lado, as enormes heterogeneidades regionais que podem indicar a necessidade de distintas estratégias de intervenção; por outro lado, a sempre necessária pactuação entre os três níveis de governo para definição conjunta das políticas a serem implementadas e as atribuições e responsabilizações das três esferas de governo.

Considerando a grande capacidade indutora do Ministério da Saúde através do financiamento, a decisão de implementar determinadas políticas através de incentivos pode

contar com mais ou mesmo participação e pactuação entre os gestores, e essa dinâmica certamente repercute nas relações intergovernamentais. Considerar o processo de discussão e implementação das políticas, nos parece um saudável caminho para a percepção de processos mais ou menos cooperativos e compartilhados.

3- O PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS E O DESAFIO DA SUSTENTÁVEL DESCENTRALIZAÇÃO

3.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO ATUAL

Os primeiros casos diagnosticados de aids no país datam de 1980. Atualmente já foram notificados casos em todos os estados brasileiros.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde publicado em novembro de 2005, foram notificados 371.827 casos de aids no período de 1980 até junho de 2005. A taxa de incidência é 19,2/100.000 habitantes (inalterada desde de 2003). A razão entre casos masculinos e femininos é de 15 casos masculinos para cada 10 casos femininos. O Boletim também destaca a queda da incidência em menores de 5 anos, atribuída as ações de prevenção e controle da transmissão vertical desenvolvidas no país. Quanto a categoria de exposição, as análises divulgadas no Boletim, indicam estabilidade (na proporção de casos) para o sexo masculino da categoria homossexual/bissexual e aumento proporcional para o mesmo sexo, da categoria heterossexual e uma importante queda na categoria de uso de drogas injetáveis. A categoria heterossexual representa a maioria dos casos de transmissão em mulheres.

Com relação à indicação de vulnerabilidade o Boletim nos diz que:

“A epidemia de aids continua seu processo de crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, expresso pelo aumento persistente da proporção de casos raça/cor “parda” e redução da “branca” em ambos os sexos” (Brasil,2005).

Segundo informações na página eletrônica do Programa Nacional de DST/Aids:

“Até metade da década de 90, as taxas de incidência - número de casos novos de aids dividido pela população - foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, cerca de 18 casos de aids por 100 mil habitantes. Do total de casos, mais de 80% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul. Contudo, apesar da alta taxa de incidência e de ser a região mais atingida desde o início da epidemia, o Sudeste é a única região que mostra uma tendência consistente de declínio, ainda que lento, desde 1998. Para as demais regiões, mantém-se a tendência de crescimento nas taxas de incidência, principalmente nas regiões Norte (com destaque para Roraima) e Centro-Oeste. “ (www.aids.gov.br) Observamos que a distribuição da epidemia de aids, apesar de atingir todos os estados do país, mostra atualmente, considerando a taxa de incidência, um comportamento diferenciado segundo a

região de ocorrência. A Região Sudeste apresenta um lento(e consistente) declínio desde 1998, situação diferente das regiões, principalmente a Norte e Centro-Oeste, que apresentam uma tendência de crescimento da taxa de incidência.

Rodrigues Júnior e Castilho a partir de estudo ecológico realizado em municípios brasileiros, com base nas notificações do período de 1991-2000, observam um aumento da incidência em mulheres e indivíduos com baixa escolaridade:

“Na última década de 80, a epidemia de aids no Brasil atingia , principalmente, as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, e os casos caracterizavam-se, em sua maioria, por serem do sexo masculino, por terem alto nível socioeconômico e por pertencerem às categorias de transmissão homossexuais/bissexuais, além dos casos portadores de hemofilia ou em receptores de sangue. A partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia.”(Júnior Rodrigues e Castilho, 2004.)

Os mesmos autores destacam a distribuição diferenciada da epidemia no país, e a relação que pode ser estabelecida entre os níveis sócio-econômicos e a ocorrência da doença:

“Tem-se descrito a aids no Brasil como sendo uma pandemia multifacetada, que é composta por várias subepidemias, não possuindo um perfil epidemiológico único em todo o território brasileiro, mas um mosaico de subepidemias regionais que são motivadas pelas desigualdades socioeconômicas”(Júnior Rodrigues e Castilho, 2004).

Parker e Camargo Júnior em estudo realizado em 2000, utilizando os dados disponíveis na época (até 1999) apresentam a seguinte análise com relação a distribuição geográfica da doença:

“Embora a incidência em termos absolutos – em especial, a incidência acumulada – ainda mostre importante concentração nas duas maiores cidades brasileiras – isto é, São Paulo e Rio de Janeiro – a incidência proporcional (com relação ao número de habitantes)traz algumas surpresas. Das dez cidades com maiores incidências do país, apenas uma delas é capital de Estado (Florianópolis,em 4º lugar); São Paulo está em

18º lugar nesta lista e o Rio de Janeiro, em 25º lugar.”(Parker e Camargo Júnior,2000,p.90)

Bastos e Szwarcwald discutindo a relação entre aids e pauperização, mencionam que:

“Tanto do ponto de vista das comunidades definidas do ponto de vista geográfico como dos segmentos populacionais, há importante superposição de iniquidade social e agravos à saúde.”(Bastos e Szwarcwald,2000,p.67)

O mesmo argumento é apresentado em artigo recente da publicação RADIS: *“Desigualdades sociais e de gênero, dificuldades de acesso à educação e aos serviços de saúde são fatores que deixam as pessoas mais vulneráveis a contrair o vírus e desenvolver a doença.” (RAIDS,2005)*

O presente trabalho não pretende avaliar o desenvolvimento e configuração da epidemia de aids utilizando os conceitos epidemiológicos. Mesmo porque como lembrou Parker e Camargo Júnior: *“...é preciso que os dados disponíveis seja sempre observados com alguma cautela...”(Parker e Camargo Júnior,2000,p.90)*. Os números são sempre números, podendo significar:

“...um drama individual e coletivo; muitos números referem óbitos, donde também perdas, luto,impotência médica, frustração, degradação física, custos, desafio à nossa persistência...e também, para muitos, descoberta da politização do estado da pessoa vivendo com HIV e aids, descoberta da solidariedade e ação política...no afastamento do preconceito, na lei, na atitude, e na incorporação da aids no cotidiano.” (Bastos, Galvão, Pedrosa e Parker, 1994)

A referência aqui aos dados epidemiológicos foi tão somente para contribuir com o pressuposto considerado nesse trabalho, qual seja: a importância de incorporarmos as diferenças regionais na definição de estratégias para a implementação de políticas.

Considerando o foco do nosso trabalho – processo de descentralização – achamos oportuno as considerações apresentadas pelo Programa Nacional em seminário realizado no ano de 2002, que explicita um certo entendimento da epidemia, que nos parece pertinente e útil para a definição de macro estratégias para o enfrentamento da epidemia:

“ A epidemia é determinada por um modelo de desenvolvimento que acentua a exclusão e as diferenças, assim configura-se;

- a) maior crescimento nas populações de baixa renda;
- b) maior prevalência em grupos vulneráveis;
- c) maior crescimento da epidemia e da mortalidade por aids entre mulheres;
- d) diferenças regionais entre centro-Sul e Nordeste/Norte;
- e) crescimento em municípios com menor renda per capita.”(Brasil,2002)

3.2 BREVE TRAJETÓRIA DA RESPOSTA GOVERNAMENTAL A AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1982-1992

Pretendemos aqui relacionar alguns eventos, marcos, algumas trilhas traçadas pelo Programa Nacional de DST/Aids, que tronaram-se estratégicas para a consolidação do Programa. Estudiosos destacam (Parker,1997; Galvão,1999) a dificuldade em caracterizar e sistematizar as ações do Programa Nacional de AIDS, notadamente aquelas desenvolvidas na década de 80, por impedimentos de ordens diferentes:”*ausência de arquivos, e a maioria dos documentos não apresenta informações precisas sobre datas.*”(Galvão, 1999, p.102,mimeo). A documentação segundo os estudiosos, torna-se mais acessível a partir da implementação do chamado Projeto AIDS I.

Não é nosso objetivo descrever a história do Programa brasileiro, apenas sinalizar alguns momentos significativos dessa trajetória, construída por vários agentes sociais com muitas alegrias pelos avanços conquistados, muitos suores na luta e trabalho empreendido, muitas lágrimas pelas perdas de valorosos companheiros e pelas situações de estigma e discriminação (ainda) vivenciadas; e muita a nosso ver, criatividade para identificar e ultrapassar limites, muito compromisso com o respeito e garantia dos direitos humanos, compromisso com a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com aids , compromisso para evitar que novas infecções aconteçam e compromisso com a efetivação dos direitos inscritos na nossa Constituição.

Alguns pesquisadores (Parker,2003; Camargo Júnior e Chequer,2000;Teixeira,1997) destacam a implicação do contexto político e social na configuração das ações desencadeadas no enfrentamento da epidemia.

Parker(1997) propôs uma certa caracterização por períodos para a construção da história da aids no país articulada a períodos do nosso ciclo político . Utilizaremos tal periodicização

até a data analisada pelo autor e tentaremos identificar nos períodos posteriores, alguns indícios que podem traduzir mudanças nos mares até então navegados.

a) O primeiro período: 1982-1985

O primeiro caso conhecido de aids no Brasil data de 1980 tendo a sua notificação ocorrida em 1982, mesmo ano também, da primeira eleição direta para governador ainda na vigência do regime militar.

Nesse período já existia na imprensa local, vasto noticiário sobre a doença associada na época, aos homossexuais masculinos:

“A imprensa brasileira repercute quase imediatamente o noticiário dos EUA; antes que se registrasse qualquer caso da "nova doença" em solo brasileiro, a "epidemia de significados" já se alastrava em nosso meio. “(Camargo Júnior e Chequer,2005)

Na década de 80 o país estava mergulhado em uma grave crise econômica e o governo militar apresentava insustentáveis desgastes políticos e sociais. As críticas à política de saúde implementada tornavam-se cada vez mais visíveis. As divergências (de setores) dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais com a política setorial eram de diversas ordens: domínio do modelo excludente e hospitalocêntrico da assistência; coberturas insuficientes; ações descoordenadas entre os níveis de governo; falta de transparência na alocação dos recursos e centralização das decisões emanadas pelo governo central. A construção de mudanças radicais na concepção do sistema de saúde do país delineava-se há algum tempo com várias iniciativas e unia cada vez mais setores da sociedade, que almejavam pela estruturação de um sistema sob novos princípios e diretrizes. Respirando os ares de reconstrução da democracia no país e de reorganização dos movimentos sociais é que são gestadas as primeiras iniciativas de combate à epidemia.

Em 1983 a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo criou o primeiro Programa de aids do país, movida pela pressão de um *“...grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais...”(Teixeira,1997,p.46)*. Segundo Galvão no mesmo ano: *“ O grupo gay paulista Outra Coisa faz um dos primeiros trabalhos comunitários de que se tem notícia ao distribuir folhetos com informações sobre a doença e formas de prevenção”*(Galvão,2002,p.9). Em seguida foi formado o Programa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, pressionado também, por movimentos organizados de defesa dos direitos dos homossexuais.

Foram criadas as primeiras organizações não governamentais relacionadas a aids.

Teixeira destaca que:

“Até 1985, apesar do impacto que a aids provoca na opinião pública e da existência de programas em pelo menos onze estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro) o Ministério da Saúde ainda não se manifesta de forma expressiva.” (Teixeira, 1997, p.52)

Parker ressalta que esse período foi marcado pela “...*negação e omissão generalizadas por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, junto com uma onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação.*” (Parker, 1997, p.9).

Em 1983 conforme relata Teixeira:

“...em um documento intitulado “Aids – Informações Básicas”, o Ministério da Saúde apresenta um resumo de artigos sobre o tema publicados em periódicos internacionais. Nas conclusões se refere a ocorrência de casos de aids, em níveis jamais observados nos Estados Unidos, sem fazer qualquer referência aos casos registrados no Brasil...” (Teixeira, 1997, p.52)

Parker destaca a importância da pressão política tanto das organizações não governamentais, como também de alguns programas estaduais para o “...*desenvolvimento de algum tipo de resposta federal, resultando na criação de um Programa Nacional de Aids.*” (Parker, 1997, p.9)

Em 1985 foi fundado em São Paulo o GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção a AIDS, primeira organização não governamental dedicada exclusivamente a Aids.

No mesmo ano foi estabelecido por Portaria Ministerial (Nº 236/1985) as diretrizes para “o Programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, sob coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária” (Galvão, 2002, p.10) que com relação às medidas referente a vigilância epidemiológica, colocava “... *definições quanto a grupos de risco (homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos ou politransfundidos), caso suspeito e caso confirmado de aids*” (Galvão, 1999, pág 108). Alguns autores como Teixeira consideram ser este o ano de criação do Programa Nacional. Galvão, em estudo realizado no ano de 1999 e apoiada nas

informações de Teixeira, também considera este ano o marco de criação do Programa Nacional. A mesma autora, entretanto, em publicação posterior (2000) define como marco para a criação do Programa Nacional o ano de 1988. Acharmos que a diferença verificada entre as datas, pode ser assim entendida: Teixeira considera como marco para a criação do Programa Nacional, a Portaria de 1985 que estabelece as diretrizes para o programa de controle da Sida conforme mencionado; e Galvão considera como marco o ano de 1988, visto ser essa a data de criação do Programa Nacional na estrutura organizacional do Ministério da Saúde com ao que tudo indica, uma incipiente autonomia para o desenvolvimento de suas ações.

Outro apontamento que configura um certo “confundimento” nas datas, diz respeito a Portaria Ministerial nº 236(que estabelece diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS), que segundo Galvão: *“A publicação MS, 1994a, menciona que a Portaria é de 1986; mas a publicação, MS,1994b, a data assinalada é de 1985, tendo sido a Portaria assinada pelo então Ministro da Saúde Carlos Correa de Menezes Santana.”*(Galvão,2002,pág10) Tais questões reforçam o argumento apresentado anteriormente com relação a dificuldade em precisar as informações nesse período. Consideraremos as análises de Teixeira no que diz respeito ao movimento de estruturação do Programa e sua relação com os Estados, e, consideraremos as referências de Galvão com relação à cronologia. Assim, apesar de entendermos que o Programa Nacional foi estruturado em 1988 (pelo menos com as características de como o conhecemos hoje) conforme sinaliza Galvão, consideraremos as ações de nível federal desenvolvidas para o controle da epidemia antes desse período e suas repercussões nas relações intergovernamentais, conforme é apresentado por Teixeira .

b) Período de 1986-1990:

A conjuntura foi marcada por intensa organização da sociedade civil; primeiro com a mobilização pelas eleições diretas para presidente, e posteriormente (depois de frustrado o anseio popular), pela eleição pelo Colégio Eleitoral do candidato de oposição ao regime militar. O país se refaz do desfecho inesperado da eleição (indireta) do primeiro presidente civil após o regime militar. Com a morte de Tancredo Neves, seu vice-presidente José Sarney assumiu a presidência do país, com a crise econômica no seu ápice.

Em 1986 foi criada pela Portaria nº 199 de 1986 a Comissão de Assessoramento em Aids. Esta era uma instância consultiva para o Ministério da Saúde e contava com a participação de representantes da sociedade civil e de outros órgãos do governo federal como o Ministério da Justiça e da Educação. No mesmo ano com a Portaria Ministerial nº 542 de 1986 foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de aids. Em 1987 foi instituída a Comissão Nacional de Controle de SIDA.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde marcada pela ampla participação de técnicos da área de saúde e pelo movimento social do setor, configurando-se como um espaço fértil de discussão e elaboração de propostas para reformulação do setor que culminaram com as conquistas expressas na Constituição de 1988.

Segundo a análise de Paulo Teixeira, a estruturação do Programa Nacional de aids sofreu influência técnica e ética dos programas estaduais já implantados e das ações desenvolvidas pelas organizações não governamentais. É destacado pelo autor, a realização de uma reunião nacional em 1986 “...uma ampla reunião nacional com participação de estados, ONGS e imprensa. Somente a partir de então a atuação do Ministério da Saúde, em relação à aids, vem a ter expressão pública”(Teixeira, 1997,p.556).

Em 1987 um importante suporte para o Programa nacional de aids foi a articulação em âmbito federal entre o setor de controle da aids e o INAMPS, que contribuiu de maneira significativa para a realização de atividades de prevenção controle e assistência a aids no país. Teixeira, entretanto, na sua análise argumenta que:

”Embora marcante e decisiva no âmbito federal, esta articulação não se traduz, imediatamente, em ações integradas, nos níveis regionais e locais. As ações voltadas para a AIDS, incluindo as assistenciais, permanecem ainda sob a responsabilidade única das secretarias estaduais de saúde. Como exemplo podemos citar a Resolução nº 170 de 24.08.87 do INAMPS que determina o repasse de recursos às unidades federadas e municípios para atividades de assistência médica aos pacientes de aids.”(Teixeira,1997,p.59)

Entretanto, podemos ponderar algumas questões frente a argumentação apresentada. Uma diz respeito a política de saúde. Na época o SUDS -Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde- foi a estratégia eleita de descentralização do sistema, com o estabelecimento de convênios entre o INAMPS (detentor de rede de serviços hospitalares e de recursos) e os estados para a gerência da rede de saúde. Para alguns, o SUDS foi considerado a “estadualização do sistema” e sofreu críticas daqueles que consideravam a municipalização o melhor caminho para a descentralização. Outra questão que levantamos para relativizar o argumento de uma “certa omissão” federal na prestação da assistência, diz respeito a efetiva resposta dos Hospitais Universitários no atendimento aos doentes de aids. A importância do esforço dos profissionais de saúde dessas unidades (federais na sua maioria), logo na primeira hora da epidemia, garantiu (mesmo com sérias dificuldades e limites) a assistência aos doentes de aids no período inicial da epidemia.

No ano de 1987 foram veiculadas algumas campanhas de prevenção elaboradas no âmbito federal.

Também ocorreu no mesmo ano a divulgação pelo nível federal do documento “Estrutura e proposta de Intervenção”, onde foi apresentada “...uma análise do trabalho realizado, sua organização interna e um plano de atividades para um período de cinco anos, de 1988 a 1992. Trata-se de documento abrangente e detalhado que demonstra a progressiva institucionalização e consolidação do Programa Nacional.”(Teixeira,1997,p.60)

Em 1988 foi promulgada a nova Constituição do país caracterizada pela ampliação dos direitos sociais e pelo forte conteúdo “descentralizador” das políticas sociais. No âmbito do setor saúde, a Carta promulgou o Sistema Único de Saúde e afirmou a garantia do acesso universal ao sistema.

Também em 1988 foi sancionada a lei que estabeleceu a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como, a realização de exames laboratoriais no sangue coletado(incluindo a triagem sorológica do HIV), visando prevenir a propagação de doenças. A aprovação dessa lei é atribuída a pressão exercida pelo movimento social em torno da qualidade do sangue,na medida que, a transmissão da aids pela via sanguínea afetava grande parte dos portadores de hemofilia no país.

No mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde, e foi iniciada a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público de saúde”(Galvão,2002, p. 11). O ano de 1988 também marcou a criação (por iniciativa do nível federal) do Centro de Orientação e Apoio Sorológico, atual Centro de

Testagem e Aconselhamento, estrutura de saúde específica vinculada ao Programa de aids com o objetivo de facilitar o acesso ao diagnóstico e ofertar uma tecnologia específica de orientação e prevenção com relação a infecção pelo hiv.

Em 1989 as organizações não governamentais articularam-se e realizaram os primeiros encontros nacionais.

Também nesse período, Parker sinaliza que “...*diversas ordens religiosas e empresas públicas e privadas começam a desenvolver iniciativas e serviços destinados a preencher o vazio anterior de ações voluntárias e solidárias...*”(Parker, 1997,p. 10).

Até o ano de 1989 os autores(Teixeira, 1997, Parker, 2003) mencionam que o Programa nacional adotava (semelhante aos Estados) uma posição firme contra o pré-conceito e a discriminação, enfatizando a solidariedade como motor propulsor das ações.

Nesse período segundo Parker:

“Serviços estaduais e locais para tratamento de aids, particularmente no Rio de Janeiro e em São Paulo foram designados como centros de referência nacional e um programa agressivo de treinamento foi iniciado particularmente para funcionários de estados menores ou mais distantes que estavam começando o programa de aids.”(Parker, 2003,p.14).

Neste período iniciaram-se as articulações entre o programa brasileiro e organismos internacionais, que concretizaram cooperação técnica e aporte de recursos. O Programa Nacional se fortalece. É reconhecido nacionalmente e internacionalmente. Teixeira(1997) aponta que nesta fase de fortalecimento do Programa nacional, a rota das relações entre este e os programas estaduais e municipais foi alterada. Para o autor, se anteriormente existia uma parceria entre os programas dos três níveis de governo na definição das ações, neste momento a situação modifica-se. O (agora) robusto Programa Nacional toma a dianteira e define as prioridades. Constrói a agenda das outras instâncias de governo. Analisando o período a partir da assinatura de termos de cooperação internacional, Paulo Teixeira, observa:

“Ao se consolidar, o Programa Nacional inicia um movimento inverso ao de suas relações com os estados. Até então, como já referido, as ações nacionais se apoiaram em grande parte, nas experiências vividas pelos estados nos primeiros anos da epidemia. A partir desse momento,

fortalecido institucionalmente e apoiado por projetos de cooperação técnica e financeira com organismos internacionais, o Programa Nacional passa a conceber, de forma centralizada, as normas e atividades a serem implementadas em todo o país. De parceiros ou interlocutores, os programas estaduais passam a ser considerados executores das propostas elaboradas e coordenadas por Brasília” (Teixeira:1997,60).

O mesmo autor, considera que essa nova dinâmica, tem como consequência uma desarticulação das ações já iniciadas por estados e que eventualmente também gerou, segundo sua análise, uma certa competição entre projetos. Para ilustrar essa avaliação explicita:

“Exemplo disso foi o Projeto Empresas, que pretendia treinar centenas de instituições em todo o país ignorando, por exemplo, um projeto semelhante implantado pelo programa estadual de São Paulo, e já em pleno andamento. Essa prática é caracterizada pela implantação de ações de caráter nacional que minimizam as particularidades e especificidades dos programas estaduais, as características sócio-culturais e mesmo epidemiológicas das distintas regiões.” (Teixeira:1997,60)

Em que pese à lógica da argumentação apresentada, talvez, uma ressalva é necessária ser feita: o autor com muita propriedade, discorre sobre as ações pioneiras do estado de São Paulo para o controle da epidemia, e que como estas, além de iniciativas de outros estados, como por exemplo, o pioneirismo do Rio de Janeiro com relação ao controle da qualidade do sangue, consagrado posteriormente na Constituição Federal, contribuíram para a definição de estratégias nacionais. Quanto a sua crítica ao processo de centralização, é importante talvez ponderar, até que ponto essa estratégia (centralização), pode ter sido pertinente naquele momento inicial de implantação das ações de controle da epidemia no território nacional, visando à garantia da coerência de intervenção, principalmente considerando as particularidades da epidemia de aids, no que se refere ao enfrentamento de questões relacionadas à sexualidade, preconceitos, estigma, respeito às diferenças, entre outros temas. De qualquer modo, é interessante considerar a análise do autor, e inseri-la na reflexão: como traçar políticas, que ao mesmo tempo garantam uma coerência nacional, mas que também considerem as particularidades locais.

Parker em análise posterior (2003) apesar de concordar com a interpretação do sentido vertical que as decisões assumiram, também pondera que nesse período, e dessa forma(vertical): *”...em retrospecto, é, entretanto, aparente que um progresso gradual foi alcançado no desenvolvimento de uma política de amplo alcance em resposta a epidemia.”(Parker, 200,p.15).*

c) Período de 1990 a 1992

Em 1989 após mais de vinte anos de vigência do regime militar são realizadas as primeiras eleições diretas para presidente com a vitória de Fernando Collor.

Sob vetos de vários artigos relacionados ao financiamento do sistema e a participação popular é aprovada em 1990 a Lei Orgânica de Saúde(Lei nº 8080) e posteriormente a Lei nº 8.142 que recupera alguns temas anteriormente vetados, como por exemplo, o controle social do sistema e a garantia de repasse de recursos para estados e municípios na modalidade “fundo a fundo”.

A opção feita pelo desenvolvimento de campanhas de prevenção orientadas pelo medo do “contágio” estabeleceu um claro confronto, colocando de um lado o comando da equipe federal e do outro lado os membros de organizações não governamentais e técnicos progressistas das secretarias estaduais e municipais de saúde. Material “educativo” emblemático do período(1991), cujo enunciado reunia um ode ao estigma, a intimidação e a total responsabilização individual pela adoção de prática de proteção e prevenção a saúde, tinha como mote: *”Se você não se cuidar a aids vai te pegar !”*

Registre-se que em 1990 ocorreu o afastamento da equipe(incluindo a coordenação) que estruturou o Programa.

Emblemático também do período, que caracterizou o grande isolamento interno e externo do Programa federal, foi a “denúncia” que o Ministro da Saúde na época(1991) e seu coordenador fizeram contra a Organização Mundial da Saúde(OMS) de que o país *”... não seria cobaia para experimentos médicos importados do estrangeiro...”(Parker,2003,p.17).*

A “denúncia” era uma reação a intenção da OMS em eleger o país como prioritário para desenvolvimento de vacinas contra o hiv/aids.

Parker traduz esse período como um *“tempo fora do tempo, no qual a nação como um todo,e especificamente a comunidade de aids, parecia estar vivendo um pesadelo coletivo que se esperava que chegasse logo ao fim.”(Parker,1997,p.12)*

O mesmo autor em posterior análise destaca que apesar desse caos, (e como sabemos às vezes é do caos que nasce a esperança) é nesse dramático período que o Programa nacional *“...fez, claramente, um importante avanço, adotando a política de distribuição gratuita de remédios especializados para pacientes com aids...”*(Parker, 2003,p.16).

No início de 1992 o governo Collor pressionado com as crescentes denúncias de corrupção no governo, realizou uma reforma ministerial que resultou na mudança do Ministro da Saúde e da coordenação do programa de aids. O programa foi reassumido pela coordenadora anterior. Apesar da conjuntura adversa do país, bons ventos começaram a soprar no programa que aos poucos vai se rearticulando e retomando antigas parcerias. Nova Portaria Ministerial foi publicada criando a Comissão Nacional de AIDS. Foi retomado o diálogo com as agências multilaterais e com os órgãos de cooperação técnica internacionais. Foram iniciadas as negociações com o Banco Mundial, cuja importância será tratada adiante.

Grandes mobilizações populares foram realizadas em todo o país denunciando “o mar de corrupção” que o presidente da república estava mergulhado. Em 1992 a Câmara Federal aprovou o impedimento do presidente da república. O vice-presidente assumiu o comando do país até a realização de novas eleições presidenciais em 1994.

O governo brasileiro assina o primeiro Acordo de Empréstimo junto ao Banco Mundial para execução das ações de controle de aids no país – o Projeto AIDS I.

Parker destaca que *“O processo de negociação e acordo com o Banco Mundial era, assim, levado adiante, quase sem incidentes, apesar de tal turbulência no cenário político.”* (Parker ,2003, p.18)

3.3 BREVE TRAJETÓRIA DA RESPOSTA GOVERNAMENTAL A AIDS NO BRASIL DE 1994-2002

A periodicização daqui adiante consistirá na tentativa de definir a partir de critérios relacionados com o tema da descentralização alguns marcadores importantes para na trajetória do Programa nacional, baseados em alguns atos e fatos, alguma legislação e alguns recortes de memória. Um caleidoscópio que poderá ter olhares e interpretações distintas conforme a luz focada, a angulação, entre outros fatores intervenientes na interpretação e compreensão dos desenhos oferecidos ao curioso observador. Com isso

destacamos que em momento algum, tal proposta encerra o diálogo. Pelo contrário, subsidia uma “boa contação” de história, que deverá merecer toques e retoques de todos que no dia – a – dia tecem com firmeza e ternura as redes e enredos dos programas de aids país afora.

3.3.1- OS ACORDOS DE EMPRÉSTIMO COM O BANCO MUNDIAL – O PROJETO AIDS I E O PROJETO AIDS II

Não é nossa intenção a análise sobre a atuação do Banco Mundial no país, nem tampouco a avaliação das estratégias da referida instituição na área de saúde ou no controle da epidemia de aids. Nosso foco consiste em destacar a importância da assinatura do Acordo de Empréstimo para a consolidação do Programa e as possíveis repercussões que tal processo possa ter tido nas relações entre os níveis de governo.

O governo brasileiro firmou a partir da década de 90 (em 1993) empréstimos junto ao Banco Mundial, como uma estratégia para impulsionar as ações que permitissem o controle da infecção pelo hiv no país. Destacamos que as ações de controle da epidemia de aids, não foram desenvolvidas a partir dos recursos advindos do Acordo de Empréstimo, conforme já ressaltamos anteriormente; certamente, as atividades foram ampliadas e diversificadas, mas não (foram) iniciadas a partir dos recursos do Banco.

Antes de 1992 não havia uma continuidade de ações desenvolvidas por organizações não governamentais que contasse com apoio do Programa Nacional.

Galvão destaca que em 1993 foi realizada a primeira concorrência pelo Programa nacional para projetos executados por organizações não governamentais, com recursos de “...outro projeto apoiado pelo Banco(Mundial) no Ministério da Saúde...(Galvão, p.128,mimeo). A partir da assinatura do Acordo de Empréstimo o financiamento dos projetos desenvolvidos por organizações da sociedade civil escolhidos por meio de processos de seleção pública tornou-se rotina no Programa nacional e anos depois nos programas estaduais.

Galvão também chama a atenção para a importância do Acordo de Empréstimo para a ampliação das ações de controle da epidemia principalmente aquelas no campo da prevenção desenvolvidas em sua maioria pelas organizações não governamentais:

“A partir de 1992, ao contrário dos anos anteriores, tem início um período marcado por formas diversas de cooperação entre as ONGS brasileiras e o

programa nacional de AIDS, e o cenário nacional de enfrentamento da epidemia tem, como um dos principais motivadores, o AIDS I” (Galvão,1999, p.113, mimeo).

No período em tela o Governo Brasileiro firmou 02 Acordos junto ao Banco Mundial envolvendo os seguintes valores de empréstimo e contrapartida:

- a) o 1º Acordo – Projeto AIDS I (1994-1998) , com um empréstimo no valor de R\$ 160 milhões, e com contrapartida nacional de U\$ 90 milhões;
- b) o 2º Acordo – Projeto AIDS II (1998-2002), com um aporte de recursos financeiros de U\$ 165 milhões , e com contrapartida nacional de U\$ 135 milhões;

Destacamos as observações feitas por Mattos e colaboradores quanto a relação entre o governo brasileiro e o Banco:

“... a existência de divergência significativa entre as posições do Banco e do governo acerca da política de saúde e acerca da política frente às aids, não impediu a concretização dos empréstimos nesses dois setores.” (Mattos:2001,p. 110)

O mesmo autor situa como divergências do Banco em relação à política de saúde brasileira:

- a) a inviabilidade do financiamento do acesso universal a saúde pelo Estado, conforme inscrito na Constituição;
- b) baixo custo efetivo na aplicação de recursos públicos, com a primazia dos gastos direcionados a rede hospitalar assistencial, em detrimento da área de prevenção de doenças;
- c) iniquidade do acesso ao sistema de saúde, com falta de prioridade para a população e regiões mais pobres.

A discordância não leva como poderíamos supor, a inviabilidade do Empréstimo. Mesmo considerando inadequada a política de saúde brasileira, o Banco aprova os empréstimos para diferentes projetos na área de saúde.

Com relação ao Projeto de Controle da AIDS desenvolvido no país, o Relatório nº 18338-BR de julho de 1998 - Documento de Avaliação de Projeto sobre o Empréstimo proposto para a execução do AIDS II, elaborado por uma equipe do Banco Mundial, explicita que:

”Este Projeto não inclui financiamento para medicamentos...Estudos que examinarão taxas de sobrevivência de pacientes de aids e custos de tratamento de pacientes serão realizados sob responsabilidade do projeto e fornecerão uma oportunidade para o banco continuar as discussões com o

governo sobre as implicações dos custos de tratamento e financiamento público para pacientes de aids nas prioridades e despesas gerais com saúde no Brasil”.(Banco Mundial,1998)

Parece-nos bastante pertinente à análise de Mattos quando avalia as estratégias utilizadas pelo Banco, considera que “*vem ocorrendo um deslocamento das estratégias centradas nos empréstimos, para estratégias centradas na oferta de idéias*”(Mattos:2001,p.110), o que pode explicar a aprovação do empréstimo, mesmo frente tendo divergência com relação a política nacional de saúde.

Ressaltamos as ações técnicas e políticas empreendidas pelo conjunto de militantes tanto de organizações governamentais, como de organizações não governamentais, que utilizaram os recursos oriundos do Empréstimo na construção de propostas consoantes com as diretrizes da política nacional de saúde, conforme sinaliza Mattos:

“...mais uma vez o Acordo cumpriria com o seu papel estratégico. Ao garantir recursos para a capacitação de recursos humanos, para a aquisição de equipamentos e para os programas de prevenção, permitiu que os gerentes tivessem a independência adequada em áreas chaves de atuação e concentrassem seus esforços em conseguir recursos para medicamentos na área governamental.”(Mattos:2001,p.125)

Os recursos oriundos do Acordo também possibilitaram que os estados da federação e os municípios com maiores taxas de incidência, acessassem os recursos através do estabelecimento de convênios junto ao Ministério da Saúde.

O Projeto AIDS I teve como objetivos gerais:reduzir a transmissão e incidência do HIV e das DST e fortalecer desenvolvimento institucional de instituições públicas e privadas envolvidas e responsáveis pelo controle da epidemia aids. Como objetivos específicos foram definidos: um programa básico de prevenção, identificando as melhores práticas; adequar, equipar de serviços e treinar profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes com aids; estabelecer a vigilância epidemiológica do hiv/aids e de doenças associadas (tuberculose, outras dst, entre outras); garantir a sustentabilidade de programas de estados e municípios.

Segundo o já citado Relatório nº 18338-BR documento de Avaliação de Projeto, elaborado pelo Banco Mundial em 31 de julho de 1998, o primeiro Projeto de Controle de DST/AIDS

“foi executado pontualmente e de forma eficiente pela Coordenação Nacional de DST/AIDS. De acordo com o primeiro projeto, o Governo estabeleceu um programa de prevenção que agora contém muitos dos aspectos que a experiência internacional tem demonstrado ser altamente bem sucedido na prevenção do aumento do hiv/aids.”(Banco Mundial,1998).

O mesmo documento justifica a realização de um segundo projeto como:

“continuar a promoção de esforços governamentais numa área que permanece uma séria preocupação na saúde pública; expandir atividades de prevenção suplementares (enquanto mantém a atenção sobre grupos de alto risco); fortalecer a capacidade de avaliação; e trabalhar pela sustentabilidade do programa através do repasse de algumas responsabilidades aos estados e municípios e a identificação de intervenções de custo mais efetivo.”(Banco Mundial,1998)

O Projeto AIDS II, teve como objetivos: reduzir a infecção pelo hiv e infecção de dst; expandir e implementar diagnóstico, tratamento e cuidados para as pessoas vivendo hiv/aids.

A importância do Acordo de Empréstimo para a ampliação do orçamento do Programa Nacional de Aids, pode ser observada conforme os números citados por Parker (2003) e Grangeiro(2004):

**Tabela 1 – Orçamento do Programa Nacional de Aids e sua variação percentual
1989 a 2000**

ANO/PERÍODO	ORÇAMENTO (US\$ MILHÕES)	VARIAÇÃO (%)
1989	11.870	
1990	2.370	- 80
1991	1.250	- 47
1992	2.870	129
1993	13.730	378
1994¹	76.134	454
1995	160	110
2000^{2,3}	758	373

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

¹ - Assinatura do 1º Acordo de Empréstimo

² - Informação retirada da apresentação do então coordenador nacional Alexandre Grangeiro, por ocasião do XI Encontro Nacional das Pessoas Vivendo Com HIV e AIDS em 2004 no Rio de Janeiro.

³ - A informação refere-se a gastos, entretanto, como o Programa Nacional sempre teve uma execução orçamentária em torno de 90%, achamos válida a inclusão dessa informação na tabela.

Chamamos atenção para o fato que, no período que aumenta o aporte de recursos(oriundo do empréstimo e de fonte nacional) para o Programa de AIDS, o setor saúde atravessa uma importante crise de financiamento. Para contribuir com uma possível explicação para aparente contradição, recorreremos as considerações feitas por Parker:

”...precisamente, devido ao desastre que aconteceu durante a administração anterior, foi possível para os funcionários do Programa Nacional de Aids mobilizar um amplo suporte de ativistas de aids, organizações não governamentais e líderes de opinião pública de várias faixas em larga escala, capaz de provocar maior impacto. Este suporte popular foi habilmente transformado em capital político através de articulação com líderes políticos de diversos partidos no Congresso Nacional que, em

retorno, poderia alavancar suporte interno no Ministério da Saúde, bem como nos Ministérios do Planejamento e da Economia.”(Parker,2003,p. 19).

A análise exposta pode ajudar a montar um mosaico que elucide a centralidade que assumiu o Programa de Aids para o governo brasileiro no momento de séria crise financeira que atravessava o país, e particularmente o setor saúde.

3.3.2 – AIDS I E AIDS II PODEMOS FALAR DE DESCENTRALIZAÇÃO ?

Na vigência do AIDS I firmaram convênios com o Ministério da Saúde todas as unidades federadas e 43 municípios, perfazendo um total de 70 entes federados acessando recursos através do mecanismo convenial . No período de vigência do AIDS II esse número é ampliado, para 150 municípios da federação, além de todos os estados e do Distrito federal, com um total de 177 convênios. Os volumes envolvidos no período de 1991 a 2001 foram na ordem de R\$ 68.359.869,70 (sessenta e oito milhões trezentos e cinquenta e nove mil oitocentos e sessenta e nove e setenta centavos), destinados a estados e municípios, distribuídos da seguinte forma: R\$ 24.561.877,43 destinados aos estados e R\$ 43.797.992,27 dirigidos aos municípios.

A ampliação em mais de 300% na cobertura municipal das ações pode indicar uma aposta na descentralização dos recursos pela via municipal, processo esse consoante com a política de saúde vigente. Parker destaca que:

“uma importante parte dos recursos deveriam, de fato, ser destinado à ajuda aos programas estaduais e municipais, bem como a projetos de atividades de organizações não governamentais. De fato, 60% dos fundos fornecidos pelo Projeto do Banco Mundial deveriam ser usados a nível estadual e local...”(Parker,2003,p.20)

Poderíamos aqui fazer o seguinte exercício reflexivo: será que o desenho da descentralização do programa de aids foi em alguma medida influenciada pela força do Acordo de Empréstimo? Como dissemos é um “pensando alto”, que deve ser visto com calma para não concluirmos apressadamente, mas, é interessante considerar: ao que tudo indica a descentralização sempre foi um tema corrente no nosso país, e também sempre constou no vocabulário dos organismos internacionais como diretriz prioritária. Nosso

entendimento é que apesar do uso corrente de descentralização, seu significado assume contornos diferentes para diferentes sujeitos e contextos sociais. Uma primeira ressalva pode ser: a descentralização é um princípio em si ou uma diretriz para alcance de resultados? Nesse momento somente indicamos uma possível discussão a ser travada, mas não a trataremos com profundidade nesse trabalho, o objetivo é mapear possíveis entendimentos sobre o tema.

Quando a descentralização é vista como princípio, a sua concretização torna-se o objetivo prioritário no desenho de uma determinada política. Achamos que a política de saúde, considerando a sua legislação, tomou a descentralização como um princípio, até um recente processo de reavaliação, que orientou a publicação da Portaria Ministerial nº 399 de 2006 - do Pacto pela Saúde.

A descentralização tomada como diretriz, parece-nos que se configura como um meio para o alcance de determinados resultados. Pelo exposto até aqui, consideramos que o Programa de aids, se aproxima mais desse entendimento; considerando, por exemplo, a distribuição dos recursos (oriundo do Acordo) e a autonomia que os estados e os municípios exercitaram na elaboração dos seus Planos. Consideramos, portanto, que o Programa de aids nesse período, conformou o seu Plano tanto atendendo (alguns) princípios exigidos pelo Banco, como também, respondeu em linhas gerais ao processo de descentralização encaminhado na política nacional de saúde. Fortaleceu-se institucionalmente e assumiu o lugar de protagonista na interlocução com estados, municípios e organizações não governamentais para a definição da política de aids.

Com relação por exemplo ao Projeto AIDS I, utilizando as informações fornecidas por Parker (2003), veremos que na categoria de desenvolvimento institucional 43,9% dos recursos foram destinados ao suporte de laboratórios de referência e 22,2% a programas de treinamento, supondo assim, uma importância de investimentos para a conformação de serviços de atendimento no país e para a capacitação de técnicos estaduais e municipais.¹

Podemos aqui também lembrar a compreensão de Arretche sobre o paradoxo que a descentralização assumiu no país com o fortalecimento do nível federal.

¹ Não será objeto da nossa análise a distribuição de recursos feita por componente, nem tampouco, a influência ou obediência às normas do Banco nesse planejamento. Sabemos por exemplo que Parker (2003) discute o tema, apontando sobre o predomínio da componente prevenção sobre os outros.

Interessante observar que o documento - o Relatório nº 18338-BR documento de Avaliação de Projeto AIDS I - pode sugerir como interpretação a recomendação de “repasso de algumas responsabilidades para estados e municípios”. Como já dissemos anteriormente, existe uma certa aproximação entre o “enunciado” –descentralização- proposto pelo Banco e os princípios da política nacional de saúde. Como também já observamos anteriormente, a descentralização pode ser entendida como um princípio ou como diretriz, e, diferentes entendimentos orientam distintas decisões. Outro ingrediente que gostaríamos de acrescentar a essa discussão, diz respeito ao contorno que a responsabilização por nível de governo pode assumir conforme os distintos entendimentos do processo de descentralização.

Podemos supor que prevalece na orientação do Banco uma certa primazia para a responsabilização dos níveis estaduais, municipais e até mesmo para as organizações não governamentais para a execução das atividades. Recorrendo novamente ao documento de avaliação do Banco para a execução do Segundo Projeto AIDS II, observamos que: *“Conforme o Segundo Projeto de Controle de DST/AIDS, haverá a promoção da descentralização de responsabilidades para o controle de DST/AIDS, particularmente para estados e grandes municípios.”* (Banco Mundial, 1998, mimeo). Aqui podemos concluir que havia a percepção, tanto para o Banco como para o Programa Nacional, de um certo grau de centralização das atividades, decorrente disso, tornava-se portanto, necessário a descentralização.

A modelagem desse processo entretanto, pode assumir diferentes contornos para um e para o outro agente social. Consideramos que as execuções dos Projetos AIDS I e AIDS II, foram marcadas pelo protagonismo do nível federal. Fato esse, objeto de críticas de personagens importantes na história do enfrentamento da epidemia no nosso país (Teixeira, 1997). Entretanto, olhando para trás podemos tecer algumas observações ao processo, que provavelmente, não foram refletidas na época, diante dos grandes desafios enfrentados por todos aqueles comprometidos com a diminuição do impacto da doença no nosso território. Com relação a centralização do nível federal podemos interpretar como necessária diante do desafio de enfrentar a complexidade da epidemia em um país com marcadas desigualdades regionais como o nosso. Diante de um processo de grande atomização municipal conforme já descrevemos e frente as dificuldades das capacidades (técnicas,

políticas e financeiras) dos outros entes federados para estruturação de ações eficientes de combate a epidemia, podemos supor que, a garantia dos princípios éticos que sempre orientaram as ações dos programas estaduais e municipais, foi possível, devido a centralização pelo nível federal na definição e implementação de alguns projetos de abrangência nacional. Isso pode ter significado para alguns gestores, um certo “atropelo” das ações encaminhadas por entes federados com maiores condições de resposta (em comparação com o conjunto de estados e municípios).

O que a nosso ver chama atenção, é que nessa época, parecia não haver os fóruns de pactuação entre gestores. As reuniões nacionais de coordenadores de programa ocorriam com o objetivo de repasse pela equipe federal das normas de execução do convênio. A importância da conformação desses fóruns de pactuação não é detalhe, visto que, posteriormente, foi formado um importante fórum de discussão da política nacional de controle da epidemia– a Comissão de Gestão(COGE), com a participação de coordenadores estaduais e municipais de dst/aids, representando as regiões do país.

Outro lado da mesma moeda: não houve aqui, uma certa desresponsabilização do nível federal com a execução das atividades e portanto, não ocorreu também, uma maior responsabilização dos outros níveis de governo pela implementação da política, questão essa, por vezes, objeto de críticas de analistas da área de saúde, conforme já explicitamos anteriormente nesse trabalho.

Pelo exposto, houve um afastamento das orientações daquelas “receitas milagrosas” ofertadas (e/ou impostas) por organismos internacionais (incluindo aqui o Banco Mundial), que consideravam que não era atribuição do nível federal a execução de determinadas ações.

Para traçarmos um pequeno paralelo, podemos exemplificar, podemos recorrer ao processo de descentralização implementado na área de assistência social. Consideramos que a concepção que orientou o esse processo, foi à descentralização associada a desresponsabilização do nível federal pela implementação de política, concretizada com a extinção da vários órgãos da área. As medidas adotadas a nosso ver, resultaram no total desmantelamento da prestação de serviços, visto as dificuldades de estados e municípios garantirem os direitos previstos na Constituição.

É mister sinalizar que com relação a política de aids, não observamos uma radicalização do processo de municipalização conforme foi observado na concepção da política de saúde. Estamos aqui enfatizando que, o nível municipal não foi responsabilizado, pela resposta à epidemia. A força do nível federal sempre esteve presente. Aos estados a época, também não era delegada nenhuma responsabilização específica, sendo considerados do mesmo modo que os municípios e até mesmo como as organizações não governamentais: co-executores de projeto. Corrobora com essa interpretação, uma publicação da Coordenação Nacional de aids, denominada “AIDS II – Boletim de Gestão – onde são apresentados como “entidades executoras” do projeto : estados, municípios, organizações não governamentais e organizações governamentais, agências internacionais. Não existe aqui, menção a “gestores” de programas e também nenhuma distinção entre atores sociais com características tão distintas.

No final da execução do AIDS II essa situação assume contornos diferentes, conforme veremos adiante.

Digno de nota também pode ser uma certa semelhança na configuração da política de saúde e na política específica de aids, com relação a pouca ênfase na estratégia de regionalização(apesar de enunciada) assumida pela gestão do sistema nesse período.

A participação de técnicos estaduais e municipais na montagem do Plano (base para o Acordo de Empréstimo) e no processo de negociação entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial merece para nós um destaque. O Acordo de Empréstimo, portanto, foi um processo compartilhado (na sua elaboração) pelos níveis de governo e pelas organizações não governamentais; aliás, essa participação foi condição para o seu êxito. Não encontramos relato de ter ocorrido na época, uma disputa entre os níveis da federação pela distribuição de recursos. O que também nos chama atenção foi perceber nesse processo uma coloração diferente quando comparado com outros processos de implementação de políticas, onde prevalecia a disputa por recursos; na medida que o setor atravessava uma séria crise de financiamento. Consideraremos que tal processo marcado pela coalizão e pela cooperação, pode ser atribuído, conforme já relacionamos anteriormente, à ampla articulação desenvolvida, que possibilitou o entendimento que a aids era um sério problema de saúde pública, com impactos sociais e econômicos, exigindo, portanto, a

responsabilização de todas as esferas de governo e da sociedade em geral, para o desencadeamento de ações em âmbito nacional.

Há que se mencionar os possíveis limites do mecanismo convencional no exercício da autonomia pelos gestores. O principal que percebemos na nossa experiência, foi a definição a priori de diretrizes para a alocação de recursos. Por exemplo, havia os limites de tetos financeiros por categorias de despesa, assim, nos convênios para o controle da aids, foi estabelecido um limite percentual para a aquisição de bens de capital.

Havia a exigência de contrapartida nacional de recursos financeiros (dos três níveis de governo) o que configurava um importante comprometimento do gestor na aplicação de recursos específicos para o combate a aids. A comprovação dessa contrapartida, às vezes era um exercício de “caça ao tesouro”. Tomando como exemplo somente a nossa experiência no estado do Rio de Janeiro, muitas vezes tínhamos que realizar levantamento junto a outros órgãos da Secretaria Estadual de Saúde para demonstrar a aplicação de recursos, na medida que não tínhamos esse dado agregado em nenhum setor da Secretaria, e muitas vezes, determinados itens, como por exemplo, a aquisição de testes anti-hiv não fazia (e não faz até hoje) parte do orçamento do Programa de aids. Outra dificuldade vivida nessa área era ter que justificar como contrapartida os gastos do governo com a equipe central do programa. Tal despesa muitas vezes, não era aceita como contrapartida (e sim como patamar inicial para recebimento de recurso).

Os recursos eram programados anualmente no instrumento denominado Plano Operativo Anual (POA), e obedeciam a uma lógica, que acreditamos, resultado de intenso diálogo travado entre os técnicos do Banco e a equipe federal. Assim, para cada Acordo de Empréstimo, eram elaborados anualmente os POAs que correspondiam a programação das atividades com a correspondente alocação de recursos. Essa operação trazia algumas dificuldades, visto que mesmo durante a execução de um Plano, era necessário a elaboração de outro. Enquanto um Plano era programado o outro era reprogramado, obedecendo aos prazos financeiros de desembolso e de prestação de contas. Como havia dificuldades de várias ordens na liberação dos recursos, o processo de programação era um exercício de grande criatividade com pouquíssima sistematização e na maioria das vezes sem a utilização de técnicas ou metodologias específicas .

Havia a proposição pelo Programa Nacional dos objetivos gerais e específicos, das áreas programáticas, populações alvo. Exaustivo era a programação dos recursos, pois a sua matriz(e a orientação fornecida) exigia que fosse especificado todos os gastos, item a item, o que tornava a tarefa de organizar um treinamento por exemplo, um cansativo exercício matemático de cálculo de número e custo de lápis que seriam utilizados, número de blocos e assim por diante. Os prazos de execução eram definidos, e, caso os recursos não fossem utilizados no período estabelecido, deveriam ser devolvidos. Havia uma grande preocupação para a execução dos recursos, na medida que os Acordos de Empréstimo, constituíam parte da dívida externa nacional. As regras de execução financeira eram orientadas(na sua maioria) pelo Banco, o que eventualmente, colocava em lados opostos os técnicos auditores do Banco e os técnicos dos Fundos de Saúde(estaduais e municipais), o que representava mais uma dificuldade para o desenvolvimento do projeto. Tais questões estão em destaque nesse trabalho para ilustrar como o instrumento jurídico –convênio- interfere no pleno exercício da gestão. Entretanto, em nenhum momento consideramos desnecessário por princípio, o estabelecimento de convênios pelos gestores. No nosso caso, a possibilidade de acesso aos recursos foi por essa via, o que viabilizou, sem dúvida nenhuma, a ampliação da resposta nacional no enfrentamento da epidemia de aids.

O aporte de recursos permitiu também, uma certa capacitação gerencial das equipes dos programas municipais e estaduais(e conseqüentemente o seu fortalecimento), que por serem os responsáveis pela execução dos recursos e realização das atividades, passaram a ter que conhecer -áridos temas, diga-se de passagem- sobre: legislação da administração pública, fluxos de processos; além de estarem aptos para traçar estratégias que objetivassem: garantir que a administração financeira das secretarias priorizassem os convênios e garantissem a agilização da execução dos projetos ; estabelecer alianças(na administração,e com as organizações não governamentais) para garantir o desenvolvimento das atividades nos prazos previstos. Dependendo da burocracia administrativa de cada local, esse processo era mais ou menos penoso. No Estado do Rio de Janeiro, com a Secretaria de Estado detentora de uma “pesada máquina burocrática”, onde cada processo de aquisição, necessitava de mais de vinte “canetadas”, os técnicos do Programa muitas vezes travestiam-se de “carregadores de processo” na tentativa (desesperada) de agilizar os trâmites que pudessem garantir uma adequada execução. Soma-se a isso outro fato

recorrente: os recursos eram programados em um determinado período de tempo e a sua execução por diversos motivos (por exemplo, atraso na liberação orçamentária tanto pelo Ministério, como pelo governo do estado), era feita em um período posterior, o que obrigava uma constante reprogramação das atividades, que exigia novos cálculos, reajustes, justificativas, esse processo denominava-se: reprogramação do POA.

Certamente várias outras questões envolviam a execução dos convênios, o breve relato, consiste nas que foram mais significativas para quem escreve. Um apontamento deve ser feito: todos os tópicos abordados consistam em observações expressas pelos coordenadores estaduais e municipais nas reuniões nacionais que ocorriam na época de elaboração de cada Plano, onde as normas eram repassadas pela equipe federal para as equipes estaduais e municipais. O fato era que apesar de sermos considerados os responsáveis pela execução dos convênios, tínhamos pouca governabilidade sobre o mesmo, na medida que as equipes na sua maioria, não possuíam nenhuma autonomia administrativa no interior das Secretarias de Saúde.

Outra questão merecedora de críticas pelos coordenadores, era a prioridade dada pela equipe federal com o monitoramento da execução financeira dos convênios em detrimento do acompanhamento técnico dos resultados obtidos no desenvolvimento dos Planos. Um grande desafio na época era, além de superar as já relatadas dificuldades administrativas, era manter a criatividade e efetividade na definição das atividades desenvolvidas. Nesse aspecto, com todos os limites enumerados anteriormente os estados e os municípios, sempre foram orientados a programar suas atividades de acordo com as realidades e necessidades locais. Inexistia a interferência da equipe federal nesse aspecto. Salvo exceção quanto a uma certa hierarquização na programação, por orientação do Banco, onde as atividades de prevenção sempre deveriam carrear mais recursos.

Merece menção que foi durante a vigência do primeiro Acordo de Empréstimo, a aprovação da Lei nº 9313 em 1996, que reforçou o direito constitucional, ao garantir a distribuição gratuita pelo SUS dos medicamentos para pessoas com HIV/AIDS. Tal questão, pode jogar pontos de luz em duas áreas: a primeira delas é a já destacada crise financeira do setor de saúde e a preocupação diante disso, do movimento social de aids em garantir o acesso aos medicamentos e por outro lado, novamente podemos interpretar, como mais um indício da centralidade que assumiu na época o compromisso da sociedade com o controle da

epidemia e com a qualidade de vida das pessoas vivendo com aids. Em um curto espaço de tempo, conseguimos superar as freqüentes investidas de desfinanciamento do programa, principalmente no quesito da garantia do acesso universal aos medicamentos.

Lembramos que ao final do AIDS II a estratégia de descentralização pela via da municipalização já era consagrada na legislação do sistema de saúde. Destacamos a introdução pela NOB 96 de um importante componente para o financiamento das ações de saúde: o cálculo de recursos através da cobertura per capita das ações. Essa era a base de cálculo para o financiamento do também inovador, Programa Saúde da Família. Essa concepção não orientou o cálculo para o financiamento das ações de aids, previstas tanto na época dos Acordos, como no período posterior já na vigência da política do incentivo.

No estado do Rio de Janeiro, foram 12 municípios conveniados no período de execução do AIDS I e AIDS II, entretanto, até 1998, somente 7 municípios (do total de 92) não haviam registrados casos de aids. Já ao final de 2002, temos 03 municípios sem casos notificados no sistema de informação. Entretanto, enfatizamos também, a ampliação da resposta nacional no decorrer da vigência dos Projetos AIDS I e AIDS II.

Com relação à pergunta central desse tópico, se podemos falar de descentralização, achamos que a (mineira) resposta é sim e não. Preferimos a saída de Bobbio quando este sinaliza da impossibilidade da existência da descentralização (como ordenamento jurídico) em estado puro. Tal processo na trajetória do Programa assume características que tornam difícil uma enfática afirmativa para um lado ou para outro. Percebemos no período retratado, um importante grau de coalizão (e não hierarquização) entre os níveis da federação, o que possibilitou importantes conquistas no controle da epidemia no país. Um exemplo nessa perspectiva, foi a inclusão de municípios, no AIDSII.

Entretanto, também observamos um grande protagonismo do nível federal, que tomou para si a iniciativa no desenvolvimento de determinadas ações e projetos (e por conta disso mereceu críticas) garantindo dessa forma o seu fortalecimento institucional (o que para algumas interpretações sobre descentralização é uma heresia). Destacamos que tal característica assemelha-se ao processo geral da saúde, que sofreu críticas, como “O SUS foi esculpido através de golpes de portarias” (Goulart, 2001) ou “...a União exercitou seu papel de regulador do sistema locais de saúde pela via do financiamento” (Martins Júnior, 2004).

Contradição talvez seja um atributo forte para resumir um certo descompasso entre a implementação da política de saúde e suas diretrizes inscritas nos diversos arcabouços legais do SUS. Mas com muita tranquilidade podemos dizer que a linearidade não foi a escolha das trilhas percorridas pelos caminhantes do setor saúde.

Considerando as características que um processo descentralizado pode assumir, é difícil aqui definir (relembrando Bobbio) o que seria o mínimo de poder possível que pudesse permitir o cumprimento pelo nível federal de suas atribuições e responsabilidades, entendendo como a maior delas, a garantia do respeito pela vida e saúde das pessoas.

Apostamos na solidariedade e cooperação entre os três níveis de governo para cimentar um bom caminho no rumo da construção de consistentes propostas. Indicamos aqui, que achamos fundamental o fortalecimento e revitalização das instâncias, fóruns e mecanismos de pactuação do sistema de saúde.

No final da execução do AIDS II já está na agenda dos coordenadores dos programas de aids as palavras de ordem: sustentabilidade e descentralização já.

3.4- SUSTENTABILIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO

O tema de sustentabilidade surge, no final do projeto AIDS II. A questão da descentralização sempre foi uma temática presente no processo de implantação e consolidação do Programa Nacional de aids, como já vimos nesse trabalho.

Entretanto, pelo que também já expomos, o processo de descentralização na nossa percepção, não foi efetivado de maneira tão radical. Estamos aqui, novamente, fazendo alusão que o molde que o Programa de aids utilizou, não tomou a descentralização como um valor, como um princípio para a sua implantação.

A principal característica da descentralização até aqui encaminhada pelo Programa de aids, a nosso ver, diz respeito a uma certa descentralização do financiamento, pelo aumento da cobertura de estados e municípios que firmaram convênios para a execução do AIDS I e AIDS II. Entretanto, a definição da política pública de aids – diretrizes, prioridades, grandes metas nacionais- foi feita de forma centralizada e verticalizada .

O que destacamos nesse momento é que a idéia de descentralização, a nosso ver, começa a aparecer daqui por diante, com características mais nítidas de assunção de responsabilidades e atribuições para as esferas subnacionais; e também como resultado de

um processo mais pactuado entre os gestores do sistema de saúde e entre as coordenações de programa.

Havia uma certa indecisão se o governo brasileiro assinaria o novo Acordo de Empréstimo. Talvez tenha sido este um dos motivos propulsores da preocupação em torno dos temas de descentralização e sustentabilidade. A consolidação cada vez mais evidente do SUS com suas sucessivas Portarias normatizadoras, e a descentralização como estratégia prioritária de implantação do sistema de saúde, e possibilidades que o financiamento do setor apresentava, pode também ajudar o entendimento que assumiu na época de finalização do AIDS II os termos sustentabilidade e institucionalização. Em um pequeno espaço de tempo os vocábulos descentralização e sustentabilidade tomam impulso e são objetos de discussão entre gestores e organizações não governamentais. Assim temos sustentabilidade e descentralização formando uma base para a construção de alternativas mirando o aprimoramento da resposta nacional a epidemia. Como podemos observar pela própria designação do novo Acordo de Empréstimo(AIDS III) o tema da sustentabilidade já aparece com inegável força.

Para explicitar melhor o significado que o termo sustentabilidade adquiriu na política pública de aids, tomaremos emprestado a apresentação que o coordenador do Programa (no período de 2003 a 2004) fez em um encontro promovido por organizações não governamentais ocorrido em 2004, com o título “Que Sustentabilidade queremos?”, onde esta é apresentada como necessária para consolidar os resultados alcançados e para ampliar e qualificar as respostas que garantam:

- a) que novas pessoas não se infectem;
- b) a melhoria da qualidade de vida para as pessoas que vivem com hiv/aids;
- c) minimização das situações de estigma e preconceito;

As dimensões consideradas para a sustentabilidade são apresentadas como:

- a) dimensão técnica: número de profissionais adequado com capacidade de formulação e implementação;
- b) dimensão política: envolvimento e compromisso de setores governamentais e não governamentais;
- c) dimensão financeira: fluxo contínuo de recursos para os três níveis de governo e para a sociedade civil; co-financiamento dos três níveis governamentais;

A primeira dimensão foi contemplada por significativos investimentos feitos pelo Programam Nacional em capacitações e treinamentos. A estratégia de capacitar as equipes de Programas na área de planejamento e gestão já assumia grande importância durante a implementação do AIDS II. O Programa Nacional contando com a consultoria de organismos internacionais desenvolveu uma metodologia de planejamento estratégico e capacitou Programas estaduais e municipais nessa perspectiva de atuação. A idéia era que esse processo pudesse orientar a adequação dos Planos Operativos Anuais. Na realidade, no caso do estado do Rio de Janeiro, que tentou colocar em prática a metodologia, - chegando a elaborar o seu planejamento e plano estratégico para o período de 2003 até 2005- esse rico processo (que contou com a participação de vários agentes sociais) contribuiu mais com a elaboração do primeiro Plano de Ações e Metas (instrumento de programação relacionado a política de incentivo) do que propriamente com a construção dos Planos Operativos referente ao convênio do Acordo de Empréstimo. Sinalizamos que foi um importante investimento dirigido mais às equipes estaduais do que às equipes municipais, na melhoria no componente de desenvolvimento institucional do Programa, uma área de grandes (ainda) fragilidades.

Com relação ao quadro de profissionais adequado para um desempenho eficiente, esse é um permanente e ainda não resolvido problema do SUS. Com relação ao aspecto político, a capacidade de articulação sempre foi um grande trunfo do programa. Entretanto aqui, ainda temos um longo caminho a percorrer, na medida que as ações de controle da epidemia ainda encontram-se na sua infinita maioria, sendo desenvolvidas somente pelo setor saúde. A incorporação da temática pelo sistema educacional, por exemplo, apesar de anos de investimento, ainda não conseguiu atingir resultados satisfatórios. È verdade que foi um grande avanço a política de incentivo no sentido de garantir o fluxo automático de recursos, entretanto esta questão ainda está longe de resolver o problema de financiamento do Programa. Em linhas gerais o Programa de aids, é contemplado com o financiamento do SUS com as seguintes coberturas:

- a) tetos financeiros de estados e municípios oriundo de transferências federais;
- b) recursos próprios de estados e municípios;
- c) Fundo de ações estratégicas e de compensação (alguns procedimentos laboratoriais e de alta complexidade);

d) medicamentos;

e) política de incentivo;

Apesar de não ser esse o objeto do presente trabalho, impossível não sinalizar, que ainda encontramos dificuldades para garantir, por exemplo, uma assistência satisfatória. O Programa é claro, sofre com a permanente insuficiência de recursos do setor. O financiamento das organizações não governamentais ainda é um processo de busca de alternativas efetivas pelos mecanismos do SUS. A falta de medicamentos que deveriam ser fornecidos regularmente, bem como os custos excessivos dos anti-retrovirais, são hoje uma questão nevrálgica para o governo e ameaçadora para os resultados e conquistas alcançadas. O não cumprimento dos pactos feitos (condição para a habilitação ao incentivo) e de investimentos com recursos próprios de estados e municípios ainda não é objeto de acompanhamento (e cobranças) pelo movimento social, não fazendo parte da agenda política(prioritária) do movimento. Ainda temos muita estrada para percorrer até atingir uma situação de tranquilidade nessa área.

Tomando novamente emprestado a apresentação feita pela equipe nacional em um dos encontros de coordenadores ocorridos no período de implantação da Portaria do Incentivo entre 2001 e 2002, destacamos que havia o entendimento da necessidade de construção de um Plano de Sustentabilidade, composto pelas estratégias:

a) formalização do Programa Nacional como Departamento na estrutura do Ministério da Saúde;

b) ampliação da participação das ações de dst e aids nos mecanismos de financiamento do SUS – política de incentivo;

c) sustentabilidade das organizações da sociedade civil, com a diversificação das fontes de financiamento e sistemática de financiamento pelo SUS;

d) novo Acordo de Empréstimo.

Uma consideração que a nosso ver merece destaque é a conexão entre os temas de descentralização e sustentabilidade. Se até aqui parece que a descentralização não era vista como um valor, um princípio para o Programa, talvez para essa conjuntura, seja diferente a análise da diretriz da sustentabilidade. Estamos conjecturando se podemos interpretar que a sustentabilidade foi compreendida pelo Programa Nacional de aids como um valor importante a ser perseguido e conquistado. Talvez e com muitas interrogações, podemos

interrogar, se a descentralização não foi considerada enquanto uma estratégia para o alcance da sustentabilidade do Programa de aids.

É importante sinalizar o paralelismo entre o final do AIDS II, a construção do AIDS III e a Política do Incentivo (publicada no final de 2002). Apesar de ser um desafio a separação dos assuntos (e manter a lógica de análise e entendimento do processo e contexto) como está estruturado nesse trabalho, esta opção é um recurso para facilitar uma melhor exploração da temática. A atenção para o estabelecimento das conexões será uma norma constante. A fuga de um texto enfadonho (por muitas idas e vindas) será um permanente exercício de quem escreve. Trataremos de tentar identificar como a questão da sustentabilidade pode ser colocada no Acordo de Empréstimo e como é interpretada para diferentes agentes sociais comprometidos com o enfrentamento da epidemia. Não conseguiremos certamente dar conta de todos os aspectos que envolvem a temática, tentaremos identificar aqueles que na nossa perspectiva, obtiveram maior visibilidade.

3.4.1- O 3º ACORDO DE EMPRÉSTIMO: PROJETO DE SUSTENTABILIDADE E GESTÃO ESTRATÉGICA DAS POLÍTICAS DE HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS(DST)

Relembramos o que já foi explicitado anteriormente, por considerarmos importante para alertar algum leitor incauto. Não é nossa proposta, a análise sobre as estratégias defendidas pelo Banco Mundial para o setor saúde no geral, nem a proposta dessa instituição para o controle da epidemia de aids nos países em desenvolvimento.

O terceiro Acordo de Empréstimo foi assinado em 2003 com vigência até 2006 com valor de US\$ 100 milhões de recursos do Banco Mundial e a mesma quantia prevista como contrapartida nacional.

Optamos por detalhar e ter como base para a análise, a proposta contida na Carta consulta, documento elaborado pela equipe do programa- para a apresentação do projeto AIDS III, por representar a perspectiva do governo com relação ao Projeto, suas prioridades e estratégias. A carta consulta é um documento que expressa a intenção do governo em firmar um Acordo de Empréstimo. Traduz o “ambiente” no início das negociações com o Banco. Segundo Grangeiro (ex-coordenador do Programa) em comunicação pelo correio eletrônico, “...é a partir dela que formalmente começa a negociação e a formulação do

Projeto, ou seja, ela é o documento formal para que o Banco aprove o início da negociação...” Posteriormente a carta-consulta é substituída pelo Acordo propriamente dito.

Nas negociações com o Banco algumas questões foram modificadas. Grangeiro na mesma comunicação observa que:

“ O Projeto reflete bastante a forma de organização do Banco, como eles estabelecem como parâmetro para a área financeira, de compras, avaliação legal, etc. Todos esse departamentos contribuem com a discussão e dão seu parecer...esses foram fatores que contribuiram para a definição dos componentes e sub-componentes do projeto.”

Isso significa que a carta consulta não traduz a versão final do Projeto, mas, é um documento que contribui para a análise proposta neste trabalho com relação ao processo de descentralização do Programa Nacional e, possibilita também, identificar como esse processo articula-se com a necessidade de sustentabilidade do Programa brasileiro de aids. Com relação a ênfase dada a questão da sustentabilidade no documento carta-consulta e na versão final do AIDS III, o ex-coordenador faz a seguinte consideração:

“...pode ser que esteja mais explícita na carta-consulta, pois esta era a proposição, o objetivo do governo brasileiro, na discussão do banco foram incluídos outros aspectos, como a questão de melhorar a efetividade da política, e assim, foram acrescentados outros itens. Mas acho que isso não fez com que o projeto(AIDS III) seja significativamente menos intenso na sustentabilidade do que na carta-consulta. A principal restrição da sustentabilidade (que me lembro) refere-se ao setor produtivo de fármacos/insumos de laboratórios e preservativos, que o Banco tem restrições a investimento na área estatal...”

Na carta consulta a descrição da proposta é apresentada em duas grandes áreas de atuação para o novo projeto: uma diz respeito ao aprimoramento do processo de planejamento, monitoramento e avaliação – questão essa, sempre merecedora por parte do Banco de apontamentos nos relatórios consultados, indicando a necessidade de sua consolidação; a segunda, é a busca pela “ *...expansão do processo de descentralização com a extensão da abrangência, através do aumento do número de municípios participantes de 150 para 390...*”(Carta consulta do Projeto AIDS III, 2002, mimeo). O número de municípios aqui referidos diz respeito aos incluídos em um primeiro momento na política de incentivo.

A carta consulta do Projeto Aids III, ou melhor, do Projeto de Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de HIV/AIDS e outras DST, foi divulgada no início de 2002. A título de curiosidade, os outros Projetos eram denominados simplesmente de “Projetos de Controle de AIDS e DST”, diferente do aqui denominado AIDS III, marcando assim, na sua própria denominação um eixo importante de preocupação, do Programa Nacional refletida na proposta apresentada para o Banco Mundial. Nesse documento foi explicitada a preocupação com as ações que não foram incorporadas pelo SUS “...ou para as quais não dispusermos de instrumentos que garantam sua continuidade, seja no aspecto de financiamento como de gestão.” (Carta consulta, 2002, mimeo). Garantir a sustentabilidade era o grande objetivo para o Projeto AIDS III. Contribui para essa argumentação quanto a importância que a temática sustentabilidade assume, é o Relatório de Avaliação de Desempenho do Projeto Aids I e Aids II feito pela equipe do Banco Mundial em 2004, onde é apresentado uma avaliação quanto a importância e eficácia dos objetivos gerais e específicos dos dois Projetos. A tabela abaixo foi retirada do material sistematizado pelo Banco, contendo apenas as informações de interesse para esse trabalho.

Tabela 2 – Avaliação dos objetivos propostos nos Projetos AIDS I e AIDS II

PROJETOS	OBJETIVO ESPECÍFICO	IMPORTÂNCIA*	EFICÁCIA**
AIDS I	SUSTENTAR INVESTIMENTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS EM PROJETOS	SUBSTANCIAL	SATISFATÓRIA
AIDS II	BUSCAR A SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA ATRAVÉS DA DEVOLUÇÃO DE ALGUMAS RESPONSABILIDADES PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS	MODERADA	SATISFATÓRIA

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

* A importância é avaliada segundo a prioridade dada ao objetivo no desenho do projeto, baseada tanto na descrição do projeto, quanto no total de fundos alocados.

** Eficácia é a medida em que os objetivos do projeto foram alcançados, ou se espera que sejam, levando em conta sua importância relativa.

Na avaliação do AIDS I o objetivo específico destacado no documento do Banco justifica como: *“O projeto teve sucesso em criar Unidades de Coordenação em estados e municípios” (Banco Mundial, 2004, mimeo.)*. Nos parece que sustentabilidade aqui significa a capacidade de estados e municípios para participarem do Projeto (pela via convenial) e conseqüentemente, investirem recursos próprios nos seus respectivos Programas. Como já vimos anteriormente, talvez merecesse uma análise mais detalhada sobre o cumprimento das contrapartidas (obrigatórias) para afirmarmos com maiores convicções, a sua relação com a sustentabilidade dos Programas nesse período.

Na avaliação do AIDS II feita pelo Banco Mundial como vimos, a sustentabilidade é entendida como devolução de responsabilidades para estados e municípios e justificada como: *“Isso foi feito através de treinamento continuado, apoio técnico e supervisão das unidades de coordenação estaduais e municipais para melhorar sua capacidade de desenhar e implementar planos de ação locais...” (Banco Mundial, 2004, mimeo.)* Nesse item também é apresentado a descentralização para os estados dos Projetos das organizações governamentais, tema que será tratado mais adiante nesse trabalho. Tomando as dimensões já apresentadas anteriormente sobre sustentabilidade, constatamos que o componente técnico foi o valorizado para avaliar a questão. Na proposta para o AIDS III conforme apresentamos, a sustentabilidade foi uma questão tratada com uma maior relevância e abrangência.

A proposta era que o Projeto AIDS III possuisse dois componentes:

- a) gestão estratégia da reposta nacional ao HIV/aids e outras DST;
- b) desenvolvimento de políticas sustentáveis de promoção e prevenção a saúde, proteção aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids e assistência em Hiv/aids e outras DST.

Com relação ao primeiro componente, a área de atuação refere-se a gestão da informação para o acompanhamento, monitoramento e avaliação e à a capacitação de gestores. São ações , que segundo o documento, referem-se ao nível central:

” Diversas ações, consideradas estratégicas(para a preparação das políticas, apoio a municípios/estados, aquisições de vulto...) ou preparatórias da descentralização, deverão ser executadas diretamente pelo Ministério”(Carta consulta,2002, mimeo).

Esta proposição destacada no documento, contribui para nossa argumentação quanto a compreensão do processo de descentralização no âmbito do Programa Nacional de aids, qual seja: a descentralização não foi encaminhada como sinônimo de municipalização e também não foi compreendida como autonomia de gestão, por um lado e por outro lado, parece que também não predominou o entendimento de um processo com os gradualismos conforme observamos nas normatizações da política de saúde. Mas sim, como um processo que deveria ser construído com participação ativa do nível federal. O documento explicita que existem ações estratégicas “...para a preparação das políticas” e ações “...preparatórias da descentralização” (*Carta consulta, 2002, mimeo*). que deverão ser executadas pelo nível federal. A descentralização não estava dada como objetivo já alcançado.

Quanto ao segundo componente, bastante amplo, contempla desde a implantação da política de incentivo, passando por ações de ampliação de acesso ao diagnóstico e rede de laboratórios especializados, ações de prevenção, implantação de serviços em regiões deficitárias, fortalecimento da área de pesquisas e incorporação tecnológica, até a identificação de estratégias que podiam contribuir para a sustentabilidade das organizações da sociedade civil. Neste componente, diferente do anterior, é colocado que “*As ações inseridas...serão, em geral, executadas de modo descentralizado, em parceria com estados e municípios..*”. (*Carta consulta, 2002, mimeo*). O caráter da descentralização foi apresentado com uma característica de parceria entre o nível federal com os estados e entre o nível federal com os municípios. Destacamos que a carta consulta do AIDS III já respirou os ares da NOAS (Norma de Assistência a Saúde) o que talvez possa ajudar a compreender esse cuidado no tratamento dado ao tema na proposta apresentada.

A programação do AIDS III foi realizada somente pelo nível federal, diferente dos outros Acordos, onde os Estados e municípios também foram conveniados. Parece-nos que fica claro aqui, que a resposta mais robusta para a sustentabilidade financeira dos estados e dos municípios foi a política de incentivo. Assim, a transferência fundo a fundo viabilizada pela política de incentivo substitui para os estados e municípios os recursos financeiros oriundos dos Acordos de Empréstimo.

3.4.2 DESCENTRALIZAÇÃO:COM RELAÇÃO AS ONGS

Apesar desse tópico não ter sido abordado anteriormente, não é desmerecido de destaque, muito pelo contrário. É de conhecimento de todos a importância do papel exercido pelas organizações não governamentais (ONGS) na construção das respostas engendradas pelo governo brasileiro a epidemia de aids. Não analisaremos os trabalhos desenvolvidos pelas organizações no decorrer do tempo. Estaremos aqui somente problematizando os temas de descentralização, sustentabilidade para essas organizações no contexto mais geral de enfrentamento da epidemia. Não é nossa intenção responder a pergunta de qual a melhor estratégia para garantir a sustentabilidade das organizações. O que tentaremos aqui sinalizar em linhas bastante genéricas é como o processo descentralização encaminhado, pode ter repercutido nessas instituições e nas suas relações.

O quadro abaixo elaborado a partir de informações contidas no Relatório de Avaliação do AIDS II elaborado pelo Banco, retrata o incremento da cobertura de Projetos de organizações não governamentais no período de vigência do AIDS I e AIDS II.

Quadro 1 - Cobertura de projetos e ONGs, no período de vigência do AIDS I e AIDS II

	Nº DE PROJETOS	Nº DE ONGS APOIADAS	INCREMENTO (%)
AIDS I	564	181	—
AIDS II	2.163	795	239

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

A definição dos projetos para serem financiados era feita por um processo de seleção pública e eram avaliados por um comitê técnico consultivo indicado pela coordenação do Programa Nacional. Segundo Galvão (Galvão,1999), a primeira concorrência para apresentação de projetos foi em 1993.

“Através de ofício dirigido as ongs e a sociedade civil, entidades foram convidadas a enviar propostas. Este documento ser possível financiar, em

1993, de 50 a 100 projetos, em valores que variavam de 10 a 100 mil dólares para cada ano de execução”(Galvão,1999).

Observa-se que esse processo era todo organizado e executado pelo nível federal. As organizações relacionavam-se direto com o nível federal. Será que podemos estabelecer alguma semelhança com a primeira norma da saúde(NO 91), onde predominava a lógica da relação direta dos municípios com o governo federal, sem nenhuma intervenção da instância estadual ?

Segundo informações de Galvão(1999) entre 1993 e 1996, foram realizadas as seguintes concorrências, com os respectivos recursos:

Quadro 2 - Projetos de ONGs financiados por processo de concorrência. 1993 a 1996

ANO	Nº DE CONCORRÊNCIAS	PROJETOS APROVADOS	RECURSOS (US\$)
1993	1	35	1.764.757,70
1994	2	111	5.838.490,00
1995	2	52	3.011.671,34
1996	1	32	3.060.776,56
TOTAL	06	230	

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

Apesar dos dados apresentados Galvão destaca-se a dificuldade na obtenção de informações precisas. Chamamos a atenção que uma leitura rápida das tabelas aqui apresentadas com relação aos projetos de organizações não governamentais pode resultar em uma incompreensão das informações apresentadas. O quadro acima se refere somente a projetos financiados pelo processo de concorrência e a anterior refere-se ao total de projetos que obtiveram recursos do Programa Nacional. De qualquer modo não elimina a observação de Galvão com relação a uma certa imprecisão para afirmarmos o número total de projetos financiados nos períodos, bem como os recursos investidos. Não foi possível encontrar no material consultado, uma explicação para a queda do financiamento dos projetos executados por organizações não governamentais a partir de 1994, período correspondente a execução do AIDS I.

No Relatório de Avaliação de Desempenho dos Projetos AIDS I e AIDS II elaborado pelo Banco Mundial em 2004, no item “Esquemas de Implementação” do AIDS I as transferências de recursos para as ONGS são apresentadas atendendo a dois critérios: um critério relacionado a capacidade da ONG em receber e gerenciar o financiamento e o outro critério, relacionado a qualidade técnica da proposta. Nesse período conforme já observamos anteriormente, a verticalização era uma característica que marcava a relação do nível federal com os estados e com os municípios, e considerando o financiamento dos projetos de organizações não governamentais, esse aspecto é radicalizado. As avaliações dos projetos eram realizadas pelo nível central. Os estados e municípios tomavam conhecimento das ONGS e dos respectivos projetos que seriam financiados, após a divulgação pública dos resultados pelo Programa Nacional. Os projetos considerados estratégicos eram avaliados e selecionados também diretamente pela equipe federal.

Com relação ao Projeto AIDS II, o mesmo relatório citado anteriormente, ao abordar as dimensões do desenho do projeto, aborda como quarta dimensão:

”... descentralizar o gerenciamento e a execução do programa, devolvendo algumas responsabilidades para os Estados e municípios (como por exemplo, a gradual transferência de responsabilidades pela revisão, seleção e supervisão relativas a projetos executados por ONGs)” (Banco Mundial, 2004, mimeo.).

Esse gradualismo do processo de descentralização conforme é referido no documento foi realizado nos anos de 2000 e 2001 em duas etapas por 08 estados – Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Ceará, Mato Grosso do Sul e Goiás - escolhidos pelo Programa Nacional e consistiam:

- a) 1º etapa : realização no âmbito local da concorrência pública para seleção de projetos e das correspondentes supervisões e monitoramento da execução;
- b) 2º etapa: financiamento pelo Programa Nacional dos projetos vencedores da concorrência pública realizada em nível local.

Consideramos interessante a proposta de “etapismo” como o processo foi pensado, permitindo que os estados pudessem assumir paulatinamente a descentralização do financiamento dos projetos das organizações não governamentais. A descentralização (para os estados) do financiamento dos projetos das organizações não governamentais tem

seu ápice com a política de incentivo. Destacamos que esse caminho foi discutido amplamente com as coordenações estaduais e organizações não governamentais. Apesar de não conseguir identificar registro, certamente conflitos existiram nesse caminho. Tanto entre as organizações e o nível estadual, como entre as ONGs e os municípios. Mas também podemos afirmar, foram superados rapidamente sem grandes transtornos ou seqüelas.

Neste período há um redesenho no processo de interlocução das organizações não governamentais. Se no período anterior o diálogo era feito somente (ou pelo menos de forma mais intensa) com o Programa Nacional, agora é necessária, a interlocução efetiva com os Programas estaduais. Essa descentralização da seleção pública dos projetos atende a uma demanda vocalizada nos espaços de reunião geral das coordenações estaduais quanto a forma centralizada como era encaminhado o processo anteriormente. Grande parte das coordenações desconhecia, ou conhecia somente burocraticamente, o perfil dos projetos desenvolvidos no seu território. Observa-se aqui um certo tensionamento entre os Programas estaduais e municipais e o Programa Nacional. Era comum a solicitação por parte das coordenações para que esse processo contasse com a participação de estados e municípios, não somente de forma cartorial, mas contando com efetivo parecer dos Programas subnacionais com relação as definições que o financiamento implicava, tais como: populações prioritárias, objetivos, articulação com o sistema de saúde local, entre outros.

Registra-se também, que mesmo com menores cifras, o Programa Nacional continuou – e continua- financiando projetos elaborados por organizações não governamentais. Os projetos apoiados atualmente são de escopo regional, ou seja, propostas que abarcam mais de uma região do país ou propostas para a realização de eventos considerados estratégicos. No estado do Rio de Janeiro a proposta de descentralização foi discutida no âmbito da Comissão Estadual de AIDS (fórum consultivo paritário – entre órgãos governamentais e não governamentais- do Programa estadual para definição das diretrizes do Programa) e esta decidiu pela formação de um Grupo de Trabalho com representação das organizações não governamentais e governamentais para definir como seria executado esse processo. Como os projetos eram desenvolvidos nos municípios, o Grupo de trabalho contava com participação de representantes de Programas municipais da capital e do interior para

garantir uma certa coerência com o processo. Esse grupo de trabalho foi responsável pela formulação das diretrizes (que foram ratificadas pelo Programa estadual) do edital de seleção pública, pela formação do comitê de seleção, pela divulgação dos resultados e envio dos resultados para o Programa Nacional para que houvesse a liberação dos recursos financeiros. Com algumas dificuldades no caminho(muito por conta da falta de estrutura, como por exemplo, escassez de técnicos), esse processo no âmbito do estado foi executado a contento. A relação com as organizações não governamentais foi aperfeiçoada, os laços estreitaram-se, sem entretanto, ocorrer a perda de identidade. A supervisão dos projetos ainda é um desafio a ser alcançado pelos Programas estaduais. Com honrosas e poucas exceções, na maioria dos estados não era possível realizar a supervisão adequada dos projetos selecionados. O que às vezes foi possível ser feito em parceria com o Programa Nacional, foi a supervisão financeira. Essa dificuldade estendia-se aos Programas municipais. Assim para as questões no âmbito do financiamento a interlocução prioritária das organizações não governamentais continuava sendo com o Programa Nacional.

Outro grande desafio a ser alcançado foi dar sentido a esse processo descentralizado, mesmo que parcialmente. Com isso estamos argumentando que, considerando a importância das ações desenvolvidas pelas organizações não governamentais no campo da prevenção, a grande possibilidade colocada pela descentralização referia-se a maior articulação entre os gestores de Programas e essas organizações, no sentido de construir diagnósticos comuns que identificassem os desafios para o melhor desempenho da área de prevenção. Possibilitaria também, uma maior articulação com o SUS e a possibilidade de incorporação no sistema de novas tecnologias e metodologias de trabalho. Para isso era necessário contarmos com ferramentas no campo do planejamento, do monitoramento e da avaliação, áreas ainda frágeis na maioria das coordenações. O primeiro edital reproduziu em grande parte o edital do Programa Nacional. Conforme o processo foi sendo realizado, foi possível o seu aprimoramento no sentido de cada vez mais se aproximar do atendimento as necessidades locais. Se de um lado esse processo significou para os gestores estaduais um avanço no caminho da descentralização, por outro lado para as organizações não governamentais, salvo engano, não contribuiu de forma mais efetiva no sentido da sua sustentabilidade, que continuava sendo um nó crítico. Como entendemos a importância dos Projetos das organizações não governamentais para o desenvolvimento das ações de

prevenção, percebe-se aqui uma grande lacuna. A perspectiva que os projetos descentralizados poderiam contribuir para o acesso de novas fontes para a captação de recursos em outras fontes, não foi consolidada. A maioria das ONGS continuava dependendo fundamentalmente dos recursos governamentais. Por outro lado, essa dinâmica possibilitou uma grande ampliação da cobertura das ações e de entidades executoras de projetos, principalmente aquelas notadamente de base comunitárias e populares, como por exemplo, as associações de bairro. Podemos interpretar tal processo como um aspecto da descentralização na dimensão de ampliação de cobertura por um lado e por outro lado uma maior diversidade de agentes sociais envolvidos.

A política de incentivo publicada em 2002, possibilitou a costura final do processo de descentralização, na medida que, instituiu a descentralização para os estados dos recursos destinados as organizações não governamentais, e assim, a responsabilidade com todo o processo de financiamento. A referida política também significou, a garantia através dos mecanismos do SUS do repasse de recursos para as organizações não governamentais via projetos vencedores do processo de seleção pública ou via projetos estratégicos.

Pelo lado dos coordenadores estaduais, se a descentralização representou um avanço na relação com o nível federal exige também uma maior capacidade gerencial e competência técnica, administrativa e política para garantir a necessária transparência e agilidade do processo de seleção. A alternativa de muitos gestores estaduais (incluindo o Rio de Janeiro) foi estabelecer termos de cooperação técnica ou instrumentos jurídicos equivalentes com órgãos de diferentes escopos para conseguir viabilizar a transferência de recursos para as ONGS. Tal processo não é desprovido de intranqüilidades ou percalços. Há um tempo de ajuste entre as instituições, o que pode acarretar (e já acarretou) atrasos nos repasses e conseqüentemente descompassos no cronograma de execução dos projetos. Essa questão eventualmente pode suscitar por parte das organizações um certo desconforto com esse processo de descentralização. Entretanto, apesar das ONGS em distintos momentos vocalizarem essas dificuldades, não foi identificado, pelo menos até aqui, uma crítica contundente a estratégia da descentralização, e também não foi observada uma reivindicação de recentralização. Na nossa avaliação esse processo terá mais ou menos resultados conforme a capacidade de diálogo, respeito e confiança entre os agentes governamentais e não governamentais.

Entretanto, permanece como grande desafio a sustentabilidade financeira das organizações. Podemos supor que para os órgãos governamentais de alguma forma, houve uma certa sinergia entre descentralização e sustentabilidade, entretanto, com relação ao processo das organizações não governamentais essa conexão não foi verificada. Isso posto, vimos que o financiamento de determinadas atividades de prevenção continua como um ponto de interrogação. Com a política de incentivo este cenário se modifica um pouco, entretanto, a sustentabilidade financeira das organizações não governamentais (responsáveis pelo desenvolvimento de importantes projetos de prevenção) continua – até onde podemos perceber - ainda um obstáculo a ser vencido. Em um contexto de permanente insuficiência de recursos de um modo geral e particularmente com os custos elevados que a garantia do acesso universal aos medicamentos coloca, consideramos oportuna e urgente a busca de alternativas tanto no interior do SUS, como em outras áreas de políticas sociais, a busca pela sustentabilidade das organizações. Destacamos também, a necessária capacitação gerencial tanto para encaminhar essas propostas já conhecidas, como também, para possibilitar o alcance de novas alternativas ainda não identificadas.

Uma observação com relação a esse tópico, diz respeito a relação das organizações não governamentais com os municípios. É provável, que esse processo contribui para uma maior articulação entre as ONGS e as esferas municipais, entretanto, o processo descentralizado iniciado ainda não alcançou todas as suas possibilidades no nível local. Com a política de incentivo a descentralização dos projetos está sob o ordenamento do nível estadual. Se para o conjunto de municípios certamente não representa nenhum atrativo – devido as dificuldades administrativas- gerenciar o financiamento, talvez, para algumas capitais fosse enriquecedor que esse processo pudesse ficar sob a suas hostes, entretanto, por dificuldade de diversas ordens, que percorrem desde a insuficiência de equipe até a dificuldade em identificar arcabouços jurídicos que possibilitem a transferência de recursos para as organizações, esse processo está circunscrito no âmbito estadual. Não estamos aqui defendendo a descentralização a ferro e fogo, estamos tão somente ponderando, que talvez fosse possível passos maiores no processo descentralizado, considerando as especificidades locais, o que implicaria, em uma pactuação entre as esferas governamentais e as organizações não governamentais. Por ultimo gostaríamos de registrar, que salvo engano, a descentralização do financiamento dos projetos executados

pelas organizações não governamentais, não foi uma resposta a uma reivindicação por elas colocada. A reivindicação pela sustentabilidade não se combinava nesse caso, com a questão da descentralização.

3.4.3- UM CONTRAPONTO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: A DESCENTRALIZAÇÃO DOS EXAMES DE CD4 E CARGA VIRAL

Achamos interessante pontuar, brevemente, a dinâmica da implantação dos exames de cd4 e carga viral como um evento “sensível” que permite refletir sobre o quanto que carece de linearidade o processo de descentralização do Programa de aids. E por conta disso, como se alteram as relações entre os níveis governamentais, sem contudo, mudar o agente protagonista deste cenário. Se como relatamos anteriormente, a descentralização do financiamento dos projetos desenvolvidos pelas organizações não governamentais foi pautado por um salutar gradualismo e pela ampla discussão, o mesmo não ocorreu com relação ao financiamento dos insumos laboratoriais de cd4 e carga viral, ocasionando conseqüentemente, desfechos distintos entre os dois processos. O exercício aqui é uma simples reflexão com relação aos limites e possibilidades que distintas concepções de descentralização pode encerrar. Podemos também novamente aqui, relacionar duas questões já levantadas nesse trabalho: um primeira diz respeito ao significado que a descentralização assumiu neste episódio, e o outro se refere a dinâmica da relação entre os níveis governamentais nesse processo.

Em 1997 em um contexto que era cada vez mais freqüente as palavras sustentabilidade e descentralização no vocabulário dos coordenadores de Programas das três esferas governamentais, o Programa Nacional começou a estruturar no país a rede de laboratórios para a realização dos exames de quantificação de subpopulações de linfócitos T (cd4+/cd8+) e de quantificação de ácido nucléico(carga viral) no sistema de saúde. Inicialmente foram 32 laboratórios participantes da rede nacional de cd4 e 30 laboratórios de carga viral. Esses exames são importantes para a avaliação do sistema imunológico e para o acompanhamento clínico das pessoas infectadas, alertando para o surgimento de infecções oportunistas, e contribuindo para o monitoramento da infecção pelo hiv.

Os exames de cd4 e carga viral são exames de alto custo e exigem complexidade laboratorial para sua realização. Considerando tal fato, o Programa Nacional estruturou a

rede de laboratórios(na sua maioria) em Hospitais Universitários no país. Exceção ocorreu. Foi estruturado um laboratório de cd4 em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro, apesar das restrições do Programa Estadual, devido a falta de condições físicas do mesmo. Aqui podemos refletir sobre a força que os recursos adquirem na implementação e definição da política de saúde, conforme já discutimos nesse trabalho. O que destacamos é que nesse fato específico, há uma séria dificuldade colocada para a gestão estadual, na medida que, foi avaliada a inadequação do laboratório municipal em participar da rede, mas por motivos não explicitados adequadamente, o diálogo não prevaleceu e a verticalização tomou assento.

Com os investimentos do Programa Nacional a rede laboratorial foi montada e os insumos foram adquiridos com recursos orçamentários do Programa Nacional. Com a rede instalada e funcionando, faltava definir como seria o seu custeio por meio do SUS. Em outras palavras: como seria a sustentabilidade financeira desses procedimentos ? Parece que novamente aqui a descentralização responde as necessidades de sustentabilidade, porém com repercussões distintas das relatadas anteriormente.

Recorrendo ao documento “Proposta para a Descentralização da carga viral-cd4” produzido pelo Programa Nacional em 2001 temos um importante e interessante registro.

Historiando os acontecimentos o documento relata:

“Em 1999 foi encaminhado pelo Programa Nacional um ofício dirigido aos Secretários estaduais e municipais de saúde comunicando que a manutenção da rede de CD4 pelo nível federal ocorreria até 30/06/2000 e de carga viral, até 31/12/2000. A região norte continuaria com o fornecimento de ambos testes e insumos até 31/12/2000”(Programa Nacional, 2001, mimeo).

Desnecessário dizer o qual o impacto de tal medida para os estados. As dificuldades para aquisição desses exames pelos estados foram de diversas ordens.

O documento explicita:

“No ano de 2000, após informações das Secretarias Estaduais de Saúde relatando falta de condições para assumir a aquisição dos reagentes para suprir as rede de cd4 e carga viral, o Programa Nacional de AIDS

reavaliou sua posição, buscando estratégias para viabilizar esta proposta”(Programa Nacional, 2001, mimeo).

A estratégia utilizada de radicalizar a descentralização (neste caso específico) não foi bem sucedida. Destacamos que se no primeiro momento a decisão unilateral mostrou-se ineficaz, e houve o bom senso para reavaliar e definir nova estratégia sob novas bases. Em outras palavras, o principal era garantir a oferta dos testes, de preferência de acordo com os ditames gerais da política de saúde, que tem na descentralização um importante ícone, entretanto, se o mais importante é garantir o acesso aos testes e a forma descentralizada não funcionou, é necessário reavaliar e construir articuladamente com os atores importantes no cenário nacional do setor saúde, uma proposta que conduza aos resultados necessários. Podemos aqui entretanto, fazer uma ressalva que carece de comprovação com os personagens da época. A política de aids de um modo geral, foi pautada por respostas , rápidas do governo devido às mobilizações das organizações não governamentais. Pode ter sido uma estratégia (definida) com um certo cálculo, a decisão de não financiar mais a realização dos testes com recursos orçamentários do Programa Nacional para forjar uma resposta através dos mecanismos do SUS, visto que, poderia ser impensável retroceder com relação a estruturação dos laboratórios já equipados. De qualquer forma, o episódio mostrou a necessidade de uma interlocução mais ampla do que a que era feita até então. Tornava-se necessário definir como seriam incorporados esses procedimentos no SUS. Conhecer todos os mecanismos e possibilidade era condição. Também era condição, a apreensão da dinâmica da implementação das políticas de forma mais institucionalizada e pactuada. Reforça tal argumentação, quando consultamos novamente o documento já citado anteriormente, no item que este considera as dificuldades encontradas para a descentralização:

”Ausência de discussão sobre o processo de descentralização nas instâncias de pactuação do SUS, incluindo a Comissão Intergestora Tripartite, CONASS-Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde- e CONASEMS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde-”(Programa Nacional,2001, mimeo).

Se até aqui o diálogo prioritariamente era travado com as organizações não governamentais e instâncias do Ministério da Saúde, agora é necessário ampliar as bases

de articulação para rumar na direção da sustentabilidade. Se o Programa Nacional sempre mostrou (a nosso julgo), competência política nas articulações, aqui não foi diferente. Para garantir o financiamento da rede, a saída encontrada foi incluir a cobrança desses procedimentos no Sistema de Alto Custo e Complexidade (SIPAC) por meio de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Com relação ao custeio dos reagentes, foi definido que as aquisições seriam feitas pelas Secretarias Estaduais de Saúde com recursos transferidos pelo Ministério da Saúde via o Fundo de Ações Estratégicas Compensatórias (FAEC). Os recursos seriam transferidos pelo mecanismo fundo a fundo em duodécimos mensais. Em abril de 2001 o CONASS publica uma avaliação da proposta de descentralização da rede de cd4 carga viral explicitada na Nota Técnica nº 05/2001 com *“...objetivo apresentar sinteticamente e comentar a propostas feitas, de forma a subsidiar os Secretários Estaduais de Saúde, para que se posicionem quanto a elas”*(CONASS,2001,mimeo). Esta Nota pondera vários itens com relação a proposta, destacaremos apenas alguns de acordo com o foco que estamos direcionando este trabalho. Uma das preocupações levantadas diz respeito a correção do valor unitário dos testes, o documento sugere valores maiores. Com relação a esse ponto, a Portaria publicada posteriormente, apesar de não incorporar os valores propostos pelo CONASS, ampliou o que constava na proposta inicial. A entidade faz um questionamento quanto *“A compra centralizada de insumos não resulta em um maior aproveitamento dos recursos disponíveis, já que a maioria das unidades federadas terão dificuldades de licitar e comprar pelos mesmos preços que o Ministério ?”* (CONASS,2001,mimeo)

Esta preocupação foi premonitória do desdobramento posterior que será relatado adiante. Esse questionamento a princípio, foi respondido com a publicação da ata nacional de registro de preços elaborada pelo Ministério e com possibilidade de acesso para o gestor que assim decidiu.

Em 26 de abril de 2001 foi publicada a Portaria conjunta nº 8 da Secretaria Executiva e da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério com a regulamentação para a cobrança dos procedimentos. Com o intuito de facilitar a aquisição dos reagentes e garantir custos compatíveis com a tabela do SUS, o Programa Nacional comprometeu-se em elaborar a ata de registro de preços para os referidos reagentes. Portaria publicada, várias reuniões e treinamentos realizados para explicar como seriam atendidas as normas e fluxos constantes

na Portaria (preenchimento de formulários, cadastro de pacientes, entre outras tarefas). Exaustivo trabalho de implantação das normas que contou com a participação de vários setores institucionais tanto das Secretarias Estaduais, como das Secretarias dos municípios sedes dos laboratórios, além dos próprios laboratórios. Soma-se a isso também, o cansativo trabalho para vencer as resistências de alguns médicos, (aliás, no nosso ponto de vista compreensível) no preenchimento de mais formulários. Parecia que tudo havia sido pensado para que a Portaria tal como foi publicada cumprisse com o seu objetivo. Faltou talvez, uma avaliação mais realista a ser feita: será que os setores administrativo e financeiro das Secretarias Estaduais teriam agilidade na aquisição e distribuição dos exames, evitando a descontinuidade no seu fornecimento? A dificuldade foi no âmbito administrativo das máquinas estaduais que pareciam não contarem com recursos (humanos, material, tecnológico) suficientes que possibilitassem a aquisição em tempo hábil dos insumos. Fatos de diversas ordens aconteceram acarretando os seguintes resultados: prejuízos no abastecimento da rede, demora para o agendamento e realização dos exames e para a liberação dos resultados. Rever a Portaria tornou-se imperativo. A decisão tomada pelos gestores dos três níveis de governo, atendendo as solicitações dos próprios estados (que enxergavam os seus limites) e das entidades da sociedade civil (que denunciavam a precariedade da rede), foi pela recentralização pelo Ministério da Saúde da aquisição dos insumos laboratoriais. Nova Portaria foi publicada em 27 de maio de 2004 (Portaria Ministerial nº 1015).

A alternativa aqui assumida foi resultado não mais de decisão unilateral, mas de um acordo pactuado para garantir o acesso à rede laboratorial.

Quando optamos por descrever em linhas gerais o processo de descentralização da rede de cd4 e carga viral foi na crença que este encerra, vários aspectos relacionados ao processo de descentralização do Programa Nacional de aids.

Interessante observar a concomitância temporal dos dois processos aqui relatados: a descentralização da rede laboratorial e a descentralização do financiamento dos projetos desenvolvidos por organizações não governamentais. Entretanto apesar da coincidência, foram construídos e implementados de maneiras distintas.

Não é nosso objetivo aqui, encontrar resposta para tal questão, mas novamente sinalizar a falta de linearidade que modela a descentralização do Programa de aids.

4 – DESCENTRALIZAÇÃO SUSTENTÁVEL: A POLÍTICA DO INCENTIVO

No final da década de 90 diante da fragilidade de fontes de financiamento para o setor saúde e frente à dúvida quanto à assinatura de um novo Acordo de Empréstimo (Projeto AIDS III), a institucionalização e a sustentabilidade dos Programas Nacionais de DST/AIDS (federal, estaduais e municipais) passam a ser questões centrais na agenda dos gestores dos programas conforme vimos anteriormente.

Recuperando também outras questões já situadas neste trabalho, relembramos que durante o desenvolvimento do Projeto AIDS II a preocupação em torno da descentralização e da sustentabilidade do Programa de Aids assumiram contornos estratégicos e tornaram-se eixos orientadores das decisões.

No documento do Programa Nacional que relatava as conquistas da política brasileira de combate à aids no período de 1994 a 2002, já era explicitado como um dos desafios, a institucionalização do Programa de aids e a consolidação da sua descentralização.

Na vigência do Projeto AIDS II todos os estados já contavam com recursos específicos para o desenvolvimento das ações em dst/aids. Entretanto, parte desses recursos eram oriundos dos Acordos de Empréstimo, o que colocava sob risco a continuidade das ações do Programa frente a finalização dos Empréstimos, principalmente, a continuidade das ações de prevenção, visto serem estas as mais frágeis quando avaliadas sob o aspecto da sua incorporação no SUS. Para área de assistência, algumas ações já estavam incorporadas nas tabelas de pagamento do sistema, possibilitando o seu faturamento como procedimento do SUS.

Segundo dados apresentados pelo Programa Nacional em evento realizado em 2003, tínhamos a seguinte distribuição de cobertura nos períodos sinalizados:

Tabela 3 – Cobertura do Programa Nacional de Aids, segundo estados e municípios da federação

SECRETARIAS	1994-1998 AIDS	1999-2002 AIDS
	I	II
ESTADUAIS	27	27
MUNICIPAIS	43	150

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

A ampliação da cobertura da resposta nacional no enfrentamento da epidemia é um fato. Como já sinalizamos em várias passagens desse trabalho, a sustentabilidade e a descentralização eram os focos de atenção dos coordenadores dos Programas.

Como vimos também, se fizéssemos um exercício para relacionar algumas estratégias revistas pelo Programa Nacional com relação a algumas iniciativas de descentralização no período de vigência dos dois Acordos de Empréstimos, destacaríamos como importantes lições aprendidas: a necessidade de articulação para além do movimento específico de combate à aids para garantir a implementação de determinadas políticas; e a importância da interlocução com os coordenadores de Programas para elaborar propostas e eleger prioridades de intervenção. Certamente essa reavaliação, inscreveu-se nos marcos mais gerais da política de saúde, que no período de execução dos dois Projetos, foi redesenhada por sucessivas normas e legislações para a sua implementação.

Como também já observamos nesse trabalho, a política de incentivo, é um dos componentes do chamado Plano de Sustentabilidade do Programa de AIDS.

Com o objetivo de detalhar um pouco mais a política do incentivo, que se traduziu como o eixo estruturante do Programa de aids, optamos aqui por apresentá-la, em tópicos que tentarão percorrer o caminho desde sua elaboração até os desafios hoje colocados para a sua consolidação.

Contamos com a contribuição de atores importantes nesse processo para que esclareceram algumas dúvidas e opinaram sobre o referido processo. A comunicação com esses personagens, foi realizada através do correio eletrônico.

4.1 A GESTÃO DA PROPOSTA

A busca de alternativas para a sustentabilidade do Programa de aids, ocorre no contexto onde estão consolidadas, tanto as instâncias de pactuação entre os gestores, como também consolidado está, a participação social nos Conselhos de Saúde.

Desde no início, a discussão e a negociação dos caminhos que poderiam levar a sustentável descentralização do Programa, contou com a participação de atores importantes tanto para a política específica de aids, como também, de agentes sociais com destaque na política de saúde. A lição fora aprendida. No atual contexto da política de saúde, era impensável o

desenho de qualquer proposta que implicasse em financiamento, passar ao largo de instâncias representativas como o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e o CONASEMS (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde). Um técnico do Programa Nacional sinaliza que: *“Foi um processo que exigiu intensa mobilização e articulação do Programa Nacional com várias instâncias do SUS e dentro do Ministério da Saúde. Levou cerca de dois anos.”* O aumento da cobertura das ações de combate à aids para um conjunto maior de municípios, era objeto de interesse do Programa Nacional.

Segundo o ex-coordenador do Programa:

“Foram dois momentos: para a primeira, a formulação do projeto (conceituação e operacionalização), foi constituído um grupo de trabalho composto pelo CONASS e CONASEMS, representantes de Programas e de ONG. O Programa Nacional formulou uma proposta e submeteu ao grupo, a partir daí a discussão foi coletiva.

Complementando a informação, seguimos com a contribuição de uma técnica do Programa Nacional:

“ Foi formada uma comissão pelo Programa Nacional com representantes do CONASS, CONASEMS, representantes da COGE², das ONG, coordenadores de municípios estratégicos e de estados estratégicos. Essa Comissão foi tirada em uma reunião promovida pelo Programa Nacional para discutir a proposta do incentivo que contou com uns cem participantes..”.

Essa comissão costurou e desenhou a proposta, contanto também com a assessoria de um consultor.

O segundo momento, seguindo a lógica de análise do ex-coordenador , *“...foi o da negociação política com focalização nas instâncias do Ministério e as instâncias colegiadas e de controle social. Essa fase foi fundamentalmente realizada pelo Programa Nacional”*. A capacidade de articulação sempre foi, na nossa observação, um ponto forte

² COGE- Comissão de Gestores: instância consultiva de pactuação das políticas nacionais contra a aids, com participação de coordenadores de programas estaduais e municipais eleitos regionalmente. É uma instância consultiva do Programa Nacional de DST/AIDS.

do Programa Nacional, aqui gostaríamos de destacar outro ponto forte: a competência técnica dos gestores dos programas. Destacamos essas duas competências (técnica e política) por considerá-las componentes importantes dos resultados obtidos pelo Programa brasileiro.

4.1.2- POR QUE INCENTIVO ?

Para o ex-coordenador nacional: *“Havia um consenso sobre superar a fórmula clássica de convênio, o incentivo era a opção mais coerente...”*

Com relação a modalidade – incentivo - interessante a observação que fez uma técnica do Programa quanto a opção pelo formato incentivo:

”...a NOAS e a NOB/96 já abriram caminho para que as transferências fundo a fundo fossem eleitas como sendo a forma mais democrática de repasse de recursos para estados e municípios...Essa foi a maior facilidade. A dificuldade foi que enquanto todo o repasse fundo a fundo era repassado “per capita” nós queríamos estabelecer outros critérios pela questão específica do HIV/AIDS. Não tinha a mesma intensidade nos 5.560 municípios. Aí veio a resistência dos gestores. Outro dificultador foi o orçamento porque íamos sair de menos de 60 milhões aplicados em convênio para um total de 100 milhões a serem repassados fundo a fundo...o incentivo respondia melhor ao que estávamos propondo que era melhorar a qualidade da atenção as pessoas vivendo com HIV/AIDS e fortalecer a prevenção e o desenvolvimento institucional. E também a melhor para não entrarmos no critério “per capita”, a todos os estados e municípios que com a dificuldade orçamentária daria alguns centavos a serem incorporados nos tetos de estados e municípios que fizessem a adesão ao incentivo.”

As considerações do ex-coordenador, somam-se à observação acima *“...a definição pela modalidade é que ela se encaixava perfeitamente nas necessidades de superação da forma clássica de convênio, garantindo planejamento, transferência automática, pactuação, participação social, metas e acompanhamento.”* Aqui não conseguimos fugir de uma certa observação provocativa (e também colocada na agenda dos desafios a serem superados): se

é verdade que o Programa de aids conseguiu desenvolver determinadas tecnologias de atenção, como pode exemplo, o centro de testagem e aconselhamento, que pode estar respondendo a uma certa necessidade da população para determinado tipo de serviço (realização do teste diagnóstico de forma anônima e com aconselhamento), não conseguiu entretanto, superar a lógica de financiamento na perspectiva de indicadores epidemiológicos que traduzem a ocorrência da doença tardiamente. O conceito de vulnerabilidade que orienta o planejamento das ações, parece que ainda não encontrou lugar de destaque para orientar o financiamento. Apesar de não nos determos nessa questão, achamos que ela merece atenção, por também estar relacionada a um dos princípios (e pouco implementado) do SUS: a equidade.

Considerando que se tratava de recurso específico para um Programa específico, ou seja, o chamado “recurso carimbado”, podemos até considerar que, as negociações que propiciaram o avanço da implementação do incentivo ocorreram rapidamente. Lembremos que recursos carimbados são objetos de constantes críticas como dispositivos inibidores do exercício da gestão autônoma. Reforça o argumento exposto acima, a observação do ex-coordenador nacional “... *havia algumas resistências: a criação de mais um incentivo, consolidando a fragmentação no financiamento do SUS...*”. Entretanto, a resistência a esse dispositivo foi superada. Podemos interpretar (essa superação) como de um lado, o alcance social que o combate a epidemia assume, e por outro lado, um movimento pendular dos secretários de saúde, que se resistem ao “carimbo”, porém, não dispensam a possibilidade de aumento de recursos. Também nos remete a lembrar questões mais gerais já tratadas nesse trabalho, como por exemplo, as características específicas do federalismo fiscal no país que pode ter como uma de suas conseqüências, uma certa dependência dos entes subnacionais às transferências de recursos federais. Esse também pode ser, o pano de fundo para o entendimento com relação a um dos aspectos da modalidade do incentivo: ou seja, é um processo que tem uma lógica de adesão a partir do cumprimento de determinadas condições. Como já falamos anteriormente, é um mecanismo baseado no cumprimento de determinadas exigências para que seja cumprido o ritual da habilitação, e assim o acesso aos recursos. Tal mecanismo como também já vimos, é objeto de críticas, pois (nessa perspectiva) configura a indução do nível federal através do financiamento, para a implementação de determinadas políticas. Com relação à

discussão dos critérios de habilitação presentes na política de incentivo, a técnica do Programa Nacional nos informa que a inclusão da pactuação, com a respectiva definição de responsabilidades entre os níveis estadual e municipal, para a aquisição de medicamentos para tratamento de infecções oportunistas e também a exigência de acordo com relação a aquisição de medicamentos para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis “...*foi pautada pelo Programa nacional e defendida nas assembleias do CONASS e CONASEMS, depois de muita discussão aceitaram...*” A observação feita pelo ex-coordenador do programa complementa para um melhor entendimento:

“ Não houve resistência no princípio de incluí-los como critério para a habilitação, todos compreendiam que o incentivo deveria representar os diversos acordos feitos para o programa de aids no SUS, mas houve discussão de como incluí-los, o principal era se poderia ser considerado como contrapartida aos recursos repassados pelo incentivo. O Programa Nacional defendia que deveria ser respeitado o pacto anterior, ou seja, não incluir na contrapartida do incentivo e considerá-los como contrapartida dos repasses de medicamentos anti-retrovirais (que são feitos pelo Ministério da Saúde) e preservativos. Os estados e municípios argumentavam que se não fosse considerada como contrapartida não haveria possibilidade de aquisição...O Programa Nacional cedeu e não foi definido nada como a contrapartida deveria ser composta, ficando a cargo de cada unidade federada resolver.”

Podemos avaliar que a intenção do Programa Nacional quando propõe que os recursos utilizados no cumprimento dos pactos não sejam registrados como contrapartida, é de ampliação de recursos próprios de estados e municípios destinados as ações de combate a epidemia , entretanto tal proposição, esbarra na cantilena de falta de recursos do setor saúde. Aqui nos lembramos da dificuldade relatada anteriormente neste trabalho quanto a comprovação de contrapartida nos convênios, que denominamos “caça ao tesouro” dos recursos próprios investidos.

Como nos lembra um técnico do Programa Nacional:

“...a despeito de finalmente ter-se uma política de financiamento para dst/aids dentro dos mecanismos regulares do SUS, ainda representa uma

forma extra, pois busca principalmente o fomento(incentivo) e não a manutenção de todas as ações locais.”

Por forma extra, estamos entendendo que, como o incentivo é um recurso federal , o financiamento dos Programas de aids, deveriam contar também, com recursos locais. A transferência não deveria ser considerada como único recurso financeiro para o desenvolvimento das ações, ou seja, necessariamente a forma incentivo, estaria implicada com a obrigatoriedade de investimentos de estados e municípios. Podemos acrescentar assim, uma outra característica da modalidade incentivo, além de indutor de políticas pelo governo federal (via financiamento) conforme já situamos, essa modalidade também, induz a aplicação de recursos dos tesouros estaduais e municipais em políticas específicas.

Um lembrete feito pela técnica do Programa Nacional contribuiu também, para o entendimento desse aspecto da contrapartida:

”...Todos os recursos repassados pelo Ministério da Saúde tem sempre que contar com a contrapartida de estados e municípios e nas transferências fundo a fundo também. Então, com relação ao incentivo no âmbito do Programa nacional não daria para ser diferente, mas como nos tempos dos convênios estados e municípios já estavam contribuindo e com percentual importante resolvemos manter o mesmo e colocar em Portaria como seria a contrapartida para municípios novos que ficou em 15% para os da região norte, nordeste e centro-oeste e 25% para as regiões sul e sudeste.”

Aqui destacamos duas questões: a primeira diz respeito aos investimentos no Programa de aids. Conforme a proposta apresentada e aprovada, para aqueles estados e municípios que já tinham convênios com o Ministério da Saúde, a contrapartida não poderia ser menor do que a já praticada, ou seja, apesar de garantia de aporte de recursos regulares, não haveria possibilidade de redução de financiamento dos estados e municípios. Registra-se também, que os recursos transferidos pelo governo federal através do incentivo, foram nos mesmos patamares daqueles transferidos pelos convênios. Dessa forma, tanto pela transferência como pela contrapartida, foi mantido o mesmo volume de recursos. Digno de nota a nosso ver, merece a observação feita pelo ex-coordenador do Programa com relação aos critérios de habilitação para os municípios:

”...a princípio houve consenso nos critérios para a habilitação, não interessava ao Ministério da Saúde que algum dos municípios que já estavam incluídos(nos Acordos de Empréstimo) ficassem de fora e muito menos que não ampliasse o número de municípios, além disso, a idéia inicial era que no primeiro ano fosse repassado um recurso para os municípios que nunca tiveram financiamento para que eles se estruturassem. No primeiro momento, inclusive, haveria dois incentivos: para aqueles que não tinham condições de qualificação e os que tinham. Ao final por dificuldades operacionais do Fundo (Nacional de Saúde) e porque a discussão demonstrou que essa proposta não havia sentido, ficou um só incentivo e os critérios foram flexibilizados.”

Entendemos conforme a explanação, que havia o reconhecimento das diferentes capacidades de respostas do conjunto dos entes federados, entretanto, isso não foi traduzido pela Portaria. Talvez, a preocupação dos gestores aqui, pode ter sido a fuga da situação de certa discriminação entre os estados e municípios; não querendo repetir talvez, a situação de hierarquização quanto a habilitação do sistema explicitada das Normas Operacionais – uns gestores plenos(portanto mais gestores), outros gestores semi-plenos, portanto, menos gestores.

Outro aspecto no desenho da contrapartida, é a diferenciação do aporte de recursos por regiões do país, considerando a nosso ver, as desigualdades regionais tão marcantes no nosso país.

4.1.3- A PROPOSTA

A Política de Incentivo surge como grande estratégia para garantir o processo de descentralização e sustentabilidade do Programa, garantindo o financiamento pelos mecanismos existentes do SUS, rompendo com a lógica convenial que até então regia a relação para transferência de recursos do nível federal para os estados e para os municípios. Em dezembro de 2002 foi publicada a Portaria Ministerial nº 2313 que institui a Política do Incentivo, com os seguintes objetivos:

1-Ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/Aids, qualificando as relações de parceria entre o Ministério e as Secretarias de Saúde;

2-Garantir a transparência e o fluxo contínuo dos recursos para Programas Estaduais e Municipais, por meio do repasse automático Fundo a Fundo e da aplicação de recursos locais;

3-Possibilitar o processo de gestão focalizado em ações e metas estratégicas pactuadas;

4- Aprimorar o processo de participação e controle social em âmbito local.

A Portaria é apresentada como importante para a formulação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST/AIDS. Estamos atribuindo destaque a apresentação da Portaria por entender que representa aspectos significativos da sua lógica, e justifica sua existência. Esperamos conseguir superar um certo enfado que se torna (geralmente) a descrição e discussão de documentos oficiais.

Seguindo a apresentação do documento, também podemos destacar alguns pontos e tecer breves comentários acerca da sua intenção:

“o comportamento atual da epidemia de Aids, que requer reordenação nas estratégias para o seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado entre os três níveis de gestão do SUS;”(Brasil,2002)

Aqui é articulado o estágio da epidemia, com a necessidade de divisão e desconcentração de responsabilidades entre os três níveis de gestão. Com relação ao estágio da epidemia, a referência deve estar relacionada a sua expansão no território nacional, atingindo municípios de médio porte. Outra questão que podemos destacar, é a explicitação da necessidade de desconcentração de responsabilidades e ações, sugerindo que existe uma certa concentração de atividades no nível federal. Assim, ao mesmo tempo em que a nova política foi apresentada como alternativa de sustentabilidade, também foi apresentada como estratégia de descentralização. Como já vimos em várias passagens nesse trabalho, nos caminhos do Programa de Aids, sustentabilidade e descentralização aparecem de mãos dadas.

Seguindo na apresentação da Portaria, temos:

“A necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos danos, da

assistência e tratamento dos portadores e do desenvolvimento institucional, visando o envolvimento dos diferentes níveis de gestão do SUS na efetivação de medidas estratégicas, a garantia de novos avanços e a continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados;”(Brasil,2002)

Aqui é evocada a complexidade da epidemia que exige recursos financeiros específicos para o seu controle

Continuando nossa leitura:

“Os mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas de saúde, entre os quais o de incentivo, o qual permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais;”(Brasil,2002)

A modalidade de incentivo é apresentada como possibilidade de pactuação entre as esferas governamentais. A autonomia aqui, pode ser entendida como a possibilidade de livre programação dos recursos vinculados ao incentivo.

Merece destaque que, também que nos considerandos introdutórios do documento, é explicitado a participação do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) na formulação da Portaria.

Os critérios de inclusão de Estados e Municípios no processo de qualificação para o recebimento do incentivo, consideraram a magnitude da epidemia no território, a participação no Acordo de Empréstimos AIDS I e II. Dessa forma, foram incluídos todos os municípios com mais de 50 casos de AIDS, excluiu os municípios de pequeno porte, que entretanto, também são vulneráveis à epidemia. Conforme já foi explicado anteriormente, a opção adotada, foi a de não pulverizar recursos, com pequeníssimos recursos para o conjunto dos municípios. Entretanto, chamamos a atenção para que, a questão da vulnerabilidade que poderia incorporar outros indicadores mais amplos (sociais e econômicos, por exemplo) não encontrou ainda, o lugar de destaque para subsidiar as definições quanto aos parâmetros para o financiamento.

No estado do Rio de Janeiro, foram incluídos 33 municípios: Angra dos Reis, Araruama, Barra do Piraí, Barra Mansa, Belford Roxo, Bom Jesus de Itabapoana, Cabo Frio, Campos,

Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Macaé, Magé, Marica, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Resende, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia, Teresópolis, Três Rios, Valença, Vassouras e Volta Redonda.

O financiamento através do mecanismo de Incentivo possibilitou a garantia de fluxo contínuo e automático de recursos do Fundo nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica.

As normas relativas ao Incentivo foram apresentadas sob a forma de Anexos:

I) **Anexo I** : normas relacionadas ao processo de qualificação. Segundo a Portaria, foram incluídos todos os estados da federação e 411 municípios, o que representou, 95% de cobertura da epidemia de aids no país. Este anexo a nosso ver, é o coração e a alma da Portaria, traduzindo a sua essência. Detalhamento é a sua característica mais marcante.

Neste documento também são apresentados os critérios de inclusão para que estados e municípios possam pleitear o incentivo, destacaremos apenas alguns de relevância para o presente trabalho:

- a) a apresentação de técnico (s) responsável(eis) pelo gerenciamento das ações de HIV/AIDS/DST;
- b) compromisso em aplicar recursos próprios para as ações em HIV/AIDS/DST;
- c) compromisso explícito em realizar as atividades e em prover acesso e serviços de qualidade para os portadores de HIV/Aids e outras DST;
- d) pactuação expressa entre a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) quanto à responsabilidade de Estados e Municípios para a aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento de Infecções Oportunistas associadas à AIDS e das outras doenças sexualmente transmissíveis e para a aquisição de preservativos;
- d) e compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil em articulação com os Conselhos de Saúde.

O anexo também, define o processo de qualificação de estados e municípios, com destaque para a elaboração do Pano de Ações e Metas(PAM).

O Plano de Ações e Metas é o instrumento de planejamento e programação das atividades a serem realizadas com os recursos do incentivo, contemplando as áreas temáticas: promoção da saúde e prevenção, tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS e dos portadores de

outras DST, desenvolvimento institucional e parcerias com ONGs e OSC. O Plano tem sua lógica voltada para metas e resultados a serem alcançados e avaliados e deve ter como ponto de partida a elaboração de diagnóstico de situação local. O PAM é o principal instrumento a ser apresentado pelos gestores para qualificação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na obtenção dos recursos do incentivo.

Este Anexo também destaca, as atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo de acordo com a então vigente Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS), que teve com um de seus eixos estruturantes, a organização da assistência na perspectiva regional.

Este documento também é rico no detalhamento nas ações de dst/hiv/aids, que devem ser desenvolvidas pelo nível federal, pelos estados e pelos municípios. O grau de detalhamento das ações e atividades explicitadas no Anexo é tamanho que, acreditamos que foi pensado como contribuição para a elaboração do Plano de Ações e Metas. Gostaríamos de destacar a atribuição do nível estadual: avaliação da capacidade técnica e gerencial dos municípios que pleiteiam o incentivo; análise da coerência dos Planos; verificação do cumprimento dos requisitos previstos na Portaria e encaminhamento da solicitação do pleito municipal ao nível federal. Consideramos que também inspirado na NOAS, há uma valorização do papel do gestor estadual, como coordenador de todo o processo no âmbito do seu território.

O Anexo também trata do cálculo dos recursos financeiros das transferências e das contrapartidas. O valor mínimo de repasse é de R\$75.000,00.

Prevê que 10% dos recursos totais dos Estados serão destinados ao desenvolvimento de Projetos em parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSC). Os recursos destinados as OSC serão gerenciados pelas Secretarias de Estado de Saúde e a forma de execução dos recursos é explicitada no Plano de Ações e Metas.

Com relação aos recursos financeiros, segundo os critérios estabelecidos, para o Estado do Rio de Janeiro, incluindo as Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual de Saúde foi destinado o montante de R\$9.053.833,78/ano. Para o Estado do Rio, o valor total destinado a esses Projetos é de R\$1.005.981,53/ano.

II) Anexo II: trata da documentação necessária para solicitação do incentivo.

III) Anexo III: trata dos fluxos para a qualificação. O processo de qualificação de Estados e Municípios para o incentivo deve ser aprovado pelos respectivos Conselhos Municipais e

no caso dos Estados, no respectivo Conselho Estadual de Saúde. Os municípios devem apresentar o conjunto da documentação para análise do grupo técnico estadual, que apresenta o pleito para a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e quando aprovado, encaminhados para o Programa Nacional, que após a análise apresenta para a aprovação na Comissão Intergestores Tripartite(CIT). Os estados após a aprovação pelo Conselho Estadual encaminham o pleito para a aprovação na CIB, posterior envio para análise do grupo técnico federal que o submete para a aprovação na CIT.

IV) Anexo IV: trata de orientações para a elaboração do Plano de Ações e Metas dos estados e municípios.

Por fim a Portaria, não esqueceu de alertar:

“Independente do Incentivo às ações em HIV/Aids, estados, Distrito Federal e municípios continuam responsáveis pelo controle da infecção pelo HIV, da epidemia de Aids e da disseminação das outras DST, em seus respectivos territórios, de acordo com a condição de gestão assumida a partir da NOB/96 ou da NOAS/02.” (Brasil,2002)

Em seguida a Portaria do Incentivo, foi publicada a Portaria nº 2314 em 2002, que apresenta a Norma Técnica – Incentivo de hiv/aids e outras DST - nº 001/2002 , com o intuito de fornecer:

”... as Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas, para a aplicação dos recursos relativos ao Incentivo, para o estabelecimento de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e as recomendações para a pactuação sobre a política de disponibilização de preservativos masculinos e medicamentos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e infecções oportunistas(IO) relacionadas à Aids, a ser realizada pelas Comissões Intergestores Bipartite de cada estado.(Brasil,2002)

Podemos supor que era presente um esforço do Programa Nacional em dois sentidos: um primeiro, na padronização dos instrumentos que contribuiriam para o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos Planos. Com relação ao aspecto de monitoramento, recorreremos ao comentário da técnica do Programa Nacional:

“...o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS começaram a questionar como seria o monitoramento desses recursos uma vez que havia inclusive um Plano de Ações e Metas (PAM) de estados e municípios a serem cumpridos. Quais seriam os indicadores e penalidades para quem não cumprisse com o estabelecido nos PAM, bloqueios e desqualificação que toda a forma de repasse fundo a fundo tem, vide PSF, por exemplo. Então começamos a pensar e claro discutindo cada passo com CONASS e CONASEMs, o Sistema de Monitoramento para o Incentivo e levamos bem uns seis meses para homologar em CIT(Portaria nº1679)”.

Não será objeto desse trabalho a discussão do Sistema de Monitoramento, só achamos oportuno sinalizar a preocupação dos gestores com relação a esse tema, sendo inclusive, objeto de Portaria específica.

Outro sentido que podemos atribuir ao detalhamento das Normas Técnicas, é o permanente investimento da equipe nacional em qualificar e capacitar as equipes estaduais e municipais. Não será objeto do nosso estudo a análise das orientações e sugestões contidas na Norma.

4.1.4- A IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do incentivo foi precedida de treinamentos ministrados pelos técnicos federais para as equipes estaduais que deveriam capacitar os coordenadores municipais. Também foram elaborados pela equipe federal materiais técnicos para orientar os vários processos que diziam respeito a implementação da nova política.

No caso do estado do Rio de Janeiro observamos que, para os municípios que já haviam executados os Projetos AIDS I e AIDS II, o desafio era romper com a lógica de execução de convênio e caminhar com a Portaria do Incentivo, com a elaboração do Plano de Ações e Metas e com a definição local quanto a aplicação de recursos. Não estavam mais presentes as regras de execução, como por exemplo, limites para aplicação nesta ou naquela categoria de despesa. Com relação aos municípios novos tudo era novidade, apesar do peso que a responsabilidade da execução da política coloca nos frágeis ombros de muitos coordenadores. Descobrir o mapa da mina que pudesse facilitar a qualificação levava os coordenadores a percorrerem os vários anéis burocráticos da máquina administrativa

municipal. Com objetivo de facilitar e garantir maior legitimidade e transparência ao processo e assessorar de forma mais qualificada os municípios, o Programa Estadual optou pela formação de um Grupo de trabalho que ficaria com a atribuição de analisar os pleitos municipais, e fornecer orientações quando necessário. Esse Grupo de trabalho contava com a participação de representação do COSEMS, de um assessor do Programa Estadual, de técnico do Programa Estadual e de representação do Fórum de ONGS AIDS do estado do Rio de Janeiro. Registre-se que esse Grupo funcionou de maneira assistemática, e no fritar dos ovos, a responsabilidade pelo processo de análise dos pleitos, ficou a cargo do assessor e dos técnicos estaduais. Aqui uma observação faz-se necessária: o grupo de Trabalho optou por uma certa flexibilização das normas contidas na Portaria, visto que, se fossem vistas ao pé da letra, muitos pleitos seriam recusados. Este procedimento também foi adotado em âmbito nacional, conforme nos coloca técnica do Programa Nacional:

“...concluímos que se fossemos priorizar um PAM altamente elaborado (e enquanto não estivesse não homologaríamos em CIT) a qualificação de estados e municípios, seria feita de forma muito lenta, levaríamos em tempo enorme para qualificarmos os 411 municípios previstos, então optamos por priorizar o processo de qualificação e termos os 411 municípios e os 27 estados qualificados nesta nova modalidade de financiamento e irmos aprimorando o instrumento depois.”

Talvez pudéssemos situar essa lógica (que prevaleceu na análise das qualificações) como um processo de qualificação gradual, não impedindo assim, o acesso aos recursos. Essa lógica foi observada tanto na análise da elaboração dos Planos, como na análise da capacidade gerencial dos Programas. No âmbito estadual, sabíamos das dificuldades enfrentadas pelos municípios, caso fosse exigido, por exemplo, a apresentação: “*Espelho do Cadastro dos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, sob gerência do Município, de acordo com os sistemas do Datasus*” (Brasil, 2002), muitos municípios não estariam qualificados. Outra exigência para a qualificação:

“Documento do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde comprovando a capacidade gerencial da SMS, com indicação do(s) nome(s) do(s) técnico(s) responsável (is) pela implementação, avaliação e monitoramento das ações no Município” (Brasil, 2002).

Sabíamos que esses documentos muitas vezes eram preenchidos de forma burocrática. Segundo orientação constando na Norma Técnica da Portaria:

” A parte sobre Avaliação da Capacidade Institucional e Gerencial do Programa de DST e Aids no âmbito do estado e município tem como objetivo avaliar a capacidade institucional nas áreas de capacitação de recursos humanos, implantação e uso dos Sistemas de Informação, gestão financeira e administrativa, organização das área de logística de insumos e capacidade nas áreas de planejamento, monitoramento e avaliação.”(Brasil,2002).

Sem entrar no mérito da importância deste procedimento para garantir a qualidade das ações, entendemos que essa exigência só seria possível de ser cumprida de forma processual e gradual. Apostamos que a ampliação de cobertura das ações era o mais significativo, e que os ajustes e a qualidade do processo seriam atendidas no caminho. Essa também foi a aposta do Programa Nacional.

Nosso entendimento era que o processo de descentralização sempre implicaria na responsabilização dos três níveis de governo para ser implementado, sem perdas das conquistas já alcançadas. Já tínhamos apreendido que a sustentabilidade das ações de dst/aids iam ao encontro da descentralização; sabíamos também, dos diferentes perfis dos municípios no nosso estado; tínhamos a crença, que a possibilidade de acesso aos recursos e a busca pelo cumprimento das exigências colocadas (principalmente de investimentos), poderiam contribuir com a estruturação dos Programas Municipais e que principalmente, o fato dos municípios estarem qualificados, não significava que não continuaríamos responsáveis pela melhoria das respostas no nosso estado para o enfrentamento da epidemia e que necessariamente, esse era um processo compartilhado.

Segundo dado do Programa Nacional é evidente o aumento das transferências de recursos com o advento da Política de Incentivo conforme os dados abaixo apresentados por Grangeiro em evento ocorrido em 2003:

Tabela 4 – Transferência de recursos pela política de incentivos – 1999 a 2001

SECRETARIAS	1999-2001	POLÍTICA DE INCENTIVO	PERCENTUAL DE AMPLIAÇÃO
ESTADOS	24.561.877,43	36.766.953,69	49,69
MUNICÍPIOS	43.797.992,27	63.233.046,31	44,37
TOTAL	68.359.869,7	100.000.000,00	46,28

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

A ampliação da cobertura de ações de dst/aids também pode ser comprovada conforme os dados do Programa Nacional:

Tabela 5 - Ampliação da cobertura de ações de dst/aids. 1994 a 2002

SECRETARIAS	1994-1998	1999-2002	POLÍTICA DE INCENTIVO
ESTADOS	27	27	27
MUNICÍPIOS	43	150	411

FONTE: Relatório de Avaliação de Desempenho – Banco Mundial

Gostaríamos de destacar uma das exigências para a qualificação dos estados e municípios, conforme reza a Portaria: *“Deliberação da CIB especificando a pactuação de Medicamentos para IO e DST e de preservativos no estado”* (Brasil, 2002). O Ministério da Saúde já havia definido como sua atribuição (e aprovado na CIT) a aquisição dos medicamentos específicos para tratamento da aids (os anti-retrovirais), e delegado aos estados e municípios definirem como seria o compartilhamento de responsabilidades para aquisição de outros medicamentos necessários para o tratamento de dst/aids. A Portaria também exigia a divisão de responsabilidades entre os níveis de governo para aquisição dos preservativos. Nota-se que esse processo de pactuação de responsabilidades só poderia ser dirigido pelo nível estadual. O Programa do Estado do Rio de Janeiro junto com os municípios e com a Superintendência Estadual de Assistência Farmacêutica, apresentou na CIB a seguinte proposta para a aquisição de medicamentos: os medicamentos para tratamento de infecções oportunistas estariam sob responsabilidade estadual e os

medicamentos para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis sob atribuição municipal. Por ocasião da apresentação na CIB, a apreensão da equipe do Programa Estadual de aids, era a discordância de algum gestor municipal do acordo proposto, e com isso, dificultar o processo de qualificação. Para menos alegria nossa e mais apreensão ainda, a proposta foi aprovada sem qualquer reticência. Tal fato pode ratificar um argumento já levantado nesse trabalho que, a possibilidade de ampliação de recursos pode induzir ao aceite de exigências e condições apresentadas, desprovidas de uma avaliação aprofundada sobre a sua repercussão e, conseqüentemente, sem contar com a convicção do compromisso assumido. O mesmo fato ocorreu quando a apresentação do pacto dos preservativos: aprovado, próximo ponto ! Não será objeto do presente trabalho a análise do cumprimento dos pactos aprovados conforme o relato acima, porém, não poderíamos deixar de mencionar que o cumprimento dos pactos, tanto pelo nível estadual como pelos municípios, está abaixo do necessário para garantirmos a qualidade e eficiência da resposta estadual para o enfrentamento da epidemia. O último relatório de cumprimento dos pactos, elaborado em dezembro de 2005, relata que, com relação à aquisição de medicamento de DST, somente um município conseguiu adquirir o que foi estabelecido. As dificuldades apontadas são de diversas ordens: demora nas licitações, dificuldade de integração e de estabelecer parceria com diversos setores das Secretarias Municipais de Saúde, implementação tardia do Programa Municipal, falha nos recursos humanos e na logística de medicamentos, repasses de medicamentos da SES têm sido suficiente e escassez de recursos. O que interessa-nos aqui refletir é até que ponto processos pactuados conforme os relatados, ocasionam, o seu descumprimento. Parece não haver compromisso firmado. O comportamento do nível estadual quanto ao cumprimento do pacto para a aquisição de IO é o mesmo dos municípios com relação ao cumprimento de medicamentos de DST: cumprimento parcial. Conforme afirmamos em várias passagens desse trabalho, consideramos que a consolidação e o aprimoramento do SUS, está relacionada à uma maior cooperação e solidariedade entre os três níveis de governo (apesar de todas as dificuldades também já sinalizadas quanto as características do nosso federalismo). A nosso ver, torna-se preocupante um certo empobrecimento da discussão dos acordos firmados, que no limite, também pode ser interpretado, como um certo esvaziamento da instância responsável por esses pactos - a CIB. Se podemos supor, um certo esvaziamento da CIB no nosso estado,

as instâncias que proporcionam seu fortalecimento, talvez, encontram-se no momento também fragilizadas: a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. Com relação a nossa responsabilidade nesse processo, visto o não cumprimento dos pactos (e o conseqüente impacto negativo na política pública de aids), o Programa Estadual está discutindo com os municípios a construção de um novo pacto para a aquisição de medicamentos, tendo como referência para a construção da proposta, as diferenças municipais. Desta forma, poderíamos pactuar critérios que agrupassem os municípios conforme as suas possibilidades e capacidades de resposta e assim, desenharíamos um novo acordo. A idéia inicial seria ter como diretriz a equidade. Nosso pressuposto é que a desigualdade observada entre as regiões brasileiras, também é observada nas nove regiões do nosso estado. O desafio é construir um pacto entre o estado e municípios que, a partir do entendimento dessas diferenças, possamos superá-las ou minimizá-las, construindo o que ousaríamos chamar de pactos de gestão solidários em dst/aids. Mas é uma idéia que ainda está em estado de maturação. O desafio é identificar indicadores que possam expressar as desigualdades e ao mesmo tempo, que possam contribuir para o agrupamento dos municípios, orientando assim, a formatação de propostas distintas em termos de responsabilização pela aquisição dos medicamentos.

No Estado do Rio todos os 33 municípios relacionados já foram qualificados.

Segundo avaliação do Programa Nacional, apresentada em reunião realizada em março de 2004, a Portaria apresentou os seguintes avanços:

- a) Qualificação de 404 municípios;
- b) Qualificação de todos os estados;
- c) Aprimoramento do processo de planejamento para o estabelecimento de prioridades de metas para o controle da epidemia;
- d) Inserção dos Conselhos de Saúde, na aprovação do plano de metas e ações;
- e) Pactuação de responsabilidades entre estados e municípios para a aquisição de insumos estratégicos (medicamentos IO e DST e preservativos) ;

Acrescentaríamos aqui, que esse processo proporcionou uma efetiva aproximação e articulação dos Programas de Aids com as instâncias de participação e controle social, condição fundamental para o aprimoramento da política pública em dst/aids.

No nosso Estado ainda não foi possível realizar um balanço dos resultados proporcionados pela política de incentivo. O que é fato, é a ampliação do número de municípios com recursos específicos, e que- como o Programa Estadual- esse conjunto de municípios encontram-se em processo de fortalecimento para a implementação de medidas efetivas que garantam o controle da epidemia, contribuindo para :

- a) que novas infecções não ocorram;
- b) melhoria da qualidade de vida para as pessoas que vivem com hiv/aids;
- c) redução das situações de estigma e pré-conceito .

Gostaríamos assim de registrar que, com todos os limites que uma política na modalidade incentivo pode conter, ela por si só, pode não significar retrocesso ou desqualificação de um processo de descentralização. O que a nosso ver possibilitará o seu êxito, é clareza quanto ao caminho a ser alcançado. O mesmo raciocínio operamos quanto ao processo de descentralização. Consideramos que o seu mérito dependerá do seu entendimento como estratégia pactuada para alcance e ampliação do pleno exercício do direito a saúde. Achamos que o Programa Nacional em um caminho com idas e vindas, atuou a partir dessa perspectiva, o que pode ser também ser um dos fatores que permitiram a ampliação das conquistas da política pública em dst/aids.

5 - ALGUMAS CONCLUSÕES PRELIMINARES

Tentaremos aqui recapitular de forma bastante genérica os assuntos tratados nesse trabalho, de maneira que possibilite um entendimento do seu desenvolvimento, realizado de uma maneira específica (dentre muitas que poderiam e podem ser feitas) na abordagem do processo de descentralização do Programa de aids.

A etapa inicial do trabalho, bastante ampla, tentou estabelecer conexões entre processos. Como o tema do trabalho foi descentralização de uma política específica na área de saúde, o nosso entendimento foi que este processo teve como marco importante a Constituição de 1988. Entretanto, achamos interessante fazer um apanhado geral na nossa história – a partir das Constituições promulgadas, para compreendermos a força que o tema da descentralização assumiu no decorrer do tempo, transformando-se em um valor relacionado diretamente com o exercício da democracia. Uma das características marcantes desse quadro foi a descentralização entendida como municipalização. Tentamos também discutir as repercussões, quanto à ênfase que a descentralização pela via da municipalização ocasionou, na configuração do federalismo brasileiro, destacadamente no federalismo fiscal. A emancipação de diversos municípios com sérios limites de sustentabilidade financeira, tornando-os dependentes de recursos transferidos pelo governo federal, repercutiu na área de saúde, sob olhar do exercício da autonomia municipal para a gestão do sistema. Há controvérsias sobre os resultados produzidos pela radical descentralização observada na Constituição de 1988 e o arcabouço jurídico da área. Como vimos, para alguns analistas, a descentralização promovida no setor saúde, ao contrário do esperado, promoveu um fortalecimento do nível federal, para outros, esse processo possibilitou uma comprovada distribuição de recursos para os níveis subnacionais.

Posteriormente fizemos um rápido giro pela história do Programa de aids, com demarcações de períodos significativos. Recuperar a história é sempre um caminho interessante para construirmos o futuro. Marcamos como eventos importantes a Assinatura dos Acordos de Empréstimos com o Banco Mundial e atribuímos a esse fato uma importante indução para o fortalecimento do Programa Nacional. Como falamos anteriormente, no início do trabalho, o lugar do Acordo de Empréstimo foi a possibilidade de ampliação de recursos. No decorrer do estudo, observamos uma certa conexão que o tema de descentralização assumiu na política nacional de saúde, com o crescimento que essa

temática também assumiu para o Programa Nacional. Foi interessante levantar a discussão sobre como o tema da descentralização surgiu no desenho dos Acordos e como o tema foi tratado pelo Programa Nacional. Se não era possível descartar a centralidade que a descentralização assumia para o Banco Mundial, esse processo a nosso ver, foi reinterpretado pelo Programa Nacional. Essa análise foi possível a partir de uma releitura de material produzido pelo Banco, utilizando uma lente de aumento já aguçada pelas leituras sobre federalismo e pelas análises sobre o processo de descentralização do setor saúde. Também foi possível construir essa análise, a partir da contextualização da política pública de aids.

Os Projetos AIDS I e AIDS II foram elaborados em um determinado cenário da política nacional de saúde do qual destacamos: radicalização do processo de descentralização do sistema com ênfase na municipalização, instabilidade das fontes de financiamento, criação de instâncias de pactuação entre os gestores, assunção de responsabilidades pelos gestores do sistema, principalmente para os municípios que assumiam a prestação de serviços, maior autonomia financeira de acordo com a modalidade de gestão e a grande capacidade de indução do Ministério da Saúde para a implementação de determinadas políticas pela via do financiamento.

Se por um lado temos o Programa Nacional de DST/AIDS traçando macro estratégias para a política nacional de controle da epidemia de dst/aids no país, na qual, os Acordos de Empréstimos, assumem grande relevância, por outro lado, temos um movimento mais geral no setor saúde caracterizado por um determinado processo de descentralização, a partir da adesão a distintas modalidades de gestão do sistema, com respectivas responsabilizações na organização dos serviços. Entretanto, como vimos, o processo de descentralização do SUS, assumiu para alguns analistas, uma certa descaracterização marcada pela concentração de recursos no nível federal e com a conseqüente capacidade de indução financeira do Ministério da Saúde para a implementação de determinadas políticas. Será que tal fato, demonstra a imperfeição que a política de incentivo carrega como mecanismo para garantir a sustentabilidade e descentralização do Programa de Aids? A princípio, e somente a princípio, arriscaríamos a dizer que não.

O desenvolvimento dos Projetos oriundos dos Acordos de Empréstimo, e a consolidação do SUS, marcam construção de agenda dos gestores dos Programas de Aids, onde

descentralização e sustentabilidade ou descentralização sustentável ou ainda, sustentável descentralização, tornam-se o centro de implementação de novas iniciativas no campo das dst/aids. A dinâmica desse processo foi apresentada na descentralização do financiamento dos Projetos executados por Organizações Não Governamentais, e pelo interessante movimento de descentralização e recentralização da rede laboratorial de cd4 e carga viral. Por fim, apresentamos a Política de Incentivo de DST/Aids como a resposta mais consistente (porém, não completa) para a sustentabilidade do Programa de DST/Aids pela via da descentralização. E aqui destacamos a importância da construção de pactos solidários entre os gestores, orientados pelas diferenças entre os municípios. Necessidade de implementação de acordos democráticos que reflitam e incorporem a possibilidade de minimizar as desigualdades regionais.

A possibilidade de refletir sobre o nosso cotidiano, visto que esta escriba trabalha algum tempo no Programa Estadual de DST/Aids, descortinou questões que até então, não seriam objeto de nenhum questionamento.

A primeira delas é como a nossa história se repete, tanto nas mazelas como na riqueza. A divisão das capitanias hereditárias configurou um processo de descentralização. O estudo das Constituições por vezes cansativo, porém, permitiu entender como a descentralização articular-se a mecanismos de distribuição de poderes entre as esferas governamentais, e o pleno exercício da autonomia, guarda uma relação umbilical com a capacidade de financiamento. A mesma questão foi observada na implementação da política de saúde. O conforto teórico veio com a definição de Bobbio sobre a descentralização e a sua incompletude por natureza.

Revisitar a trajetória do Programa de Aids, possibilitou o olhar em nova perspectiva. O exercício da crítica as concepções arraigadas, como por exemplo, aquela que entendia o distanciamento da temática de descentralização com o tema da sustentabilidade, produziu um certo desconforto por um lado e por outro, uma satisfação por novas possibilidades de significar a realidade.

O exercício da contextualização reforça a importância do entendimento do movimento, da dinâmica, da complementaridade. Assim foi entendida a força que o tema da sustentabilidade (e sua conexão com a descentralização) foi assumindo no decorrer desse estudo.

O processo de construção da sustentabilidade das ações foi combinado, na nossa avaliação, com a implementação da descentralização das ações entre os níveis governamentais.

Em diversos momentos foi digno de registro, a capacidade de articulação e construção de alianças do Programa Nacional, como condição importante para viabilizar as alternativas de sustentabilidade. É nessa perspectiva é que foi entendida a utilização dos recursos dos Acordos de Empréstimo, e também foi nessa perspectiva, que interpretamos a apreensão da sustentabilidade enquanto um valor para o Programa Nacional e a descentralização tomada como estratégia. Assim situamos os alicerces que engendraram o processo de descentralização dos projetos de ONGS, a descentralização da rede de cd4 e carga viral e a Política de Incentivo.

O presente estudo pretendeu recuperar em linhas gerais uma certa trajetória, com o seu dinamismo e características próprias, que culminou, a nosso ver, com o desenho de uma política de “sustentabilidade pela via da descentralização” expressa na política do incentivo de DST/Aids.

Esse trabalho não pretendeu encerrar a discussão sobre o processo de descentralização do Programa de Aids, pelo contrário, se presta tão somente a um pontapé nessa discussão. Pretendeu contribuir para sinalizar alguns momentos e fatos importantes desse caminho que indicavam flexões e inflexões da política implementada.

Sua utilidade se dará na medida que for criticado, e assim, contribuir para a reflexão dos caminhos algumas vezes seguros e outras vezes tortuosos, construídos por todos aqueles que no dia a dia enfrentam a epidemia de aids.

Como já disseram, o caminho não está dado, ele se constrói por aqueles que o percorrem. Portanto, esperamos que a leitura do trabalho tenha sido agradável e para aqueles que já estão envolvidos com o enfrentamento da epidemia, sirva para contribuir com a superação de muitos desafios que nos aguardam, e, para aqueles que ainda não estão tão próximos da temática, possa ter ajudado para despertar o interesse pelo assunto, e assim somar esforços para o combate à aids, que no limite significa, a busca por uma sociedade solidária, orientada pela consolidação dos direitos humanos e pela garantia do direito a vida !

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Rui de Brito Álvares. A Federação no Brasil: impasses e perspectivas in Affonso, Rui de Brito Álvares e Silva, Pedro Luiz Barros (organizadores)- A Federação em Perspectiva – FUNDAP, 1995

AIDS II – Boletim de Gestão – Principais características do Acordo de Empréstimo BIRD – 4392/BR AIDS II - nº 02 – Assessoria de Planejamento e Avaliação – Coordenação Nacional de Aids – 1998 – mimeo.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais in Affonso, Rui de Brito Álvares e Silva, Pedro Luiz Barros (organizadores)- Descentralização e Políticas Sociais – FUNDAP, 1996

ARRETCHE, Marta. O Mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas in Gerschma, Silvia, Werneck Viana, Maria Lucia(org) – A Margem da Pós-Modernidade, Rio de Janeiro, 1997

BANCO MUNDIAL. Documento de avaliação de projeto sobre empréstimo mundial proposto no montante equivalente a U\$ 165 milhões ao Brasil para um segundo projeto de controle de Aids e DST. Washington, 1998(Relatório nº 18338-B), mimeo

BASTOS, Francisco Inácio e SZWARCOWALD, Célia Landman. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas- Cadernos de Saúde Pública – volume 16 – suplemento 1 – 2000

BIASOTO Jr, Geraldo. Setor Saúde: Constituição do SUS, Financiamento Federal, Transferências e Questões Federativas ([Biasoto08out.pdf](#)).

BOBBIO, Norberto.; MATTEUCCI, N., PASQUINO, GIANFRANCO. Dicionário de política. Brasília: Editora UnB, 1998.

BRASIL, Constituição de 1824.

BRASIL, Constituição de 1891

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

B R A S I L . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2313, de 19 de janeiro de 2002, Brasília: Diário Oficial da União de 19 de janeiro de 2002.

BRASIL . Ministério da Saúde. Portaria conjunta SE/SAS , de 26 de abril de 2001.

BRASIL. Programa Nacional de DST/AIDS – Política Brasileira de AIDS – Principais Resultados e Avanços – 1994-2002

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: apontamentos para os gestores municipais. Mimeo

CARVALHO, José Murilo de. Fundamentos da Política e da sociedade brasileira in Avelar, Lucia, Cintra, Antonio Octávio (organizadores)-Sistema Político Brasileiro: uma introdução, Fundação Unesp, 2004

CONASEMS, 2005. O SUS de A a Z – Garantindo a saúde nos Municípios. Ministério da saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS, Nota Técnica, nº 05/2001 – 2º versão – Considerações da ST/CONASS sobre as propostas: “Descentralização das redes de cd4/CD8 e carga Viral” e “Ampliação do Acesso ao Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV”

CONASS – Documenta ,nº 06 Brasil – Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS – 2004

CONASS, 2004. *Convergências e divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS*. 22 maio 2005 <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/PactoGestao/docs/ConverDiver.pdf>

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, Universalidade e Equidade nas reformas da Saúde . *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2001, vol.6 (2): 319-328.

COSEMS RJ. Manual do Gestor. SUS: O Avanço Democrático da Saúde, 2001

COSTA, Valeriano. Federalismo in Avelar, Lucia, Cintra, Antonio Octávio (organizadores)- Sistema Político Brasileiro: uma introdução, Fundação Unesp, 2004

DAIN, Sulamis, FAVERET, Ana Cecília – Entre o Neo Federalismo e o Ornitorrinco: Relações Intergovernamentais no Brasil, 2004. mimeo

DAIN, Sulamis. Do Direito Social a Mercadoria. Mimeo. Tese apresentada ao Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular, na área de Economia e Financiamento do Setor Pública, do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ, realizado de 17 a 21/7/2000.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: o Financiamento da Política de Saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Tese de doutorado em saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002, mimeo

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2003

FIORI, José Luis – O Federalismo diante do Desafio da Globalização - A Federação em Perspectiva: ensaio selecionados/ organizadores: Rui de Britto Álvares Affonso, Pedro Luis Barros Silva – São Paulo: FUNDAP, 1995

FURTADO, Celso . Formação Econômica do Brasil, Companhia Editora Nacional, 32ª ed, 2003.

GALVÃO, Jane. Aids no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia – Tese de doutorado apresentada ao Centro Biomédico do Instituto de medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999, mimeo.

GALVÃO, Jane. 1980-2001: Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil no Mundo – Coleção ABIA – Políticas Públicas, nº 2 – 2002

GOULART, Flavio. Esculpindo o SUS a Golpes de portaria... –considerações sobre o processo de formulação das NOBS -Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2001, vol. 6(2):292-300.

JÚNIOR, Fernando Martins – Análise do Processo de Implantação do SUS no Brasil e Propostas de Avanços com a Garantia dos Princípios definidos Legalmente - CONASS – Documenta ,nº 06 Brasil – Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS – 2004

LECOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana, MACHADO, Christiani. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais Básicas. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2001, vol. 6(2):269-291.

LIMA, Juliano – Federalismo, Relações Intergovernamentais e Regionalização da Atenção em Saúde no Brasil – maio de 2005 – mimeo

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro.* Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. “Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial”, Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 200, tese de doutorado, mimeo.

MATTOS,Ruben Araújo de, PARKER,Richard, TERTO,Veriano et alli. As Estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil. Rede Brasil sobre Instituições Financeiras As Estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil (2000-2003).Rede Brasil, 2001

MÉDICI, André Cezar. Políticas Sociais e Federalismo in Affonso, Rui de Britto Álvares e Silva, Pedro Luiz Barros (organizadores)- A Federação em Perspectiva – FUNDAP, 1995

MERHY, Emerson Elias, BUENO, Wanderlei Silva -Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes. Texto apresentado para publicação na Revista Saúde em Debate em maio de 1997

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; DESLANDES, Suei F.; NETO, Otávio Cruz.; et al. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995.

NEMES, Maria Inês Baptistella – Relatório Final- Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Usuários de Ambulatórios do Sistema Público de Assistência a Aids no Estado de São Paulo, mimeo

OLIVEIRA,Francisco - A Crise da Federação: da Oligarquia à Globalização – A Federação em Perspectiva: ensaio selecionados/ organizadores: Rui de Britto Álvares Affonso, Pedro Luis Barros Silva – São Paulo: FUNDAP, 1995

PARKER,Richard e CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel – POBREZA E HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos.Cadernos de Saúde Publica – volume 16 – suplemento 1- 2000

PARKER, Richard (org) – Políticas, Instituições e Aids:Enfrentando a Epidemia no Brasil,ABIA, 1997

PARKER, Richard;BASTOS, Cristiana; GALVÃO,Jane;PEDROSA, José Stalin (orgs) – A Aids no Brasil (1982-1992), ABIA, IMS,UERJ, 1994(História Social da Aids nº2)

PARKER,Richard – Divulgação em Saúde para o Debate – nº 27- 2003

RADIS – Comunicação em Saúde – nº40 – dezembro de 2005

RODRIGUES-JUNIOR, Antonio Luiz e CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. jul./ago. 2004, vol.37, no.4 [citado 21 Abril 2006], p.312-317. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000400005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0037-8682.

SCATENA, João Henrique Gutier, TANAKA, Oswado Yoshimi. Os Instrumentos Normatizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. *Saúde e Sociedade*, 2001, vol.10, nº.2

SKIDMORE, Thomas . Uma História do Brasil, 3ª ed, Paz e Terra, 2000.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados*, 1998, vol.41, no.3.

TEIXEIRA ,Paulo Roberto -.Políticas Públicas em Aids in Políticas, instituições e Aids:enfrentando a epidemia no Brasil – ABIA,1997

TEIXEIRA, Paulo Roberto – Divulgação em Debate – nº 27 – 2003

UGÁ, Maria Alicia, PIOLA, Sergio Francisco, PORTO, Silvia Marta et al. Descentralização e Alocação de Recursos no Âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2003, vol.8 (2): 417-437.