

RENATO BARBOZA

**Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São
Paulo: uma análise do processo de descentralização
das ações no período de 1994 a 2003**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

SÃO PAULO

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor

Barboza, Renato

Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003 / Renato Barboza – São Paulo, 2006.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Lauro Cesar Ibanhes

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida / prevenção & controle 2. Programas nacionais de saúde 3. Descentralização 4. Gestão em saúde 5. Políticas públicas de saúde 6. Sistema Único de Saúde / organização & administração

SES/CCD/CD-141/06

Aos meus pais, Geremias e Janete, pelo carinho, apoio e estímulo eternos, aos meus grandes amigos Zé Roberto, Alessandro, Márcio e Nina Laurindo pelo carinho e dedicação em todos esses anos de convivência.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Lauro César Ibanhes, amigo e orientador, além de um colega de trabalho perspicaz e divertido do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde – Instituto de Saúde. Muito obrigado pela paciência, estímulo e acolhimento nesses anos, seja nos espaços formais ou informais de orientação.

À Prof^ª. Dra. Ivete Dalben da UNESP Botucatu, pelo grande incentivo que recebi nos projetos que executamos em conjunto e por ter influenciado meu ingresso no mestrado e na pesquisa científica.

Aos amigos da Coordenação Estadual DST/Aids, o “CRT”, onde trilhei a maior parte da minha trajetória profissional, desde 1987, especialmente à Maria Clara Gianna, ao Artur Kalichman, Paulo Roberto Teixeira, Alexandre Grangeiro, Stela Maris Bueno, Sara Romera da Silva, Vilma Cervantes, Hélio Bianchi, Emi Shima, Ana Aratangy Pluciennik, Naila Seabra Santos, Anadir Maldonado, Fernanda Neves e a tantos outros que certamente estou esquecendo, ou não seria possível incluir aqui, mas sabendo que juntos ajudamos a construir a resposta para o controle das DST/Aids e a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo, em conjunto com os engajados coordenadores municipais, os interlocutores das DIRs, além dos nossos parceiros e amigos que militam em diversas ONGs.

No CRT, um agradecimento “de coração” aos “velhos” companheiros da área de prevenção, Júlio César Barroso Pacca e Milena Baltrunas Prado de Mello, agora vivendo em terras moçambicanas. À Maria da Penha Ramos Oliveira, nosso porto seguro, quando compartilhamos a coordenação daquela gerência durante vários anos. Aos divertidos Ademir Oscar Godoy e Desire, nossos colegas queridos de tantos anos no disque Aids (*in memorian*).

Aos amigos do Instituto de Saúde, onde nos últimos anos tenho enveredado pelos caminhos da investigação científica na carreira de “PqC”. Especialmente à Luiza Heimann, pelo acolhimento na chegada à instituição no NISIS, à Suzana Kalckman, pelo carinho compartilhado em nossas vivências em campo, à Maria Mercedes Escuder – a “Biba” e Maria Cecília

Goi, nossas carinhosas e experientes pesquisadoras “sênior” e à Monique Cerqueira Borba, minha companheira de sala e computador no Núcleo Condições Vida e Situação de Saúde.

Um agradecimento especial ao apoio recebido da direção do Instituto de Saúde – Maria Lúcia Stefanini, quando cheguei lá em 2004, e a Alexandre Grangeiro e Regina Barbosa, atuais diretores e companheiros do Programa Estadual DST/Aids há vários anos. E também aos meus queridos amigos da recém-criada Assessoria de Ensino, pela solidariedade e tolerância, o destemido Paulo Monteiro, a lúcida Áurea Ianni, a concentrada Olga Sofia Faberge, a acolhedora Maria Salum, a cautelosa Kátia Pirotta e a dedicada Thereza Pavão.

No caminho da pesquisa científica no Instituto de Saúde, minha gratidão às amigas e parceiras, Lígia Rivero Pupo, pela nossa convivência e companheirismo em importantes decisões, desde o CRT, e à Kátia Pirotta, pelo nosso encontro pessoal e profissional, fértil nas idéias e equilibrado nas decisões (devido a sua lucidez), repleto de desafios e estímulos a cada novo projeto em que nos aventuramos.

Um agradecimento muito carinhoso à banca de qualificação, integrada pelas professoras Elvira Ventura Filipe, Maria Inês Baptistella Nemes e Naila Janilde Seabra Santos. Os apontamentos, as sugestões e os caminhos indicados foram fundamentais para a conclusão desta dissertação.

Muito obrigado também aos amigos Ari Luís do Vale Ribeiro e Maria de Fátima de Andrade pela leitura e revisão dos originais. Suas sugestões foram preciosas e esclarecedoras.

Finalmente, meu agradecimento especial ao Alessandro Soares, o “Alê”, meu amigo professor e agora doutor em Psicologia Social, os meus sinceros parabéns! Ficarei eternamente grato pelas sugestões e troca de idéias que tivemos durante a elaboração desta dissertação em nossas andanças por Sampa.

Resumo

Barboza, R. Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.

Os acordos de empréstimo para Aids firmados entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, no período de 1994 a 2002, foram fundamentais para o fortalecimento das ações programáticas e para o controle da epidemia no País. Apesar dos avanços nas áreas de prevenção e assistência, a gestão dos programas apresentava um baixo grau de institucionalização nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionado às dificuldades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Este estudo qualitativo analisou o processo de implementação do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo quanto à descentralização e à gestão das ações no período de 1994 a 2003, nas dimensões administrativa, técnica e política. Analisaram-se os documentos de gestão dos convênios com o Banco Mundial e da política de incentivo via fundo a fundo, implantada em 2003 na Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Para este estudo quatro Secretarias municipais foram selecionadas intencionalmente. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e em profundidade com os gestores das três esferas governamentais. Os resultados apontam que no Estado foram conveniados 37 municípios no período dos acordos de empréstimo e, com a instituição do fundo a fundo, 101 novos municípios foram incluídos, ampliando a descentralização das ações. Esse processo apresentou diferentes graus e distintas formas de operacionalização, segundo o nível de gestão investigado. As principais dificuldades identificadas para implementar o plano de ação, pactuado nas instâncias do SUS, referem-se à falta de quadros profissionais preparados para gestão, ao monitoramento e à avaliação das ações. O incentivo para DST/Aids, instituído pelo Ministério da Saúde, intensificou o processo de descentralização, transferindo poder decisório para o Estado e para os municípios, aperfeiçoando a gestão das políticas públicas em DST/Aids. Todavia, o monitoramento e a avaliação das ações precisam ser qualificados, priorizando-se os municípios novos que ingressaram no sistema fundo a fundo.

Descritores: Síndrome de imunodeficiência adquirida/prevenção & controle, Programas nacionais de saúde, Descentralização, Gestão em saúde, Políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde / organização & administração.

Abstract

Barboza, R. Administration of the São Paulo State STD/AIDS Program: analysis of the actions decentralization process from 1994 to 2003

The convention loans for Aids established by the Health Ministry and the World Bank from 1994 to 2002 were fundamental to consolidate the programmatic actions and to control the Aids epidemic in the country. Despite progress in areas such as prevention and assistance, administration of the programs presented a low degree of institutionalization in the National Health System related to difficulties for planning, monitoring and evaluating the programmatic actions. This qualitative study analyzed the implementation of the São Paulo State STD/Aids Program from 1994 to 2003 concerning decentralization and administration of the actions in its administrative, technical and policy dimensions. Administrative papers about the agreement with the World Bank and the incentive policy of funding transference established in 2003 in the Health Department of the State and the Municipal Health Departments were analyzed. For this study four Municipal Health Departments were intentionally selected. Interviews with managers from the three governmental levels were also carried out. Findings showed that in the State 37 municipal districts were covenanted in the loan agreement period and 101 new municipal districts were included with the establishment of the policy of funding transference which enlarged the decentralization of the programmatic actions. This process has presented different degrees and distinct operative forms, according the administrative level investigated. The main identified difficulties to implement the action plan agreed with the National Health System are related to the lack of professionals prepared for administering, monitoring and evaluating the actions. The incentive policy of funding transference established by the Ministry of Health has intensified the decentralization process, transferring the decision power to the State and municipal districts, improving administration of STD/Aids public policies. However, evaluation and monitoring of the actions need to be qualified given priority to the new municipal districts included in the incentive policy of funding transference.

Keywords: *Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control, National Health Programs, Decentralization, Health Management, Health Public Policy, National Health System, organization & administration.*

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AOD - Agência de Assistência Oficial ao Desenvolvimento

ASPLAV - Assessoria de Planejamento

BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

CCD - Coordenadoria de Controle de Doenças

CDC - Centro de Controle de Doenças

CEDST/Aids - Coordenação Estadual DST/Aids

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIP - Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNDST/Aids - Coordenação Nacional DST/Aids

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPS - Coordenadoria de Planejamento e Saúde

CRH - Coordenadoria de Recursos Humanos

CRT-DST/AIDS - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

CSI - Coordenadoria de Saúde do Interior

CSRMGSP - Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo

DIR – Direção Regional de Saúde

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FMI - Fundo Monetário Internacional

FNUP - Fundo das Nações Unidas para População

HD - Hospital-dia

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que Fazem Sexo com Homens

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OSC - Organização da Sociedade Civil
PAM - Plano de Ações e Metas
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA - Plano Operativo Anual
PPI - Programação Pactuada Integrada
SAE - Serviço de Assistência Especializada
SES/SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
UDI – Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS - Organização das Nações Unidas para AIDS
UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância.

Lista de Figura e Quadros

Figura 1 - Padrões predominantes, segundo categorias de exposição por DIR, Estado de São Paulo, 1980 e 1999.	47
Quadro 1 - Classificação dos municípios do Estado de São Paulo conveniados com o Ministério da Saúde nos Projetos Aids I e II, segundo os elencados para seleção dos municípios no estudo de caso.	70
Quadro 2 - Valores em R\$ transferidos aos estados e aos municípios, segundo região administrativa, 2003-2004.	114
Quadro 3 - Distribuição do número de estados e municípios selecionados e qualificados para o incentivo, segundo região administrativa, 2004.	116
Quadro 4 - Diretrizes, metas e recursos em (R\$) dos Planos de Ação e metas habilitados no ano de 2003, Ministério da Saúde - CNDST/Aids, 2004.	131
Quadro 5 - Distribuição do número de estados e municípios, cobertura populacional e de casos de Aids, valor médio anual em R\$, nos períodos do acordo de empréstimo e do incentivo para DST/Aids, Ministério da Saúde - CNDST/Aids, 2004.	132
Quadro 6 - Orçamentos anuais 2003 e 2004, segundo execução dos recursos e fontes, Ministério da Saúde - CNDST/Aids, 2004.	133

Índice

Resumo

Abstract

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de figuras e quadros

Introdução	12
1 Políticas Públicas de Saúde	14
1.1 Políticas públicas de saúde no Brasil	16
1.2 Descentralização e a reforma do Estado	20
1.3 Trajetória da política pública em DST/Aids	28
1.3.1 Primeiro período: 1982 a 1985	28
1.3.2 Segundo período: 1986 a 1990	32
1.3.3 Terceiro período: 1991 a 1992	35
1.3.4 Quarto período: 1993 a 1994	36
1.4 Gestão das ações programáticas em DST/Aids	37
1.5 A epidemia de Aids no mundo, no Brasil e no Estado de São Paulo	44
2 A resposta global à Aids	49
2.1 O financiamento para Aids no cenário internacional	49
2.2 A estratégia do Banco Mundial para Aids no Brasil	55
3.1 Objetivo geral	64
3.2 Objetivos específicos	64
4 Material e Métodos	65
4.1 Delineamento do estudo	65
4.2 Procedimentos	68
4.2.1 Estudo de caso	68
4.2.2 Pesquisa documental	77
4.2.3 Entrevistas	79
4.3 Instrumentos	81
4.4 Análise	82
4.5 Aspectos Éticos	84
5 Resultados e discussão	85
5.1 Os acordos de empréstimo com o Banco Mundial para Aids	85
5.2 A política de incentivo para DST/Aids no SUS	108
5.3 Transição dos convênios para a política de incentivo	118
5.4 A descentralização das ações programáticas em DST/Aids	131
6 Considerações Finais	143
Referências Bibliográficas	150
ANEXOS	163

Introdução

A resposta brasileira para o controle da epidemia de Aids foi iniciada em 1983, com a criação do Programa Estadual de Aids alocado na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob a coordenação do médico sanitário Paulo Roberto Teixeira.

Essa primeira resposta governamental para o enfrentamento da epidemia em nosso País foi resultante da pressão de grupos organizados da sociedade civil. De modo especial, destacamos o papel do “*Grupo Outra Coisa*”, cuja militância e atuação estava dirigida para a defesa de direitos dos homossexuais, sendo esse um dos principais segmentos atingidos pela Aids na década de 80.

Desde os anos 80, no Brasil, vêm sendo implementadas políticas públicas de saúde em consonância com os princípios éticos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, estão inseridas ações programáticas que objetivam controlar e prevenir a disseminação de novos casos de DST/HIV/Aids, bem como promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas.

A efetivação da missão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo¹, vinculado atualmente à Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD-SES/SP, cujo objetivo central é a redução da vulnerabilidade da população paulista a esses agravos, resulta da implementação das políticas públicas de saúde (Secretaria de Estado da Saúde, 2002). Por outro lado, as políticas públicas também definem e norteiam o desenvolvimento das ações programáticas e a função pública do governo estadual quanto à promoção, proteção e recuperação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado.

¹ Definida no ano de 2001, a missão do Programa Estadual DST/Aids é a seguinte: “*Diminuir a vulnerabilidade da população do Estado de São Paulo em adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids; buscar a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas e reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos das DST/HIV/Aids, através de políticas públicas pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS*”.

A presente dissertação investigou o processo de implementação das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo, analisando a descentralização e a gestão das ações programáticas no período de 1994 a 2003.

Diversos estudos avaliativos (Banco Mundial, 2004) que analisaram o financiamento e a gestão das ações programáticas em DST/Aids, via acordo de empréstimo com o Banco Mundial, indicam que, apesar dos avanços conquistados na implementação dessas ações nas áreas de promoção, prevenção e assistência, a gestão das mesmas apresenta um baixo grau de formalização e institucionalização nas diversas instâncias colegiadas do SUS. Dentre os problemas identificados, destacam-se as dificuldades no planejamento, no monitoramento e na avaliação das ações desenvolvidas nesse período.

Em nossa investigação, seguimos a trilha dos convênios com o Banco Mundial - Projetos AIDS I, II e III, executados pelo governo brasileiro para o controle da epidemia, e sua transição por meio da implantação da modalidade de financiamento do sistema “fundo a fundo”, que forneceram elementos importantes para apreensão da gestão das ações programáticas em DST/Aids e suas mudanças no período de 1994 a 2003.

Assim, julgamos ser relevante para o fortalecimento e consolidação das políticas públicas em DST/Aids, desenvolvidas no âmbito do SUS, aprofundar as investigações sobre a temática da gestão e da descentralização das ações programáticas nessa área.

1 Políticas Públicas de Saúde

Segundo Lucchese (1996:3), *"as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público"*.

A implementação das políticas públicas está relacionada aos aspectos econômicos, sociais, políticos e também às formas de organização e participação dos diferentes atores sociais.

Quanto às políticas públicas em saúde, estas dependem da atuação e da ação social do Estado e do seu grau de compromisso com a melhoria das condições de saúde da população. Entende-se que é papel do Estado articular e organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde nas dimensões individual e social.

O termo política (*policy*) possui várias interpretações, sendo que optamos por adotar o conceito proposto por Maingón (1991:3), compreendendo-a como resultado de *"processos sociais, políticos e econômicos, que conduzem a tomada e execução de decisões, baseada em valores, para uma parte ou para a sociedade como um todo"*.

Podemos observar diferentes tipos de políticas: as denominadas políticas públicas ou estatais e as políticas sociais, sendo necessárias algumas considerações para diferenciá-las.

As políticas públicas ou estatais *"compreendem processos em que sua formulação e instrumentalização se dá pelo Estado e seu impacto está direcionado a um segmento majoritário da população"* (Maingón, 1991:4). A formulação e a implementação de uma política pública devem procurar minimizar ou mesmo resolver problemas originados em demandas sociais. Em geral, as políticas públicas têm como intencionalidade a diminuição dos problemas enfrentados por uma determinada sociedade, que os cidadãos isoladamente não conseguiriam fazê-lo.

Em um sentido amplo, as políticas sociais incluem todas aquelas políticas direcionadas à realização de alguma mudança nas estruturas

sociais. É difícil defini-las, porque sua complexidade está relacionada com todas as dimensões da vida social. Trata-se de uma *"política que tem ação e impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, provendo-os de acesso a serviços"*. (Marshall, 1965)

Podemos inferir que a política social é uma política pública, mas sua especificidade é definida pelos objetivos, pelo significado de sua ação e pela direção desses fatores. Então, diferem das políticas econômicas, porque estas se referem a um determinado projeto de sociedade, enquanto as sociais assumem um *"caráter instrumentalizador do futuro traçado para a coletividade"* (Maingón, 1991:17). Poder-se-ia definir política social como a construção programada de transformações que afetam a realidade social, orientando-a para novos modelos de desenvolvimento. Por outro lado, poderia ser definida como um conjunto de políticas de diversos setores, como saúde, educação, habitação e seguridade social. Assim, as diferentes concepções de política social estão vinculadas a determinadas opções de desenvolvimento social.

Em síntese, toda política social está condicionada a uma decisão política que resulta de um processo construído a partir de conflitos de opiniões e interesses expressos por diferentes grupos e atores sociais, que defendem concepções distintas acerca da sociedade.

Lowi (1964) afirma que as políticas públicas como intervenção do Estado podem ser classificadas em três tipos: *distributivas* (em curto prazo as decisões envolvem a seleção de quem serão os beneficiados); *redistributivas* (buscam um maior impacto, entendendo que a sociedade está organizada em classes e em setores sociais); e *regulatórias* (buscam um impacto mais restrito, entendendo a sociedade como um todo homogêneo).

No contexto latino-americano, a intervenção social do Estado se dá principalmente por meio de políticas sociais de caráter redistributivo e regulatório. Nesse sentido, as políticas sociais assumem função de distribuição e redistribuição dos serviços e dos recursos, e as econômicas, de produção de bens e de serviços.

Maingón (1991) também destaca a tensão existente entre o particularismo e o universalismo dos impactos ou benefícios das políticas sociais. Na prática, o particular predomina sobre o universal, uma vez que os valores centrais são a busca do bem-estar de segmentos da população e a equidade na distribuição dos recursos.

Nessa perspectiva, na América Latina, até o final dos anos 90, os gastos com o setor saúde apresentavam uma tendência descendente, apontando para uma redução significativa na quantidade e na qualidade dos serviços. Torna-se, então, fundamental identificar as diferentes modalidades de prestação de serviços de saúde e os mecanismos de regulação destes, sendo que caberia ao Estado atuar em diversas dimensões do setor (como ente regulador, prestador de serviços e gerenciador dos recursos humanos).

Neste trabalho entendemos que é necessária a presença ativa do Estado como regulador e coordenador das políticas de saúde voltadas para a busca da equidade. E lembramos que Hulshof (1987) destaca que a intervenção direta do Estado no setor saúde se efetua a partir de duas funções:

- a. a função normativa exercida por meio de leis, regulamentos, subsídios e indução de programas que visam controlar a prestação dos serviços;
- b. a intervenção direta do Estado na produção dos serviços de saúde em função das políticas estabelecidas.

1.1 Políticas públicas de saúde no Brasil

Com o término do regime militar, na década de 80, o País ingressa em um processo de redemocratização das instituições, sendo esse o cenário fundamental e palco da construção das políticas públicas em saúde e de importantes mudanças na função social do Estado e do projeto de sociedade almejado (Heimann,1992). Nesse sentido, Teixeira (1992:20) afirma que "*a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada*".

A Constituição Federal de 1988 inseriu pela primeira vez uma seção específica referente à saúde, destacando no artigo 3º *“a saúde como um direito social e um dever do Estado que deverá ser conquistado por meio da participação de pessoas, famílias, da sociedade e das empresas”* (Carvalho, 1998:135).

Os fundamentos e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão definidos na Constituição Federal e sua regulamentação foi equacionada através das Leis Orgânicas da Saúde. Em dezembro de 1990, foi promulgada a Lei federal Nº 8.080, de caráter amplo, que regulamenta os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, gestão, organização e financiamento da assistência à saúde. Posteriormente, a Lei federal Nº 8.142, que trata de dois aspectos que não foram incluídos na lei anterior, a participação popular e o controle público instituído pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos nos três níveis de governo. Estabelece também as formas de financiamento do sistema de saúde, por meio da transferência de recursos financeiros intergovernamentais.

Carvalho (1998:136) aponta também que *“nem sempre as leis resolvem tudo e são os decretos, as portarias, as normas técnicas, as instruções normativas e as circulares que acabam detalhando o que se deve fazer”*. Para operacionalização do SUS, um dos decretos mais importantes trata da transferência de recursos pela modalidade “fundo a fundo” do governo federal para estados e municípios. Há também um conjunto de portarias informando quanto as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal) devem destinar para a área da saúde, além de portarias específicas que regulamentam as NOBs - Normas Operacionais Básicas de 1991, 1992, 1993, 1996, e a NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde, editadas nos anos de 2001 e 2002.

As NOBs e as NOAS definem os papéis dos gestores nos níveis federal, estadual e municipal, além de organizar e disciplinar as formas de gestão nesses níveis, definindo as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, orientando o processo de descentralização e organização da rede

de serviços e os modelos de atenção necessários para a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Viana *et al.* (2002:474) destacam que a análise do conjunto de NOBs editado na década de 90 aponta que *"formam um grupo contínuo, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento"*².

Apesar das dificuldades enfrentadas, o processo de descentralização tem conquistado importantes avanços no País. A NOB/96 instituiu o Piso da Atenção Básica - PAB, que é um valor per capita/ano igual para todos os municípios que assumem a responsabilidade da gestão e gerência de ações voltadas à atenção básica. Do ponto de vista da equidade considera-se um avanço, porém o PAB corre o risco de *"tornar-se a cesta básica dos pobres"*, pois essa parcela da população ainda tem mais dificuldades para acessar atingir os níveis de maior complexidade no SUS (Carvalho,1998:145).

Os municípios que conseguiram se habilitar, principalmente nas modalidades mais qualificadas, tais como a semiplena (NOB 93) e plena do sistema (NOB 96) *"demonstram melhores condições institucionais e administrativas para a gerência pública da saúde"* (Viana *et al.*, 2002:476). Portanto, a efetivação da descentralização, enquanto princípio organizador na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, baseadas em uma racionalidade sistêmica, depende necessariamente do desenvolvimento e da qualificação da capacidade institucional, bem como da articulação técnico-política entre as diferentes esferas governamentais.

Segundo a NOAS/01/02, do ponto de vista da formulação das políticas e do planejamento no SUS, são funções do governo estadual: a identificação e definição das prioridades em âmbito estadual, a promoção da regionalização, o fomento e integração dos diferentes programas e a

² Diversos autores criticam a escolha, pelo governo federal, de operacionalizar o SUS por meio da emissão de sucessivas Normas Operacionais. A esse propósito ver debate em "Ciência e Saúde Coletiva – A política de saúde no Brasil nos anos 90. ABRASCO, Rio de Janeiro, Vol. 6, número 2, 2001".

articulação técnico-política para o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde e de seus gestores.

No aspecto gerencial, o gestor estadual é responsável pela articulação e pela elaboração do Plano Diretor de Regionalização - PDR, por meio da Programação Pactuada Integrada - PPI e do Plano Diretor de Investimentos - PDI, que são mecanismos instituídos pelas NOAS. Também é responsável pelo acompanhamento do sistema de referências intermunicipais e pela coordenação da rede estadual de alta complexidade.

Nesse sentido, cabe ao gestor estadual a regulação do sistema, implementando ações para cooperação técnica e financeira junto aos municípios, normatizando o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, potencializando, dessa forma, os investimentos para a redução das iniquidades no âmbito estadual. O gestor estadual também participa da formulação das políticas de saúde no País, por meio de representações estaduais na Comissão Intergestores Tripartite - CIT³.

A análise da formulação e implementação dessas políticas, quanto aos princípios da descentralização, integralidade, universalidade e participação popular, à luz da implantação do Sistema Único de Saúde no final da década de 80 e, sobretudo, na década de 90, ainda representam um importante desafio em nosso País.

Portanto, compreender as mudanças no papel e na função dos estados e municípios e em sua relação com a sociedade civil organizada, no papel de grupos de pressão e ativismo político, constituem um importante subsídio para apreendermos as políticas públicas em saúde.

³ A Comissão Intergestores Tripartite – CIT é constituída, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

1.2 Descentralização e a reforma do Estado

A partir dos anos 70, o tema da descentralização em vários países latinoamericanos passou a ser objeto de debates e estudos, sobretudo sobre sua relação com o papel do Estado como instância responsável pela definição e pela gestão das políticas públicas e sociais. Nesse contexto, aprofundam-se as discussões sobre o Estado de Bem-Estar Social, especialmente quanto à função e ao papel protetor desempenhado pelo Estado, baseado na centralização dos processos decisórios.

Draibe (1997) alerta para a importância dos processos de descentralização e sua relação com as mudanças operadas no aparato estatal na área da saúde. Nesse setor, a descentralização configura-se como uma alternativa de racionalização, capaz de promover maior eficácia nos diferentes aparelhos ligados ao Estado, responsáveis pela implementação das políticas públicas. Porém, a compreensão desse conceito depende da concepção acerca do papel do Estado adotada nos estudos e nas análises políticas.

Em uma perspectiva neoliberal, a descentralização está baseada na redução do papel e da atuação do Estado, tendo como imagem-objeto o Estado mínimo e o mercado como regulador das relações sociais. Nessa concepção, prioriza-se a redução dos gastos públicos, cabendo ao Estado a gestão de políticas do tipo compensatórias, que atuam como um meio para a redução das desigualdades sociais.

Por outro lado, a descentralização em uma concepção progressista, implica transferir competências, poder e recursos financeiros objetivando a democratização da administração pública e o desenvolvimento de políticas econômicas socialmente equânimes. Nesse sentido, vislumbra-se aumentar a eficácia das políticas sociais, deslocando para as esferas periféricas os processos e o poder decisório sobre as políticas.

No caso brasileiro, observa-se na reestruturação do Estado um forte posicionamento do “*Estado intervencionista*”, orientado para defesa de programas sociais, implementados segundo interesses particulares e

geralmente com baixa eficácia. Da mesma maneira que se pode verificar em vários países da América Latina, no Brasil também houve uma grande pressão de organismos internacionais de financiamento, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, que defendiam ajustes econômicos baseados na redução da esfera de atuação do Estado, como meio para aumentar sua eficácia na gestão dos gastos públicos.

Dentre os diferentes aspectos associados à descentralização, a discussão da democratização e da participação são elementos centrais desse debate, dada sua inter-relação. Segundo Junqueira (1997:181) *“a descentralização é uma condição necessária, embora não suficiente para desenvolver a participação e, por outro lado, esta é fator de viabilização da descentralização”*.

Nesse sentido, a descentralização facilita o acesso e a compreensão dos diferentes segmentos da população nos processos decisórios. Portanto, deve-se assegurar a participação da sociedade civil no controle público e no acompanhamento das ações descentralizadas, fortalecendo o exercício da cidadania e a defesa dos direitos sociais.

A concretização desse processo depende necessariamente da transferência de poder decisório para o nível local, no qual os beneficiários das políticas sociais possam ser os grandes protagonistas. Entretanto, a descentralização deve ser capilarizada, proporcionando não só a transferência e a responsabilidade pela execução das ações, mas também as decisões quanto à definição, formulação e ao estabelecimento de prioridades para as políticas públicas, contribuindo para a transparência da atuação governamental e para o envolvimento da população na busca de soluções para problemas do seu cotidiano.

Para tanto, faz-se necessária a priorização da educação para a cidadania e a apropriação dos direitos sociais dos atores envolvidos. Assim, o município é um espaço privilegiado no qual se dão as relações entre os munícipes e desses com os serviços de saúde, contribuindo para processos que fortaleçam a participação democrática.

Tendo como ponto de partida o entendimento da descentralização, circunscrita ao arcabouço teórico abordado anteriormente, observa-se que o mesmo pressupõe a reforma do Estado, implicando, como bem definiu Silveira e colaboradores (2002: 257), *"em padrões que escapam ao espírito burocrático, segmentado, corporativo, característico dos modelos de desenvolvimento acelerado da modernidade, particularmente no caso da modernização autoritária brasileira"*.

No caminho contrário das políticas verticais e descontextualizadas, definidas e implementadas a partir do poder central, a descentralização construída por meio de processos decisórios ascendentes permite a integração de políticas, programas e projetos públicos, orientados pelas necessidades locais consensuadas, e definidas em espaços institucionais férteis e participativos, como fóruns, comitês, conselhos, entre outros. Nesse contexto, a gestão pública deve ser repensada para que todos os atores institucionais possam ser protagonistas no desempenho dos diferentes papéis e funções em torno dos projetos almejados.

Descentralizar implica repensar e redefinir processos decisórios de gestão, transferindo poder da esfera central para as outras esferas, sendo considerada:

"(...) uma estratégia para reestruturar o aparelho estatal, não para reduzi-lo, mas para torná-lo mais ágil e eficaz, democratizando a gestão através da criação de novas instâncias de poder e redefinindo as relações Estado/sociedade" (Junqueira, 1998: 12).

Em suma, a descentralização do ponto de vista da gestão pode possibilitar o fortalecimento da eficiência (custo/benefício) e da eficácia, ou seja, dos objetivos e resultados alcançados na implementação das políticas públicas e das ações governamentais. No sentido político, amplia a transparência da atuação do governo e dos espaços coletivos de participação e de decisão.

No intuito de ampliar os debates e contribuir para o desvelamento dos diferentes temas relacionados à descentralização e ao poder público, diversos autores estudaram a necessidade do fortalecimento do papel do

Estado em relação às políticas públicas. Segundo Cohn (1997:162) *“em diferentes países da América Latina, bem como no Brasil, o Estado continua tendo um papel privilegiado, capaz de ordenar as disputas de interesse e orientar o processo de desenvolvimento econômico e social.”* Entretanto, é preciso aprimorar sua interlocução com a sociedade civil e as demais instituições políticas, qualificando sua capacidade técnico-administrativa por meio da gestão pública descentralizada.

Parece-nos, assim, que os desafios colocados remetem para construção de um novo projeto de sociedade a partir da ação de um Estado competente e democrático, capaz de promover o desenvolvimento sustentável e a justiça social que resultem na diminuição das desigualdades sociais em nosso país.

A descentralização constitui-se como um meio para ampliação dos espaços de participação e construção de práticas cidadãs, orientadas para o reconhecimento e a incorporação das diferenças na busca da equidade. Assim, o Estado é um ator central para a formulação e a execução de políticas públicas, oriundas de necessidades sociais, especialmente na área da saúde pública brasileira, em que várias conquistas foram alcançadas desde a Constituição de 1988, a exemplo da instituição do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, como enfatiza Cohn (1997:169), é preciso *“superar a dimensão da institucionalidade legal e do próprio aparelho de Estado, e buscar novas articulações entre as dimensões técnica e política de saúde, num contexto em que o Estado reassume a centralidade do processo”* tendo portanto, uma atuação propositiva na construção de um projeto social equânime.

Essa perspectiva implica grandes desafios, exigindo do Estado a assunção a um papel coordenador, fiscalizador e regulador da gestão das políticas públicas, sendo necessária a incorporação na agenda estatal de diretrizes, sumarizadas por Farah (2001:132) nos seguintes pontos:

- a) democratização interna da máquina pública e dos processos decisórios;
- b) estímulo à inovação;

- c) aproximação entre entidades prestadoras de serviços e seus usuários, ampliando os mecanismos de controle e transparência;
- d) valorização dos recursos humanos, através da formação de quadros;
- e) descentralização da máquina pública, contribuindo para a democratização da administração dos processos de trabalho e para a incorporação de demandas loco-regionais.

A mesma autora também destaca a importância da atuação municipal na área social, que tem ocorrido no País nos últimos anos, impulsionada pelo fortalecimento da gestão descentralizada, atribuindo-o ao crescimento da participação dos municípios na co-responsabilização da alocação de recursos após a Constituição de 1988.

Entretanto, a implementação de processos orientados pela descentralização também coloca problemas de várias ordens, agravados pela diversidade e pelas desigualdades da realidade social brasileira. Farah (2001:134), citando Arretche (1999), destaca a importância da capacitação municipal para poder responder aos desafios impostos por essa nova dinâmica institucional; os diferentes graus de descentralização entre as diversas políticas sociais (Saúde, Educação, Habitação, Segurança Pública, entre outras) e sua indução pelos governos estaduais e federal; e, finalmente, a dinâmica política e social de cada município, especialmente em relação ao controle da sociedade civil e ao projeto político de cada gestão.

Contudo, vale lembrar que a articulação intersetorial tem sido implementada em vários governos municipais como estratégia para o desenvolvimento de inovações na gestão pública, baseadas na descentralização, aumentando a equidade e a eficiência das políticas públicas.

Diversos autores têm discutido os desafios e as dificuldades das ações intersetoriais (Junqueira, 1998; Ckagnazaroff, 2003). Em primeiro lugar, essa prática gera maior complexidade no processo de trabalho, aumentando o tempo para definição e resolução dos problemas, exigindo processos decisórios mais compartilhados e negociados. Em segundo, a descentralização das ações implica conflitos entre os profissionais do nível

técnico, político e administrativo, decorrentes da diferenciação de conhecimento, saberes e práticas dos diversos atores envolvidos. Soma-se a isso o fato de que a descentralização também pode gerar problemas ligados ao uso indevido dos recursos existentes nos diferentes níveis, em detrimento do equacionamento das demandas loco-regionais.

Por outro lado, a descentralização é uma estratégia que tem um grande potencial para a implementação de políticas intersetoriais, quando os níveis regional e local possuem poder de decisão e instrumentalização sobre o que fazer, e como fazer.

Para enfrentar o *déficit de eficácia* das políticas sociais na gestão pública descentralizada, diversos autores têm apontado caminhos e soluções. Fleury (2002:20-21) destaca a necessidade de uma maior articulação entre as políticas econômicas e sociais; a integração dos diferentes serviços prestados para um determinado segmento da população; a flexibilidade na gestão das políticas sociais, tendo clareza que a mesma aumenta a complexidade do sistema e a tarefa gerencial; a não dissociação entre o momento da formulação e da implementação das políticas, assegurando mecanismos de monitoramento e avaliação e a utilização de instrumentos, como o planejamento estratégico, para sua sustentabilidade.

Considerando-se a descentralização, especificamente em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), é difícil a escolha de um conceito orientador porque há diversas concepções e visões acerca dessa questão, como pudemos perceber no diálogo entre os autores apresentados anteriormente.

Analisando-se o cenário internacional constatamos que a descentralização dos sistemas de saúde tem sido uma tendência em vários países, opondo-se, assim, às propostas centralizadoras. Nesse sentido, adotamos o conceito proposto por Mendes (2003: 68), concebendo-a *"como uma unidade dialética da centralização/descentralização e por uma visão processual que admite que a descentralização apresenta-se, na prática social, com graus e formas distintas"*.

O mesmo autor, citando Rondinelli e colaboradores (1983), indica que na literatura há várias tipologias sobre as diferentes formas de

descentralização, destacando quatro tipos distintos: *desconcentração*, *devolução*, *delegação* e *privatização*, conforme descrevemos no quadro abaixo, analisando sua relação com o poder decisório. Em nosso estudo, utilizaremos essas modalidades de descentralização como categorias de análise.

Descentralização	Característica	Poder Decisório
Desconcentração	Deslocamento de determinadas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores	Não há redistribuição de poder decisório
Devolução	Transferência de poder decisório de uma instituição governamental para outra de menor nível hierárquico	Redistribuição de poder decisório com autonomia política e administrativa
Delegação	Transferência de responsabilidades gerenciais do Estado para ONGs com financiamento e regulação estatal	Redistribuição de poder decisório com autonomia política e administrativa
Privatização	Transferência de instituições estatais para a iniciativa privada com regulação do mercado	

Na realidade brasileira, poucos são os estudos existentes sobre a avaliação sistemática do impacto e dos resultados da descentralização no Sistema Único de Saúde. Entretanto, são inegáveis os avanços que ocorreram com o processo de municipalização da saúde, sobretudo a partir da implementação da Norma Operacional Básica de 1996.

Mendes (2003), citando Mills e colaboradores (2001), resume um conjunto de fatores que são considerados “*fortalezas da descentralização dos sistemas de serviços de saúde*”:

- a) uma maior eficiência na alocação dos recursos, influenciada pela proximidade com os usuários no nível local;
- b) a inovação e a adaptação às condições locais;

- c) maior transparência e legitimidade devido a participação da população no processo de tomada de decisão;
- d) maior integração entre agências governamentais e não governamentais;
- e) incremento na intersetorialidade.

Prud'homme (1995), citado por Mendes (2003), sintetiza as debilidades da descentralização nos sistemas de saúde, indicando:

- a) um enfraquecimento das estruturas centrais;
- b) dificuldades na coordenação das diferentes esferas;
- c) incremento nos custos de transação;
- d) fragmentação dos serviços;
- e) ineficiência devido a perda de economia de escala e de escopo;
- f) escassez de recursos gerenciais;
- g) clientelismo local;
- h) desestruturação de programas verticais.

No presente estudo, essas debilidades e fortalezas da descentralização, sumarizadas pelos autores, serão investigadas nas entrevistas com atores-chave.

Ainda em relação à descentralização dos recursos financeiros na modalidade de incentivos e transferências do governo federal para estados e municípios, cabe destacar o estudo de caso realizado por Mendes e Marques (2002) em seis municípios nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, onde foi investigada a reação dos gestores municipais e sua adesão ao SUS, constatando-se que as ações priorizadas no planejamento local foram as que receberam esse tipo de indução, entretanto não correspondiam àquelas identificadas como prioritárias pelos gestores, comprometendo a autonomia local.

Assim, investigar a opinião dos gestores na esfera estadual e municipal sobre o financiamento para DST/Aids com recursos advindos do governo federal, e estudar suas ações frente ao processo, faz-se necessário para que possamos analisar esse movimento no Estado de São Paulo no período de 1994 a 2003 em relação à descentralização da gestão.

1.3 Trajetória da política pública em DST/Aids

O Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, foi criado em 1983 e sua trajetória perfaz 23 anos de experiência acumulada até o ano de 2006. Nesse período, a produção de saberes e estudos sobre as práticas institucionais, especialmente na área da saúde, impulsionada pelo advento desse novo desafio para o campo da Saúde Coletiva, pode ser considerada de grande espectro. Entretanto, a análise das políticas públicas implementadas nessa área ainda carece de avaliações, principalmente quanto a sua eficácia e eficiência.

A trajetória da resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids pode ser caracterizada em quatro fases ou períodos distintos (Parker, 1999).

1.3.1 Primeiro período: 1982 a 1985

O primeiro período, compreendido entre os anos de 1982 até 1985, foi marcado pelo contato e notificação pelas autoridades sanitárias dos primeiros casos de Aids oficialmente registrados no Município de São Paulo. Nesse período, nos registros históricos, também é possível constatar o início da mobilização e da militância de determinados grupos sociais, pressionando as instituições oficiais da área de saúde pública para uma resposta governamental de enfrentamento da doença.

Nesse contexto, no início de 1983, em São Paulo, militantes de algumas organizações ligadas ao movimento de defesa dos direitos dos homossexuais procuraram a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), exigindo que essa instituição se posicionasse em relação aos primeiros casos de Aids, que na ocasião estavam sendo objeto de notícias na mídia.

Em resposta a essa pressão da sociedade civil, a SES/SP criou um grupo de trabalho constituído por profissionais de distintas especialidades médicas, como infectologistas, sanitaristas e também das áreas de

laboratório e das ciências sociais, coordenado pela Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, lotada no Instituto de Saúde, que naquele período, dentre suas atribuições institucionais, estava constituindo um serviço de atendimento às doenças sexualmente transmissíveis.

Na ocasião, o grupo de trabalho elaborou um documento técnico⁴ para o Secretário de Saúde, apresentando um conjunto de doze propostas para o enfrentamento da questão. Nasceu, assim, o primeiro programa brasileiro para o controle de Aids, designando o serviço referido acima para "*(...) coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de SIA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)*" (Teixeira, 1997: 45).

Nessa etapa de implantação das ações programáticas, o Hospital Emílio Ribas e o Instituto Adolfo Lutz foram designados como referência hospitalar e laboratorial, respectivamente. Também foram instituídas as primeiras ações para orientação e prevenção dirigidas à população em geral e aos grupos afetados, criando o serviço Disque Aids, pioneiro na América Latina, bem como um informativo sobre as formas de transmissão e profilaxia da doença. Teixeira (1997: 43) destaca que:

"(...) a Aids no Brasil se caracterizou desde o início dos anos 80 como um problema quase que exclusivo do setor saúde, [sendo que] a maior parte das políticas públicas emanava desse setor, que tem também executado quase a totalidade das ações programáticas de prevenção e controle da epidemia".

No cenário político, no Estado de São Paulo, foi eleito um governador progressista - Franco Montoro, que nomeou um quadro de secretários afinados com sua linha política. Para a pasta da Saúde foi escolhido João Yunes, respondendo pela SES/SP no período de 1983 a 1987, sendo um dos grandes expoentes do Movimento da Reforma Sanitária brasileira,

⁴ Dentre as propostas, foi elaborado pelo grupo um informe técnico mimeografado com cerca de vinte páginas, aprovado por um grupo assessor com representantes de universidades, resumindo informações científicas sobre Aids quanto à epidemiologia, clínica, etiologia, aspectos laboratoriais e prevenção. O informe, com tiragem de 5.000 exemplares, foi enviado para todas as instituições públicas e privadas de saúde do Estado de São Paulo, outros estados e ao Ministério da Saúde.

militante contra a ditadura militar e em defesa de um sistema público de saúde universal e igualitário.

Por outro lado, o preconceito entre os próprios profissionais da saúde em relação à epidemia nessa primeira fase também foi um grande desafio para a implantação das ações programáticas, como problematiza a coordenação do programa:

"É importante frisar que nem todas as reações foram favoráveis às ações propostas e desencadeadas. Setores da própria saúde reagiram diante da suposta importância exagerada que se estava dando ao problema de pequena dimensão e que dizia respeito a um grupo minoritário da população" (Teixeira, 1997: 49)

Dentre os setores que se manifestaram na época, destacam-se alguns docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que, em audiência com o então secretário João Yunes, demonstraram preocupação em relação aos recursos financeiros que estavam sendo alocados para o controle dos casos de Aids, frente a outros problemas de maior relevância epidemiológica no estado, a exemplo da desnutrição e de outras doenças infecciosas.

As resistências também foram constatadas no próprio Ministério da Saúde, onde alguns profissionais afirmavam que a Aids não cumpria os critérios epidemiológicos de *"transcendência, magnitude e vulnerabilidade"*, que justificassem intervenções no campo da saúde pública. No Estado de São Paulo, departamentos regionais da SES/SP também solicitaram reuniões com a coordenação do Programa Estadual, problematizando as diretrizes epidemiológicas traçadas para o controle da epidemia.

Ao analisar essa fase inicial, restrita ainda ao Estado de São Paulo, que inspirou a criação de programas estaduais em outras unidades da federação, o antropólogo Richard Parker, sumariza os alicerces que sustentaram e ainda sustentam a resposta ao enfrentamento da epidemia:

"(...) tendiam a crescer do chão, vindas dos representantes das comunidades afetadas, tais como o emergente movimento dos direitos gays e do

compromisso de setores progressistas dentro dos serviços de saúde pública estaduais e locais, que conseguiram rapidamente se alistar como aliados destas comunidades". (Parker, 2003: 43)

Nessa ótica, no recém-criado Programa Estadual de Aids de São Paulo, os grupos "Somos" e "Outra Coisa", extintos em 1984, foram convidados para integrarem a coordenação do programa, sob a responsabilidade de Paulo Roberto Teixeira, que foi o primeiro coordenador dessa estrutura na SES/SP. Apesar do convite não aceito, seus membros participavam das reuniões e estavam plenamente entrosados, sugerindo ações e atuando na prevenção junto a comunidade gay paulista, e no combate ao preconceito e à discriminação, elementos que dificultavam, e até impediam, a sensibilização da população.

Na Divisão de Hansenologia no Instituto de Saúde, a equipe multiprofissional existente já atuava há vários anos no combate ao estigma causado por essa doença, evidenciado pelas dificuldades de acesso ao tratamento, pela discriminação no local de trabalho e junto aos familiares. Essa experiência acumulada pôde ser aproveitada e aperfeiçoada para a resposta construída para o enfrentamento dos casos de Aids nos anos subseqüentes. A primeira resposta de apoio comunitário aos doentes foi em 1984, organizada por um grupo de senhoras que arrecadavam recursos para os hansenianos com problemas sociais. Nesse contexto, em 1985, foi constituída em São Paulo a primeira Organização Não Governamental dedicada à Aids no País, denominada GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção a Aids, assim como a ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, em 1986, no Rio de Janeiro.

Em maio de 1985, o Ministério da Saúde publicou a portaria 236, criando o Programa Nacional de Aids em resposta à crescente pressão das coordenações estaduais e municipais, além das ONGs já estruturadas. Nesse momento, no País, onze estados já possuíam programas minimamente estruturados, que foram implantados à luz do programa paulista.

1.3.2 Segundo período: 1986 a 1990

A segunda fase da resposta à epidemia de Aids compreende o período entre 1986 a 1990, marcado pelo grande volume e velocidade de casos novos notificados em municípios de médio e grande porte no País, e pela intensificação da resposta comunitária advinda das Organizações Não Governamentais.

O recém-criado Programa Nacional de Aids definia, dentre suas primeiras normatizações para enfrentar a gravidade da epidemia de Aids, a notificação compulsória dos casos, a partir da publicação da Portaria Ministerial 542 de 22/12/86. Nesse mesmo ano, foi realizada pelo Ministério da Saúde uma reunião nacional com representantes de coordenações estaduais, ONGs e da imprensa, visando anunciar as estratégias definidas para o âmbito nacional para o controle da Aids. Na ocasião, a Divisão de Hansenologia da SES/SP, onde estava lotada a sede da coordenação do programa estadual, foi designada como Centro de Referência Nacional, institucionalizado pela Portaria Ministerial 726 de 05/11/86.

Portanto, somente em 1986 foi consolidado o Programa Nacional de Aids, que passou a desenvolver uma agenda de reuniões macro regionais decisiva para a implantação de ações programáticas em todos os estados brasileiros. Nesse contexto, foram formados grupos de trabalho, constituídos por profissionais das Secretarias de Saúde, Universidades e ONGs, que elaboraram em 1986 um relatório denominado "*Direito e garantia dos portadores de Aids, familiares e grupos de risco*", aprovado pelo Programa Nacional. Segundo Teixeira (1997: 57), esse documento, que defendia direitos legais ou constitucionais expressos em 14 pontos estratégicos⁵, "*jamaiz viria a ser publicado ou divulgado mais amplamente*".

No ano seguinte, com a intenção de envolver outros setores governamentais, e imbuídos do lema "*Aids é um problema de todos nós*", foi instituída pela Portaria 101 de 10/03/87 a Comissão Nacional de Controle de

⁵ O documento constitui segundo Teixeira, uma declaração de princípios para o País enfrentar a epidemia de Aids. Os 14 pontos podem ser consultados no artigo "Políticas Públicas em Aids" pp. 57-58.

SIDA, envolvendo os setores da Educação, Justiça, Trabalho e de classe, como a Ordem dos Advogados do Brasil, além de quatro representações da sociedade civil (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Grupo Gay da Bahia, Centro Corsini de Investigação Epidemiológica e Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar). Porém, a principal função desse Conselho foi atuar como instância consultiva, e não deliberativa, de políticas. A intersetorialidade, embora tida como uma estratégia capaz de potencializar as políticas públicas nesse campo, continua sendo um dos grandes desafios da gestão pública em DST/Aids.

O controle do sangue foi institucionalizado no País em 1988, com a aprovação da Lei Nº 7649 de 25/01/88, obrigando a realização do teste anti-HIV nas doações, resultado da pressão das ONGs e de profissionais da saúde, defensores de uma política de segurança da qualidade do sangue, anterior ao advento da Aids. No Estado de São Paulo, a Assembléia Legislativa aprovou em 20/06/86 a Lei Nº 5/90, tornando obrigatória a triagem sorológica para o HIV, porém a lentidão na regulamentação da Lei dificultou sua implementação até o final do ano de 1987.

Neste segundo período da trajetória da resposta brasileira à Aids, durante o final da década de 90, as organizações da sociedade civil congregando pessoas vivendo com HIV/Aids, unidas solidariamente em torno dessa causa social, começam a se destacar no cenário nacional e internacional, a exemplo do sociólogo e ativista Herbert Daniel de Souza. Essas entidades atuantes em diversas regiões brasileiras, sobretudo na região sudeste, imprimiram uma marca sedimentada no compromisso mais político do que técnico-burocrático na luta pelos direitos sociais, defendendo sobretudo o direito à saúde, assegurado pela Constituição Brasileira de 1988.

O Ministério da Saúde, em 1987, divulgou um documento de balanço⁶ das ações implementadas, no qual apresentava um plano de trabalho para os próximos cinco anos. Segundo Teixeira (1997:60) *"trata-se de documento abrangente e detalhado que demonstra a progressiva institucionalização e*

⁶ "Estrutura e Proposta de Intervenção" - Programa Nacional DST/AIDS, 1987.

consolidação do Programa Nacional; chama a atenção seu caráter eminentemente técnico e pragmático e a ausência de um discurso que permita conhecer as diretrizes políticas adotadas".

Nesse período, destaca-se também a cooperação técnica e financeira de agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contribuintes do fortalecimento do Programa Nacional de Aids, que passou a desempenhar uma articulação mais intensa na definição das ações programáticas implementadas por estados e municípios. Ao discutir essa fase da resposta brasileira, quanto ao papel das esferas estaduais e municipais, Parker (2003) comenta que:

"Os programas estaduais e municipais de AIDS foram criados para servir, principalmente, à execução de atividades do programa que eram planejadas e coordenadas por Brasília. Exemplos dessa nova tendência eram particularmente fortes na área de prevenção, com projetos nacionais, (...) como o Projeto Previna que procurava desenvolver programas de prevenção centralizada para os considerados membros do "grupo de risco" no País, sem qualquer consideração significativa quanto às diferenças locais ou regionais da epidemiologia do HIV/AIDS ou quanto ao comportamento sexual ou uso de drogas". (Parker, 2003: 15)

Em meio a esse cenário nacional, no Estado de São Paulo, a SES criava em 1988 o Centro de Referência e Treinamento AIDS (CRT-AIDS), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde, no intuito de promover o fortalecimento das ações programáticas e a resposta estadual para o controle da epidemia, investindo na descentralização, na formação e capacitação de quadros estaduais regionalizados e municipais e iniciando uma ação mais organizada na área da prevenção.

1.3.3 Terceiro período: 1991 a 1992

A terceira fase da trajetória nacional compreende o período de 1991 a 1992, marcado por uma importante crise política na esfera federal, durante a presidência de Fernando Collor de Mello, estagnando as ações do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde, liderado na época por Alcení Guerra.

O novo ministro substituiu Lair Guerra de Macedo Rodrigues, coordenadora do Programa Nacional desde sua criação, nomeando Eduardo Côrtes, pesquisador carioca da área de Aids e sem experiência prévia em cargos executivos da administração pública. Após essa mudança, a grande maioria dos profissionais do quadro técnico do programa, em ato de protesto coletivo, pediu demissão. Durante os dois anos que Eduardo Cortês foi coordenador não houve nenhuma reunião da Comissão Nacional de Aids, a relação com os programas estaduais e municipais ficou extremamente fragilizada, e os contatos de cooperação com agências internacionais foram interrompidos. Para Teixeira (1997:64), o único avanço nas políticas públicas foi *"a decisão, posta em prática imediatamente, de adquirir e distribuir, gratuitamente, os medicamentos especiais para os pacientes de Aids de todo o País (AZT, Ganciclovir, Pentamidina)"*.

A desestruturação do Programa Nacional de Aids nessa gestão culminou com a recusa do governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, em participar de um projeto proposto pela OMS para testagem de vacinas anti-HIV. O governo afirmava que *"o País não iria servir de cobaia"*, indo de encontro aos anseios do movimento social, das Universidades, das coordenações estaduais e municipais de DST/Aids.

Em 1992, o ministro Alcení Guerra foi substituído durante a reforma ministerial por Adib Jatene, conhecido por sua competência técnica na área de cardiologia, e também pelo seu pragmatismo na administração dos recursos públicos.

1.3.4 Quarto período: 1993 a 1994

A quarta fase dessa trajetória compreendeu o período entre 1993 a 1994, com a retomada e reorganização do Programa Nacional de Aids com a volta de sua antiga coordenadora - Lair Guerra de Macedo Rodrigues -, que restabeleceu as parcerias e as articulações com os estados, os municípios e as ONGs.

Durante a reconstrução do Programa Nacional, quadros técnicos dos programas estaduais e municipais e das universidades foram contratados. A Comissão Nacional de Aids foi retomada, a partir de uma nova portaria ministerial e a cooperação com as agências internacionais foi restabelecida.

Nesse contexto, foi oficializada a participação do País no desenvolvimento de pesquisas para vacina anti-HIV em parceria com a OMS, e foram iniciadas as negociações com o Banco Mundial para o primeiro financiamento, via acordo de empréstimo bilateral, destinado ao controle da epidemia no Brasil.

Após o processo de *impeachment* e a conseqüente renúncia do presidente Fernando Collor, no governo Itamar Franco, as negociações com o Banco Mundial tiveram continuidade e foram intensificadas. Houve a mobilização de profissionais de distintas áreas governamentais, não governamentais e universidades, para além da equipe do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde, envolvendo também o Ministério da Economia e a Procuradoria Geral da República.

Teixeira (1997:65) comentando o processo de negociação afirma que:

"(...) se comparado a outros projetos de igual natureza com o Banco Mundial, vemos que as negociações foram concluídas em tempo recorde, o que sem dúvida caracteriza uma vontade política firme e explícita do governo brasileiro, bem como o reconhecimento da AIDS como problema social e de saúde pública".

A negociação do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, iniciada em 1992, foi assinada em 1993 e sua implantação começou a ser executada a partir de 1994, com vigência de quatro anos. Esse acordo foi denominado "Projeto AIDS I", compreendendo a transferência de US\$ 160

milhões do Banco Mundial e a contrapartida de US\$ 90 milhões do governo brasileiro, envolvendo recursos na cifra de 60% entre os estados e municípios, e 40% do Ministério da Saúde.

Nessa fase, no Estado de São Paulo, em 1993, o CRT-AIDS incorporou o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis, transformando-se em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids) e, posteriormente, em 1995, a unificação da direção do CRT-DST/Aids com a Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS delimitou com maior precisão o papel estratégico dessa instituição, como referência técnica e como sede da coordenação do programa, respondendo pela articulação e definição das políticas públicas em DST/Aids no âmbito estadual.

Outro aspecto importante a ser observado é que uma política pública congrega um mosaico de políticas específicas que se desdobram em programas. Nesse sentido, ao problematizar esse lócus de investigação, Mattos (1999: 52) define os programas a partir de um *"conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um programa público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente"*.

Nesse sentido, atualmente, a Coordenação Estadual DST/Aids da SES/SP adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos e pela cidadania das pessoas vivendo com HIV/Aids; o combate ao estigma e à discriminação; e a garantia do acesso universal à assistência gratuita, integral e equânime. A atuação dessa coordenação está articulada com outros setores governamentais, como Justiça, Educação, Administração Penitenciária, Assistência e Desenvolvimento Social, e em estreita colaboração e parceria com a sociedade civil.

1.4 Gestão das ações programáticas em DST/Aids

Os programas possuem uma lógica institucional que está presente nas suas diferentes fases: formulação, implementação e avaliação. Nessa

investigação, adotamos a definição proposta por Mattos (1999: 54), segundo a qual o *"programa é um conjunto de ações formuladas e propostas por uma agência institucional na tentativa articulada de enfrentar um problema público ou, geralmente, alguns aspectos do problema público em questão"*.

Ao discutir a finalidade de um programa e o desenvolvimento de suas atividades, Nemes (1996:6) destaca que o mesmo *"adquire variadas táticas, conservando, porém, seu núcleo de finalidade original que se dá sob e sobre coletivos, através de mediações menores ou maiores com o coletivo"*.

A identificação e a especificação dos componentes de um programa são passos importantes para que possamos apreender sua constituição. Costa e Castanhar indicam os seguintes componentes como essenciais:

"(...) as estratégias, atividades, comportamentos, formas de comunicação e tecnologias necessários para a implementação do programa, bem como a especificação dos beneficiários e as situações em que se dá a implementação" (Costa e Castanhar, 2003: 983).

Ao aprimorar a discussão sobre a relevância dos componentes programáticos para a avaliação de processo, Nemes destaca que *"quando se tem uma descrição adequada dos programas e se pode identificar seus componentes é possível comparar impactos e, o mais importante, associá-los a componentes do programa"* (Nemes, 2001:17).

Entretanto, a autora lembra que nem sempre os objetivos e as atividades dos programas são claros, e que é mais fácil observar esses elementos (às vezes) em programas mais antigos, que já foram submetidos a várias avaliações. Nessa perspectiva, o Programa de DST/Aids ainda é considerado "jovem" e, dado o seu escopo de atuação, seus objetivos são bastante amplos, o que pode dificultar a identificação de seus demais componentes.

As ações de prevenção e assistência ao HIV/Aids, implementadas pelos programas estaduais e municipais, pelas ONGs e outros setores da sociedade, financiados pelo empréstimo do governo brasileiro com o Banco

Mundial, contribuíram para a construção de um *“modelo brasileiro”* de enfrentamento à epidemia, uma vez que *“a resposta contra a Aids tem sido considerada não somente como a mais bem sucedida experiência já realizada em qualquer país em desenvolvimento, mas talvez em qualquer país do mundo”* (Parker, 2003: 8).

Considerando as quatro fases apresentadas anteriormente, no intuito de recompor parcialmente a trajetória da resposta brasileira para Aids, sem todavia ter a pretensão de esgotá-la, dada sua complexidade e seus nuances políticos, pode-se constatar a relevância da atuação técnica e política do quadro de profissionais da Secretaria de Estado de São Paulo.

Nesse sentido, analisar os processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas em DST/Aids, especialmente quanto à gestão descentralizada, sobretudo na década de 90 e no período mais recente, ainda representa um importante desafio para os pesquisadores do campo da Saúde Coletiva.

Compreender as mudanças no papel e nas funções gestoras no estado de São Paulo, nos municípios e na relação com a sociedade civil, dada a importância do movimento social organizado, desde a implantação do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, constituem subsídios essenciais para apreender a trajetória das políticas públicas em DST/Aids, contribuindo para o aperfeiçoamento de sua gestão no âmbito estadual e municipal.

O gestor estadual do SUS deve ser também o mediador para assegurar a universalidade, resultante do processo de articulação política, por meio da descentralização e da municipalização das ações de saúde, garantindo a integralidade e a equidade na atenção à população, através do fortalecimento dos sistemas de saúde loco-regionais.

Para tanto, faz-se necessário avançar na investigação dos processos *“relativos à capacidade das políticas governamentais em ordenarem o sistema de saúde, (...) de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde”* (Ferla e colaboradores, 2003: 62).

A responsabilidade compartilhada entre as três esferas de gestão também está fundamentada na NOB/96, cabendo a cada esfera governamental "*dirigir o sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria*".

Dessa forma, a tomada de decisão pelos gestores envolve processos de pactuação, implementação e avaliação das políticas públicas destinadas ao aperfeiçoamento do SUS no país.

Recentemente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - publicou uma síntese das preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde, na qual a gestão do SUS foi apontada como um dos temas centrais. Um dos problemas identificados refere-se ao posicionamento do gestor federal, que continua imprimindo uma lógica de programação normativa e vertical na sua relação com os estados e municípios, desconsiderando as diferenças regionais. Outra questão relevante é o desrespeito à esfera estadual, demonstrado na relação direta do Ministério da Saúde com os municípios em gestão plena em alguns estados.

Considerando-se a permanência desses problemas, a gestão descentralizada no SUS poderá ficar "*limitada a um processo de desconcentração administrativa*" (Neto, 2003: 104), dificultando a assunção das funções gestoras pelos entes federados.

Entretanto, os processos relativos à gestão da política pública em saúde devem ter como ponto de partida a compreensão de que estão imersos em um campo de atuação, em que não há neutralidade, devendo ser explicitadas as suas intencionalidades. Nesse sentido, ao discutir a gestão em saúde, Paim afirma que a mesma:

"(...) pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização,

gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção dos serviços de saúde” (Paim, 2003: 559).

A gestão das políticas públicas em saúde também foi problematizada em outros estudos, sobretudo aqueles que discutem o conceito das práticas de saúde. Dentre esses, destacam-se os realizados por Donnangelo (1976) e Mendes-Gonçalves (1994), ao problematizarem que a gestão e o planejamento não podem ser reduzidos a *objetos-meio* (*recursos financeiros, materiais, informacionais, de poder, entre outros*) dada sua articulação com *objetos-fim* (*intervenção, assistência, acolhimento, cuidado*).

Nessa ótica, o fortalecimento da gestão das políticas públicas em DST/Aids no Sistema Único de Saúde depende de um posicionamento institucional mais amplo, não podendo ser reduzida à dimensão instrumental. Nesse sentido, Paim destaca que a gestão:

"(...) pode ser considerada analiticamente em uma dupla dimensão de ação social: ação estratégica dirigida a fins, com a criação de consenso ativo entre dirigentes e dirigidos, e ação comunicativa, voltada para o entendimento e para as trocas intersubjetivas na constituição de novos sujeitos das práticas institucionais de saúde." (Paim, 2003: 560)

Logo, um dos desafios centrais enfrentados pela gestão em saúde refere-se à capacidade de desenvolver e instituir práticas gestoras que sejam eficazes e eficientes, e produzam rupturas no cotidiano das instituições que compõem o sistema de saúde, transformando as práticas fragmentadas e desarticuladas que fragilizam os processos decisórios e a própria implementação das políticas públicas em saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em publicação editada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, colocada à disposição dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e respectivas instâncias colegiadas, destaca que:

"(...) a gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social; no âmbito da

saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e avaliação de planos, programas e projetos” (Ministério da Saúde, 2005: 54).

A gestão inclui ações que responsabilizam os gestores das diferentes esferas governamentais, quanto à direção do sistema de saúde em seu âmbito de atuação, sendo essa operacionalizada pela gerência e pela administração dos serviços da rede de saúde em suas diferentes complexidades, bem como programas e projetos de saúde estratégicos para promoção da melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

Dessa forma, a implantação da política de incentivo para o controle das DST/Aids, instituindo no final de 2002 o sistema de transferência de recursos fundo a fundo para estados e municípios, por meio do Plano de Ações e Metas (PAM), configura-se como um processo calcado em práticas de gestão e gerência descentralizadas, envolvendo as diferentes esferas governamentais na assistência e prevenção às DST/Aids.

A gestão, principalmente no âmbito municipal, configura:

“(...) uma forma de relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados, com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema” (OPS, 1992: 48).

Contudo, essa concepção articulada e orgânica de gestão frente ao quadro sanitário brasileiro ainda apresenta muitos obstáculos. Dentre os vários problemas, Paim (2003) enfatiza três como prioritários. O primeiro, refere-se à desconsideração da análise da situação de saúde no momento do planejamento, no qual, em tese, os problemas e os determinantes de saúde deveriam ser investigados. O segundo, trata da falta de informações e do planejamento normativo ainda praticado pelos gestores, que negligenciam diferenças contextuais nas condições de vida e saúde da população. E, por último, há a segmentação do sistema de saúde brasileiro

dificultando o processo de regionalização, o acesso e a qualidade da atenção.

Além dos diversos autores mencionados anteriormente, que muito têm contribuído para a discussão da gestão na área da saúde, outros têm refletido sobre alternativas de organização e operacionalização da gestão e da gerência no âmbito das instituições públicas.

Dentre esses autores, destacam-se na área da saúde, Rivera, Cecílio e Campos, os quais em sua maioria foram influenciados pelo Ministro da Economia chileno, Carlos Matus, que muito contribuiu para a problematização do planejamento normativo relacionado à gestão.

Campos (2000: 724) partindo da hipótese da crise do planejamento no final do século XX enfatiza que se trata de “*uma crise de seu relacionamento com a racionalidade instrumental*”, havendo uma posição dicotômica entre os próprios planejadores que entendem o planejamento como um meio ou como um fim.

A autora realiza uma análise apresentando quatro linhas de abordagem diferentes sobre a produção teórico-metodológica acerca do planejamento estratégico em saúde. Apresentamos a seguir a síntese dessas linhas (Campos, 2000: 725):

- a) O *planejamento como meio da ação comunicativa*, baseado na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, explorado principalmente por Rivera, que questiona a proposta de planejamento estratégico situacional proposta por Matus, pois a mesma enfatiza o aspecto controlador do planejamento.
- b) O *planejamento como subsídio da gestão democrática e das mudanças*, baseado na produção teórica de Campos, que compreende o planejamento como um método utilizado para racionalização das estruturas, sendo mais um dos elementos da gestão, contrariamente a Matus, que entende o planejamento como um item da gestão. Nessa linha, Merhy, abordando o planejamento como tecnologia de ação, propôs uma tipologia concebendo o *planejamento como instrumento dos*

processos de gestão; como prática social transformadora e como método de ação governamental para formulação e gestão de políticas.

- c) O *planejamento como técnica*, abordado por Cecílio, que propõe assegurar algum rigor metodológico, oportunizando que um maior número de pessoas se apropriem do planejamento, que deve priorizar a descrição meticulosa de problemas.
- d) O *planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos*, proposto por Chorny, que resgata o sentido dos fins do planejamento, ou seja, a produção de saúde, indicando o momento tático como etapa privilegiada do processo do planejamento.

Apesar de algumas diferenças apontadas acima entre alguns autores, especialmente Rivera e Campos, quanto à concepção e sentido do planejamento estratégico proposto por Matus, cabe enfatizar que este último gerou uma ruptura nas discussões sobre a gestão, incorporando elementos importantes, como a preocupação com a subjetividade dos atores envolvidos nos processos de planejamento.

1.5 A epidemia de Aids no mundo, no Brasil e no Estado de São Paulo

Os primeiros casos de Aids foram descritos em 1981 pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, nos Estados Unidos, nas cidades de São Francisco e Nova York. A doença acometia em sua maioria adultos jovens que apresentavam manifestações associadas a quadros de imunodeficiência, tais como pneumonia e câncer de pele.

Inicialmente, foram relatados por esse Centro casos em homens com práticas homossexuais e, posteriormente, novos casos em usuários de drogas injetáveis, politransfundidos e mulheres, principalmente em países africanos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Aids é hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Estima-se que aproximadamente 40 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV até 2005 e, dessas, cerca de três milhões foram a óbito. Na América Latina, a OMS estima que atualmente 1,8 milhão de pessoas são portadoras do HIV (ONUSIDA, 2004), sendo que o Brasil é o país mais atingido pela epidemia, respondendo por um terço dos casos, ou seja, 600.000 pessoas soropositivas (Ministério da Saúde, 2005).

O Brasil notificou, segundo o Ministério da Saúde, um total de 371.827 casos de Aids no período de 1980 até 30/06/2004, apresentando uma taxa de incidência de 17,2 casos por 100.000 habitantes no ano de 2004 (Ministério da Saúde, 2005). A partir da década de 90, os dados epidemiológicos evidenciaram uma tendência de aumento de casos entre heterossexuais, sendo atualmente essa subcategoria de exposição sexual a que possui o maior número de casos notificados. Em consequência desse quadro, foi observado também um aumento na incidência de casos na população feminina.

Ainda sobre as tendências da epidemia no País, observa-se um aumento dos casos entre pessoas de menor escolaridade e pior condição sócio-econômica (pauperização), além do crescimento de casos em municípios com menos de 50.000 habitantes, confirmando a interiorização da doença, o que não ocorria na década de 80. Os dados também indicam que a epidemia ingressou em uma fase de estabilização das taxas de incidência, a partir de 1997, com o acesso universal à terapia antiretroviral de alta potência, principalmente na região sudeste, que concentra o maior número de casos e serviços especializados em DST/Aids (Dourado *et alii*, 2006).

Desde 1980 até junho de 2005 foram notificados no Estado de São Paulo, 139.331 casos de Aids, sendo 99.067 (71%) do sexo masculino e 40.264 (28,9%) do sexo feminino. Segundo dados do Programa Nacional DST/Aids, os casos informados pelo Estado representam 40% do total de casos notificados no país. Estima-se que no estado cerca de 200.000

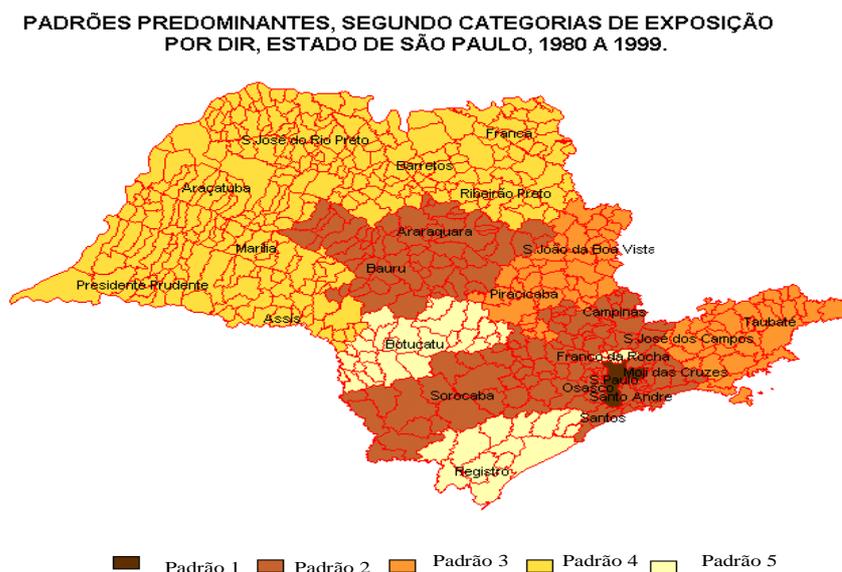
pessoas estão infectadas pelo HIV e desconhecem sua condição sorológica (Secretaria de Estado da Saúde, 2005).

Desde o final da década de 80, o perfil da epidemia no estado tem apresentado importantes mudanças. A análise dos dados epidemiológicos indica uma tendência de feminização, constatada pela redução da razão do sexo masculino em relação ao sexo feminino. No ano de 1984, essa razão foi de 27/1 e, a partir de 1996, passou a ser de 2/1, com manutenção da mesma cifra até o ano de 2005. Em relação às categorias de exposição, os dados evidenciam a tendência de heterossexualização da epidemia. Os casos da doença entre heterossexuais no estado têm apresentado aumento contínuo desde 1994 (30,2%), atingindo em 2003 (53,9%). Porém, observa-se uma considerável redução e estabilização nos casos entre homens homossexuais e bissexuais, que representavam no ano de 1988, 35,8% e 13,5%, respectivamente, chegando a 16% e 9,1% em 2003. Entre as mulheres com 13 anos ou mais de idade, a principal categoria de transmissão é a heterossexual, desde 1983, quando foram notificados os primeiros casos na população feminina, chegando a 80% no ano de 2003 (Secretaria de Estado da Saúde, 2005).

Outras tendências da epidemia no estado, referem-se à pauperização, atingindo segmentos da população com menor renda e número de anos de estudo, além da interiorização, verificada no aumento de notificações entre municípios de pequeno e médio porte. Segundo dados da área de vigilância epidemiológica do Estado, até outubro de 2004, os 645 municípios (100%) informaram casos no sistema de notificação (Secretaria de Estado da Saúde, 2005).

No Estado de São Paulo, analisando-se a distribuição dos casos por sexo e as principais categorias de exposição na população adulta, maior de 13 anos, constatam-se cinco padrões de modos de transmissão, constituindo o perfil regional da epidemia (Secretaria de Estado da Saúde, 2001).

Figura 1 - Padrões Predominantes Segundo Categorias de Exposição por DIR, Estado de São Paulo, 1980 e 1999.



Fonte: CEDST/AIDS, 2001

O padrão 1 corresponde ao Município de São Paulo (antiga Direção Regional de Saúde⁷ da Capital), onde verificamos o predomínio absoluto de casos entre Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) desde o início da epidemia até o final da década de 90, e o uso de drogas injetáveis como a segunda via mais importante até meados de 1995. Durante a década de 90, a transmissão heterossexual torna-se a segunda categoria mais importante.

O padrão 2 verificado nas Direções Regionais de Saúde de Santo André, Mogi das Cruzes, Osasco, Araraquara, Bauru, Campinas, Santos e Sorocaba, caracteriza-se por três curvas distintas. A primeira, com predomínio de casos entre HSH, até o final da década de 80 e os primeiros anos da década de 90. A segunda, entre usuários de drogas injetáveis (UDI),

⁷ A Secretaria de Estado da Saúde, atualmente, está organizada administrativamente, em 23 Direções Regionais de Saúde (DIR), respondendo cada uma pela articulação técnica e política de um determinado número de municípios.

desde o início, estendendo-se até meados da década de 90. A terceira curva, marcada pelo aumento de casos entre heterossexuais em ambos os sexos, especialmente entre a população feminina.

O padrão 3 encontrado nas Direções Regionais de Saúde de Piracicaba, São João da Boa Vista, São José dos Campos e Taubaté, apresenta predomínio de casos entre HSH durante a década de 80 e um aumento progressivo entre UDI no início da década de 90, sendo esta a curva predominante até o final da década.

O padrão 4 observado nas Direções Regionais de Saúde de Araçatuba, Assis, Barretos, Franca, Marília, Presidente Prudente e São José do Rio Preto, apresenta o predomínio de UDI até 1998, e aumento de casos entre heterossexuais a partir de meados da década de 90, mantendo-se como a principal categoria de exposição, com predomínio entre a população feminina e neste padrão também se constata um pequeno número de casos entre HSH.

No padrão 5 constituído pelas Regionais de Saúde de Franco da Rocha, Botucatu e Registro, não há predomínio de nenhuma das categorias de exposição nas décadas de 80 e 90. Observa-se uma tendência de aumento de casos entre heterossexuais, principalmente na regional de Registro.

Guibu e colaboradores (2006), ao analisar os modos de transmissão nos 25 anos de epidemia de Aids no Estado de São Paulo, no período de 1980 a 2004, enfatizam que a dinâmica da epidemia de HIV/Aids tem apresentado importantes mudanças nesses anos. Nesse sentido, alertam que os cinco padrões epidemiológicos estão sofrendo alterações, pois em todas as regiões do estado verifica-se um aumento de casos na categoria heterossexual, principalmente na população feminina. Indicam também que no Município de São Paulo (padrão 1 anterior) houve um aumento considerável de casos entre mulheres heterossexuais. O estudo também constata que houve uma redução no número de casos entre usuários de drogas injetáveis em todas as regiões do estado.

2 A resposta global à Aids

2.1 O financiamento para Aids no cenário internacional

Em 1987, a Organização Mundial da Saúde implantou a "estratégia global contra a Aids", mobilizando esforços nacionais e internacionais para o financiamento de ações de prevenção e tratamento para o HIV/Aids, destinados prioritariamente aos países em desenvolvimento.

No cenário mundial, até o ano de 1986, nenhum país desenvolvido investiu recursos para financiar programas de prevenção e tratamento em HIV/Aids nos países em desenvolvimento. Mann (1993: 223), ao comentar essa questão, atribui *"parte da responsabilidade por esse atraso ao sistema das Nações Unidas, que demorou a reconhecer a pandemia de Aids como um problema mundial importante"*.

No período de 1986 a 1991, os recursos para financiar a estratégia global contra a Aids foram da ordem de US\$ 847,6 milhões. A maior parte desses recursos, cerca de 79%, foi concedida pelas agências de assistência oficial ao desenvolvimento (AOD), por meio de financiamentos bilaterais, com a transferência direta de fundos para países em desenvolvimento. Dentre as agências, além da OMS, outras quatro agências das Nações Unidas realizaram contribuições para a estratégia global contra a Aids: o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF); o Fundo das Nações Unidas para População (FNUP) e o Banco Mundial. Outras agências, como a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Divisão das Nações Unidas para a População, também realizaram contribuições de menor porte (Mann, 1993: 224-27).

Geralmente, os fundos concedidos pelas agências de assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) são operacionalizados por três vias. A

primeira é baseada na abordagem "multilateral", segundo a qual os recursos são repassados por agências AOD às Nações Unidas, dentre elas a OMS; a segunda é do tipo bilateral, com transferência direta dos recursos de uma agência AOD para um país em desenvolvimento; e a terceira é caracterizada por processos "multilateral-bilateral", disponibilizando recursos das agências AOD para um determinado país através da OMS.

No caso da estratégia global contra a Aids, 40% do financiamento foram concedidos pela assistência bilateral, 37% foram contribuições do tipo multilateral por meio da OMS; 16% multilateral com apoio de outras agências, exceto a OMS, e os 7% restantes, por apoio multi-bilateral. Portanto, é importante observar que cerca da metade de todo apoio financeiro nessa estratégia para Aids foi viabilizado para ou pela OMS (Mann,1993: 230). No período de 1987 a 1991, o Programa Global de Aids vinculado à OMS recebeu um total de US\$ 314 milhões, sendo que as doações de agências de assistência oficial ao desenvolvimento (AOD), representam 91% desses recursos.

O apoio do Banco Mundial para estratégia global contra a Aids, até 1990, totalizou US\$ 55,9 milhões, financiando projetos de prevenção em treze países. Foram apoiados dez projetos desenvolvidos em países africanos, dois nas Américas e um na Ásia. Os países americanos que receberam apoio do Banco foram o Brasil, em 1988, e o Haiti, em 1990, recebendo US\$ 9,3 milhões e US\$ 1,7 milhões respectivamente (Mann,1993: 235).

Em novembro de 1991, a OMS realizou um estudo, em nove países em desenvolvimento que receberam apoio financeiro para o controle da Aids, no intuito de verificar a aplicação dos recursos e a contra-partida investida por esses países. Segundo o relatório, em sete dos nove países investigados, *"os governos não repassavam recursos para o controle da Aids ou o faziam de forma insignificante"* (Mann, 1993: 238). O relatório também destaca e elogia a atuação dos governos da Etiópia e da Tailândia, onde a missão do Banco constatou o financiamento com fundos nacionais de quase metade dos programas em desenvolvimento.

Em 1991, o total dos recursos internacionais transferidos aos países em desenvolvimento para o financiamento da resposta mundial para Aids, pela primeira vez, apresentou uma redução, quando comparado ao período de 1986 a 1990. Por outro lado, as demandas geradas pelo crescente aumento nos casos de Aids nesses países contribuem para o déficit do financiamento da resposta global. Mann (1993: 238), problematizando essa questão, ressalta que *"a não ser que se realize um grande esforço, a lacuna entre os países ricos e os países em desenvolvimento na capacidade de prevenção e tratamento da Aids - que já é grande - continuará aumentando"*.

Nesse sentido, os desafios para a resposta global a Aids passam a considerar a necessidade de uma estratégia melhor fundamentada e baseada em resultados mensuráveis, articulada a programas nacionais nos países em desenvolvimento, preparados para implementar políticas públicas eficazes no controle da epidemia.

A Organização das Nações Unidas para AIDS (UNAIDS) defende que, para o enfrentamento da epidemia de Aids, é necessária a organização de uma resposta mundial, capaz de mobilizar a alocação de fundos de diferentes fontes. Também segundo essa organização, apesar do aumento no volume dos recursos financeiros nos últimos anos, a viabilização dessa proposta ainda representa um grande desafio. Em 1996, quando foi criada a UNAIDS, o financiamento disponível para Aids atingia cerca de US\$ 300 milhões, resultantes da contribuição de organizações de cooperação bilateral, organizações não governamentais e organizações vinculadas às Nações Unidas, incluindo o Banco Mundial, que representa a principal fonte de recursos para o financiamento de programas destinados ao controle da Aids.

Ao discutir o financiamento para uma resposta mundial para AIDS, a UNAIDS informa que no ano de 2002 houve um aumento de US\$ 1,7 bilhões nos recursos disponíveis e, em 2003, chegou-se a um total de US\$ 4,7 bilhões para investimento no financiamento de ações estratégicas para o controle da epidemia. Por outro lado, a UNAIDS enfatiza que o total de

recursos representa menos da metade do que é necessário para o ano de 2005 (ONUSIDA, 2004: 131).

A UNAIDS estima que durante o ano de 2005 os países que possuem receita considerada baixa ou média (países em desenvolvimento) deverão gastar US\$ 12 bilhões para o enfrentamento da Aids, e essa cifra poderá atingir US\$ 20 bilhões em 2007 (Hickey, 2004). Essa estimativa engloba um total de 135 países, que apresentam diferentes níveis de vulnerabilidade e perfis epidemiológicos. As prioridades elencadas para esses países compreendem um conjunto de ações programáticas nas áreas de prevenção, assistência e tratamento, apoio comunitário aos órfãos da Aids, gestão e pesquisa.

No cenário internacional, destaca-se, em setembro de 2000, a aprovação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) por 191 países na Organização das Nações Unidas (ONU). Os ODM são oito compromissos assumidos pela comunidade internacional, que deverão ser atingidos até 2015 por meio das Metas do Milênio⁸.

A inclusão do combate ao HIV/Aids nas Metas do Milênio foi resultado de discussões acerca do impacto causado pela epidemia em grandes regiões do mundo, que concluíram pela certeza do cerceamento das possibilidades de desenvolvimento sustentável.

Ao analisarmos o conjunto das Metas do Milênio podemos verificar que todas elas podem ser associadas ao controle da epidemia, uma vez que a vulnerabilidade à infecção pode ser aumentada por determinantes tais como a pobreza, a desigualdade entre gêneros, especialmente quanto ao papel sócio-sexual das mulheres, e as dificuldades para o acesso e melhoria do nível educacional da população mundial. Além do crescimento da transmissão materno infantil do HIV, a morbidade entre as mulheres soropositivas e a prevenção entre jovens constituem grandes desafios a

⁸ As Metas do Milênio acordadas foram: 1. Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2. Atingir o ensino básico universal; 3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; 8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

serem vencidos pelos países engajados na resposta global à Aids no terceiro milênio.

A representante do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e também presidente do Grupo Temático do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS no Brasil, Rosemary Barber-Madden chama a atenção para a interdependência entre as metas de combate e controle do HIV/Aids e as propostas de desenvolvimento sustentável, enfatizando que seu alcance depende da *“integração e equilíbrio entre prioridades sociais, econômicas e ambientais, a melhoria da qualidade de vida e a garantia dos direitos humanos”* (Madden, 2003: 20).

Dentre os avanços internacionais, resultantes da operacionalização das Metas do Milênio, destaca-se a criação, em 2002, do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, integrado por governos nacionais, organizações da sociedade civil e pelo setor privado, com o objetivo de gerar recursos financeiros para o controle dessas três doenças, que são responsáveis por mais de seis milhões de óbitos no mundo anualmente.

Em 2003, o Fundo Global aprovou cerca de US\$ 2 bilhões para 124 países considerados epidemiologicamente prioritários. Desse montante, cerca de 60% dos recursos do fundo foram destinados aos programas de Aids, 23% para malária e 17% para tuberculose (ONUSIDA, 2004: 140).

Segundo dados do *The Global Fund Annual Report (2003)*, as promessas de contribuição dos doadores contabilizaram US\$ 4,9 bilhões até dezembro de 2003, e os recursos depositados no fundo no período foram de US\$ 2,1 bilhões, indicando um déficit de 42% no orçamento. Atualmente, 98% dos recursos foram doados pelos governos nacionais, e apenas 2% pelo setor privado, que inclui fundações e organizações não governamentais (ONUSIDA, 2004: 140).

A ONUSIDA, no documento *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA - 2004*, indicava que os desafios futuros deveriam procurar viabilizar o aumento no aporte dos recursos de todas as fontes envolvidas com o controle da epidemia de AIDS, tendo como meta o montante de US\$ 12 bilhões para o ano de 2005; também deveriam ser aperfeiçoados e

agilizados os mecanismos de controle e distribuição dos fundos nos níveis internacional, nacional, regional e local, desenvolvendo a capacidade dos programas para o alcance de resultados mais eficazes e eficientes.

Vários países têm se mobilizado para o enfrentamento da epidemia de Aids, num verdadeiro esforço internacional de solidariedade. Nesse sentido, ao discutir a importância do programa brasileiro no cenário internacional de combate a Aids, Teixeira (2003: 56) destaca que o País *"tem desempenhado um papel de liderança no processo que vai de questões políticas, declarações, resoluções internacionais, até uma atuação efetiva junto ao Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária"*.

A participação brasileira foi essencial para mobilização de investimentos internacionais não apenas financeiros, mas também políticos, para a construção de uma agenda e uma resposta mundial para Aids, tendo como premissa a inclusão do tema saúde no rol da agenda de direitos humanos. Pretende-se ampliar o acesso ao tratamento da Aids com anti-retrovirais, aumentando o consumo desses medicamentos, especialmente em países em desenvolvimento, reduzindo preços e ampliando as possibilidades de negociação no mercado produtor internacional.

Atualmente, o Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária é constituído por sete países ricos, sete países em desenvolvimento, duas organizações da sociedade civil e um representante de fundação. Nessa estrutura, o Brasil foi escolhido para representar a América Latina e o Caribe durante os dois primeiros anos de funcionamento, dada sua experiência exitosa no combate à epidemia.

Tradicionalmente os fundos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e do Fundo de Meio Ambiente, operam baseados em um processo decisório que garante um determinado número de votos proporcional ao valor doado por cada governo nacional, restringindo a participação dos países que serão beneficiados. Nesse sentido, em relação ao Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária, Teixeira (2003: 57) afirma que *"surge sob um novo paradigma: de que os países em desenvolvimento têm a competência e o direito de definir*

suas políticas de combate a essas doenças baseadas nas demandas e necessidades locais".

Considerando a situação de vários países, onde o acesso gratuito ao tratamento para Aids com anti-retrovirais é inexistente ou insuficiente, o governo brasileiro decidiu, nesse momento inicial da estruturação e composição do Fundo Global, não solicitar recursos. Acredita-se que a liderança desempenhada pelo País no cenário internacional refletirá positivamente na política nacional que vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde (Teixeira, 2003).

2.2 A estratégia do Banco Mundial para Aids no Brasil

Após a realização, em 1994, da Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento, e a de Pequim, sobre as mulheres, em 1995, a pandemia de HIV/Aids, quase ao completar duas décadas, foi incluída na agenda de um maior número de organizações intergovernamentais e não governamentais de apoio bilateral, sendo considerada uma questão central para a política de desenvolvimento no final do século XX.

A análise do perfil epidemiológico mundial evidencia que atualmente mais de 90% da pandemia está concentrada nos países em desenvolvimento, onde os impactos sociais e econômicos sobre a população aumentaram drasticamente nos últimos anos.

Para tentar minimizar esse quadro, o Banco Mundial, ao final de 1997, havia colocado à disposição US\$ 552 milhões em empréstimos para financiar 60 projetos de prevenção do HIV/Aids em 41 países em desenvolvimento. Desses projetos, nove foram exclusivos para Aids, e 52 inseriram ações para o controle da Aids vinculadas a outras questões (Dayton, 1998). É importante ressaltar que tais recursos representam um pequeno volume, quando comparados ao montante gasto nas ações

voltadas à assistência nesses países, uma vez que essas ações não podem ser financiadas com recursos dos acordos de empréstimo.

Parker e colaboradores (1999: 9), ao comentarem os recursos que têm sido alocados internacionalmente para o controle dos casos de HIV/Aids, apontam que *"existe uma quase completa falta de qualquer tipo de análise ou avaliação independente sobre a eficácia dos programas"*. Esse fato também pode ser observado no Brasil onde, segundo o autor, poucos estudos tentaram examinar o desenvolvimento de políticas e programas relacionados à Aids ou, mais especificamente, sobre a complexidade das políticas associadas à resposta brasileira.

O Banco Mundial, a partir da década de 90, ao apresentar sua missão, define como lema institucional - *"Nosso sonho é um mundo sem pobreza"*, defendendo a redução da pobreza como objetivo primordial. Demarca como princípios norteadores *"o enfoque nos clientes, o trabalho em parceria, a responsabilidade por resultados de qualidade, a dedicação à integridade e à efetividade, inspiração e inovação"* (Banco Mundial, 2005).

Para tanto, o Banco Mundial, no século XXI, auto define-se como uma *"instituição de desenvolvimento cuja meta é reduzir a pobreza mediante a promoção do crescimento econômico sustentável nos seus países clientes"*, implicando parcerias com governos, sociedade civil e com o setor privado para definição de necessidades e implementação de programas.

Durante a década de 80, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) foram duramente criticados, principalmente, por organizações não governamentais que militavam em várias partes do mundo e que denunciaram os efeitos negativos e perversos da política econômica adotada. Frente a esse movimento, o Banco Mundial, desde os anos 90, tem procurado, segundo Mattos (2003: 84) *"reconstruir sua imagem institucional"*, aliada *"a sua capacidade de se reconstruir e se desenvolver, adaptando-se, de forma criativa, às mais diversas conjunturas internacionais"*.

Essa capacidade de adaptação pode ser constatada no novo foco das ações do Banco, durante a década de 90, com a ampliação do combate à

pobreza, a implantação de uma nova visão institucional sobre os ajustes estruturais, e a relevância dada à negociação nos acordos políticos.

Houve transformações na lógica do financiamento do Banco Mundial nos anos 90, com a criação dessa nova modalidade de empréstimo, ou seja, os denominados de "ajuste estrutural". Nesse tipo de financiamento, o governo se responsabiliza por uma série de compromissos, entre esses a adoção de determinadas medidas econômicas. Ao problematizar as propostas de ajuste estrutural, Mattos (2003: 87) pondera que "*havia, de modo tácito, nas primeiras propostas, a pretensão de induzir os governantes a adotar políticas econômicas com as quais não necessariamente concordavam*".

As recomendações das equipes técnicas do Banco Mundial eram diversificadas e variavam de governo para governo, porém, em síntese, os principais aspectos das propostas de ajuste estrutural foram denominadas de "Consenso de Washington", baseados em uma rígida austeridade fiscal por meio da redução dos gastos públicos, na implementação de programas de privatização e em outras ações que visavam à abertura das economias dos governos nacionais.

Vários governos criticaram os chamados ajustes estruturais, atribuindo ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional, a responsabilização pela introdução de um pacote de medidas que, em última instância, não asseguravam a inclusão dos países desenvolvidos em uma economia globalizada que permitisse uma política desenvolvimentista, sobretudo em setores sociais. Denunciavam, também, que as medidas propostas e impostas pelo Banco Mundial aumentavam as desigualdades evidenciadas nas condições de vida, especialmente entre os mais pobres.

Ao contextualizar essa questão, Sousa Santos (2005: 23-25) salienta que o *consenso liberal* abarca outros quatro consensos interdependentes: o *consenso econômico liberal*, marcado pela subordinação do Estado às agências de cooperação multilaterais, como é o caso do Banco Mundial, do FMI e da Organização Mundial do Comércio; o *consenso do Estado débil*, sendo necessária a produção de um Estado forte, eficiente e capaz de

controlar sua própria debilidade; o *consenso democrático liberal*, exigindo que o Estado não limite as possibilidades de expansão da democracia, sendo essa pré-condição para acessar recursos financeiros internacionais; e, finalmente, a articulação dos consensos anteriores com a primazia do direito e dos tribunais para assegurar a propriedade privada, as relações mercantis e o setor privado.

Nessa mesma linha, ao estudar os fundamentos teóricos do modelo de ajuste estrutural e sua implementação em países em desenvolvimento, Ugá (1997: 83) enfatiza que, em relação aos *"resultados dessas políticas de ajuste, muito poucas economias latino-americanas conseguiram aumentar a sua arrecadação tributária, dado o caráter recessivo dessas políticas, bem como o déficit fiscal se manteve presente ao lado de altas taxas de inflação"*.

As idéias críticas ao "Consenso de Washington", propagadas durante as décadas de 80 e 90, contribuíram para que as equipes técnicas do Banco Mundial compreendessem que o êxito dos acordos de empréstimo de ajuste, implicava necessariamente na adesão e concordância prévia dos governos nacionais e sua vontade política em traduzir tais medidas em ações concretas.

Assim, como destaca Mattos (2003: 89), *"a análise do Banco avalia a consistência de seu plano e detecta os pontos de intercessão entre as pretensões do governo e a agenda do Banco"* e, em situações de não concordância, as equipes técnicas investem na capacidade de negociação e diálogo político, ofertando idéias que poderiam ser mais adequadas para a implementação da política proposta.

A estratégia do Banco Mundial na questão da saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, sem dúvida é um tema relevante na agenda dessa instituição, bem como o controle do HIV/Aids. Em 1993, ao publicar o Relatório do Desenvolvimento Mundial do Setor Saúde, o Banco caracteriza a epidemia como um dos grandes desafios para o futuro, e no mesmo período intensifica o aporte de recursos para o financiamento de projetos de prevenção (Banco Mundial, 1993).

Em relação ao governo brasileiro, a estratégia do Banco Mundial para o país tem se concentrado em financiar projetos para o setor saúde em três áreas prioritárias:

- a) Ampliação do acesso aos serviços de saúde na rede de atenção básica;
- b) Oferecimento de conselhos políticos e realização de estudos para aumentar a eficiência e a eficácia do sistema público de saúde;
- c) Repasse de recursos para projetos de controle de doenças transmissíveis, como é o caso da Aids.

A partir de 1992, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde – Coordenação Nacional DST/Aids, após passar por um processo de reestruturação interna, elaborou um plano estratégico para o enfrentamento da epidemia no País, concebido conjuntamente com estados, municípios e organizações não governamentais. Durante o ano de 1993, foram iniciadas as negociações do governo brasileiro com o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “*Primeiro Projeto de Controle de DST e AIDS*”, que entrou em vigor em junho de 1994, com vigência até 1998, cujo total de recursos foi da ordem de US\$ 250 milhões.

Teixeira (1997: 64-65) afirma que a execução do projeto do Banco Mundial “*provocou mudanças significativas na organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas com a prevenção e controle da Aids*”. Portanto, configura-se como um desafio estratégico para a gestão das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo a recuperação dessa trajetória para a investigação sobre se os recursos investidos durante o período do acordo de empréstimo e, atualmente, no incentivo pelo sistema fundo a fundo, contribuíram para o enfrentamento desse problema de saúde e para a melhoria das condições de vida e saúde da população paulista vulnerável às DST/Aids.

Após a implementação do "Projeto Aids I", o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o "Projeto Aids II", cuja vigência foi de 1998 a junho de 2003, e o recurso total foi de US\$ 296,5 milhões. Atualmente está em execução, o "Projeto AIDS III", aprovado pela

equipe técnica do Banco em abril de 2003, e que deverá ser encerrado em 2006, envolvendo um total de US\$ 200 milhões.

A gestão do governo brasileiro em relação ao primeiro acordo de empréstimo - Projeto AIDS I foi avaliada pela equipe do Banco Mundial como "muito satisfatória", no que pese as diferenças de ordem técnica e principalmente política entre a equipe do Ministério da Saúde - Coordenação Nacional DST/Aids, e a do Banco, durante o período da negociação do acordo bilateral (Banco Mundial, 1998).

Dentre essas diferenças podemos citar o grau de relevância da prevenção às DST/Aids por meio da adoção de práticas seguras, como o uso consistente de preservativos nas relações sexuais. Na visão do Banco Mundial, essa deveria ser uma das estratégias centrais para o controle da epidemia no país, e não o financiamento de ações para a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. Durante o processo de negociação e construção de consensos políticos essa questão foi arduamente discutida pela equipe do Banco que a considerava como tendo menor eficácia na redução da incidência de casos dessa doença.

É importante lembrar que esse posicionamento do Banco Mundial contradiz a lógica estabelecida no país a partir da promulgação da Constituição de 1988, segundo a qual está assegurado e reconhecido pelo governo brasileiro que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão, orientada pelo pressuposto da universalidade. Anterior a nova Constituição brasileira, em 1987, em um estudo conduzido pelo Banco Mundial sobre as políticas de financiamento em países em desenvolvimento, essas diferenças já estavam presentes, como é possível observar em um trecho do referido relatório:

"a abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-los como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona". (World Bank, 1987: 3)

As diferenças também podem ser constatadas em outro documento divulgado pelo Banco Mundial, questionando o processo de implantação do

Sistema Único de Saúde brasileiro e sua eficácia, em função dos altos custos necessários à atenção integral e ao acesso universal da população brasileira, que afirma:

"O prognóstico do sistema de saúde do Brasil não é bom. Nas próximas décadas ocorrerão crescimentos explosivos na demanda de serviços à medida que aumenta a idade da população e que é exercido o direito constitucional de tratamento gratuito para todos." (World Bank, 1989: 8)

Como dissemos anteriormente, a trajetória da resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia precede a negociação e a implantação dos acordos de empréstimo bilaterais com o Banco Mundial. Nesse sentido, a decisão do governo brasileiro, apoiada nos preceitos da Constituição de 1988 e nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde em garantir o acesso aos medicamentos anti-retrovirais para brasileiros vivendo com HIV/Aids, custeados com recursos do tesouro nacional, data do ano de 1989, com a oferta do medicamento zidovudina (AZT) na rede, evidenciando o posicionamento da política de saúde adotada pelo Ministério da Saúde.

Ao discutir o programa e a política brasileira de assistência ao HIV/Aids, Mattos (2003: 91) comenta que não há dúvida de que esse programa *"consolida a visão de direito universal que guia o SUS"*. Nesse sentido, é importante destacar que, em 1996, o Congresso Nacional aprovou a Lei 9.313, que dispõe sobre a obrigação do governo, em suas diferentes esferas, de fornecer e custear com recursos públicos do setor saúde a medicação necessária ao tratamento das pessoas com HIV/Aids no País. Em relação a essa questão, as recomendações do Banco Mundial são completamente divergentes, ao defender que os soropositivos ou doentes de Aids sejam os únicos responsáveis pelo custeio dos medicamentos anti-retrovirais (Banco Mundial, 1998).

Apesar dessas discordâncias, o Banco Mundial aprovou o segundo acordo de empréstimo bilateral - Projeto AIDS II, em 1998, demonstrando que a estratégia de negociação e intensificação do diálogo político e da oferta de idéias ao governo brasileiro constituem o foco da ação das missões

técnicas do Banco. Enviadas ao país durante a execução do acordo, essas missões vinham com a intenção de persuadir a equipe do Ministério da Saúde, na tentativa de problematizar a decisão brasileira de investir no acesso aos anti-retrovirais, procurando demonstrar que o impacto poderia ser maior se os recursos fossem alocados em outras ações. Ao discutir a sustentabilidade da resposta brasileira, o relatório do Banco argumenta:

“A sustentabilidade das atividades contempladas segundo o Projeto seria promovida pelo forte suporte do governo em serviços preventivos e de tratamento para HIV/AIDS. As organizações da sociedade civil têm desempenhado importante papel em assegurar a atenção do governo para essa área de política de saúde. Com relação aos recursos que o governo está gastando na saúde, e mais particularmente, em medicamentos para tratar pacientes com AIDS (fora do projeto proposto), os custos de continuidade das atividades contempladas no projeto são muito baixos.”
(Banco Mundial, 1998)

Nota-se que a análise dos acordos de empréstimo negociados com o Banco Mundial demonstram que o diálogo político estabelecido entre o governo brasileiro e essa instituição apresentou, em diversos momentos, negociações marcadas por tensões e divergências de posicionamentos de ordem técnica, política e ideológica.

No decorrer dos anos a habilidade das equipes do Ministério da Saúde, responsáveis pela interlocução com o Banco Mundial, foi aperfeiçoada. Nesse sentido, como destaca Grangeiro (2003: 268), *“(...) o projeto brasileiro serviu para aprimorar as próprias políticas de desenvolvimento do banco e, indiretamente, contribuiu com outros países em desenvolvimento, estabelecendo novos paradigmas de discussão e ação”*.

Sumarizando os diferentes pontos que foram expostos acerca do financiamento com o Banco Mundial nos acordos de empréstimo executados através dos Projetos AIDS I e II e, atualmente, no AIDS III, podemos concluir que esse processo não pode ser compreendido apenas em sua dimensão financeira, ou seja, no tocante à transferência de recursos financeiros

operada nesses acordos bilaterais, devendo ser analisadas também as dimensões políticas, sociais e epidemiológicas envolvidas nesse campo de análise.

Apresentaremos no capítulo dos resultados e discussão uma comparação desses três acordos de empréstimo implementados pelo país, analisando o processo de descentralização e a gestão das ações programáticas em DST/Aids.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o processo de implementação e desenvolvimento do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, no período de 1994 a 2003, quanto à descentralização e gestão das ações programáticas.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o processo de descentralização das ações programáticas em DST/Aids no Estado de São Paulo em termos políticos, técnicos e administrativos.
- Analisar os mecanismos e estratégias utilizadas na gestão em termos do planejamento, gerenciamento, financiamento e avaliação do Programa Estadual DST/Aids.

4 Material e Métodos

O sociólogo e metodólogo Pedro Demo, ao problematizar a definição do que vem a ser o conhecimento científico, sumariza inicialmente o que não pode ser considerado como tal, ou seja: o senso comum, o bom-senso, a ideologia, um porto seguro ou um paradigma específico. Na definição do autor, *“o conhecimento científico encontra seu distintivo maior na paixão pelo questionamento, alimentado pela dúvida metódica”* e chama a atenção dos pesquisadores para o fato de que *“questionar, entretanto, não é apenas resmungar contra, falar mal, denegrir, mas articular discurso com consistência lógica e capaz de convencer”* (Demo, 2000:26).

Nesse sentido, a capacidade aprendida e desenvolvida para argumentar e questionar a realidade social e os objetos de estudo nela contidos permite que o pesquisador possa reconstruí-los a partir de um processo organizado de produção de conhecimento.

Assim, a atuação do pesquisador em campo depende de suas motivações, de sua identificação com o tema a ser investigado e das concepções teóricas adotadas. Minayo (2004:105) define o campo na pesquisa qualitativa, como *“o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”*.

A autora, ao discutir o processo de investigação, enfatiza que a *“pesquisa é um labor artesanal, que se realiza por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas”* (Minayo, 2003:25).

4.1 Delineamento do estudo

Considerando-se a diversidade de métodos e técnicas de pesquisa, optamos por trabalhar com a proposta de pesquisa social, apresentada por Marconi e Lakatos (2003:195), segundo a qual as técnicas de investigação científica compõem *“um conjunto de preceitos ou processos de que se serve*

uma ciência ou arte e a habilidade para usar esses preceitos ou normas". Nessa linha, a abordagem qualitativa articula, no processo de investigação, a pesquisa documental realizada em fontes primárias e a bibliográfica, através de fontes secundárias, requerendo a realização de pesquisas de campo.

Em nossa investigação, desenvolvemos um estudo orientado pela abordagem qualitativa, apreendendo os significados que os atores selecionados atribuíram aos processos de gestão e descentralização das ações programáticas em DST/Aids no cotidiano das instituições de saúde estudadas.

Os métodos qualitativos foram amplamente discutidos por vários autores. Entre eles, destacamos a contribuição de Nogueira-Martins e Bógus (2004:48), para quem:

"(...) os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada".

Na mesma linha teórica, ao problematizar a importância das metodologias qualitativas, Minayo (2004:10) também aponta que:

"(...) são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas".

Nossa investigação foi desenvolvida a partir de um estudo de caso de municípios, que foram classificados segundo critérios a serem apresentados a seguir, de pesquisa documental e da realização de entrevistas.

A opção pelo estudo de caso dos municípios foi relevante do ponto de vista metodológico, por considerarmos esse um tipo de estudo que permite

conhecer de forma ampla e profunda um grupo social, uma comunidade ou uma organização (Deslandes e Gomes, 2004).

De acordo com estudo clássico empreendido por Goode & Hatt, “o estudo de caso não é, portanto, uma técnica específica. É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Expresso diferentemente, é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo” (Goode & Hatt, 1977: 422). O estudo de caso constituiu-se, em estudos qualitativos, em um método amplamente utilizado e aceito para a execução de pesquisas de cunha exploratório.

Trata-se de um estudo em profundidade de caso(s) significativamente escolhidos em que se permite uma análise com alto grau de profundidade e de detalhamento, possibilitando uma compreensão do fenômeno social, de forma exaustiva.

Gil, 1991, estabelece a existência de alguns fatores, segundo os quais o estudo de caso é recomendável, como, por exemplo, na fase inicial de um estudo sobre temas complexos: “(...) se aplica com pertinência nas situações em que o objeto de estudo já é suficientemente conhecido a ponto de ser enquadrado em determinado tipo ideal” (1991:59).

Dadas as suas características, o estudo de caso apresenta algumas vantagens e limitações. As principais vantagens, ainda de acordo com Gil, 1991, são essas:

- Estímulo a novas descobertas;
- Ênfase na totalidade - focaliza o problema como um todo, - superando o problema comum em levantamentos em que a análise individual dá lugar à análise de traços -, possibilitando a unidade/multiplicidade;
- Simplicidade dos procedimentos quando comparados a outras modalidades, o que não quer dizer que seja facilmente aplicável, ao contrário, exige alto grau de maturidade do pesquisador em seu delineamento.

A principal desvantagem aludida ao estudo de caso diz respeito a supostas dificuldades quanto à generalização dos resultados obtidos, o que não se aplica, ao nosso ver, dado que a pesquisa qualitativa busca

justamente o contrário, ou seja, a especificidade e a singularidade do caso, conforme a situação e/ou configuração estudada.

4.2 Procedimentos

4.2.1 Estudo de caso

Para a seleção intencional dos municípios para o estudo de caso, elaboramos uma classificação baseada em informações demográficas, epidemiológicas, financeiras e de gestão no sistema local de saúde. Com base nesse conjunto de informações, classificamos todos os 37 municípios do Estado de São Paulo que, anteriormente à política de incentivo fundo a fundo para DST/Aids, haviam celebrado convênios com o Ministério da Saúde na Coordenação Nacional DST/Aids, no período de vigência dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, entre 1994 e 2002.

As informações e as fontes identificadas para classificarmos os municípios foram:

- a) a população residente no ano de 2001, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
- b) os casos notificados de Aids, segundo município de residência no Estado de São Paulo, acumulados no período de 1980 a 30/06/05, tendo como fonte o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN;
- c) o valor do incentivo para DST/Aids definido para cada município brasileiro habilitado no sistema de transferência fundo a fundo, tendo como fontes as Portarias Nº. 2313 e 2314, publicadas em 19 e 20 de dezembro de 2002 pelo Ministério da Saúde;
- d) a localização do município segundo a Direção Regional de Saúde⁹ (DIR) e seu respectivo padrão epidemiológico regional no estado, conforme descrito anteriormente no item 1.5 do capítulo 1, tendo como fonte o

⁹ As DIRs respondem administrativa e tecnicamente pelas ações de saúde, sendo a instância regional da gestão estadual, responsável pelo acompanhamento e pela assessoria técnica e política às Secretarias Municipais de Saúde em sua área de jurisdição.

estudo¹⁰ realizado pela Coordenação Estadual DST/Aids de São Paulo em 2001;

- e) a habilitação do município na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS do ano de 2002, que classifica as formas de gestão municipal em dois tipos: GPABA (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada) e GPSM (Gestão Plena do Sistema Municipal), e a própria complexidade da capacidade instalada no município, configurando-o como satélite, sede e pólo. A fonte utilizada foi o Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo, de outubro de 2002, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde.

O setor saúde no Estado de São Paulo até o final de 2004, estava organizado em 24 Direções Regionais de Saúde e após a reorganização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES), realizada em fevereiro de 2005, a DIR I – Capital foi extinta. Entretanto, atualmente, a Coordenadoria das Regionais de Saúde da SES está avaliando a possibilidade da reincorporação dessa regional. Dado o recorte temporal do nosso estudo, optamos por considerar a estrutura administrativa anterior, ou seja, até 2004.

A seguir, apresentamos no quadro 1 a classificação realizada para os municípios segundo esses critérios.

¹⁰ Ver “AIDS – 20 Anos de Epidemia, Perfil Regional do Estado de São Paulo”. Boletim Epidemiológico Aids, SES-SP, Nº 01, Abril 2001.

Quadro 1 - Classificação dos municípios do Estado de São Paulo conveniados com o Ministério da Saúde nos Projetos Aids I e II, segundo os critérios elencados para seleção dos municípios no estudo de caso

DIR / MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE 2001 ¹	CASOS AIDS NOTIFICADOS - 1980 a JUNHO 2005 ²	VALOR INCENTIVO em R\$ ³	PADRÃO EPIDEMIOLÓGICO ⁴	HABILITAÇÃO NOAS 2002		
					SEDE	POLO	GESTÃO 5
DIR I-SÃO PAULO							
1.SAO PAULO	10.499.133	57.254	3.812.003,38	I	X	X	PAB
SUB-TOTAL DIR I	10.499.133	57.254	3.812.003,38				
DIR II – SANTO ANDRÉ							
2. DIADEMA	362.663	1.025	296.579,69	II	X	X	PLENA
3. MAUA	371.475	917	367.322,00	II	X	X	PLENA
5. SANTO ANDRE	652.305	2.723	397.838,10	II	X	X	PLENA
6. SÃO BERNARDO DO CAMPO	717.790	1.955	374.023,69	II	X	X	PLENA
7. SÃO CAETANO DO SUL	138.993	657	450.000,00	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR II	2.243.226	7.277	1.885.763,48				
DIR III- MOGI DAS CRUZES							
8.GUARULHOS	1.106.064	2.786	500.023,33	II	X	X	PAB
SUB TOTAL DIR III	1.106.064	2.786	500.023,33				
DIR V- OSASCO							
9. BARUERI	217.510	414	229.576,00	II	X		PLENA
10. OSASCO	661.155	2.218	376.043,93	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR V	878.665	2.632	605.619,93				
DIR VI- ARAÇATUBA							

11. ARACATUBA	171.289	811	270.108,00	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR VI	171.289	811	270.108,00				
DIR VII- ARARAQUARA							
12. ARARAQUARA	185.064	1.134	355.640,93	II	X	X	PLENA
13. TAQUARITINGA	52.666	323	244.881,00	II	X	X	PLENA
14. SAO CARLOS	197.184	671	321.406,00	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR VII	434.914	2.128	921.927,93				
DIR IX-BARRETOS							
15. BARRETOS	104.913	700	245.482,00	IV	X	X	PLENA
16. BEBEDOURO	75.661	551	229.576,00	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR IX	180.574	1.251	475.058,00				
DIR X-BAURU							
17. BAURU	322.554	1.539	323.694,00	II	X	X	PAB
SUB TOTAL DIR X	322.554	1.539	323.694,00				
DIR XII-CAMPINAS							
18. CAMPINAS	982.977	4.115	485.643,04	II	X	X	PLENA
19. JUNDIAI	422.500	1.181	274.383,48	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XII	1.405.477	5.296	760.026,52				
DIR XIII - FRANCA							
20. FRANCA	294.067	823	367.322,00	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XIII	294.067	823	367.322,00				
DIR XIV- MARÍLIA							
21. MARILIA	201.574	702	230.177,00	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XIV	201.574	702	230.177,00				
DIR XV- PIRACICABA							
22. PIRACICABA	334.402	994	348.159,00	III	X	X	PLENA
23. RIO CLARO	171.751	582	336.712,00	III	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XV	506.153	1.576	684.871,00				
DIR XVI- PRESIDENTE PRUDENTE							

24. PRESIDENTE PRUDENTE	192.004	671	273.481,18	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XVI	192.004	671	273.481,18				
DIR XVIII-RIBEIRÃO PRETO							
25. RIBEIRAO PRETO	514.160	4.439	497.580,47	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XVIII	514.160	4.439	497.580,47				
DIR XIX- SANTOS							
26. CUBATAO	109.963	715	260.024,33	II	X	X	PLENA
27. GUARUJÁ	271.902	1.401	281.555,71	II	X	X	PLENA
28. PRAIA GRANDE	200.199	767	253.135,00	II	X		PAB
29. SANTOS	417.817	4.390	469.348,10	II	X	X	PLENA
30. SAO VICENTE	306.860	1.858	348.721,33	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XIX	1.306.741	9.131	1.612.784,47				
DIR XXI-S J dos CAMPOS							
31. CACAPAVA	77.011	580	244.881,00	III	X		PLENA
32. SÃO SEBASTIAO	60.832	269	153.051,00	III	X	X	PLENA
33. SAO JOSE DOS CAMPOS	550.762	2.308	417.952,27	III	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XXI	688.605	3.157	815.884,27				
DIR XXII-S.JOSÉ RIO PRETO							
34. CATANDUVA	107.612	789	306.101,00	IV	X	X	PLENA
35. SAO JOSE DO RIO PRETO	367.247	3.301	399.738,00	IV	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XXII	474.859	4.090	705.839,00				
DIR XXIII –SOROCABA							
36. SOROCABA	508.848	2.254	371.257,00	II	X	X	PLENA
SUB TOTAL DIR XXIII	508.848	2.254	371.257,00				

DIR XXIV-TAUBATÉ							
37. TAUBATE	248.667	1.311	382.627,00	III	X	X	PAB
SUB – TOTAL DIR XXIV	248.667	1.311	382.627,00				

Fontes:

¹ População Residente IBGE, 2001;

² Casos Notificados de Aids segundo municípios de residência, Estado de São Paulo, 1980 a 30/06/05. SINAN Programa Estadual DST/Aids;

³ Valor do Incentivo para DST/Aids. Portaria 2313 e 2314 de 19 e 20 /12/2002, Ministério da Saúde;

⁴ Padrão Regional da Epidemia de Aids no Estado. Boletim Epidemiológico Aids, Programa Estadual DST/Aids. Ano XIX, Nº 1, abril de 2001;

⁵ PAB (Municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada);

⁵ PLENA (Municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal).

Em nossa classificação, podemos observar que os 37 municípios estão concentrados em 19 DIRs, representando 79,1% da totalidade dessas instâncias regionais. Dentre essas, quatro (DIR I, II, III e V) estão localizadas na Região Metropolitana de São Paulo que concentra 10% da população brasileira e 15 regionais (62,5%) pertencem ao interior do estado.

Os 37 municípios que compõem nossa classificação correspondem a 5,7% da totalidade dos municípios do Estado de São Paulo (645). Em relação ao contingente populacional, essas cidades somam 22.351.577 de habitantes, sendo a menor Taquaritinga, com 52.666 habitantes e a maior São Paulo, que também é a capital do estado, com 10.499.133 habitantes.

A maioria desses municípios (19), ou seja, 51,3%, é considerada de grande porte, possuindo uma população que está na faixa entre 170.000 a 400.000 habitantes; oito municípios (21,6%) estão na faixa populacional entre 52.000 até 150.000 habitantes; outros oito municípios entre 417.000 até um milhão de habitantes e dois estão acima dessa faixa.

Quanto ao padrão epidemiológico baseado em uma série histórica dos casos de Aids notificados no estado no período de 1980 a 1999, segundo categorias de exposição sexual e sangüínea, que classifica as 24 regionais de saúde em cinco padrões distintos, já observados anteriormente, podemos verificar que os 37 municípios podem ser categorizados em quatro padrões epidemiológicos (I, II, III e IV), não havendo municípios no padrão V, característico das DIRs Botucatu, Registro e Franco da Rocha.

A maioria dos municípios, 54%, está circunscrita ao padrão II, no qual há um predomínio, desde o início da década de 90 até os dias atuais, de casos notificados de Aids relacionados à transmissão heterossexual. Esse padrão é seguido dos padrões IV (24,3%), III (16,2%) e I, que corresponde apenas a capital do estado.

Em relação à gestão do sistema municipal de saúde, orientado pela NOAS/02, todos os Municípios, segundo o Plano Diretor de Regionalização da SES são considerados sede e 34 deles também são pólos, com exceção das cidades de Barueri, Praia Grande e Caçapava.

Quanto à habilitação da gestão municipal, 32 municípios, a maioria portanto, possuem gestão plena do sistema (GPSM) e somente cinco, gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA), constatada em São Paulo, Guarulhos, Bauru, Praia Grande e Taubaté.

Os 37 municípios foram habilitados para receber recursos financeiros pelo sistema de transferência do fundo nacional para os fundos municipais de saúde, implantado para DST/Aids no ano de 2003. O valor médio transferido a esses municípios foi de R\$ 418.812,10, variando de R\$ 153.051,00, em São Sebastião, a R\$ 3.812.003,38, destinado a cidade de São Paulo.

Após a classificação de todos os municípios conforme descrevemos anteriormente, optamos por agregá-los em grupos a partir dos padrões epidemiológicos para procedermos à seleção intencional dos quatro municípios do nosso estudo de caso, respeitando-se os critérios metodológicos já referidos.

Optamos por excluir o Município de São Paulo por representar sozinho um único padrão epidemiológico e por possuir um sistema de saúde, no qual há uma extensa rede de serviços com diversos tipos de equipamentos para atenção as DST/Aids que estão sob gestão e gerência dos gestores estadual e municipal, além de uma Universidade Federal. Esses fatores exigiriam um outro tipo de estudo, dada a complexidade e as especificidades presentes, dificultando a comparação com os demais municípios que não apresentam essas características. Outro fator relevante para a exclusão da Capital foi a descontinuidade na aplicação e recebimento de recursos do convênio para Aids com o Ministério da Saúde.

Considerando-se que o agregado de municípios pertencentes ao padrão II concentra o maior número de cidades, com uma relação de 2,5 municípios/DIR, optamos por selecionar daí duas localidades para compor o estudo de caso.

Assim, elegemos municípios em cada um dos três padrões epidemiológicos (II, III e IV), considerando em nossa classificação aqueles que:

- a) concentravam a maior população residente no ano de 2001;
- b) receberam o maior valor de recursos transferidos via incentivo fundo a fundo no ano de 2003;
- c) foram habilitados como sede e pólo no Plano Diretor de Regionalização da SES em 2002;
- d) possuíam um coordenador municipal de DST/Aids vinculado ao programa pelo período mínimo de quatro anos, consecutivos ou não;
- e) possuíam um coordenador municipal de DST/Aids que participou da gestão de pelo menos um dos convênios com o Ministério da Saúde (Projeto Aids I e II) e na implantação do incentivo fundo a fundo no ano de 2003.

Orientados por esses critérios, foram selecionados no padrão epidemiológico II, os municípios de **Guarulhos** e **Campinas**, que são as cidades que ocupam o segundo e terceiro lugar, respectivamente, no *ranque* da nossa classificação, sendo as cidades mais populosas do estado, além de integrarem duas importantes Regiões Metropolitanas no País.

Em relação ao agregado de municípios vinculados ao padrão III, escolhemos a cidade de **São José dos Campos** que, além de ser a que apresentou a maior densidade demográfica e cumpriu os critérios elencados para seleção, recebeu do governo federal no sistema do incentivo, o montante de R\$ 417.952,27.

Finalmente, o quarto município eleito foi **Ribeirão Preto**, representando o padrão epidemiológico IV, com população residente da ordem de 514.160 habitantes e um Plano de Ações e Metas para DST/Aids em 2003, que recebeu a transferência do Ministério da Saúde no valor de R\$ 497.580,47.

Em relação à condição de habilitação do sistema local de saúde dos municípios selecionados, constatamos que Campinas, São José dos Campos e Ribeirão Preto possuem gestão plena do sistema municipal e somente Guarulhos está habilitado na gestão plena da atenção básica ampliada.

Considerando os procedimentos metodológicos utilizados durante o processo de escolha intencional dos municípios, assegurados pelos critérios de seleção apresentados anteriormente, entendemos que os quatro municípios escolhidos, levando em conta os diferentes padrões epidemiológicos a que os mesmos estão vinculados, foram relevantes para a aproximação do nosso objeto de investigação, bem como para a definição dos coordenadores municipais de DST/Aids que foram entrevistados na fase de campo do estudo.

4.2.2 - Pesquisa documental

Na pesquisa documental foi realizada a identificação, catalogação e análise dos documentos de gestão dos programas de DST/Aids nas esferas nacional, estadual e municipal. Essas fontes primárias foram de extrema relevância para a condução do estudo, apesar das dificuldades para sua obtenção nas instituições pesquisadas.

Os documentos foram identificados diretamente nas instituições ou então por meio de consultas em *sites* e portais eletrônicos, especialmente no caso da Coordenação Nacional de DST/Aids e da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo.

Foram levantados e analisados os seguintes documentos de gestão que julgamos serem pertinentes aos objetivos do estudo:

- a) os relatórios de avaliação físico-financeiros consolidados da execução dos convênios entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial (Projetos AIDS I e II);
- b) o relatório de avaliação de desempenho do governo brasileiro, realizado pelo Departamento de Avaliação de Operações do Banco Mundial, sobre o primeiro e o segundo projetos de controle das DST/Aids;
- c) o relatório de avaliação do Banco Mundial sobre o pleito do governo brasileiro para o Projeto Aids III (PID N° 11512);

- d) os relatórios de avaliação das ações programáticas consolidados do Projeto AIDS I e II, elaborados pelos gestores ao término de sua implementação na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e nas Secretarias Municipais selecionadas;
- e) os Planos de Ações e Metas em DST/Aids, elaborados para o processo de habilitação na política de incentivo fundo a fundo no ano de 2003 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e das Secretarias Municipais selecionadas;
- f) as atas de aprovação dos Planos de Ações e Metas em DST/Aids, apresentados durante o processo de habilitação à política do incentivo nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde das cidades selecionadas e no Conselho Estadual de Saúde;
- g) os relatórios sobre a política de incentivo elaborados pela unidade de assessoria e planejamento da Coordenação Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde;
- h) os relatórios de balanço da implementação dos Planos de Ações e Metas em DST/Aids, elaborados ao término do primeiro ano de sua execução, sendo esse pré-requisito para o pleito do PAM para o ano subsequente, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e das Secretarias Municipais de Saúde selecionadas;
- i) o Planejamento Estratégico em DST/Aids (2002 a 2005), elaborado pelos gestores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- j) os boletins epidemiológicos em DST/Aids do ano de 2005, em que constam os casos notificados no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde;
- k) as portarias Nº 2313 e 2314 de 19 e 20/12/2002, que tratam especificamente da instituição da política de transferência de recursos pelo sistema fundo a fundo para DST/Aids no País.

Os documentos de gestão das esferas nacional, estadual e municipal, após serem identificados e catalogados, foram analisados tendo como foco:

- a) apreender a estrutura e as áreas de atuação das ações programáticas em DST/Aids, bem como sua implantação e implementação no decorrer do período deste estudo;
- b) analisar o processo de priorização das ações e sua relação com os recursos financeiros alocados nas áreas de prevenção, atenção e desenvolvimento institucional.

4.2.3 Entrevistas

As amostras na abordagem qualitativa são intencionais, pois estamos buscando o sentido e o significado atribuído pelos atores sociais aos diferentes fenômenos, sem a pretensão de sua generalização.

No intuito de abarcar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado, privilegiamos para serem selecionados aqueles atores que consideramos informantes-chave, no caso os coordenadores dos programas de DST/Aids que desempenham suas funções de caráter técnico, administrativo e político, nas estruturas governamentais do setor saúde nas esferas nacional, estadual e municipal. Nossa motivação em selecioná-los também levou em consideração o amplo conhecimento e experiência acumulada dos mesmos, nos temas e questões que definimos como o centro da nossa investigação, ou seja, a gestão e a descentralização das ações programáticas em DST/Aids.

Dessa forma, em nosso estudo foram identificados e selecionados intencionalmente os seguintes atores:

- a) quatro coordenadores municipais de programas de DST/Aids, selecionados nos municípios que elegemos para o estudo de caso, descrito no item 4.2.1;
- b) um coordenador do Programa Estadual DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- c) um coordenador do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde;

d) dois presidentes do Fórum Estadual de ONGs/Aids de São Paulo.

Os procedimentos utilizados para seleção dos informantes-chave foram baseados principalmente na sua regularidade e permanência nas instituições pesquisadas no período do nosso estudo, ou seja, 1994 a 2003. Foram considerados os seguintes critérios para identificação e escolha desses atores:

- a) qualquer informante-chave, exceto os representantes da sociedade civil selecionados, deveria ter participado de processos de gestão das ações programáticas em DST/Aids, em qualquer uma das três esferas de governo (municipal, estadual ou federal), pelo período mínimo de quatro anos, consecutivos ou não;
- b) os coordenadores municipais e o estadual de DST/Aids deveriam ter atuado na gestão financeira de pelo menos um convênio firmado entre o Ministério da Saúde com o Banco Mundial, no período de 1998 a 2002;
- c) os informantes-chave deveriam ter participado dos processos de discussão e implantação da política de incentivo fundo a fundo para DST/Aids, em qualquer esfera de gestão (municipal, estadual ou federal);
- d) os representantes da sociedade civil, vinculados ao Fórum Estadual de ONGs/Aids, deveriam ter atuado pelo período mínimo de quatro anos, consecutivos ou não, na militância e ativismo para defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids, em entidade(s) pertencente(s) à jurisdição do Estado de São Paulo.

Os coordenadores municipais de DST/Aids entrevistados foram aqueles pertencentes aos municípios intencionalmente selecionados, já descritos.

Assim, realizamos entrevistas semi-estruturadas e em profundidade com esses atores (Minayo, 2004: 120-125). Fizemos a opção por esse tipo de entrevista, pois nos permitiu ter como ponto de partida algumas questões e hipóteses que emergiram de nossa experiência anterior na Coordenação Estadual DST/Aids de São Paulo, sobre a temática do estudo. Essas

hipóteses propiciaram um amplo leque de interrogações, gerando novos questionamentos durante a interação com os entrevistados, graças à liberdade de expressão de idéias e reflexões proporcionada pelas entrevistas.

Ao todo foram oito entrevistas em profundidade, que totalizaram 14 horas e 30 minutos de gravações, gerando um material transcrito bastante extenso e por isso optamos por não o incluir nos anexos desta dissertação.

4.3 Instrumentos

Utilizamos como instrumentos de pesquisa os roteiros de entrevista (anexo 1) que constituem um meio de reconhecimento e apreensão dos pontos de vista dos atores-chave identificados e selecionados. Geralmente os roteiros têm poucas questões e, como destaca Minayo (2004:99), são *“(...) um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”*. Nesse sentido, cada questão do roteiro permitiu dar forma e conteúdo à investigação do objeto de estudo, num processo que iluminou as visões de mundo, os fatos e as relações que conseguimos apreender a partir da ótica dos nossos informantes.

Os roteiros das entrevistas foram organizados em eixos temáticos que nortearam a condução da atividade, contendo perguntas formuladas para os diferentes atores em função de sua vinculação nas esferas de gestão federal, estadual ou municipal. Seguindo essa mesma lógica, foi elaborado um roteiro de entrevista específico para os presidentes do Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo, considerando sua função principal associada ao controle social das políticas públicas e das ações programáticas implementadas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde nas coordenações de DST/Aids.

Os eixos temáticos foram relacionados aos objetivos do nosso estudo e orientados para a inserção dos programas de DST/Aids nas estruturas governamentais (Ministério da Saúde e Secretarias Estadual e Municipais de Saúde), nas quais procuramos verificar o processo de trabalho dos coordenadores na gestão das ações. Assim como em relação ao planejamento, a execução, ao monitoramento e a avaliação dos planos desenvolvidos durante aos acordos de empréstimo com o Banco Mundial (Planos Operativos Anuais – POA) e na sua transição para a política de incentivo (Planos de Ações e Metas - PAM). Do mesmo modo, também foram inseridas questões específicas sobre os avanços, as dificuldades e os desafios no processo de descentralização das ações nas diferentes esferas de gestão.

Os instrumentos elaborados foram pré-testados, assegurando-se a qualidade da fase de campo da pesquisa. Para realizamos o pré-teste, os instrumentos foram enviados previamente para profissionais de programas estadual e municipal de DST/Aids com vasta experiência em gestão das ações programáticas e que não foram selecionados para as entrevistas em profundidade. Posteriormente, realizamos reuniões com esses profissionais, discutindo os objetivos do estudo e readequando os instrumentos a partir das sugestões que avaliamos como pertinentes para a investigação.

4.4 Análise

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A técnica utilizada para analisá-las foi a de análise de conteúdo, segundo o referencial analítico proposto por Bardin (1979), compreendendo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

As entrevistas foram analisadas segundo os objetivos e questões levantadas pelo presente estudo como referimos anteriormente, após a identificação e a organização das “*unidades de registro*” emergentes das

mensagens, bem como das “*unidades de contexto*” que circunscrevem o universo de significados e sentidos das mesmas. Segundo Bardin (1979: 42) a análise de conteúdo pode ser definida como:

“(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Inicialmente o material foi lido, sem a preocupação de categorizá-lo, mas tão somente para conhecermos seus sentidos e significados. Posteriormente, foram elaboradas categorias de análise, agrupando elementos, idéias, expressões e outros aspectos que apresentaram características comuns e que emergiram da leitura inicial. As principais categorias emergentes foram àquelas relacionadas:

- a) ao processo de planejamento das ações programáticas nas coordenações de DST/Aids;
- b) ao monitoramento e avaliação das ações realizadas;
- c) à centralização e à descentralização das ações nas diferentes coordenações de DST/Aids, quanto aos seus avanços, dificuldades e desafios;
- d) aos processos de pactuação nas instâncias colegiadas do SUS;
- e) à gestão dos programas de DST/Aids em relação à verticalização das ações;
- f) à relação entre os coordenadores nas diferentes esferas de gestão da política de DST/Aids.

A análise de conteúdo, além de fornecer elementos para as perguntas propostas no nosso estudo, também propiciou “*a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado*” (Gomes,2003:74).

4.5 Aspectos Éticos

As entrevistas foram realizadas individualmente pelo pesquisador, garantindo todas as condições éticas exigidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados identificados e selecionados como informantes-chave do estudo foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, sua importância e contribuição para as políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), assegurando-se o direito à confidencialidade, anonimato e à privacidade dos entrevistados e com sua autorização prévia para a gravação dos depoimentos, foram iniciadas as entrevistas.

Para assegurarmos o anonimato, os municípios selecionados foram identificados aleatoriamente pelas letras A, B, C e D no capítulo dos resultados e discussão.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da SES/SP, tendo sido aprovado em 17 de outubro de 2005 (anexo 3). Também o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da SES/SP e aprovado em 26 de outubro de 2005 (anexo 3).

5 Resultados e discussão

5.1 Os acordos de empréstimo com o Banco Mundial para Aids

Neste capítulo apresentaremos os resultados da análise documental realizada dos três acordos de empréstimo implementados pelo governo brasileiro para o controle e a prevenção das DST/Aids no País. Nessa etapa do processo de investigação foram consultados e analisados os seguintes documentos:

- Projetos formulados pelo Ministério da Saúde para o controle das DST/Aids aprovados pelo Banco Mundial no período de 1994 a 2003, denominados AIDS I, II e III;
- Relatório de avaliação de desempenho do governo brasileiro realizado pelo Departamento de Avaliação de Operações do Banco Mundial sobre o primeiro e o segundo projetos de controle das DST/Aids;
- Relatório de avaliação do Banco Mundial sobre a proposta do segundo projeto de controle DST/Aids solicitado pelo governo brasileiro.

Nessa parte do estudo, serão descritos os objetivos, os componentes, os avanços e as dificuldades na execução dos convênios com o Banco Mundial, tendo como foco principal a análise do processo de descentralização e da gestão das ações programáticas no âmbito do Ministério da Saúde, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e nas quatro Secretarias Municipais de Saúde selecionadas (Guarulhos, Ribeirão Preto, São José dos Campos e Campinas).

Além da análise dos documentos de gestão mencionados, também serão apresentados os resultados das entrevistas em profundidade realizadas com os coordenadores dos programas de DST/Aids das esferas nacional, estadual e municipal e dos presidentes do Fórum Estadual de ONGs Aids de São Paulo. A análise dos depoimentos desses informantes nos permitiu aprofundar a compreensão da gestão das ações programáticas

em DST/Aids, no período dos convênios com o Banco Mundial e na sua transição para a implantação da política de incentivo via fundo a fundo para as DST/Aids.

O primeiro acordo de empréstimo do governo brasileiro com o Banco Mundial, denominado ***Primeiro Projeto de Controle de DST e AIDS***, teve vigência de junho de 1994 até 1998. O total de recursos do chamado “AIDS I” foi de US\$ 250 milhões, sendo US\$ 160 milhões repassados pelo Banco a título de empréstimo e US\$ 90 milhões provenientes da contrapartida do tesouro nacional, investidos na ampliação das ações de controle das DST/Aids no País.

Os objetivos centrais do projeto foram: a) reduzir a incidência dos casos de HIV e demais DSTs; b) fortalecer instituições públicas e privadas, responsáveis pelo controle das DST/Aids.

Para o alcance desses objetivos, foram definidos quatro objetivos específicos:

- a) definir um programa mínimo de prevenção para o HIV e para as DSTs;
- b) desenvolver e equipar adequadamente um quadro de profissionais da saúde para diagnosticar, tratar e prover serviços sociais para pacientes com HIV/Aids;
- c) implantar a vigilância de HIV/Aids e doenças associadas (DST e tuberculose);
- d) fomentar investimentos no projeto pelos estados e municípios.

O Projeto AIDS I foi estruturado, além disso, em quatro grandes componentes: prevenção, serviços, desenvolvimento institucional e vigilância, pesquisa e avaliação.

Durante sua execução, o projeto “AIDS I” transferiu para todos os estados da Federação e municípios, selecionados por critérios epidemiológicos e de capacidade de atenção instalada para DST/Aids, um total de US\$ 115.840.193. Os estados que receberam o maior volume de recursos foram: São Paulo (US\$ 30.909.393), Rio de Janeiro (US\$ 14.732.832) e Paraná (US\$ 7.053.120). Também foram realizadas transferências para 181 ONGs que implementaram 444 projetos de

prevenção e 140 projetos voltados à assistência, totalizando 584 projetos selecionados em concorrências públicas (Banco Mundial, 2004).

A principal contribuição desse primeiro projeto com o Banco Mundial foi o fortalecimento da estrutura gerencial da Coordenação Nacional DST/Aids no Ministério da Saúde, ampliando sua capacidade de articulação técnica e política junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, às Universidades e às ONGs voltadas para o combate à Aids. A importância atribuída a uma maior estruturação das ações programáticas no País também pode ser verificada no relato do coordenador do Programa Nacional DST/Aids:

“Eu acho que o projeto foi muito positivo para o Brasil. Como o Brasil teve competência para manter as suas diretrizes, acho que ele trouxe resultados muito positivos. Acho que o maior ganho do acordo é a criação de uma estrutura para responder a Aids no Brasil. Estrutura eu tô falando ONGs criadas e estruturadas; criou serviços de saúde, Universidades com grupos de pesquisa. Essa criação de estrutura para responder a Aids está muito dentro do financiamento do Banco Mundial. É a estrutura enquanto estratégia que possibilita aglutinar competência técnica, ela que otimiza na realidade os recursos. Acho eu isso foi um bom ganho.”
(coordenador do Programa Nacional DST/Aids).

Vale lembrar que as bases da resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia no Brasil são anteriores a esse acordo de empréstimo, pois a mesma começou a ser definida em 1983, no Estado de São Paulo, com a criação do primeiro programa para o controle da Aids e, posteriormente, foi ampliada com a implantação de outras coordenações estaduais e a própria coordenação nacional no Ministério da Saúde. O projeto com o Banco Mundial também foi estratégico para difundir a experiência brasileira, como mencionado no depoimento do coordenador nacional:

“O acordo possibilitou disseminar e difundir a resposta, porque os princípios da resposta brasileira são antecedentes ao Banco, desde a origem da resposta

brasileira. O que o acordo permite fazer é jogar essas referências pra tudo quanto é lado.” (coordenador do Programa Nacional DST/Aids).

Durante a execução do Projeto AIDS I, a descentralização das ações de controle das DST/Aids foi operacionalizada por meio da celebração de convênios com as 27 Secretarias Estaduais, 43 Municipais de Saúde, além de Consórcios Intermunicipais e organizações da sociedade civil que militavam nessa área.

Os conveniados eram denominados “executores das ações” e para desempenharem essa função elaboravam planos operativos anuais (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial. O Ministério, através desses convênios, impulsionou a ampliação das ações programáticas em DST/Aids no País, estabelecendo uma relação de financiador, como podemos observar nos seguintes relatos:

“Então como ele [Programa Nacional] começa a ter recursos para o financiamento das ações, ele acaba se estruturando primeiro com esses recursos e segundo criando uma relação de financiador com estados, municípios e a sociedade civil.” (coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

”Quando ele assume o papel do financiamento, ele assume numa perspectiva centralizada, bem centralizada, tanto que na realidade os estados, municípios e ONGs eram vistos como executores, denominadamente os executores. Só passa de fato a incorporar os princípios da descentralização, de fortalecimento de estados e municípios, no finalzinho de 90.” (coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

“O programa nacional tinha que negociar as categorias com o Banco, é lógico que os estados e municípios também tinham que se enquadrar nessas categorias. À medida que a gente dá conta da execução você aprende a lidar com as categorias de despesa.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A ampliação das ações por intermédio dos convênios estabelecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde com o Ministério da Saúde nesse período também foi reconhecida pelas coordenações municipais de DST/Aids como uma estratégia importante para estruturar a rede de assistência em suas realidades:

“O Aids I foi muito importante para a gente estruturar serviços, muito dos recursos marcados do Banco Mundial foram para implementação de serviços. Nós tivemos muita implementação de serviços nessa época, aquisição de insumos, laboratórios, equipamentos, mobiliário, tudo para a estruturação de serviço. O grande avanço para mim foi a estruturação de serviços de referência, a instalação do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico, as modalidades assistenciais, a assistência domiciliar, o hospital-dia, tiveram um avanço muito grande.”
(coordenadora do Programa Municipal C)

O relatório de avaliação de desempenho do Projeto AIDS I, realizado pela equipe técnica do Departamento de Avaliação de Operações do Banco Mundial, apontou como fragilidades e deficiências do acordo de empréstimo as seguintes questões:

- a) o número reduzido de funcionários na unidade de avaliação da Coordenação Nacional DST/AIDS-MS e a falta de equipamentos e instrumentos adequados, impossibilitaram quantificar as realizações do projeto no período de vigência;
- b) a fragilidade nas ações de supervisão das compras realizadas pelas subcontratadas (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e ONGs), tanto pela equipe da coordenação nacional, quanto pelos técnicos do Banco Mundial;
- c) a necessidade de maior integração das atividades de prevenção, fiscalização, diagnóstico, tratamento, treinamento e avaliação.

É possível verificar nos documentos analisados que, durante a vigência do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial, as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde para o controle das DST/Aids no País foram marcadas por um posicionamento verticalizado na

relação com os estados e os municípios conveniados. Esse posicionamento do Programa Nacional contribuiu para a reorganização dos Programas Estaduais e também na atuação desses com os municípios, como podemos constatar no relato da coordenação do programa de São Paulo:

“Em 1993, a instância estadual estava desestruturada, ela não dava uma resposta a contento naquele ano. Então, para que os municípios pudessem elaborar os seus Planos Operativos, o Ministério entrou em contato. Lógico que isso depois foi um desafio nosso, recuperar o espaço da instância estadual nos anos de 1994, 1995, 1996, a gente se consolidar. Mas a ausência de uma resposta estadual mais estruturada em 1993 levou o Ministério a ter uma articulação maior com os municípios. A partir de 1994 a gente consegue ir recuperando esse espaço.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A Coordenação Nacional DST/Aids-MS, considerando esses pontos identificados na avaliação da equipe do Banco Mundial, que também foram referendados pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, além das ONGs parceiras, como aspectos dificultadores durante a execução do Projeto AIDS I, procurou incorporá-los durante a elaboração do segundo acordo de empréstimo.

As equipes envolvidas na formulação do projeto AIDS II desencadearam um processo de trabalho com ênfase no desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento da gestão descentralizada, fomentando a articulação intersetorial e interinstitucional, associada ao controle social nos órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde.

O **Segundo Projeto de Controle de AIDS e DST** foi aprovado pelo Banco Mundial em fevereiro de 1999, sendo planejado para ser executado até o ano de 2002. Contudo, foi solicitada pelo governo brasileiro a prorrogação de seis meses, estendendo sua vigência até junho de 2003. O valor total do financiamento foi de US\$ 296,5 milhões, sendo US\$ 161,5 milhões financiados pelo BIRD e US\$ 135 milhões por recursos nacionais.

Os objetivos centrais do Projeto AIDS II foram: a) reduzir a incidência de casos de HIV e DST; b) expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/Aids.

Os objetivos específicos definidos foram:

- a) ampliar outras atividades de prevenção mantendo o foco das ações nas populações mais vulneráveis;
- b) fortalecer a capacidade de avaliação;
- c) buscar a sustentabilidade do programa através da co-responsabilização de estados e municípios;
- d) identificar intervenções com maior custo-efetividade.

Esse Projeto foi estruturado em três grandes componentes: prevenção de Aids e DSTs, no qual foram alocados US\$ 128 milhões; diagnóstico, tratamento e assistência para pessoas com HIV/DST/Aids, para o qual foram destinados US\$ 102 milhões; e fortalecimento institucional das agências executoras responsáveis pelo controle das DST/Aids, com investimentos de US\$ 70 milhões.

A implementação do Projeto AIDS II ampliou consideravelmente a articulação do gestor federal - Coordenação Nacional DST/Aids, com os estados, municípios e ONGs envolvidos na execução da política pública para DST/Aids no País. Durante sua vigência, as ações nas áreas de prevenção, controle e assistência às DST/Aids foram descentralizadas para 27 Estados e 150 Municípios, ampliando a regionalização das ações, atingindo uma cobertura de 70% das regiões do País com casos Aids notificados. A descentralização das ações é reconhecida pelo gestor estadual em São Paulo como uma importante ferramenta para o avanço das ações programáticas executadas pelos municípios conveniados e também para o financiamento de projetos de ONGs, como podemos constatar:

“Um avanço claro foi a descentralização. A descentralização está muito vinculada à estrutura das coordenações municipais. Acho que o acordo de empréstimo contribuiu muito para estruturar as coordenações municipais e contribuiu também para a sociedade civil no sentido de ter projetos financiados.”
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

O processo de descentralização das ações também teve reflexos positivos na atuação dos coordenadores municipais, especialmente na sua relação com o gestor local. Esses avanços podem ser constatados na comparação que uma coordenadora faz entre o período de vigência do AIDS I e do AIDS II, como observamos nesse relato:

“No Aids I a gente caminhou mais baseado num modelo estabelecido pelo Ministério. Aquele era um modelo e a gente tinha que seguir aquele modelo. O Aids II nos deu a chance de ser mais criativos, mais corajosos, até porque já traziam experiência de discutir mais com a sociedade civil, enfrentar mais um gestor e colocar com toda segurança para ele: o caminho não é esse. Temos que caminhar com base na mudança da epidemia, ela vai mudando nós temos que mudar junto com ela. Então, eu acho que o Aids II trouxe essa mudança para gente, foi maturidade e experiência que a gente ganhou e que fez a gente caminhar de uma maneira diferente.” (coordenadora do Programa Municipal A)

No período, houve um grande incremento na participação das ONGs, sobretudo no desenvolvimento de ações preventivas para populações mais vulneráveis. Foram realizados convênios para o financiamento de projetos de ONGs selecionadas por concorrência pública pelo Ministério da Saúde, nas áreas de prevenção e assistência em todos os estados brasileiros. O número de municípios beneficiados por essas ações nesse período triplicou, comparado ao período do projeto AIDS I. Durante o AIDS II foram financiados 2.163 projetos de organizações da sociedade civil, sendo 1709 (79%) na área de prevenção e 454 (21%) na área de tratamento e assistência. O incremento nas populações mais vulneráveis pode ser verificado no aumento de projetos de intervenção preventiva financiados para usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo, totalizando 649 projetos, que representam 38% das ações do componente prevenção executado por ONGs (Banco Mundial, 2004).

A participação e atuação das coordenações estaduais no processo de seleção de projetos de ONGs Aids, através de concorrências públicas, foi

um outro avanço que começou a ser concretizado nesse processo de descentralização na vigência do AIDS II. Porém, esse avanço foi avaliado como um ponto frágil pela equipe do Banco Mundial na análise do desempenho do projeto, pois foi alegado que a descentralização desse processo foi efetivada em apenas oito estados brasileiros (Banco Mundial, 2004).

Anteriormente, no AIDS I, o papel do gestor estadual estava circunscrito à supervisão técnica dos projetos, geralmente em situações de crises institucionais, ou quando havia alguma denúncia de desvio de recursos. Nesse período, o financiamento para a concorrência de ONGs também estava centralizado no Ministério da Saúde, como podemos verificar nesses depoimentos:

“No Aids I, a seleção pública era totalmente centralizada em Brasília e tenho a impressão que o nosso envolvimento era mínimo nesse processo de repasse de recursos para as ONGs”. (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Todo financiamento era centralizado pelo Ministério. Então, num primeiro momento, a concorrência, a seleção pública de projetos de ONGs e todo financiamento ficava muito atrelado ao Programa Nacional. A coordenação estadual participava muito pouco desse processo, ela participa mais no processo de supervisão dos projetos, principalmente, quando a gente tinha crises na execução, possibilidade de desvio de recursos, existia um envolvimento do Programa Estadual. Nós nos envolvemos mais claramente a partir do Aids II quando houve uma descentralização da seleção pública, aí o estado assume o processo de seleção pública e fica a cargo da coordenação estadual aqui de São Paulo.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A descentralização da seleção dos projetos da sociedade civil, da esfera federal para a estadual foi reconhecida pela instância de representação das ONGs Aids no Estado de São Paulo como um processo relevante, mas que ainda precisaria ser aprimorado quanto à definição de

competências e responsabilidades das coordenações de DST/Aids nos diferentes níveis governamentais:

“Depois que descentralizou, melhorou em alguns aspectos e em outros, não, porque até então a gente não percebe que tem uma mesma linguagem nas três esferas. Então de repente você remete pro município, a fala é uma pro estado, é outra e pro Programa Nacional é outra. Ainda não está consensuado. Claro que é um processo novo, então estão se readequando, tentando acertar, né, mas as competências de cada instância ainda não está 100% descentralizado”. (presidente do Fórum Estadual de ONGs Aids A)

Nessa perspectiva, a definição de competências na esfera municipal se torna mais complexa, na medida em que as relações entre as coordenações de DST/Aids e as organizações da sociedade civil que atuam nesse campo se tornam mais estreitas e, às vezes, essa temática não é uma prioridade na agenda da Secretaria Municipal de Saúde:

“No município é mais complexo porque aí já é uma política de gestão que não tem a Aids como prioridade de sua gestão, né. Então de repente a gente acaba percebendo isso e intensificando as ações pra desmistificar também que a Aids é a prima rica da saúde. Na verdade não é a prima rica da saúde, ela tá conquistando seu espaço dentro de uma política de saúde que remete pra consolidação do SUS”. (presidente do Fórum Estadual de ONGs Aids A)

O processo de descentralização da concorrência dos projetos de ONGs Aids também contribuiu para que a esfera estadual assumisse um papel de mediação dos conflitos gerados na relação com as Secretarias Municipais de Saúde, como podemos verificar nesse depoimento:

“Um grande número de municípios não tinha uma relação amistosa com as ONGs e isso causou muitos problemas para o estado e o Fórum de ONGs Aids.” (presidente do Fórum Estadual de ONGs Aids B)

O fortalecimento das ações de controle social foi destacado pelos representantes do Fórum Estadual de ONGs Aids, como uma estratégia importante para o aprimoramento do processo de descentralização. Contudo, ainda é necessário que os atores que militam nesse campo se apropriem dos mecanismos e das ferramentas técnicas e políticas para o exercício do controle das políticas públicas em DST/Aids:

“Pra mim, mais do que nunca o controle social tem que ser efetivamente uma prioridade no dia-a-dia das ONGs, para que as políticas possam ser implantadas e a descentralização efetivamente realizada”.
(presidente do Fórum Estadual de ONGs Aids B)

“Outra questão fundamental é o monitoramento do Plano de Ações e Metas, então a gente tem que estar muito atento no monitoramento e avaliação dele, porque a gente não tem instrumentos de fato pra esse monitoramento, mas é importante que ele aconteça, porque aí você tem as duas visões tanto do gestor, quanto da sociedade civil.” (presidente do Fórum Estadual de ONGs Aids A)

O acesso a insumos de prevenção, como preservativos masculinos e femininos, também foi ampliado e houve um incentivo na organização de estratégias de comunicação social e mobilização dos serviços de saúde para a importância do acesso ao diagnóstico precoce, tendo como resultado a duplicação do número de locais para realização de exames sorológicos, ofertados com aconselhamento das equipes de saúde.

No ano de 2003, segundo dados do Ministério da Saúde, os Centros de Testagem e Aconselhamento totalizam 237 serviços no País, com cobertura em todas as regiões brasileiras e maior concentração das unidades na região sudeste (32,4%), sendo 44 serviços (18,5%) localizados no Estado de São Paulo, onde está a maioria das unidades implantadas no País (Ministério da Saúde, 2004).

Entretanto, apesar de ter havido uma ampliação das atividades de prevenção, essa expansão continua sendo insuficiente diante das demandas cada vez mais complexas, colocadas pelas tendências epidemiológicas de heterossexualização, feminização e interiorização da epidemia no país. A

cobertura das ações preventivas, implementadas pelas coordenações estaduais e municipais e também pelas ONGs, apresenta grandes desigualdades nas diferentes regiões brasileiras e também inter e intra unidades federadas.

Um dos fatores que podem explicar a baixa cobertura das ações de prevenção refere-se à priorização das ações de assistência pelas coordenações estaduais e municipais nos Planos Operativos Anuais desenvolvidos no AIDS I e II. Nesse período, as equipes municipais ainda não estavam suficientemente preparadas para o desenvolvimento de ações preventivas no seu cotidiano, mas houve investimento na formação dos profissionais, como destaca o relato de uma coordenadora:

“A gente teve poucas ações de prevenção, elas foram muito pontuais, serviram muito para aprendizado, mas de baixo impacto. A minha opinião é que a gente teve um pequeno impacto, mas obviamente, para quem não tinha nada talvez o impacto tenha sido muito maior quando você olha a história, mas olhando para o município a gente estava aprendendo.” (coordenadora do Programa Municipal C)

Outro elemento que também parece ter dificultado a implementação das ações preventivas pode estar associado à delegação dessas atividades para as ONGs que, apesar de terem desenvolvido experiências exitosas no campo da prevenção, sua atuação nesse período estava restrita a alguns segmentos da população (adolescentes, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis), atingindo um número limitado de pessoas através dos projetos financiados. Essas dificuldades podem ser constatadas no depoimento dos coordenadores:

“Se delegou no país a ação de prevenção para a sociedade civil, naquela coisa assim, meio que se confundiu que a educação feita pelos pares na comunidade, como ação feita por ONG. Não precisa, isso é uma distorção grande, dizer que o único que tem competência de trabalhar com a lógica de comunidade de pares seja as ONGs (...) elas não têm extensão, não conseguem garantir grandes estruturas de intervenção, são bem frágeis na continuidade, são

processos irracionais porque via de regra tem concentração das ONGs em determinados locais, então jamais vai ser universal. Então pra mim a grande dívida dos municípios é a ação de prevenção, por um motivo simples, porque ela não é realizada”. (coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

“A articulação com a sociedade civil, as ONGs, a gente tinha uma ONG que trabalhava com profissionais de sexo, isso estava na missão do programa, então, a gente se fortaleceu, se aproximou da ONG, ficou fazendo um trabalho conjunto com a população de homens que fazem sexo com homens com outra ONG. Então a gente pôde se fortalecer nessas estratégias e assim foi que a gente foi se articulando na questão da prevenção.” (coordenadora do Programa Municipal D)

Em relação à assistência, principalmente relacionada ao HIV/Aids no período, houve uma quintuplicação nas instalações para tratamento ambulatorial especializado, através da rede de Serviços de Assistência Especializada (SAE) uma quase duplicação no número de Hospitais-dia e o credenciamento de leitos hospitalares em mais de 50 hospitais. Essa organização da atenção em HIV/Aids reduziu o número de internações por Aids, de 0,8 pacientes em 1997 para 0,3 em 2001, gerando reduções e uma economia significativa no custo do tratamento, além da economia resultante da redução no número de infecções oportunistas, decorrentes do acesso universal e da adesão à terapêutica com anti-retrovirais.

Embora o projeto não tenha financiado diretamente essa rede de serviços, as ações de formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados, a implantação de protocolos e a realização de estudos para verificar a qualidade da atenção e a adesão ao tratamento anti-retroviral, foram financiados com recursos do acordo de empréstimo nesse período.

O Projeto AIDS II foi submetido à avaliação de desempenho pelo Departamento de Avaliação de Operações do Banco Mundial, que destacou as seguintes fragilidades (Banco Mundial, 2004):

- a) a baixa cobertura das ações preventivas junto aos segmentos mais vulneráveis da população, considerando que essas ações atingem 10% da população estimada de usuários de drogas injetáveis; 52% entre

homens que fazem sexo com homens, e destaca a preocupação com o desconhecimento da estimativa de profissionais do sexo feminino e masculino a serem beneficiados pelas atividades voltadas à adoção de práticas e atitudes seguras;

- b) a eficácia e a qualidade das ações implementadas para redução da transmissão materno-infantil do HIV, considerando que apenas 40% das mulheres grávidas do País foram testadas e das soropositivas identificadas, somente 32% foram beneficiadas pelo protocolo de tratamento;
- c) o reduzido acesso ao diagnóstico e tratamento das DSTs na rede básica e a descontinuidade na aquisição e oferta de medicamentos para o tratamento dessas doenças, em vários estados que não assumiram adequadamente sua função gestora;
- d) apesar dos dados e estudos disponíveis sobre as ações executadas pelo Projeto AIDS II, a equipe do Banco ressalta que não há uma estratégia ou um sistema de avaliação que permita aferir os resultados e os impactos do projeto em várias áreas, e orientar os gestores e demais responsáveis pela tomada de decisões;
- e) a questão da sustentabilidade das ações implementadas pelo Projeto é fundamental para sua continuidade e depende de uma maior capacidade de descentralização e co-responsabilização dos estados e municípios nos processos de financiamento e tomada de decisão, considerando que a gestão do setor saúde no País, segundo o Banco, apresenta alto grau de descentralização;
- f) somente oito estados da Federação transferiram e descentralizaram a gestão dos recursos financeiros destinados ao custeio dos subprojetos de ONGs, bem como o processo de seleção pública de projetos de prevenção e assistência em DST/HIV/Aids.

O processo de planejamento das ações nos projetos AIDS I e II seguiu uma lógica própria, que precisou ser incorporada ao cotidiano das coordenações. A coordenação nacional reconheceu a especificidade da matriz do planejamento, e avalia que a mesma contribuiu positivamente para

o processo de programação do que para o planejamento em um sentido mais amplo, pois o mesmo acabou assumindo um caráter normativo e centralizado, como podemos verificar nesse depoimento:

“A Aids tem uma coisa muito específica, muito particular, ela teve um processo de programação muito forte. Teve um processo até de planejamento meio normativo. Eu acho que de fato isso marcou a Aids e isso é um ponto que contribui para diferenciar a resposta de Aids no país, já que não se tem processos de planejamento em outras áreas com tanta sistematização como na Aids. Mas era um planejamento muito voltado para programação, pegando só a parte de programação, já na hora de fazer o plano mesmo, discutir os objetivos, mas como todo planejamento normativo a missão era uma coisa de outro mundo.” (coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

Observa-se também que a discussão sobre a missão do Programa, que remeteria a um debate sobre os valores norteadores e a uma definição de uma visão estratégica do processo de gestão das ações programáticas, foi, nesse momento, pouco valorizada pela coordenação nacional.

Ainda sobre a matriz lógica do planejamento, no acordo de empréstimo com o Banco Mundial, a Coordenação Nacional DST/Aids não teve dificuldades para incorporá-la, porque no período havia vários outros convênios sendo executados em outros setores que se utilizavam da mesma matriz, além do governo federal possuir uma burocracia técnico-administrativa permanente e com experiência acumulada nessa área, como destaca o coordenador nacional:

“Tem os modelinhos, é fácil, e como tem vários acordos de empréstimo, Brasília é ótima nisso. Porque treinou uma burocracia para acordos de empréstimo com pessoas treinadas, capacitadas, com experiência, que transitam de um projeto para o outro. Acabou o da Aids, vai para outro lado, vai para Educação, para Agricultura. Tem uma burocracia treinada ali, pega o modelinho da matriz lógica, e em poucos minutos, está lá pronto o modelinho. Se é bom, é outra coisa!” (coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

No âmbito do Estado de São Paulo, o processo de planejamento das ações programáticas foi orientado pelas diretrizes do programa nacional. Nesse período, os planos operativos eram elaborados anualmente e não havia ainda preocupação com um plano que fosse formulado para médio e longo prazo. As necessidades identificadas pela coordenação eram distribuídas nas categorias de despesa, respeitando-se o marco lógico e as regras do Banco Mundial para a execução dos recursos financeiros, além da alocação da contrapartida exigida, como podemos observar:

“As diretrizes do planejamento, a meu ver, eram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pelo Programa Nacional. Investimento em prevenção, investimento em capacitação, investimento na estrutura de serviço, na estrutura de CTAs [Centros de Testagem Anônima], porque naquele momento era bastante importante, também definindo as contrapartidas desde esse início.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A capacidade para responder às questões administrativas e financeiras foi uma preocupação importante dos coordenadores municipais durante a implementação dos planos operativos anuais nos projetos AIDS I e II. Muitas vezes, essas questões foram priorizadas em relação ao próprio investimento no planejamento técnico das ações para o controle da epidemia:

“O primeiro POA do Aids II foi executado na mesma lógica que tinha sido dada nos outros POAs. Na época a gente investiu na construção do SAE [Serviço de Assistência Especializada] pediátrico, laboratório, insumo de prevenção para rede, material educativo, material instrucional, usando basicamente a mesma matriz, porque tinha que ser feito rapidamente, tudo é rápido. Então, basicamente, foi usada a mesma matriz para receber o repasse.” (coordenadora do Programa Municipal B)

“Quando eu assumi não tinha um plano operativo elaborado e o município teve uma situação muito difícil, então, nós perdemos um dos repasses e deveria acontecer um novo convênio com o Banco Mundial, um novo plano operativo deveria ser

elaborado mais por conta dessa pressão também.”
(coordenadora do Programa Municipal B)

A garantia de uma execução financeira compatível com o marco lógico do acordo de empréstimo e as exigências do Banco Mundial levou a coordenação nacional a desenvolver sistemas específicos para o controle da execução dos convênios, especialmente dos recursos financeiros. Esses mecanismos de controle exigidos pelo Banco significavam custos adicionais para a execução dos projetos e foram incorporados ao processo de gestão nas coordenações estaduais e municipais de DST/Aids:

“O custo para assimilar um acordo de empréstimo também é alto, todas as questões de contratação... Você tem que manter um sistema de controle e de execução do acordo de empréstimo que é paralelo e não tem jeito não, porque tem que fazer um processo que é específico, que não pode entrar na rotina, tem que ter um sistema de controle específico e tem que capacitar as pessoas para lidar com as regras do Banco, para controlar a execução. Então esse custo é um custo que não está computado, mas é um custo que é pago pelo País e não é pago pelo Banco, embora seja para obedecer as regras do Banco.”
(coordenador do Programa Nacional DST/Aids)

“Os sistemas eram muito mais de prestação de contas, era o SOI, que era o sistema pelo qual nós tínhamos a declaração de gastos que nós tínhamos que apresentar mensalmente ao Ministério, da utilização dos recursos, do andamento dos recursos, dos processos em andamento, dos processos empenhados, dos processos finalizados. Então no Aids I o sistema de informação que mais me lembro é o sistema de financeiro, porque nós tínhamos que nos estruturar para dar conta da declaração do financeiro, da utilização do recurso para que o Ministério pudesse ao mesmo tempo alimentar o sistema junto ao Banco. E no Aids II eu continuo com essa impressão.”
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Os coordenadores municipais de DST/Aids também relataram várias dificuldades decorrentes da limitada capacidade técnica e administrativa instalada nas Secretarias Municipais de Saúde para incorporar essa matriz

lógica de planejamento e o sistema de prestação de contas no seu processo de trabalho na execução do AIDS I e II. Constata-se também que alguns planos operativos, devido às dificuldades encontradas, não conseguiram executar o que havia sido planejado no plano original:

“Quando nós recebemos o repasse, nós tivemos uma dificuldade administrativa muito grande para executar o recurso. Me lembro como se fosse hoje quando a nossa coordenadora estadual me chamou para me perguntar porque eu não tinha desencadeado nenhuma ação. Eu me lembro como se fosse hoje quando eu falei para ela que eu tinha dificuldades aqui dentro [Secretaria Municipal de Saúde]”. (coordenadora do Programa Municipal B)

“A grande dificuldade era executar o recurso dentro das estruturas administrativas de aquisição pública ou burocrática da própria secretaria de saúde. Era muito difícil você tanto executar o recurso em tempo hábil para prestação de contas, quanto mantê-lo no plano aprovado para o Aids I. O risco de pulverização desses recursos ou de nó em pingo d’água foi muito grande e aconteceu. Então muitas coisas que foram adquiridas não necessariamente conseguiram ficar dentro do programa de Aids.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Esse convênio foi firmado em 95 e quando eu assumi a coordenação em 96 ele não tinha sido utilizado, porque o que tinha sido elaborado dentro do Plano Operativo Anual (POA) não era o que estava sendo executado, e aí assim não tinha uma coordenação muito clara das ações e do que foi pactuado. Então nessa época, quando eu assumi, eu, inclusive, tive que refazer o primeiro POA e fazer algumas prestações de contas retroativas por conta dessa dificuldade”. (coordenadora do Programa Municipal D)

Durante a implementação do AIDS I e II, considerando todas as dificuldades que as coordenações municipais enfrentaram para executar os planos operativos, o apoio técnico, político e administrativo realizado pelas coordenações nacional e estadual de DST/Aids aos municípios foi muito relevante. Nesse período, houve uma intensa formação dos coordenadores,

qualificando-os para a execução adequada das regras do Banco, como constatamos nesses relatos:

“A capacitação foi muito importante para a gente, porque, quando eu cheguei a primeira vez no Ministério da Saúde, eu não sabia nem o que ia acontecer comigo, e se eu ia conseguir dar conta da responsabilidade que tinham colocado para mim. E era uma situação nova, diferente, totalmente diferente de você lidar com convênio, com um recurso sempre vinculado para estabelecer um sistema de atendimento com vários componentes.” (coordenadora do Programa Municipal A)

“Foi muito complicado, mas eu também acho que a coordenação, e na época era centralizado no governo federal, no Ministério da Saúde, o Programa Nacional, também teve uma postura acolhedora até no sentido de capacitar quem estava chegando e discutir esse amedrontamento desse bendito marco lógico. Ele deu uma formação para nós coordenadores.” (coordenadora do Programa Municipal D)

“Eu acho que é fundamental a presença do Programa Estadual, as áreas técnicas, as áreas de gerência dentro do programa foram fundamentais, muito próximas sempre também, muito próximas, muito corajosas sempre que a gente precisava peitar ou enfrentar alguma coisa juntos.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Nós tivemos muita, muita vinda do Ministério para cá para ajudar a execução, para ensinar prestar contas, para tirar dúvidas. A gente foi muitas vezes para lá, nós encontrávamos muitos outros coordenadores, Brasil afora e estado afora e nos encontros nacionais, que foram muito importantes para a gente dar uma homogeneizada, trocar experiências e formação, um monte de coisas, eram bem próximos e bem legítimos.” (coordenadora do Programa Municipal C)

Sendo o planejamento um elemento imprescindível para a gestão adequada das ações programáticas em DST/Aids, verifica-se que essa etapa foi sendo aperfeiçoada pelos gestores durante a execução do projeto AIDS II. Na coordenação estadual de São Paulo, esse investimento para qualificar as ações de planejamento foi impulsionado através do

aprimoramento das ferramentas gerenciais e da capacitação dos gerentes de todas as áreas da coordenação:

“Em decorrência da estruturação do Programa e com outras agências se aproximando do Programa tanto Nacional como Estadual, teve uma ferramenta gerencial que é o APROGE – Auto Avaliação de Processos Gerenciais – segundo o qual todo um diagnóstico do Programa em termos de institucionalização, em termos de desenvolvimento de planos, gerência de recursos é colocado naquele momento, no ano de 98”. (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Esse processo de fortalecimento das ações de planejamento na coordenação estadual foi contínuo, e apoiado em sua condução por agências que atuavam no País em parceria com o Ministério da Saúde, resultando na elaboração do primeiro planejamento estratégico para DST/Aids no Estado de São Paulo, que foi um diferencial em relação à lógica dos planos operativos anuais. O depoimento a seguir evidencia a importância dessa fase:

“No momento de APROGE, a gente começa a identificar algumas fragilidades, acho que é um momento de reflexão de fragilidades e, logo na seqüência, o Programa Nacional coloca a necessidade da elaboração de planos estratégicos estaduais, nós tínhamos discutido muito isso no APROGE. Então, o empenho em dar conta da elaboração de um plano estratégico está muito vinculado a essa reflexão que o APROGE propiciou, ele teve sua contribuição de forma inegável, para um determinado momento em que nós precisávamos sair de um voluntarismo que é característica da nossa equipe, para um profissionalismo maior.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Uma ficha que caiu com o APROGE foi que nós éramos coordenação, nós não éramos Programa. Nós éramos basicamente a coordenação de um programa que estava construído pelos vários atores, que é uma questão que até hoje é muito clara para todos nós e que nos levou a fazer depois, no segundo APROGE, trazendo outros atores. Então, no primeiro éramos

apenas nós da coordenação e no segundo nós trouxemos representantes de DIRs, municípios e outras instituições da Secretaria.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A realização do planejamento estratégico também contribuiu para o fortalecimento da gestão da política de DST/Aids no Estado de São Paulo, envolvendo, na fase de elaboração, diversos atores-chave em um processo ascendente, no qual participaram representantes das coordenações municipais, das Direções Regionais de Saúde, das coordenadorias do nível central da Secretaria Estadual, do Instituto Adolfo Lutz e de outras Secretarias Estaduais, como a Educação, a Justiça, a Segurança Pública e a Administração Penitenciária, além do Fórum Estadual de ONGs Aids.

Esse importante documento, norteador da gestão do Programa Estadual DST/Aids, definiu, três objetivos para o período de 2002 a 2005, para serem implementados pelo conjunto de atores, uma vez que foi pactuado que toda essa rede de atores representa o programa no âmbito estadual, e não apenas a sua equipe de coordenação. Os objetivos definidos foram:

- 1. Fomentar e implementar a elaboração e implantação de políticas públicas que permitam incorporar em todas as instâncias do SUS, em todos os níveis de atenção, as ações de prevenção e assistência em DST/HIV/Aids;*
- 2. Reduzir a incidência de DST/HIV/Aids, promovendo a adoção de práticas e atitudes seguras na população;*
- 3. Reduzir a morbi-mortalidade e a letalidade e aumentar a sobrevida dos portadores de DST/HIV/Aids como forma de contribuir para a promoção e melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas.*
(Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CEDST/Aids, 2001)

Esse planejamento também identificou e pactuou um conjunto de treze estratégias, constituindo, assim, os eixos prioritários para sua operacionalização. Destacam-se a seguir, três estratégias relevantes para a gestão da política estadual de DST/Aids na Secretaria da Saúde. Essas

estratégias, do mesmo modo, passaram a orientar a execução do último plano operativo anual e, posteriormente, o processo de transição para a implantação da política de incentivo para DST/Aids via fundo a fundo:

1- *"Participar ativamente nas instâncias de pactuação, gestão e controle social do SUS - COSEMS, CIB, CES, CMS, e das instâncias internas (CIP, CPS, CSRMGSP, CSI e CRH) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo"*;

2- *"Contribuir para o fortalecimento e implementação da capacidade gerencial e desenvolvimento tecnológico de todas as instâncias de gestão, planejamento e avaliação do SUS, envolvendo as ações estratégicas em DST/HIV/Aids no Estado de São Paulo, com vistas a garantir a sua sustentabilidade"*;

3- *"Contribuir e participar ativamente na formulação, implantação, implementação e consolidação de políticas públicas relacionadas às DST/HIV/Aids, junto às outras Secretarias de Estado e demais instâncias dos poderes públicos". (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CEDST/Aids, 2001)*

Considerando as evidências analisadas nos documentos de gestão e nos depoimentos de nossos informantes, concordamos com Grangeiro (1999, 2003) quando propõe que, para compreendermos o processo de implementação do Projeto AIDS II no País, devemos considerar como elementos importantes da análise dessa modalidade de financiamento a incipiência das estruturas de gestão nas esferas estaduais e municipais e a falta de quadros preparados para o exercício da gestão, do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações programáticas em DST/Aids.

Considerando as avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/Aids consensuaram que o próximo convênio, que foi denominado de **Projeto de Controle de AIDS e DST III**, aprovado em abril de 2003, deveria ter como eixos norteadores:

a) o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada;

b) o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DSTs, na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e na melhoria da qualidade da atenção às DST/Aids oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País.

O período de execução do Projeto AIDS III foi programado para três anos, e o valor total do financiamento negociado foi de US\$ 200 milhões, sendo US\$ 100 milhões repassados a título de empréstimo pelo Banco e US\$ 100 milhões custeados pelo governo brasileiro com recursos do Tesouro das esferas federal, estadual e municipal de saúde (Banco Mundial, 2002).

A equipe do Banco Mundial, ao justificar a aprovação do Projeto AIDS III, pleiteado pelo governo brasileiro, destacou a relevância que deve ser dada às ações de prevenção da Aids, considerada uma questão de alta prioridade na agenda do Banco nos últimos anos. Enfatizou, também, a importância da resposta brasileira para o controle da epidemia no cenário internacional, tecendo os seguintes comentários:

O projeto é importante por causa da grande visibilidade em todo o mundo. Esse projeto tem sido um líder em muitos sentidos. Apesar de a cobertura não ser tão boa quanto poderia ser em algumas áreas, os resultados estão entre os melhores. As lições aprendidas serão aplicáveis à maioria dos programas de prevenção de AIDS apoiados atualmente pelo Banco. Além disso, quaisquer ganhos na contenção da epidemia no Brasil certamente terão repercussões em outros países. (Banco Mundial, 2002:05)

O objetivo central do Projeto AIDS III foi a redução da incidência das DSTs e do HIV e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, por meio de ações que promovessem o fortalecimento da eficácia e da eficiência da resposta brasileira e da garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos (Banco Mundial, 2002)

Para alcançar esses objetivos, foram definidas as seguintes estratégias (Banco Mundial, 2002):

- a) melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços prestados nas áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica das DST/HIV/Aids;
- b) descentralização do financiamento e da administração das ações programáticas para estados e municípios, de acordo com as diretrizes da política nacional de saúde;
- c) fortalecimento da administração das ações programáticas, desenvolvendo e consolidando sistemas de monitoramento e avaliação;
- d) introdução e desenvolvimento de inovações tecnológicas e atualização da tecnologia existente para o tratamento e prevenção das DST/HIV/Aids;
- e) redução da discriminação e do estigma associados ao HIV/Aids.

Dentre os componentes do Projeto AIDS III, o fortalecimento da gestão do programa é apontado como uma estratégia de fundamental importância para a sustentabilidade da resposta brasileira, aperfeiçoando sua capacidade para continuar alcançando efeitos positivos na redução e no controle da vulnerabilidade às DST/HIV/Aids no País.

Nesse contexto, a sustentabilidade da resposta nacional está condicionada à sua capacidade de descentralizar o financiamento e institucionalizar as ações programáticas para a assistência e a prevenção das DST/HIV/Aids nos diferentes níveis de governo, consolidando, assim, as funções gestoras já pactuadas no SUS.

Para tanto, faz-se necessária a qualificação e o desenvolvimento das práticas de gestão e gerência, sobretudo a produção, a sistematização e a aplicação de informações estratégicas sobre os resultados e os impactos das ações, orientando as decisões dos coordenadores sobre as políticas públicas pertinentes.

5.2 A política de incentivo para DST/Aids no SUS

Nesta parte do estudo, apresentaremos a análise do processo de implantação da política de incentivo para DST/Aids nas diferentes esferas

governamentais, identificando e discutindo suas contribuições e desafios para a gestão e para a descentralização das ações programáticas em DST/Aids no País.

Para realizarmos a análise documental foram consultados os seguintes documentos:

- Relatórios produzidos pela unidade de assessoria e planejamento da Coordenação Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde;
- Portarias Nº 2313 e 2314 de 19 e 20/12/2002 editadas pelo Ministério da Saúde, dispoendo sobre a instituição da modalidade de financiamento via incentivo para DST/Aids no País;
- Plano de Ações e Metas para DST/Aids – Ano 2003 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Planos de Ações e Metas para DST/Aids – Ano 2003 das Secretarias Municipais de Saúde de Guarulhos, Ribeirão Preto, São José dos Campos e Campinas;
- Balanço do Plano de Ações e Metas de 2003 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Relatório de avaliação do Banco Mundial sobre o pleito do governo brasileiro para o Projeto Aids III (PID Nº 11512).

Nessa análise, assim como nos itens que apresentamos anteriormente, também são discutidos os resultados das entrevistas realizadas com os coordenadores dos programas de DST/Aids das esferas nacional, estadual e municipal e dos presidentes do Fórum Estadual de ONGs Aids de São Paulo.

A modalidade de financiamento fundo a fundo para DST/Aids foi instituída pelo Ministério da Saúde com a regulamentação das portarias Nº 2313 e 2314, publicadas em 19 e 20 de dezembro de 2002. As portarias dispõem sobre o sistema de transferência de recursos do governo federal, para os estados, Distrito Federal e municípios, alocando US\$ 100 milhões/ano para o custeio das ações programáticas executadas pelas coordenações estaduais e municipais de DST/Aids, e para o financiamento de projetos em parceria com a sociedade civil.

A política de incentivo via fundo a fundo começou a ser implantada em janeiro de 2003, transferindo recursos do Fundo Nacional de Saúde para todos os 27 Fundos Estaduais e 415 Fundos Municipais de Saúde, em localidades epidemiologicamente estratégicas, que foram selecionadas para o controle da epidemia no País. Os municípios habilitados em 2003 concentram 89,6% dos casos Aids notificados no Brasil (Ministério da Saúde, 2004).

Os critérios de seleção dos estados, do Distrito Federal e dos municípios foram definidos pelo Ministério da Saúde nas portarias mencionadas e foram baseados nos seguintes parâmetros:

- a) magnitude da epidemia de Aids no respectivo território;
- b) capacidade de planejamento das ações;
- c) estabelecimento de metas coerentes com as tendências epidemiológicas da Aids no território;
- d) definições dos processos de descentralização e regionalização baseados na NOB/96 e na NOAS/02.

Para a composição do universo de municípios beneficiados por essa modalidade de financiamento foi considerada, em relação à magnitude da epidemia, o número total de casos Aids notificados entre 1988 a 2000 e a velocidade de crescimento da epidemia, no período compreendido entre 1991 a 1998. A participação anterior em convênios com o Ministério da Saúde através dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial - Projetos AIDS I e II - foi outro elemento considerado para verificar a capacidade institucional na implementação de ações programáticas, além das deliberações das Comissões Intergestores Bipartite em cada estado.

Segundo as portarias federais Nº 2313 e 2314, para realizar o pleito ao Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios demonstraram por meio dos documentos de gestão, os seguintes itens:

- a) existência de equipe técnica responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações programáticas em DST/Aids, reconhecida por ato normativo do gestor de saúde local;

- b) compromisso com a implementação do plano de ação, assegurando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde designados para atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids;
- c) pactuação entre o município beneficiado pelo recurso do incentivo e os municípios que referenciam demandas, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a NOAS/02;
- d) compromisso com a alocação e aplicação dos recursos próprios para DST/Aids exigidos pela portaria, segundo o percentual da referida região administrativa;
- e) compromisso com o fortalecimento dos mecanismos de participação da sociedade civil vinculada às ações de DST/Aids, articuladas aos respectivos Conselhos de Saúde, nas fases de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas;
- f) pactuação aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a definição da responsabilização dos estados e dos municípios na aquisição e gerenciamento logístico dos medicamentos, para o tratamento das infecções oportunistas em Aids e também das demais DSTs.

O instrumento de programação instituído pelo Ministério da Saúde para o processo de qualificação ao pleito do incentivo foi o Plano de Ações e Metas em DST/Aids (PAM), em que os estados e os municípios apresentaram um diagnóstico da realidade epidemiológica, analisando os avanços e os desafios relacionados ao controle da epidemia e à capacidade instalada para atenção às DST/HIV/Aids. Nesse plano também foram definidas e descritas as metas, os resultados esperados e os meios de verificação de seu alcance, as áreas de atuação selecionadas e as ações prioritárias que foram custeadas com os recursos do incentivo.

Os resultados esperados no PAM foram vinculados a três áreas: promoção e prevenção, desenvolvimento institucional e assistência. Também poderiam ser elaboradas ações em parceria com organizações da sociedade civil, sendo que essas foram facultativas para os municípios e obrigatórias para os estados.

Nessa política de incentivo também foram definidas as responsabilidades das esferas nacional, estadual e municipal, que deveriam ser observadas pelos gestores durante a elaboração dos planos.

Essas responsabilidades foram orientadas segundo os parâmetros e as diretrizes da descentralização pactuadas na NOAS/02, que define a constituição de regiões e de microrregiões de saúde para otimizar a capacidade instalada na oferta de serviços. De acordo com esses parâmetros, nos municípios-sede de módulo assistencial ou nos municípios-pólo regionais, o PAM deveria incluir ações de referência para todos os demais municípios da região de saúde.

Nesse contexto, as responsabilidades definidas para cada esfera de gestão foram:

"No âmbito federal, além da responsabilidade de formulação das macropolíticas setoriais em HIV/Aids e outras DST e da participação no financiamento das ações, caberá adequar a implementação do Incentivo ao comportamento da epidemia no território nacional e desenvolver os processos de coordenação e regulação que garantam o alcance das metas e dos resultados pelos estados, Distrito Federal e municípios. Nesse sentido, serão observados os mecanismos relativos ao planejamento, pactuação, financiamento, avaliação e controle social do SUS, bem como mecanismos específicos da Coordenação Nacional DST/Aids - Secretaria de Políticas de Saúde/MS, de acordo com as exigências para o enfrentamento da epidemia". (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002: 5)

"No âmbito estadual, caberá ainda à gestão respectiva a responsabilidade pelo estudo e análise permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, além do monitoramento, acompanhamento, avaliação e controle específicos dos municípios que recebem o incentivo e a participação no financiamento do conjunto de ações de estado" (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002: 5)

"Cabe aos municípios, a elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil, de Plano de Ações e Metas em HIV/Aids e outras DST, a ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o diagnóstico da epidemia no território do município, as formas de integração entre órgãos e setores municipais e das ações programáticas em saúde no combate à epidemia e o

detalhamento das metas, ações e programação a serem implementadas no município, referentes a:

1.1 - desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando a qualificação permanente das ações em HIV/Aids e outras DST;

1.2 - desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção para o HIV/Aids e outras DST, dirigidas à população em geral e aos grupos mais vulneráveis e de risco, acrescido, por meio da realização de campanhas de massa, intervenções educativas, ações de garantia de direitos humanos e propostas de redução de riscos (...);

1.3 - formação e capacitação de profissionais que atuam com HIV/Aids e outras DST, das diversas redes de serviços, governamental e não governamental, priorizando: diagnóstico, aconselhamento e encaminhamento para testagem do HIV; atenção à saúde dos indivíduos HIV positivos; diagnóstico precoce e tratamento de DST; vigilância epidemiológica de HIV, Aids e principais DST; atendimento de intercorrências e medidas de promoção à saúde e de prevenção em HIV/Aids e outras DST;

1.4 - incorporação, estruturação e organização de novas tecnologias de serviços de diagnóstico, assistência e tratamento para o HIV/Aids e infecções oportunistas, conforme pactuação entre os gestores;

1.5 - elaboração de relatório anual contendo a avaliação das ações realizadas sobre a epidemia de Aids, a infecção pelo HIV e a disseminação das outras DST no seu território, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, SES/Coordenação Estadual de DST/Aids e Coordenação Nacional DST/Aids/MS. (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002: 8-10)

O financiamento do incentivo integra recursos das três esferas de governo e seus valores foram discriminados e vinculados às ações propostas pelos estados e pelos municípios nos PAM. Os valores de referência destinados a cada estado e aos municípios selecionados foram definidos pelo Ministério da Saúde em pactuação realizada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Também foram pactuados os percentuais que deveriam ser alocados como recursos próprios, sendo 25% para estados e municípios localizados nas regiões Sul e Sudeste do País, e 15% para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A pactuação também deliberou que 10% do valor global repassado a cada unidade federada deveriam ser aplicados no financiamento de projetos em parceria entre as Secretarias Estaduais e as Organizações Não Governamentais que atuam para o controle e assistência das DST/Aids, selecionadas em processos de concorrência pública por um comitê assessor constituído para essa finalidade.

Os valores de referência para o ano de 2003, para o conjunto dos estados, Distrito Federal e municípios selecionados para o incentivo, totalizaram R\$ 117.587.963,49, incluindo R\$ 1.947.673,48 referentes à fórmula infantil. Desse montante, foram transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde R\$ 35.666.953,69, incluindo R\$ 10.000.000,00 para o financiamento de projetos com Organizações Não Governamentais, representando 35,7% do valor global do incentivo. Para os municípios foram transferidos R\$ 64.333.046,31, ou seja, 64,3% do recurso (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002:35).

No quadro 2 observa-se que os recursos do incentivo para DST/Aids foram transferidos nos anos de 2003 e 2004 para estados e municípios das cinco regiões administrativas do País, sendo que a região Sudeste foi a que concentrou o maior volume de recursos, cerca de R\$ 60 milhões, seguida das regiões Nordeste e Sul com aproximadamente R\$ 23 milhões e R\$ 19 milhões, respectivamente.

Quadro 2- Valores em R\$ transferidos aos estados e aos municípios, segundo região administrativa, 2003-2004.

Em R\$ 1,00

VALORES REPASSADOS (2003/2004)			
REGIÃO	INCENTIVO	FÓRMULA INFANTIL	TOTAL
NORTE	6.188.451,74	100.184,12	6.288.635,86
NORDESTE	23.688.195,08	269.562,49	23.957.757,57
CENTRO-OESTE	8.134.545,29	92.214,89	8.226.760,18
SUDESTE	58.935.346,03	1.113.906,63	60.049.252,66
SUL	18.693.751,87	371.805,35	19.065.557,22
TOTAL	115.640.290,01	1.947.673,48	117.587.963,49

Fonte: Ministério da Saúde - CNDST/Aids, ASPLAV, 2004.

As diferenças no montante transferido às cinco regiões administrativas devem-se ao fato de o número de estados e municípios habilitados para o incentivo variar de uma região para outra, devido aos critérios estabelecidos para seleção e indicação dos mesmos ao processo de habilitação, descrito anteriormente.

Os dados do quadro 3 indicam o número de estados e municípios selecionados, bem como aqueles que completaram o processo do pleito do incentivo ao Ministério da Saúde, até a data de 24/08/2004. As informações demonstram que todas as 27 Unidades Federadas indicadas finalizaram o processo de habilitação. A região Sudeste lidera o *ranking* dos municípios selecionados, com um total de 229 e, desses, 222 completaram a habilitação, seguida pela região Sul com 95 selecionados e habilitados. A região Norte possui o menor número de municípios selecionados e habilitados, totalizando 14 cidades. Nota-se que todos os municípios selecionados finalizaram o pleito do incentivo, com exceção de sete municípios pertencentes ao Estado de São Paulo, onde um município não foi habilitado, e os outros seis foram incorporados posteriormente ao fundo a fundo com recursos do próprio PAM estadual, transferidos para esses Municípios.

Quadro 3- Distribuição do número de estados e municípios selecionados e qualificados para o incentivo, segundo região administrativa no País, 2004.

Região / UF	Quantidade de Estados e Municípios Selecionados (portaria 2313)		Total de Pleitos Qualificados até 24/08/2004		
	Estado	Município	Estado	Município	Geral
NORTE	7	14	7	14	21
Acre	1	1	1	1	2
Amapá	1	1	1	1	2
Amazonas	1	2	1	2	3
Pará	1	5	1	5	6
Rondônia	1	1	1	1	2
Roraima	1	1	1	1	2
Tocantins	1	3	1	3	4
NORDESTE	9	50	9	50	59
Alagoas	1	2	1	2	3
Bahia	1	11	1	11	12
Ceará	1	5	1	5	6
Maranhão	1	7	1	7	8
Paraíba	1	5	1	5	6
Pernambuco	1	13	1	13	14
Piauí	1	4	1	4	5
Rio Grande do Norte	1	2	1	2	3
Sergipe	1	1	1	1	2
CENTRO-OESTE	4	27	4	27	31
Distrito Federal	1	0	1	0	1
Goiás	1	8	1	8	9
Mato Grosso	1	12	1	12	13
Mato Grosso do Sul	1	7	1	7	8
SUDESTE	4	229	4	222	226
Espírito Santo	1	9	1	9	10
Minas Gerais	1	43	1	43	44
Rio de Janeiro	1	33	1	33	34
São Paulo	1	144	1	137	138
SUL	3	95	3	95	98
Paraná	1	26	1	26	27
Rio Grande do Sul	1	36	1	36	37
Santa Catarina	1	33	1	33	34
BRASIL	27	415	27	408	435

Unidades Federadas que já atingiram 100% da qualificação
 Quantidade **Estados** não qualificados = 0
 Quantidade **Municípios** não qualificados = 7

Fonte: Ministério da Saúde - CNDST/Aids, ASPLAV, 2004

Podemos constatar na análise dessas informações que a descentralização dos recursos, através do fundo a fundo, ampliou consideravelmente a cobertura de municípios com financiamento específico para DST/Aids no País. Verificamos também que o Estado de São Paulo concentrou o maior número de municípios qualificados para a transferência fundo a fundo, representando 33,4% (138) do total de municípios que pleitearam o recurso (415), seguido pelos municípios pertencentes a Minas

Gerais (43), Rio Grande do Sul (36), Rio de Janeiro, Santa Catarina (33) e Paraná (26) (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002: 19-35).

O valor global transferido ao Estado de São Paulo via fundo a fundo no ano de 2003 foi de R\$ 30.348.085,67. Desse total, 73,3% foi destinado ao conjunto dos municípios habilitados, totalizando R\$ 22.245.700,43. Também foram alocados 10% para o financiamento de projetos em parceria com Organizações Não Governamentais, totalizando R\$ 3.034.808,57, e 16,7% para implementação do Plano de Ações e Metas da Secretaria Estadual orçado em R\$ 5.067.576,67 (Ministério da Saúde, Portaria 2313, 2002: 35).

Cumprindo as exigências do processo de habilitação, o PAM elaborado pelo município precisava ser apresentado e discutido em reunião no Conselho Municipal de Saúde, sendo depois apreciado e apresentado na Comissão Intergestores Regional (CIR) para ser encaminhado a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que, após aprovação, o submeteria à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), finalizando o processo e encaminhando o deferimento do pleito ao Fundo Nacional de Saúde para a transferência dos recursos.

A coordenação estadual de DST/Aids de São Paulo, através de sua assessoria de planejamento, atuou em conjunto com profissionais das coordenadorias do nível central da Secretaria, compondo uma câmara técnica na CIB, responsável pela avaliação dos PAMs municipais. A agilidade desse processo resultou na habilitação de 138 municípios, cumprindo 98,6% da meta prevista.

O PAM da Secretaria Estadual foi habilitado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite em 26 de fevereiro de 2003, e a primeira parcela do incentivo foi recebida em abril do mesmo ano, o que demonstrou uma capacidade de gestão ágil por parte das diferentes gerências da Coordenação Estadual DST/Aids envolvidas na elaboração do plano.

Os 138 municípios habilitados correspondem a 82,3% da população do Estado de São Paulo, representando 93,5% dos casos Aids residentes e 97,1% dos casos notificados, com uma cobertura de 21% dos 645

municípios do estado (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CEDST/Aids, 2004).

Barboza e colaboradores (2005), ao analisarem um conjunto de 135 municípios habilitados para o fundo a fundo em DST/Aids no Estado de São Paulo, entre os meses de fevereiro e setembro de 2003, apontam que a política de financiamento do incentivo *"ampliou a descentralização e inseriu 42 municípios novos com população residente superior a 150 mil habitantes, 19 entre 100 e 150 mil habitantes, 48 entre 50 e 100 mil habitantes e 26 com menos de 50 mil habitantes"*. O trabalho também destaca que 91,8% dos municípios conveniados (34) com o Ministério da Saúde, no período dos convênios com o Banco Mundial, compreendiam localidades de médio e grande porte populacional, na faixa entre 150 mil a 10 milhões de habitantes.

Ao analisarem a implantação da política de incentivo para DST/Aids no Estado de São Paulo quanto à alocação dos recursos, Barboza e colaboradores (2004) constataram que *"foram investidos 28% em média nas ações de assistência, 35% para prevenção e 37% para desenvolvimento institucional, e o monitoramento verificou que municípios acima de 100 mil habitantes priorizaram ações para desenvolvimento institucional e assistência e os abaixo de 100 mil, ações para desenvolvimento institucional e prevenção"*.

5.3 Transição dos convênios para a política de incentivo

No Projeto AIDS III, como discutimos anteriormente, foi recomendado para aprovação desse acordo de empréstimo que o País investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para os estados e os municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS.

A missão do Banco Mundial que negociou o Projeto AIDS III reconheceu que o Ministério da Saúde, ao implantar a política de incentivo

para DST/Aids utilizando-se do sistema de transferência fundo a fundo, propôs uma estratégia considerada inovadora para a descentralização do financiamento das ações no País (Banco Mundial, 2002).

A experiência acumulada com a execução dos Projetos AIDS I e II pelos coordenadores de DST/Aids nas diferentes esferas de gestão foi um elemento que colaborou positivamente para que ocorresse a transição de forma exitosa para essa nova modalidade de financiamento das ações implantada em 2003. Esse acúmulo pôde ser constatado no financiamento com recursos do SUS para custear algumas ações relevantes para a assistência das pessoas vivendo com HIV/Aids, a exemplo da rede laboratorial para realização de exames de controle CD4 e CD8 e de carga viral para HIV. Esse aprendizado dos convênios com o Banco Mundial pode ser verificado nesse depoimento:

“Para os estados, eu acho que foi uma questão tranqüila porque a gente já tinha um histórico dentro dos Planos Operativos Anuais e todo o histórico de anos trabalhando com os Planos de alguma forma contribuiu para a questão do Plano de Ações e Metas”.
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A preocupação com a sustentabilidade financeira das ações programáticas também foi uma questão que impulsionou a negociação da Coordenação Nacional DST/Aids no Ministério da Saúde para a instituição do financiamento via fundo a fundo. Nesse sentido, a execução financeira dos convênios nos estados e, principalmente, nos municípios, como já dito, apresentou grandes dificuldades que fragilizaram a implementação das ações no final da vigência do AIDS II, indicando que o financiamento através dessa modalidade estava superado. O depoimento do nosso entrevistado aborda esse aspecto:

“Tinha a questão da própria sustentabilidade que era uma questão que se colocava fortemente. A questão dos convênios estava presa ao acordo de empréstimo. Então, quando estava finalizando o AIDS II, nossa discussão era passar para uma forma de financiamento que saía de questões que eram regulares nos estados e municípios para ser mais

estratégico, do que financiar a rotina. Então, acho que eram três coisas que determinavam: sustentabilidade; o acúmulo de lidar com outras coisas, CD4 e carga viral foi um bom exemplo; e mais essa desorganização que os convênios causaram, um município que estava inadimplente não podia receber dinheiro.”
(coordenador do Programa Nacional)

No período, a questão da sustentabilidade também estava relacionada a uma demanda de maior institucionalização das ações e dos processos de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, não apenas no caso das DST/Aids. A modalidade de financiamento de ações via convênios com agências de cooperação bilateral, como é o caso do Banco Mundial, estava sendo questionada em várias áreas da gestão do setor saúde no País.

Os convênios acabam imprimindo uma lógica paralela que, muitas vezes, é exigida para que as regras de execução sejam operacionalizadas, como foi o caso do AIDS I e II, dificultando a institucionalização das ações na estrutura de gestão do SUS. Nesse cenário de enfraquecimento dos convênios, a possibilidade de implantação da modalidade de financiamento pelo sistema fundo a fundo, aliada à preocupação com a sustentabilidade das ações, foi sendo fortalecida no Ministério da Saúde, como podemos observar nesse relato:

“Se começou a pensar em como criar uma política, como conseguir garantir a institucionalização do processo. O Barjas [Secretário Executivo-MS] talvez tenha sido a pessoa mais estratégica do ponto de vista de institucionalização do financiamento no SUS, ele fez mudanças ali para sair da lógica convenial, para a lógica fundo a fundo, que significava diminuir a fila de deputados que é para os convênios, ele deu transparência, garantiu regularidade, então essa era a maior facilidade, porque o Ministério tinha passado por uma reformulação que era acabar com os convênios e a AIDS era uma das poucas áreas que ainda mantinha essa questão do convênio.” (coordenador do Programa Nacional)

No Ministério da Saúde, o contexto político foi se tornando cada vez mais favorável à instituição do sistema de transferência de recursos via fundo a fundo. Contudo, havia duas questões centrais nesse processo que precisavam ser negociadas e asseguradas para que os resultados da política de incentivo fossem exitosos. A primeira era garantir que o recurso fosse vinculado e carimbado para DST/Aids, tendo que enfrentar as resistências e oposições crescentes dos gestores estaduais e municipais. A outra questão estava relacionada à ampliação dos recursos para que fosse possível aumentar a cobertura e o impacto da política de prevenção e assistência as DST/Aids no País. Os desafios dessa negociação podem ser confirmados nesse depoimento:

“A dificuldade de trâmite no Ministério não tinha nenhum grande problema, a não ser a própria concepção de carimbar um dinheiro para um agravo, que era uma lógica diferente de todos os outros financiamentos, porque você financiava estrutura, financiava atenção básica, os programas de saúde da família, mas repasse específico para um programa e esse carimbo era uma discussão forte aqui. Já tinha oposição dos secretários municipais criticando a fragmentação do financiamento, do carimbo excessivo, criticando a indução de políticas por meio do financiamento. Então, esse era o maior problema. E tinha um outro problema, que era a ampliação dos recursos. Eram dois olhares, vai institucionalizar com o fundo a fundo com um número de municípios que é insuficiente e pequeno para necessidade, com o volume de recursos que não satisfaz mais as necessidades. Então, é melhor aumentar o volume de recursos que se repassa para o País e aumentar o número de municípios pra se dar uma cobertura.”
(coordenador do Programa Nacional)

Essa concepção de indução do financiamento para os programas acabava gerando várias pressões dos gestores no nível local, pois os mesmos se posicionavam contrários ao carimbo dos recursos para as DST/Aids, dificultando às vezes a execução dos planos de ação elaborados pelos coordenadores dos programas municipais:

“Eu tenho a convicção absoluta que o dia que essa verba não for mais carimbada, destinada exclusivamente para o programa de Aids, o programa estará acabado como acabou o programa de tuberculose, de hanseníase. As verbas que vêm são utilizadas de outra maneira, e eu sei que os secretários municipais têm grande interesse que essa verba vá diretamente para o Fundo Municipal de Saúde, porque incomoda muito ter um técnico executando essa verba, porque aí a verba tem que ser executada de acordo com o plano.” (coordenadora do Programa Municipal A)

Outro ponto que também demarca uma diferença importante entre o período dos convênios com o Banco Mundial e a política de incentivo foi o processo de consultas e discussões realizadas pela coordenação nacional DST/Aids junto aos estados e aos municípios. Durante a execução dos convênios havia uma intensa consulta aos coordenadores estaduais e municipais, mas a negociação do acordo de empréstimo cabia apenas ao Ministério da Saúde, não contando com representações das outras esferas. A partir do incentivo, o espaço de negociação e pactuação ocorrem nas instâncias colegiadas do SUS, em que a rede de atores é mais extensa, tendo inclusive a participação da sociedade civil. Tal questão pode ser notada nesses depoimentos:

“A discussão do AIDS I, II e III, sempre foi ampla na minha opinião. Sempre coube ao Ministério da Saúde em última instância conduzir a discussão e a negociação com o Banco, não era um agregado de estados, municípios e ONGs, porque é impossível. Mas a participação na elaboração do projeto, nas diretrizes, no que deve ser financiado, eu acho que sempre houve muita consulta com estados, municípios, as áreas internas ao Ministério, a sociedade civil, a Comissão Nacional de Aids. A consulta sempre foi intensa em todos os processos.” (coordenador do Programa Nacional)

“A questão do plano de ações e metas foi muito discutida com o Ministério, foi um processo muito participativo, democrático, mesmo durante a execução. Em nenhum momento nós tivemos conflitos nessa área. Não é uma área de conflitos. Sempre teve

muito diálogo e muita possibilidade de discussão. Eu não identifiquei conflitos mesmo com os programas municipais”. (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Participei de todas as reuniões da formulação do incentivo. Essa aproximação com o CONASS [Conselho Nacional de Secretários de Saúde] e com os representantes do CONASEMS [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde], só vai acontecer após esse período da política de incentivo.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“O Aids I foi um processo bastante vertical nessa capacidade de captação do financiamento externo e da vinculação direta do Ministério com estados e municípios. Então eu acho que tinha uma menor participação de outros níveis e instâncias do SUS na época. Para mim foi incrível, eu acho que muito do avanço que a gente conseguiu tem a ver com a política do incentivo vinculada ao SUS, desde o começo o nosso PAM foi muito SUS.” (coordenadora do Programa Municipal C)

O diálogo com os gestores e a flexibilidade foram marcas importantes no processo de formulação e implantação da política do incentivo para DST/Aids, conduzida pela coordenação nacional, como destaca a coordenação de São Paulo:

“Existia muito a possibilidade de discussão naquele momento. O Programa Nacional aberto à discussão de toda a proposta do incentivo. Foram várias reuniões e nessas reuniões a sociedade civil pode se apropriar da política de incentivo, eu acredito. E nós procuramos colocar as questões dos estados e municípios. Então, foi uma proposta muito discutida, não foi um pacote, foi construído com a participação de todos que identificaram, desde o início, que com o incentivo se estava institucionalizando as ações.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A experiência de participação nos órgãos colegiados do SUS, no âmbito federal, para discutir e pactuar a política do incentivo das DST/Aids também facilitou a organização do processo de trabalho e a gestão dessa política no Estado de São Paulo, aproximando a coordenação do programa

estadual desses espaços que não eram articulados no período dos convênios:

“A articulação com o CONASS e o CONASEMS também nos ensinou de alguma forma como conduzir o processo aqui no Estado. Nós formamos um grupo articulado com o COSEMS e com a Bipartite, delegando a esse grupo a avaliação dos planos de ações e metas, o que agilizou muito o processo. A Bipartite delegou para o grupo com representantes do COSEMS, das DIRs e com representantes nossos da coordenação estadual, a avaliação dos planos e à medida que esses planos eram avaliados, a Bipartite referendava e encaminhava a proposta para Brasília. Então, esse aprendizado na formulação da proposta de incentivo nacional também ajudou a nos articularmos aqui no Estado.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Em relação às coordenações municipais de DST/Aids, essa articulação nas instâncias colegiadas do SUS do mesmo modo foi relevante para a gestão das ações programáticas, ampliando a visibilidade e a institucionalização das ações nas Secretarias Municipais de Saúde. Por outro lado, constata-se que esse avanço depende da realidade e da dinâmica local em cada Conselho Municipal de Saúde:

“Na apresentação do Conselho, eu tinha 15 minutos para apresentar para o Conselho inteiro. Apresentei e quando começaram as dúvidas, um conselheiro fiscal e um conselheiro da gente falaram: deixa a gente responder por que a gente conhece o plano, e eles responderam as dúvidas dos outros, foi a glória total, foi a glória.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Aprovar qualquer coisa da forma como a gente faz é tenso porque eu acho que não é a forma que a gente deveria fazê-lo. Como os prazos são muito apertados, a gente não consegue dar conta. Tínhamos um prazo, marcamos uma reunião extraordinária, fizemos a apresentação e como acontece com as demais transferências ou convênios, o Conselho Municipal aprova. Isso aconteceu no primeiro e no segundo PAMs.” (coordenadora do Programa Municipal B)

Podemos perceber que o processo de pactuação nos órgãos colegiados do SUS, com a implantação da política de financiamento para DST/Aids no sistema fundo a fundo, contribuiu para qualificar a implementação das ações programáticas nas três esferas de governo. Entretanto, essa política não pode ser reduzida apenas à pactuação, pois as decisões do que foi pactuado devem ser monitoradas e avaliadas, o que ainda é um desafio a ser alcançado pelos gestores:

“A política de incentivo criou uma pactuação de outras coisas, que não é só repasse. Isso eu aprendi lá, pactuar é o mais fácil, criar acordos de intenção é o mais fácil e via de regra a política nacional faz isso, ela se dá por satisfeita na pactuação do acordo e não cria instrumentos para implantação do acordo, nem instrumentos para viabilizar o acompanhamento do acordo. Então fica capenga e depois fica lá o Ministério brigando, isso é responsabilidade do estado ou do município”. (coordenador do Programa Nacional)

Nessa perspectiva, o cumprimento dos planos elaborados e pactuados pelos estados e municípios é um elemento importante que deve ser observado pelos gestores na condução da política pública de DST/Aids. Além disso, é um desafio que deve ser perseguido permanentemente para a sustentabilidade das ações programáticas. Na visão da coordenação nacional, essa questão ainda apresenta fragilidades nas coordenações por vários motivos:

“Os compromissos assumidos pelas secretarias são executados de uma forma bem frágil, varia de região para região, mas mesmo na região Sudeste a capacidade de cumprir os acordos feitos é baixa. Por vários motivos: amarração burocrática, ineficiência das estruturas, falta de fluxo de priorização, o entendimento político dos secretários, tem vários motivos.” (coordenador do Programa Nacional)

Esses desafios também nos remetem à análise do processo de planejamento das ações programáticas em DST/Aids a partir da política de incentivo. As informações analisadas nos documentos de gestão e nos depoimentos de nossos informantes nos levam a concluir que as práticas de

planejamento foram aperfeiçoadas com a instituição do PAM, quando comparadas ao período dos convênios com o Banco Mundial.

Nessa perspectiva, na coordenação estadual de São Paulo foi criada, em 2003, uma equipe de assessoria em planejamento, vinculada à diretoria técnica do programa, para fortalecer a capacidade de planejamento das ações programáticas e o processo da gestão estadual na articulação com as Secretarias Municipais de Saúde e as organizações da sociedade civil.

Essa equipe assessora, dentre as suas atribuições, priorizou o processo de qualificação e habilitação para a política de incentivo em DST/Aids, coordenando em conjunto com a direção do programa a elaboração do PAM da Secretaria Estadual, bem como a assistência técnica às Secretarias Municipais para o pleito ao Ministério da Saúde.

Foi desencadeado um processo de trabalho para instrumentalizar e supervisionar as Secretarias Municipais de Saúde e suas respectivas coordenações de DST/Aids, realizando uma ampla discussão das diretrizes do programa estadual, bem como o levantamento das necessidades locais e regionais para o pleito ao incentivo. Observe-se esses depoimentos:

“Com o PAM, identificamos a necessidade de uma área específica de planejamento no Programa para dar conta da elaboração de plano estadual e da avaliação dos planos municipais. Não só da avaliação, mas para colaborar em todo o processo dos municípios, porque nós sempre nos colocamos como uma referência para apoiar os municípios.”
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Para os municípios nós criamos um ‘kit plano’ em que algumas questões tinham que ser incorporadas em todos os PAMs. Era a questão do diagnóstico precoce, do trabalho com populações mais vulneráveis, da melhoria da qualidade da atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids, a transmissão vertical, a oferta de aconselhamento e a testagem na rede básica. Foi uma possibilidade de articular com o COSEMS, que identificou que era importante nós termos algumas diretrizes para que todos os municípios.”
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Nas coordenações municipais de DST/Aids também foram verificados avanços em relação ao processo de planejamento, com a política de incentivo. O instrumento do PAM, trabalhado em alguns municípios na perspectiva do planejamento estratégico, foi destacado como elemento facilitador, como se observa nos depoimentos dos coordenadores entrevistados:

“O instrumento do PAM é muito legal, você acessa em qualquer momento, você pode rever questões a qualquer momento, você lembra que essa estratégia não deu certo, então, já vou ter que justificá-la e vou ter que criar uma outra. Faz a gente pensar no dia-a-dia, ele direciona nossas ações. Antes eu deixaria para ver no final do ano se alcançou ou não, agora se na metade do ano eu não alcancei, tenho que fazer o possível para alcançar minha meta.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“A partir do primeiro PAM, a gente começa a ter mais autonomia, a gente fica livre do Banco Mundial, daquelas coisas muito rígidas e a gente pode trabalhar mais tranquilamente dentro do planejamento estratégico situacional, sabendo de todas as vulnerabilidades que a gente tem, das ações que a gente não pode desenvolver e que a gente justifica e remaneja, eu acho que a gente teve mais autonomia.” (coordenadora do Programa Municipal D)

“O programa de Aids é um único programa que tem um PAM e sabe quanto custa o programa. A Secretaria como um todo não sabe quanto custa nada. Não tem central de custo, nenhum coordenador tem que estabelecer nenhum programa para ser aprovado por nenhuma instância. Acho que pega o documento do Ministério e vai tentando executar aquilo, sem um planejamento, sem uma colocação de custos, sem ouvir a base. O programa de DST/Aids consegue fazer isso através do PAM.” (coordenadora do Programa Municipal A)

O aperfeiçoamento das ações de planejamento no cotidiano das coordenações de DST/Aids conduziu a novos desafios programáticos, ou seja, o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, até porque não é possível desvinculá-los de qualquer plano de ação. O monitorar e o

avaliar sempre foram pontos vulneráveis nas coordenações, principalmente na estadual e nas municipais.

O PAM, como vimos, dada sua lógica interna, foi destacado pelos coordenadores como um meio capaz de induzir os processos de monitoramento e de avaliação das ações programáticas em DST/Aids. Mas, por outro lado, para que isso seja concretizado, ainda se faz necessário um investimento de caráter permanente, processual e contínuo nas instituições:

“Esse processo de avaliação, ainda é um problema nosso, não tem acho que essa questão do monitoramento e da avaliação das ações do Programa entendendo o PAM enquanto um mecanismo, eu acho que ainda é um processo em construção.”
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Dizer que nosso processo de avaliação é um processo mais formal, um processo mais organizado, não, nós temos muito que avançar nisso ainda, nessa questão de monitoramento, de avaliação, eu acho mesmo.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Também se observou que o processo de trabalho das equipes nas coordenações tem procurado monitorar e avaliar as ações, o que no período anterior à política de incentivo era realizado pontualmente ou para cumprir exigências de relatórios e prestações de contas elaborados para as missões do Banco Mundial ou para o recebimento do plano operativo anual:

“A gente brincava de avaliar os convênios, a gente brincava de prestação de contas. Muitas vezes a gente tentava achar o que avaliar. Esse abstrato da avaliação não é mais abstrato, ele é mais concreto. A minha equipe se reúne de tempos em tempos e avalia metas e daí procuramos outras estratégias. Eu acho que isso está sendo muito interessante para nós, um avanço muito grande.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Como dar conta de elaborar o relatório para o Banco Mundial? Porque nós não tínhamos uma cultura de avaliação naquele momento ainda. Não existia uma cultura, que hoje está mais incorporada, de avaliação, de registro, dos avanços. Então, a cada missão do

Banco, o primeiro desafio era: vamos elaborar o relatório e vamos enfrentar a missão do Banco nas várias áreas.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Não posso ter essa questão de monitoramento e avaliação como uma questão apropriada para um único setor que não possa ser de todos, como uma ferramenta de gestão. Se tiver o monitoramento e a avaliação só como “indicadores bonitos” do Programa, eu não acho que as gerências possam se apropriar dessa questão para dentro de suas equipes”.
(coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Ao analisarmos o relatório do *“Balanço da Implantação do Plano de Ações e Metas – Ano 2003”*, constatamos que a coordenação estadual monitorou e avaliou as metas planejadas no PAM. As metas relativas ao componente desenvolvimento institucional, que tinham como resultado esperado a habilitação de 100% dos municípios selecionados para o incentivo; e 100% dos PAMs municipais habilitados, acompanhados e monitorados, foram atingidas quase que integralmente, como podemos observar nesse trecho do relatório de balanço:

"138 municípios (98,6%) foram qualificados e encontram-se recebendo recursos fundo a fundo, (...) foram estruturados cinco fóruns regionais que realizaram duas reuniões cada, ao longo do ano, com a presença dos municípios, DIRs e ONGs. Importante instrumento foi o "Curso para Gerentes Municipais de DST/Aids", feito para todos os municípios e 24 DIRs, com carga horária de 80 horas-aula de concentração e 80 de dispersão, em dois módulos por região, cujo conteúdo programático é ligado às diretrizes do SUS e dos Programas Nacional e Estadual de DST e Aids."
(Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CEDST/Aids, 2004: 1)

Outra meta do PAM estadual, também na área de desenvolvimento institucional, monitorada e avaliada foi a seleção pública para o financiamento de projetos de ONGs, cuja meta foi atingir 100% dos recursos do incentivo destinados às ONGs financiando ações da sociedade civil, que

também foi considerada atingida. Observemos o documento de balanço do PAM 2003:

"Foi realizada uma seleção pública, através de comitê externo, abrangendo 68 novos Projetos de ONG/OSC com recursos previstos no PAM, totalizando R\$ 2.427.846,86. Os projetos terão prazo de execução de 12 meses e destinam-se à implementação e ampliação da cobertura de ações de promoção e prevenção junto a populações mais vulneráveis e pessoas vivendo com HIV/AIDS. Dentre os projetos aprovados, 33 (48,5%) estão sendo desenvolvidos por instituições localizadas em municípios da Região Metropolitana e 35 (51,4%) no Interior." (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CEDST/Aids, 2004: 2-3)

Resumindo, a análise dos resultados das metas elencadas para o componente desenvolvimento institucional, previsto no PAM 2003, permite verificar que a coordenação estadual, através da política de transferência de recursos fundo a fundo, avançou consideravelmente no processo de descentralização das ações programáticas no Estado de São Paulo.

Em relação à coordenação nacional, a avaliação do Banco Mundial recomendou, como dissemos anteriormente, que o governo brasileiro deveria investir no aperfeiçoamento das ações de monitoramento e avaliação, tendo como foco o desempenho e o impacto da política brasileira para as DST/Aids, melhorando sua eficácia (Banco Mundial, 2002).

Essas recomendações do Banco foram incorporadas ao Projeto AIDS III, incluindo a criação, a partir de 2004, de um sistema de monitoramento e avaliação de resultados, descentralizado para as diferentes esferas de gestão, sobre as transferências via fundo a fundo.

Em relação ao Plano de Ações e Metas de 2003, mesmo tendo apresentado fragilidades na produção de informações para a gestão, a assessoria de planejamento da coordenação nacional realizou um processo denominado "alinhamento de metas", consolidando as informações de nove PAMs estaduais e 151 municipais, agrupando as metas em 13 eixos.

Como podemos observar no quadro 4, os recursos foram investidos em primeiro lugar na melhoria da qualidade da rede de serviços

especializados em DST/Aids (diretriz nº 1); em segundo lugar, na melhoria da gestão (diretriz nº 13) e em terceiro, no aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento específico para as DSTs (diretriz nº 4).

Quadro 4 - Diretrizes, metas e recursos em (R\$) dos Planos de Ações e Metas habilitados no ano de 2003, Ministério da Saúde - CNDST/Aids 2004.

Diretrizes	Nº Metas	%Metas	Recursos	%Recursos
01 - Melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de HIV/Aids e outras DST	388	22,36	12.701.549,15	30,43
02 - Redução da transmissão vertical do HIV	205	11,82	3.538.725,31	8,48
03 - Redução da transmissão vertical da sífilis	132	7,61	1.080.487,28	2,59
04 - Aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento das DST	222	12,80	5.791.514,88	13,88
05 - Aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV	121	6,97	3.228.696,49	7,74
06 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para homens que fazem sexo com homens (HSH)	16	0,92	246.638,00	0,59
07 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para profissionais do sexo (PS)	54	3,11	532.070,44	1,27
08 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para usuários de drogas injetáveis (UDI)	73	4,21	963.500,32	2,31
09 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para outras mulheres vulneráveis	24	1,38	219.362,35	0,53
10 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para travestis /transgêneros/transsexuais	10	0,58	95.267,35	0,23
11 - Aumento da cobertura das ações de prevenção para pessoas vivendo com HIV/Aids	41	2,36	620.415,67	1,49
12 - Redução do estigma e discriminação	62	3,57	611.582,31	1,47
13 - Melhoria da gestão/sustentabilidade	387	22,31	12.108.056,00	29,01
TOTAL	1.735	100,00%	41.737.865,55	100,00%

Fonte: PNDST/Aids, ASPLAV, 2004

5.4 A descentralização das ações programáticas em DST/Aids

A implementação da política de incentivo para DST/Aids intensificou o processo de descentralização para os estados e os municípios brasileiros, transferindo recursos financeiros e poder decisório para essas esferas. O investimento anual para o custeio das ações programáticas, no ano de 2003, foi ampliado de R\$ 68 milhões para R\$ 111 milhões, representando um acréscimo de 94,2% no recurso médio anual transferido às esferas estaduais

e municipais, segundo estudos realizados pela Unidade de Assessoria e Planejamento da Coordenação Nacional DST/Aids (Ministério da Saúde - CNDST/Aids, 2004).

Ao término do PAM 2003, podemos observar no quadro 5 que houve ampliação da cobertura populacional e dos municípios com casos de Aids residentes, quando comparados o período do convênio AIDS II e do incentivo, sendo 32,2% e 30,8%, respectivamente. A descentralização das ações também pode ser constatada pelo aumento de 176% no número de municípios qualificados no processo de habilitação.

Quadro 5 - Distribuição do número de estados e municípios, cobertura populacional e de casos de Aids, valor médio anual em R\$, nos períodos do acordo de empréstimo e do incentivo para DST/Aids em 2003, Ministério da Saúde, CNDST/Aids, 2004

Período	Nº de Estados e Municípios	Cobertura Populacional (%)	Cobertura de casos de aids (%)	Média Anual de Recursos Repassados (em milhões)
1998-2002 (convênios)	27 estados e 150 municípios	40,47	68,49	41,7
Política de Incentivo	27 estados e 415 municípios	53,53	89,63	81
Percentual de Ampliação	176%	32,27%	30,86%	94,24%

Fonte: CNDST/Aids - ASPLAV, 2004

O Ministério da Saúde investiu na descentralização de recursos para estados, municípios e ONGs, como podemos observar no quadro 6, no ano de 2003. Observa-se, também, que nesse ano o recurso descentralizado foi de R\$ 616 milhões, representando 89,4% do orçamento anual para DST/Aids. Em 2004, o recurso foi ampliado para R\$ 741,5 milhões, atingindo 92% de investimentos executados de forma descentralizada.

Quadro 6 - Orçamentos anuais 2003 e 2004, segundo execução dos recursos em R\$ e fontes de financiamento, Ministério da Saúde - CNDST/Aids, 2004.

Anos	Execução dos recursos (em R\$ milhões)				Totais		
	Centralizada		Descentralizada		Valor	Fontes (%)	
	Valor	%	Valor	%		BM**	Fed***
2003	73,0	10,6	616,0	89,4	689,0	3,6	96,4
2004*	64,5	8,0	741,5	92,0	806,0	13,4	86,6
Valor Total	137,5		1.357,5		1.495		

*Inclui a suplementação orçamentária já aprovada para compra de anti-retrovirais de R\$ 45 milhões;

** Banco Mundial

***Federal

Fonte: CNDST/Aids - ASPLAV, 2004.

As informações no quadro 6, também demonstram que a principal fonte de recursos aplicada no financiamento das DST/Aids no País foi oriunda do orçamento do Ministério da Saúde, totalizando no ano de 2003 R\$ 689 milhões (96,4%), e em 2004, R\$ 806 milhões (86,6%). É importante observar que os recursos transferidos ao País, nesses anos, pelos acordos de cooperação bilateral com o Banco Mundial, representaram apenas 3,6% e 13,4%, respectivamente.

Os dados demonstram a importância do financiamento público que tem sido investido para o controle das DST/Aids no País, resultando na implementação e consolidação de ações programáticas nas áreas de assistência, prevenção e vigilância epidemiológica. Essas ações têm contribuído para reduzir a incidência de casos, condicionada pelas desigualdades sociais e econômicas que determinam o perfil da epidemia em nosso meio, como já foi abordado. Sobre esse investimento um entrevistado defende que:

“O programa de Aids, comparativamente ao financiamento dentro do SUS tem um aporte mais expressivo. Não tenho dúvida nenhuma que na Aids houve investimento e isso não é demérito, isso é mérito. Ter conseguido mobilizar recursos nacionais e internacionais, e ter conseguido investir na infraestrutura e no financiamento das ações, é mérito e tem que ser reconhecido como uma conquista. Conquista que deveria também ser estendida a outras ações de saúde.” (coordenador do Programa Nacional)

Nessa perspectiva, outra entrevistada enfatiza que os recursos investidos para o financiamento das DST/Aids, oriundos tanto dos convênios com o Banco Mundial quanto do Tesouro público das diferentes esferas governamentais, foram aplicados no SUS, lembrando que as coordenações de DST/Aids apenas não participavam dos órgãos colegiados do SUS nesse primeiro período:

“Ao mesmo tempo em que a gente estava dentro do SUS, estávamos com os convênios e nós não nos apropriamos de espaços como: Tripartite, Bipartite, Conselho Estadual de Saúde. Isso chegou mais tarde para nós do que pra outras áreas. Isso não quer dizer que a gente não esteja no SUS, nós estamos no SUS. Eu acho que nós precisamos diferenciar, porque senão dá impressão que a Aids estava à parte. Não, a Aids é toda financiada pelo SUS. Nós só não estávamos nessas estruturas, essa foi uma dificuldade.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Durante a década de 90, com a execução dos projetos com o Banco Mundial, os programas de DST/Aids foram acusados de serem estruturas verticalizadas, o que ainda ocorre nos dias atuais. Em relação a essa questão, é necessário diferenciarmos uma estrutura vertical, necessária para responder a um problema emergencial de saúde pública, como foi o caso da epidemia de Aids nesse período, de uma gestão verticalizada, na qual o programa não estabelece interfaces com outras áreas, numa inserção orgânica com o sistema de saúde. Como podemos observar nesses relatos:

“A minha visão é que desde o início nós somos SUS. Lógico que estruturas verticalizadas, eu não tenho nenhum problema em assumir, e acho que para alguns programas foi necessário que essa estrutura fosse verticalizada. Essa questão de que o programa não está inserido no SUS, que se inseriu no SUS apenas com a política de incentivo, para mim é totalmente equivocada essa visão.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

“Tem programas que é fácil ver isso que falam que o recurso da Aids é deles, não dá transparência, não tem processo de articulação dentro da própria Secretaria, não há prestação de contas aos níveis hierárquicos e aos colegas, se apropria daquilo e diz o recurso é meu, essa estrutura é minha e o programa é meu. Então, a gestão ali é verticalizada e aí gera conflitos, sem dúvida nenhuma, porque falta visão estratégica”. (coordenador do Programa Nacional)

A inserção do programa de DST/Aids na estrutura das secretarias estaduais e municipais, bem como as estratégias de interlocução e interfaces técnicas e políticas, implementadas pelos coordenadores, são importantes para garantir a sustentabilidade do programa. Para tanto, como enfatizou nosso entrevistado, é necessário que se tenha uma visão estratégica capaz de produzir efeitos sinérgicos dessa ação programática para a estruturação e para o fortalecimento do sistema de saúde em sua amplitude. Quando essa intencionalidade está presente, os gestores reconhecem a relevância e a contribuição das DST/Aids para o sistema de saúde:

“É muito freqüente também ouvir secretários municipais e estaduais que falam que a Aids é um diferencial que possibilita avançar o sistema. Dá uma resposta efetiva do sistema para um problema e ao mesmo tempo contribui para avançar a estrutura de uma forma geral. Normalmente, esses são os secretários que se apropriam do programa, incorporam na agenda e tocam. Então eu acho que vai muito mais do perfil do gestor e muito mais da relação que ele tem nas estruturas”. (coordenador do Programa Nacional)

Os entrevistados também destacam contribuições das ações programáticas em DST/Aids para o sistema local e regional de saúde:

“Como a nossa proposta é de implementação, de fortalecimento dos equipamentos, eu vejo o programa de Aids fortalecendo a atenção básica, estruturando a atenção básica, adquirindo insumos para atenção básica, insumos importantes. E quando eu falo em prevenção de DST/Aids, eu estou falando de saúde reprodutiva.” (coordenadora do Programa Municipal B)

Para mim, a Aids é o SUS que dá certo e a gente na verdade tem que proteger esse jeito de fazer as coisas mesmo que a gente não seja perfeita, mas a gente tem tratado todas as nossas imperfeições de maneira coletiva, democrática eu acho, a gente tem um grande papel de convencimento e de qualificação do sistema de saúde.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Os recursos da Aids impulsionaram outras áreas programáticas, áreas de tuberculose, os nossos laboratórios regionais, naquele momento nenhum tinha uma área de imunologia estruturada que pudesse trabalhar com outras questões. Hoje os laboratórios regionais do Lutz fazem CD4, fazem carga viral, podem estar fazendo também exames para as hepatites. Então, acho que o programa também traz essa contribuição para outras áreas.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Os depoimentos dos entrevistados e a análise dos documentos de gestão nos permitem concluir que a descentralização do financiamento das ações programáticas em DST/Aids no SUS, de fato, foi consolidada no final da década de 90, porque no período dos convênios com o Banco Mundial o financiamento estava muito centralizado na esfera federal, principalmente durante o projeto AIDS I. A política de incentivo aprimorou e ampliou o processo de descentralização, fortalecendo o papel dos gestores estaduais e municipais, como podemos observar nesses relatos:

“A tomada de decisão foi se legitimando, não tenho dúvidas sobre isso. Hoje eu me sinto muito mais segura de ter uma equipe coordenando e uma Secretaria que entende o que está acontecendo.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Com a descentralização eu acho que a coordenação estadual teve muita clareza do seu papel enquanto articulador para o estado e acho que ela se apropriou mais dessa questão porque a gente entende que é um processo também de descentralização e hoje eu vejo a coordenação estadual muito mais próxima dessas questões.” (coordenadora do Programa Municipal D)

“O município tem que, num primeiro momento, antes de recorrer ao Ministério conversar com o estado. Eu acho que a primeira referência para os municípios tem que ser o estado. Eu acho que aconteciam vários atropelos, por várias razões, e em alguns momentos porque a Secretaria Municipal de Saúde e os prefeitos tinham uma proximidade maior com o Ministério. Em determinados momentos, alguns municípios importantes epidemiologicamente tinham uma maior articulação com o Ministério do que, inclusive, conosco. Eu acho que nós conseguimos reverter esse processo.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

O interlocutor do programa estadual DST/Aids nas Direções Regionais de Saúde foi reconhecido pela coordenação estadual como um ator importante na articulação do processo de descentralização, pois esse profissional deve ser uma referência técnica e política para a implementação das ações do programa junto as Secretarias Municipais de Saúde:

“O programa hoje está descentralizado para todo o estado, e acho que o interlocutor [DIR] contribuiu muito. Nós temos hoje uma articulação com os municípios, com os interlocutores de DIR, que é o que nós conseguimos para manter o estado como uma referência técnica. Vários estados perderam essa referência técnica. A ficha caiu mais cedo para nós, no sentido de que nós precisávamos nos garantir tecnicamente como uma referência para os municípios, uma referência que pudesse fornecer uma resposta técnica, com agilidade, próxima, não verticalizada.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Entretanto, há aí uma contradição, pois constatamos que as coordenações municipais não legitimam os interlocutores regionais como

uma referência técnica e política, remetendo-se muitas vezes diretamente à coordenação estadual ou até nacional. Foram relatadas dificuldades nessa articulação relacionadas ao despreparo técnico dos interlocutores para a condução da política regional de DST/Aids no estado. Uma coordenadora entende que a Direção Regional de Saúde pode ter um papel relevante em municípios menores, e que não possuem gestão plena no sistema de saúde:

“Para nós em especial, no programa de Aids, não foi em nenhum momento facilitador, na verdade ela foi dificultadora em diferentes momentos. Nunca tivemos retaguarda técnica da DIR e na verdade nós tínhamos que brigar às vezes com a interlocução, porque achávamos que estava inadequada. Pedimos muitas vezes interferência do próprio governo estadual para organizar algumas coisas, isso acontece até hoje, diga-se de passagem, quando tem questões técnicas. Eu vejo que a DIR talvez tenha um papel mais importante para municípios que não estejam em gestão plena ou que não está sobre maior dependência do estado.” (coordenadora do Programa Municipal C)

“Naquela época, a DIR não tinha uma competência técnica para responder às minhas demandas. A articuladora da DIR é uma excelente pessoa, mas ela tinha tantas limitações quanto eu. Eu acho que tem a questão da proximidade [geográfica com São Paulo] e da resposta imediata da coordenação estadual, então eu nunca me remeti à DIR. Tivemos alguns problemas em 2002, que eu acho já estava mais empoderada, porque eu estou passando por um processo de empoderamento”. (coordenadora do Programa Municipal B)

“Era até mais cômodo para o município discutir diretamente com a coordenação nacional, porque para nós o estado era a DIR. A minha DIR era muito difícil, então aí eu tinha que passar para a DIR para passar para o estado, para chegar na coordenação nacional e então o que a gente fazia? Era mais fácil conversar com a coordenação nacional.” (coordenadora do Programa Municipal D)

“A interlocução da DIR no período dos convênios era absolutamente ausente. A que existe hoje, embora, talvez a gente esteja querendo mais dela e gostaria de

ter mais dela, pelo menos é uma pessoa que dá atenção. Mas, eu sinto a falta da presença dela no município. Ela não conhece bem o Centro de Referência. O interlocutor tem que estar junto com a gente, até porque ele fica ouvindo todos os problemas que está acontecendo no município.” (coordenadora do Programa Municipal A)

Outra questão apontada pelas coordenações municipais no processo de descentralização refere-se ao crescimento expressivo do número de municípios habilitados no Estado de São Paulo para receberem recursos para DST/Aids no sistema fundo a fundo. Como dissemos anteriormente, esse aumento foi importante porque houve um incremento na cobertura das ações, embora tenha diminuído o número de reuniões e supervisões técnicas, que eram realizadas com maior frequência pela coordenação estadual no período dos convênios.

Desde 1998, a coordenação realiza o "*Fórum de Gestores do Programa Estadual DST/Aids*". Esse fórum envolve os interlocutores das 24 Direções Regionais de Saúde, os coordenadores e técnicos dos programas municipais, diretores e responsáveis de áreas técnicas do Instituto Adolfo Lutz, os interlocutores das coordenadorias do nível central da SES/SP, representantes do Fórum Estadual de ONGs Aids, entre outros, no intuito de promover discussões e consensos para o fortalecimento da política de DST/Aids no estado.

Os fóruns foram desenvolvidos no decorrer desses anos, congregando os 37 municípios conveniados com o Ministério da Saúde. Porém, com a incorporação de 102 municípios novos, essa estrutura foi reorganizada e foram implantados cinco fóruns regionais, assegurando, no mínimo, a representação das Coordenações Municipais, das Direções Regionais de Saúde e das ONGs, além de outros parceiros envolvidos em ações intersetoriais. A cada semestre também são realizados dois grandes fóruns estaduais reunindo todos os atores.

As reuniões atuais dos fóruns regionais e estaduais foram avaliadas negativamente pelas coordenações municipais, assim como as ações de

monitoramento e supervisão que eram mais freqüentes no período dos convênios. Isso pode ser percebido nos relatos dos coordenadores:

“Quando se vai para um fórum, é um fórum de cento e tantas pessoas, quer dizer, não se tem a oportunidade de expor as dificuldades ou as opiniões, ou as propostas que a gente tem. Nunca mais teve uma auditoria no município. Então, eu acho que perdeu um pouco em termos de monitoramento e eu sinto falta disso. Eu gostaria de ter um monitoramento mais próximo, que fosse lá e olhasse, que apontasse. Eu acho que o olhar externo é muito importante, às vezes, quem está lá não está enxergando certas coisas, apontar o que está certo, o que está errado e eu sinto falta disso”. (coordenadora do Programa Municipal A)

“Eu acho que o estado precisa fazer um pouco o que a coordenação nacional fez com a gente naquela época. Então, eu sinto um pouco dessa falta com relação ao estado. Precisava estar mais próximo mesmo, acho que são muitos municípios, acho que é um outro momento mesmo, a gente consegue entender isso, mas a gente precisa pensar junto como é que a gente poderia minimamente garantir isso.” (coordenadora do Programa Municipal D)

No País, o aumento no número de municípios com financiamento específico para DST/Aids passou de 150, que eram aqueles conveniados até o término da vigência do Projeto AIDS II, para 415 após a implantação do fundo a fundo. Esses novos municípios não foram suficientemente preparados do ponto de vista técnico e político para assumirem essa função, além de possuírem um menor acúmulo na gestão das ações programáticas nas áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica em DST/Aids:

“Aumentou muito o número de municípios e quem tem que acompanhar são os estados, porque não tem sentido acompanhar no âmbito federal. Tinha que ser feito com capacitação, supervisão, tinha uma transferência de tecnologia que tinha que ser feita e precisava fortalecer a equipe. Não houve esse processo tão fortalecido e detalhado para os novos municípios, que são municípios menores e

naturalmente com menor capacidade de gestão e de resposta.” (coordenador do Programa Nacional)

No Estado de São Paulo esse aumento do número de municípios foi importante para ampliar o alcance das ações programáticas, pois todos os 645 municípios possuem casos de Aids notificados. Então, além de qualificar as coordenações municipais que ingressaram no fundo a fundo, a coordenação estadual avalia que um dos grandes desafios nesse momento é o envolvimento dos municípios mais recentes do Programa:

“Nos municípios que estão qualificados mais recentemente ainda é um desafio a utilização do recurso. Então, essa é uma questão: como trabalhar com a totalidade dos municípios. Porque a gente até sabe que é através de um processo de articulação com a rede básica, mas concretizar de fato o trabalho de prevenção na totalidade dos municípios é um desafio nosso ainda. Avançamos na questão de transmissão vertical, mas a questão do diagnóstico precoce é complicado, a oferta de aconselhamento e da testagem só vai acontecer quando estiver ofertado para a população do estado de uma forma mais ampla.” (coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP)

Os desafios para o fortalecimento da resposta estadual tornaram-se mais complexos, pois a formação continuada desses municípios, no contexto atual da descentralização das ações, é apontada como uma necessidade premente. Até porque esse passo condiciona a capacidade de resposta do nível regional do sistema de saúde nas DIRs, enquanto a retaguarda técnica mais próxima do nível local ainda precisa ser aperfeiçoada para desempenhar melhor o seu papel.

Considerando-se todos os desafios e as necessidades elencadas anteriormente, a coordenação estadual de DST/Aids terá que investir em processos que permitam aperfeiçoar a formação permanente dos novos coordenadores municipais e suas equipes técnicas, além da qualificação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação no estado como um todo, fortalecendo assim a gestão descentralizada em DST/Aids.

As coordenações municipais com maior experiência na gestão das ações em DST/Aids podem colaborar de uma forma mais orgânica em conjunto com as Direções Regionais de Saúde. Para tanto, o diálogo e a solidariedade entre esses atores, que é um dos grandes diferenciais da resposta de enfrentamento da epidemia em nossa realidade, precisa ser aprimorada cotidianamente, pois com a gestão descentralizada:

“Você se aproxima de onde tudo está acontecendo. Eu não posso querer que o Ministério da Saúde decida. Eu acho que politicamente, quanto mais próximo do que está acontecendo, melhor. Mas não basta descentralizar, tem que acompanhar tudo que está acontecendo no nível local. É importante para os dois lados, para quem descentralizou e para quem está executando lá na ponta da linha. É um ganho político, sem dúvida nenhuma, muito grande”. (coordenadora do Programa Municipal A)

6 Considerações Finais

Os acordos de empréstimo para Aids, firmados entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, no período de 1994 a 2002, foram fundamentais para o fortalecimento das ações programáticas e para o controle da epidemia no País.

Concordamos com Teixeira (1997) sobre a execução dos convênios com o Banco Mundial, que produziu mudanças relevantes no processo de trabalho das instituições que atuam nas diferentes esferas de gestão, tendo como missão a prevenção e a atenção às DST/Aids, como constatamos em nossa pesquisa documental e nas entrevistas realizadas com as coordenações de DST/Aids.

A despeito da importância dos acordos de empréstimo, é importante assinalar que a base de sustentação das políticas públicas de atenção e prevenção às DST/Aids no País antecede essa modalidade de financiamento. Elas foram implantadas em 1983 com a criação do primeiro programa governamental de controle da epidemia, instituído pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Nossa opção em seguir a trilha dos convênios executados no País nos Projetos AIDS I, II e III com o Banco Mundial e sua transição para a implantação da modalidade de financiamento pelo sistema fundo a fundo, forneceu elementos importantes para esta pesquisa. Esse caminho possibilitou apreender a gestão das ações programáticas em DST/Aids e suas mudanças no período do estudo, de 1994 a 2003. O processo de implementação da estratégia de descentralização das ações programáticas em DST/Aids no SUS, como um elemento importante para o fortalecimento da gestão, também pôde ser aperfeiçoado nesse período.

Nessa ótica, durante a vigência do projeto AIDS I, as políticas executadas pelo Ministério da Saúde, na perspectiva do financiamento das ações, foram marcadas por um posicionamento institucional centralizado e verticalizado, na relação com os estados e os municípios. Estes eram denominados de “executores”, como relatado por nossos informantes. Essas

relações sofreram substantivas alterações durante o projeto AIDS II, bem como com a instituição da política de incentivo para DST/Aids em 2003.

Nesse contexto, concordamos com Mendes (2003), ao constatarmos que o processo de descentralização das ações programáticas em DST/Aids apresentou diferentes graus e distintas formas de construção e operacionalização nas coordenações nacional, estaduais e municipais. Verificamos que ele foi lento e não apresentou uma linearidade, revelando-se, como nos diferentes momentos da história da resposta de enfrentamento à epidemia, marcado por períodos de centralização e descentralização.

A análise das diferentes formas de descentralização discutida na tipologia proposta por Rondinelli e colaboradores (1983) nos permitiu verificar que a descentralização das ações programáticas da esfera nacional para as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, durante os convênios, especialmente no AIDS I, foi marcada por uma forte desconcentração administrativa. Apesar disso, essa desconcentração caracterizou-se pela pouca autonomia dos coordenadores na gestão das ações nessas esferas hierárquicas.

A modalidade da devolução, proposta pelo referido autor, também foi constatada, principalmente no AIDS II. Nesse período, observamos um incremento na redistribuição de poder decisório e uma maior autonomia política e administrativa na condução das ações pelas coordenações estaduais e municipais, em função da experiência acumulada e das lições aprendidas no projeto AIDS I.

As ações executadas nas coordenações estaduais, incluindo a de São Paulo, e nas municipais investigadas, foram baseadas em uma prática de gestão e gerência desarticulada das instâncias colegiadas do SUS, principalmente no AIDS I. Essa prática de gestão foi modificada no decorrer do AIDS II e, sobretudo, no incentivo para DST/Aids por meio do sistema fundo a fundo, pelas exigências do pleito ao Ministério da Saúde, como a aprovação do Plano de Ações e Metas nos Conselhos de Saúde. Tal mudança foi uma das condições necessárias para o processo de habilitação dos estados e dos municípios à política de incentivo.

A lógica de financiamento dos acordos de empréstimo apresentou diversas dificuldades operacionais enfrentadas pelos estados e municípios. Elas estão relacionadas à limitada capacidade técnica e administrativa do quadro de profissionais das coordenações de DST/Aids, como apontado por Prud'homme (1995) ao discutir as dificuldades do processo de descentralização. Essa questão também dificultou o planejamento das ações programáticas em uma perspectiva mais estratégica e ampliada, reduzindo-o a uma programação de ações e prestação de contas ao Ministério da Saúde e ao Banco Mundial, para que não houvesse descontinuidade no repasse dos recursos.

Com o processo de qualificação da gestão das ações programáticas, o sentido atribuído ao planejamento foi sendo modificado no âmbito das coordenações de DST/Aids. Assim, no Estado de São Paulo, a realização do planejamento estratégico (2002- 2005), construído através de um processo ascendente envolvendo as coordenações municipais, as Direções Regionais de Saúde, as ONGs, entre outros parceiros, representou um marco importante no fortalecimento das políticas públicas em DST/Aids.

Na transição para a política de incentivo, o planejamento estratégico também orientou a elaboração dos planos de ações e metas na coordenação estadual de São Paulo e nas municipais. Em alguns municípios passou a haver uma estratégia contínua, induzindo ao monitoramento e a avaliação das ações, o que foi pouco observado no período dos convênios.

Nesse sentido, concordando com Mills (2001), a descentralização no período do incentivo proporcionou maior eficiência na alocação dos recursos. Como destacado por alguns coordenadores municipais, o programa de DST/Aids na estrutura das Secretarias de Saúde é um dos poucos programas que possuem informações sobre a aplicação dos recursos financeiros. Outro avanço refere-se ao aperfeiçoamento das ações intersetoriais para o controle das DST/Aids, sobretudo aquelas desenvolvidas com a área da Educação. Entretanto, em outras áreas como a Segurança Pública e a Administração Penitenciária, os desafios ainda são prementes.

A análise dos resultados da política de incentivo para DST/Aids, evidenciou que a descentralização das ações foi aperfeiçoada nas diferentes regiões brasileiras, pelo menos do ponto de vista quantitativo. Esse fato também pôde ser verificado no Estado de São Paulo. Nesse caso, observou-se que, com o aumento significativo de Secretarias Municipais de Saúde habilitadas pelo sistema fundo a fundo, ampliou-se a cobertura das ações, especialmente para municípios de médio porte ou abaixo de 50.000 habitantes, sendo um fato positivo frente à tendência de interiorização da epidemia.

Essa expansão das ações com a inclusão de municípios menores pode ser interessante para o desenvolvimento de atividades voltadas à prevenção e ao desenvolvimento institucional, sendo esses os principais componentes definidos por esses municípios para alocação dos recursos financeiros. Todavia, não basta descentralizar recursos, há necessidade de haver transferência de tecnologias de forma processual e contínua para o fortalecimento da gestão nessas localidades. Esses municípios enfrentam, em seus sistemas locais de saúde, vários tipos de dificuldades relacionadas a entraves administrativos, técnicos e políticos, que se refletem nas coordenações de DST/Aids, além de apresentarem uma capacidade menor de gestão que os demais.

A partir da política de incentivo, o processo de pactuação nos órgãos colegiados do SUS foi incorporado pelas coordenações de DST/Aids, principalmente no âmbito estadual e municipal, ampliando a transparência das ações programáticas. Contudo, essa política não pode ser reduzida ao momento da pactuação, pois as decisões do que foi pactuado devem ser monitoradas e avaliadas. Isso ainda representa um importante desafio a ser alcançado pelos gestores.

Estamos de acordo com Fleury (2002) quando afirma que a gestão descentralizada aumenta a complexidade nas fases de implementação e consolidação das políticas públicas, assim como as tarefas gerenciais. Mas, por outro lado, parece-nos que a sustentabilidade técnica e política das

ações de prevenção permanecem também como desafio a ser enfrentado na gestão das políticas públicas em DST/Aids no País.

Apesar de alguns avanços no desenvolvimento de modelos tecnológicos de prevenção para diferentes populações, essas ações foram pouco priorizadas na agenda das coordenações de DST/Aids, nas diferentes esferas governamentais. No projeto AIDS I, foram priorizadas a implantação e a estruturação de serviços assistenciais e não havia quadros técnicos suficientemente preparados para atuarem no desenvolvimento dessas ações. A partir do AIDS II, a prevenção adquiriu uma importância um pouco maior, porém com baixa cobertura das ações frente às mudanças do perfil e das tendências epidemiológicas.

Nas coordenações municipais de DST/Aids constatamos que houve a delegação dessas ações para as ONGs. Concordando com um dos coordenadores entrevistados (pp.96-97), apesar do reconhecimento das experiências realizadas pela sociedade civil no âmbito do Programa na prevenção às DST/Aids, desde a década de 80, suas ações apresentam pequeno impacto e abrangência limitada. Isso também é agravado pela concentração dessas organizações em algumas regiões brasileiras.

Contudo, experiências exitosas desenvolvidas por meio de parcerias entre as coordenações municipais de DST/Aids e essas organizações foram identificadas em nosso estudo. Observamos que a relação estabelecida não era restrita ao financiamento das ações ou ao repasse de insumos, como preservativos e materiais educativos, mas abrangia também a discussão conjunta de projetos de intervenção preventiva, nas fases de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das ações.

Esses fatos indicam, como apontado por Mills (2001), que a descentralização pode contribuir para a integração e a interlocução entre as organizações governamentais e não governamentais. Porém, convém recomendarmos o aprimoramento dos papéis, das responsabilidades e das relações entre essas instituições, para otimizar as ações.

No processo de descentralização também verificamos uma perda na qualidade de algumas informações, devido ao enfraquecimento e a

redefinição do papel de estruturas institucionais, antes centralizadas, como indicado por Prud'homme (1995).

Assim, por exemplo, nas ações de vigilância epidemiológica, os sistemas de informação atualmente são alimentados pelos municípios, não podendo ser alterados pelos níveis central ou regional da Secretaria Estadual de Saúde, conforme normatização do Ministério da Saúde. Essa dificuldade contribui para reduzir as oportunidades de qualificação das informações epidemiológicas e do próprio processo de tomada de decisão na gestão.

O discurso em torno da defesa da estratégia da descentralização, no âmbito da gestão, às vezes é incorporado ao cotidiano das instituições sem as devidas críticas acerca de suas fragilidades. A reflexão sobre essas críticas é importante, porque, certamente, podem apontar caminhos para o fortalecimento do Programa no cotidiano das instituições. É mister que haja no interior das instituições um processo contínuo de *empoderamento* dos coordenadores de DST/Aids nos diversos níveis da gestão, qualificando e ampliando sua capacidade técnica, política e administrativa para que se possa alcançar efeitos benéficos para a consolidação das ações programáticas.

Como dissemos, não basta transferir recursos, é preciso transferir conhecimento técnico e científico, além de poder de decisão para os níveis regionais e locais do sistema de saúde. Essa visão estratégica contribui para a consolidação da descentralização das ações programáticas, o que significa, em última instância, aumentar a capacidade de resposta do sistema público de saúde, melhorando sua resolubilidade.

No entanto, ainda se faz necessário o investimento na qualificação permanente das práticas de gestão e gerência, sobretudo a produção, a sistematização e a aplicação de informações estratégicas dos resultados e dos impactos. Tais mudanças proporcionariam uma maior capacidade de tomada de decisão nas coordenações de DST/Aids, com vistas à sustentabilidade das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo, nos municípios e no País.

Por fim, vale ressaltar que a experiência brasileira em relação ao acordo de empréstimo para Aids, dada sua relevância no cenário internacional, também contribuiu para o fortalecimento das políticas desenvolvidas pelo Banco Mundial nesse campo, formalizando novos caminhos para sua negociação em países em desenvolvimento.

A reflexão e o entendimento da experiência acumulada sobre a gestão descentralizada em DST/Aids no País, no Estado de São Paulo e nos municípios investigados, no período de 1994 a 2003, apresentam importantes elementos que podem orientar e contribuir para a consolidação das políticas públicas em DST/Aids que estão em execução no SUS, embasando a atuação dos gestores e dos gerentes envolvidos nesse processo.

Referências Bibliográficas

Arretche, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 14, n.º 40, São Paulo, Junho, 1999.

Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento humano. 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (para o Banco Mundial); 1993.

Banco Mundial. Documento de avaliação do projeto sobre empréstimo mundial proposto ao Brasil para um segundo projeto de controle de AIDS e DST. Washington: Relatório N° 18338-BR;1998. [acesso em 12/08/2005]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Banco Mundial. Projeto de Controle de AIDS e DST III. Relatório n.º PID 11512 de 22 de novembro de 2002. [acesso em 12/08/2005]. Disponível em <http://worldbank.org/infoshop>.

Banco Mundial. Relatório de avaliação de desempenho do primeiro e segundo Projetos de Controle de AIDS e DST - Brasil - Empréstimos 3659-BR e 4392-BR. Departamento de Avaliação de Operações, Washington, D.C.; 2004.

Banco Mundial. O Banco Mundial no século XXI - missão, objetivos e princípios. [acesso em 07/07/2005]. Disponível em <http://worldbank.org>.

Barboza, R.; Silva, S.R.; Cervantes, V.; Kalichman, A.O.; Gianna, M.C. In: Balanço da implantação do fundo a fundo para DST/AIDS no Estado de São

Paulo. Anais do V Congresso da Sociedade Brasileira de DST. V Congresso Brasileiro DST/AIDS de Prevenção em DST e AIDS. Recife, 29 de agosto a 01 de setembro; 2004.

Barboza, R.; Ibanhes, L.C.; Heimann, L.S.; Silva, S.R. Descentralização das políticas públicas em DST/AIDS no Estado de São Paulo. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 9 a 13 de julho; 2005.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;1979.

Brasil. Portarias do Ministério da Saúde GM, n.º 2.313, de 19 de dezembro de 2002 e n.º 2.314 de 20 de dezembro de 2002.

Campos, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 16(3):723-731, julho-setembro; 2000.

Carvalho, G. O Município no século XXI: cenários e perspectivas. Saúde: Avanços e entraves ao processo de descentralização. Fundação Perseu Abramo: São Paulo; 1998.

Ckagnazaroff, I. B.; Mota, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. E G Economia e Gestão: Belo Horizonte, v. 3, n.º 6, p. 23-41; 2003.

Cohn, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: Ciências Sociais e Saúde. Ana Maria Canesqui (org.). Saúde em Debate 107, Editora Hucitec. Abrasco: São Paulo, pp.157-171; 1997.

Costa, F.L.; Castanhar, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. In: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 37(5):969-992, setembro/outubro; 2003.

Dayton, J. World Bank HIV/AIDS Interventions: ex-ante and ex-post evaluation. Washington, D.C.: The World Bank (World Bank Discussion Paper, n.º 389); 1998.

Demo, P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.

Donnangelo, M.C.F. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Dourado, I.; Veras, M.A.S.M.; Barreira, D.; Brito, A.M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Revista de Saúde Pública, vol. 40, pp. 9-17, 2006.

Draibe, S. M. In: Junqueira, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Ciências Sociais e Saúde. Ana Maria Canesqui (org.). Saúde em Debate 107, Editora Hucitec: Abrasco: São Paulo;1997.

Farah, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. Revista de Administração Pública, volume 35, n.º 1, pp. 119-145, janeiro/fevereiro; 2001.

Ferla, A.A., Ceccim, R.B., Pelegrini, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, pp. 61-88; 2003.

Fleury, S. O desafio da gestão das redes de políticas. 2002. [Acesso em 12/01/2006] Disponível em www.lead.org.br/filemanager/download/75/Sonia_Fleury_desafio_rede_politica.pdf.

Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Minayo, M.C.S.(org.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 22ª edição, pp. 67-80; 2003.

Goode, P. & Hatt. Métodos em pesquisa social. 6. ed. São Paulo, Cia Editora Nacional; 1977.

Grangeiro, A. Gestión y Evaluación - Gestión de una política de salud para las ETS y SIDA en Brasil - Respuesta nacional en 17 años de epidemia. In: Ministerio de la Salud. La Respuesta Brasileña al VIH/SIDA: Experiencias ejemplares. Coordinación Nacional de ETS y Sida. Brasília, pp. 92-100; 1999.

GRANGEIRO, A. Políticas de financiamento das ações de controle da AIDS e desenvolvimento social. In PASSARELI, C.A. (org.). AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, pp. 258-269; 2003.

Guibu, A. I.; Tayra, A.; Polon, M.C.; Caminada, S., Gianna, M.C. Análise do modo de transmissão nos 25 anos de epidemia de aids no Estado de São Paulo, 1980 a 2004. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Abrasco, Rio de Janeiro; 2006.

Deslandes, S.F.; Gomes, R. A pesquisa qualitativa de serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosil, M.L.M. e Mercados-Martinez, F. J. (Orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, p. 99-120; 2004.

Heimann, L. S.; Carvalheiro, J.R.; Donato, A.F.; Ibanhes, L.C.; Lobo, E.F.; Pessoto, U.C. O município e a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Hickey, A. New allocations for ARV treatment: an analysis of 2004/5 national budget from an HIV/AIDS perspective. The Institute for Democracy in South Africa, AIDS Budget Unit; 2004.

Hulshof, J. Crisis económica e intervención del Estado en la atención médica. Lima; 1987 (mimeo).

Junqueira, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Ciências Sociais e Saúde. Ana Maria Canesqui (org.). Saúde em Debate 107, Editora HUCITEC, Abrasco: São Paulo, pp. 173-204; 1997.

Junqueira, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 32(2), março/abril, pp.11-22; 1998.

Lowi, T. American business, public policy, case studies and political theory. *World Politics*, vol.16, pp. 677-715; 1964.

Lucchese, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990-1995. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 14, dezembro; 1996.

Madden, R.B. O Unids e as políticas de desenvolvimento sustentável. In: Passareli, C.A. (org.). *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, pp. 18-25; 2003.

Maingón, T. Las políticas sociales: discusión teórica, conceptual y metodológica. *Série Informes Técnicos 4*. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud; 1991.

Mann, J., Tarantola, D.J.M., Netter, T.W. (orgs.) *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.

Marconi, M.A e Lakatos, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*, 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Marshall, T. H. *Política social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

Mattos, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: Parker, R.,

Galvão, J., Bessa, S. M (org.). Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: ABIA, Ed. 34, pp. 29-87; 1999.

Mattos, R. A., Terto, V.J., Parker, R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: Divulgação em Saúde para Debate: Rio de Janeiro, n.º 27, pp. 81-94; 2003.

Mendes, A.N.; Marques, R.M. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.º 4; 2002.

Mendes, E.V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. In: Relatório final do 1º seminário do CONASS para a construção de consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, pp. 65-99; 2003.

Mendes-Gonçalves, R.B. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec, Abrasco: São Paulo - Rio de Janeiro; 1994.

Metas de Desenvolvimento do Milênio. [acesso em 10/03/2005]. Disponível em <http://www.unaids.org>.

Mills, A.; Benett, S.; Russell, S. The challenge of health sector reform: what must governments do? Houndmills, Palgrave Publ. Ltd., 2001.

Minayo, M.C.S.(org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 22ª edição; 2003.

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de DST/AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional DST/AIDS, Brasília; 2000.

Ministério da Saúde. Relatório de implementação (dezembro 1998 a dezembro de 1999) do Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional DST/AIDS, Brasília; 2000.

Ministério da Saúde. Portarias n.º 2313 e 2314, publicadas em 19 e 20 de dezembro de 2002, dispõe sobre a política de transferência de recursos do governo federal para estados, Distrito Federal e municípios na modalidade de financiamento fundo a fundo para DST/Aids.

Ministério da Saúde. Financiamento para DST e Aids no SUS. Secretaria de Vigilância e Saúde - Programa Nacional DST/Aids. Apresentação realizada no V Congresso Brasileiro de Prevenção DST/Aids, Recife; 2004.

Ministério da Saúde. O SUS A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília; 2005.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II, n.º 1, 1ª a 26ª semanas epidemiológicas de 2005, janeiro a junho de 2005, Brasília; 2005.

Nemes, M.I.B. Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1996.

Nemes, M.I.B. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil. Fundamentos de Avaliação n.º 1, coleção ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: Rio de Janeiro; 2001.

Neto, J.S.M. Responsabilidade e papel do Estado na gestão do SUS. In: Relatório final do 1º seminário do CONASS para a construção de consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, pp. 100-108; 2003.

Nogueira-Martins, M.C.F.; Bógus, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. In: Saúde e Sociedade, vol. 13, n.º 3, p.44-57, 2004.

ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA – 2004. In: Financiar la respuesta al SIDA, pp.129-149; 2004.

ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA - 2004: Resumen analítico. Cuarto informe mundial, julho; 2004.

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica. Washington, D.C.; 1992.

Paim, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Elias Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.º 3, pp. 183-212; 2003.

Paim, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 8(2):557-567; 2003.

Parker, R., Galvão, J., Bessa, S. M (org.). Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: ABIA, Ed. 34; 1999.

Parker, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, n.º 27, pp. 8-49, agosto; 2003.

Prud'Homme, R. The dangers of decentralization. The World Bank Research Observer, vol. 10, pp. 201-222, 1995.

Rondinelli, D. et alii. Decentralization in developing countries: a review of recent experience. Washington, World Bank Staff Working Paper, n.º 581, 1983.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico AIDS. Programa Estadual DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - Centro de Vigilância Epidemiológica. "AIDS – 20 Anos de Epidemia, Perfil Regional do Estado de São Paulo", n.º 01, abril; 2001.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Planejamento estratégico do Programa Estadual DST/AIDS (2002-2005), Coordenação dos Institutos de Pesquisa - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, fevereiro; 2002.

Secretaria de Estado da Saúde. 20 anos Programa Estadual DST/Aids-SP. Kalichman, A. (et al). Coordenação dos Institutos de Pesquisa, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2002.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde - Um olhar sobre os doze anos do SUS. Nº 28, dezembro; 2002.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Balanço do Plano de Ações e Metas de 2003, Coordenação Estadual DST/Aids; 2004 (mimeo)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico CRT.DST/Aids, CVE, Ano V, n.º 1, São Paulo, dezembro; 2005.

Silveira, C., Bocayuva, C., Zapata, T. Ações integradas e desenvolvimento local: tendências, oportunidades e caminhos. In: Novos contornos da gestão local: conceitos em construção. Silvio Caccia-Bava, Veronika Paulics, Peter Spink (org.). São Paulo, Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania, FGV - EAESP, pp. 245-290; 2002.

Souza Santos, B. Reinventar la democracia: reinventar el Estado. 1ª edição, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales; 2005.

Souza, R.R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. Barjas Negri e Ana Luiza Viana (org.), São Paulo: Sobravime-Celag, pp.441-469; 2002.

Teixeira, C.F. In: Heimann, L. S.; Carvalheiro, J.R.; Donato, A.F.; Ibanhes, L.C.; Lobo, E.F.; Pessoto, U.C. O município e a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Teixeira, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: Parker, R. (org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar e ABIA, pp. 43-69; 1997.

Teixeira, P.R. Acesso Universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, n. 27, pp. 50-57, agosto; 2003.

Ugá, M.A.D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: Gerschman, S. e Vianna, M.L.W. (org.). A miragem da pós-modernidade - democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 81-99; 1997.

Viana, A.L.A. (et al). Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. Barjas Negri e Ana Luisa Viana (org.), São Paulo: Sobravime, Celag, pp.471-488; 2002.

World Bank. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington: World Bank Policy Study; 1987.

World Bank. Adult health in Brazil: adjusting to new challenges. Washington; 1989.

|||||

ANEXOS

ANEXO I

Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo no período 1994 a 2003

Roteiro de Entrevista - Coordenador Municipal DST/Aids

Identificação do coordenador

- Trajetória profissional
- Formação
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado)
- Tempo na função
- Participação em conselhos e órgãos de classe
- Instâncias de representação em Aids

Qual a inserção e vinculação do programa na estrutura da Secretaria Municipal da Saúde no período de 1994 a 2003 e no período atual.

- Houve mudanças?
- Quais os efeitos dessas mudanças na gestão do programa?

Em relação a missão do programa municipal de DST/Aids:

- Qual é a missão atual do programa?
- Como foi o processo de definição da missão? (atores) (opcional)
- Houve mudanças na missão no período de 1994 a 2003?

Quais são os componentes/áreas do Programa Municipal DST/Aids?

- Áreas: atenção, prevenção, vigilância epidemiológica, articulação com a sociedade civil, pesquisa, outras)
- E as principais diretrizes políticas?
- Houve mudanças nessas áreas no período de 1994 a 2003? Se sim, quais?

Em relação à ação programática em DST/Aids, quais são os desafios atuais do gestor municipal?

- Entendimento do gestor sobre a ação programática
- Concepção e sentido atribuído pelo gestor às ações programáticas

- Principais mudanças na concepção e no entendimento da ação programática no período de 1994 a 2003.

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do I e II convênios para Aids do Ministério da Saúde com o Banco Mundial.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação dos convênios com o Ministério da Saúde?
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas do SUS? Se sim, em quais? (CIB, CMS, COSEMS, CIR, entre outras)
- Como foi a participação do PMDST/Aids nessas instâncias nesse período?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais? (Câmara Municipal, Fóruns de Ongs Aids, entre outros)
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação dos convênios na Coordenação Municipal?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos?
- Houve participação das ONGs/Aids na formulação? E no acompanhamento dos convênios? Como foi esse acompanhamento?
- Houve ações de monitoramento e avaliação dos convênios?
- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira dos convênios? (mecanismos, alocação e execução da contra partida, auditorias do tribunal de contas, prestação de contas no CMS e Fóruns de ONGs Aids)
- Qual foi o apoio do Programa Nacional DST/Aids e do Programa Estadual para a execução dos convênios?
- Houve apoio da DIR?
- Lições aprendidas e sugestões.

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela coordenação do Programa na gestão da política de DST/Aids durante a execução dos **convênios** com o Banco Mundial em termos: (opcional)

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do Plano de Ações e Metas para DST/Aids no ano de 2003.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação do PAM na Secretaria Saúde?
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas? Se sim, em quais? (CIT, CIB, CMS, COSEMS, CIR, entre outras)
- Como foi a participação do PMDST/Aids nas instâncias?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais? (Câmara Municipal, Fórum de Ongs Aids, Comissão Nacional de Aids, COGE)
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação na Coordenação Municipal?
- Quais foram as principais diretrizes para formulação das ações no PAM 2003?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos nesse processo?
- Houve participação das ONGs na formulação do PAM 2003? E durante sua execução?
- Houve ações de monitoramento e avaliação do PAM em 2003?

- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira do PAM 2003? (mecanismos, alocação e execução dos recursos próprios, auditorias do tribunal de contas, prestação de contas no CMS, Fórum de ONGs Aids, entre outros).
- Qual foi o apoio do Programa Nacional DST/Aids e do Programa Estadual para a execução do PAM 2003?
- Houve apoio da DIR?
- Lições aprendidas e sugestões.

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela Coordenação Municipal para gestão da política de DST/Aids no ano de 2003, via **fundo a fundo** em termos: (opcional)

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Em relação a avaliação das ações do AIDS I e II e do PAM:

- Quais foram as estratégias, mecanismos e instrumentos instituídos?
- Qual a relação entre as informações produzidas e a tomada de decisão?

Quais os principais avanços e dificuldades do processo de descentralização das ações DST/Aids para o município, em termos:

- Políticos
- Técnicos
- Administrativos

(recursos financeiros; papéis e responsabilidades; funções gestoras; capacidade técnica e política municipal e estadual; prioridades do programa X prioridades da SMS)

Perspectivas da política pública em DST/Aids no município.

- Quais são as alternativas para sustentabilidade da resposta municipal para Aids?

ANEXO I

Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo no período 1994 a 2003

Roteiro de Entrevista - Coordenador Estadual DST/Aids

Identificação do coordenador

- Trajetória profissional
- Formação
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado)
- Tempo na função
- Participação em conselhos e órgãos de classe
- Instâncias de representação em Aids

Qual a inserção e vinculação do programa na estrutura da SES no período de 1994 a 2003 e no período atual.

- Houve mudanças?
- Quais os efeitos dessas mudanças na gestão do programa?

Em relação a missão do programa estadual de DST/Aids:

- Qual é a missão atual do programa?
- Quais são seus objetivos centrais?
- Como foi o processo de definição da missão? (atores)
- Houve mudanças na missão no período de 1994 a 2003?

Quais são os componentes do programa estadual DST/Aids?

- E as principais diretrizes políticas? (áreas: atenção, prevenção, vigilância epidemiológica, articulação com a sociedade civil e pesquisa)
- Houve mudanças nesses componentes no período de 1994 a 2003? Se sim, quais?

Em relação a ação programática em DST/Aids, quais são os desafios atuais do gestor no âmbito estadual?

- Entendimento do gestor sobre a ação programática
- Concepção e sentido atribuído pelo gestor às ações programáticas

- Principais mudanças na concepção e no entendimento da ação programática no período de 1994 a 2003.

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do I e II convênios para Aids do Ministério da Saúde com o Banco Mundial.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação dos convênios com o Banco Mundial?
- Oferta de idéias do Banco, pressões, conselhos recebidos e oferecidos pelo Banco
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas do SUS? Se sim, em quais? (CIT, CNS, CONASEMS, CONASS, entre outras)
- Como foi a participação do PEDST/Aids nessas instâncias nesse período?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais? (Assembléia Legislativa, Fóruns de Ongs Aids, entre outros)
- Qual foi a participação e o papel dos atores das SMSs e das ONGs nesse processo?
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?
- Lições aprendidas e sugestões.

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação dos convênios na Coordenação Estadual?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos?
- Houve participação das ONGs/Aids na formulação? E no acompanhamento dos convênios? Como foi esse acompanhamento?
- Houve mecanismos instituídos para o monitoramento e avaliação dos convênios?
- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira dos convênios? (mecanismos, alocação e execução da contra partida,

auditorias do tribunal de contas, prestação de contas no CNS e Fóruns de ONGs Aids)

- Quais foram as principais ações do PEST/Aids junto aos municípios conveniados? (supervisão, monitoramento, conflitos)

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela coordenação do Programa Estadual na gestão da política de DST/Aids durante a execução dos **convênios** com o Banco Mundial em termos:

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do Plano de Ações e Metas para DST/Aids no ano de 2003.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação do PAM no Ministério da Saúde?
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas? Se sim, em quais? (CIT, CNS, CONASEMS, CONASS, entre outras)
- Como foi a participação do PEDST/Aids nas instâncias?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais?
- Qual foi a participação e o papel dos atores das SMSs e das ONGs nesse processo?
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?
- Lições aprendidas e sugestões.

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação na Coordenação Estadual?
- Quais foram as principais diretrizes para formulação das ações no PAM 2003?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos da Coordenação Estadual nesse processo?

- Houve participação das ONGs/Aids na formulação do PAM 2003? E no acompanhamento realizado pelo PEDST/Aids junto aos Municípios?
- Houve mecanismos instituídos para o monitoramento e avaliação do PAM no país em 2003?
- Quais foram as principais ações do PEDST/Aids junto aos municípios habilitados no PAM em 2003 no estado de São Paulo? (supervisão, monitoramento, conflitos, relação com o MS-PNDST/Aids)
- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira do PAM em 2003? (mecanismos, alocação e execução dos recursos próprios, auditorias do tribunal de contas, prestação de contas, entre outros)
- Como foi a capacidade de investimento dos recursos próprios pelos municípios habilitados em 2003? Há um balanço do cumprimento dessa pactuação?

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela Coordenação Estadual para gestão da política de DST/Aids no ano de 2003, via **fundo a fundo** em termos:

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Quais foram os indicadores de avaliação utilizados pela Coordenação Estadual na gestão:

- Do convênio AIDS I
- Do convênio AIDS II
- Do PAM em 2003
- Como foi a seleção dos indicadores?
- Houve pactuação dos indicadores com o Ministério da Saúde, Municípios e ONGs?
- Quais foram as estratégias, mecanismos e instrumentos instituídos?

- Qual a relação entre as informações produzidas e a tomada de decisão?
- Avanços, dificuldades e perspectivas

Como foi o processo de decisão interno e externo a SES em relação ao convênio e ao fundo a fundo? (opcional)

- Quais os espaços institucionais? (Fóruns de Gestores, CES, CIB, CIT, Fórum de ONGs/Aids, entre outros)
- Construção de consensos

Quais os principais avanços e dificuldades do processo de descentralização das ações para os municípios em termos:

- Políticos
- Técnicos
- Administrativos.

(recursos financeiros; papéis e responsabilidades; funções gestoras; capacidade técnica e política municipal e estadual; prioridades do programa X prioridades municipais;)

Perspectivas da política pública em DST/Aids no Estado:

- Quais são as alternativas para sustentabilidade da resposta estadual para Aids?
- Atualmente, há um estrangulamento da rede no estado para atender as necessidades e demandas das PVHA?
- Como a CEDST/Aids vê a atuação do Fórum de ONGs Aids em relação ao controle social da política de DST/Aids?
- Qual a participação da CEDST/Aids na Frente Parlamentar Estadual para Aids, encabeçada pelo deputado Hamilton Pereira?

ANEXO I

Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo no período 1994 a 2003 Roteiro de Entrevista - Coordenador Nacional DST/Aids

Identificação do coordenador

- Trajetória profissional
- Formação
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado)
- Tempo na função
- Participação em conselhos e órgãos de classe
- Instâncias de representação em Aids

Qual a inserção e vinculação do programa na estrutura do Ministério da Saúde no período de 1994 a 2003 e no período atual.

- Houve mudanças?
- Quais os efeitos dessas mudanças na gestão do programa?

Em relação a missão do programa nacional de DST/Aids:

- Qual é a missão atual do programa?
- Quais são seus objetivos centrais?
- Como foi o processo de definição da missão? (atores)
- Houve mudanças na missão no período de 1994 a 2003?

Quais são os componentes do programa nacional DST/Aids?

- E as principais diretrizes políticas? (áreas: atenção, prevenção, vigilância epidemiológica, articulação com a sociedade civil e pesquisa)
- Houve mudanças nesses componentes no período de 1994 a 2003? Se sim, quais?

Em relação a ação programática em DST/Aids, quais são os desafios atuais do gestor no âmbito federal?

- Entendimento do gestor sobre a ação programática

- Concepção e sentido atribuído pelo gestor às ações programáticas
- Principais mudanças na concepção e no entendimento da ação programática no período de 1994 a 2003.

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do I e II convênios para Aids do Ministério da Saúde com o Banco Mundial.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação dos convênios com o Banco Mundial?
- Oferta de idéias do Banco, pressões, conselhos recebidos e oferecidos pelo Banco
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas do SUS? Se sim, em quais? (CIT, CNS, CONASEMS, CONASS, entre outras)
- Como foi a participação do PNDST/Aids nessas instâncias nesse período?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais? (Câmara e Senado Federal, Fóruns de Ongs Aids, Comissão Nacional de Aids, entre outros)
- Qual foi a participação e o papel dos atores das SESs, das SMSs e das ONGs nesse processo?
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?
- Lições aprendidas e sugestões.

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação dos convênios na Coordenação Nacional?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos?
- Houve participação das ONGs/Aids na formulação? E no acompanhamento dos convênios? Como foi esse acompanhamento?
- Houve mecanismos instituídos para o monitoramento e avaliação dos convênios?

- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira dos convênios? (mecanismos, alocação e execução da contra partida, auditorias do tribunal de contas, prestação de contas no CNS e Fóruns de ONGs Aids)
- Quais foram as principais ações do PNDST/Aids junto aos estados e municípios conveniados? (supervisão, monitoramento, conflitos)

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela coordenação do Programa Nacional na gestão da política de DST/Aids durante a execução dos **convênios** com o Banco Mundial em termos:

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Descrição do processo de elaboração, implantação, execução e avaliação do Plano de Ações e Metas para DST/Aids no ano de 2003.

I – Negociação política

- Como foi o processo de negociação do PAM no Ministério da Saúde?
- Houve pactuação nas instâncias colegiadas? Se sim, em quais? (CIT, CNS, CONASEMS, CONASS, entre outras)
- Como foi a participação do PNDST/Aids nas instâncias?
- Houve discussão em outros espaços políticos? Se sim, quais? (Câmara e Senado Federal, Fóruns de Ongs Aids, Comissão Nacional de Aids, COGE)
- Qual foi a participação e o papel dos atores das SESs, das SMSs e das ONGs nesse processo?
- Quais foram os avanços e dificuldades em termos políticos?
- Lições aprendidas e sugestões.

II- Gestão e gerência técnica e financeira

- Como foi o processo de planejamento e programação na Coordenação Nacional?

- Quais foram as principais diretrizes para formulação das ações no PAM 2003?
- Quais foram os atores institucionais envolvidos da Coordenação Nacional nesse processo?
- Houve participação das ONGs/Aids na formulação do PAM 2003? E no acompanhamento realizado pelo PNDST/Aids junto aos Estados e Municípios?
- Houve mecanismos instituídos para o monitoramento e avaliação do PAM no país em 2003?
- Quais foram as principais ações da CNDST/Aids junto aos municípios habilitados no PAM em 2003 no estado de São Paulo? (supervisão, monitoramento, conflitos, relação com o MS-PNDST/Aids)
- Como foi o processo de acompanhamento da execução financeira do PAM em 2003? (mecanismos, alocação e execução dos recursos próprios, auditorias do tribunal de contas, prestação de contas, entre outros)
- Como foi a capacidade de investimento dos recursos próprios pelos municípios habilitados em 2003? Há um balanço do cumprimento dessa pactuação?
- E para a SES, houve dificuldades?

Em síntese, quais foram os principais **avanços** e **dificuldades** enfrentadas pela Coordenação Nacional para gestão da política de DST/Aids no ano de 2003, via **fundo a fundo** em termos:

- Técnicos
- Políticos
- Administrativos
- Lições aprendidas e sugestões

Quais foram os indicadores de avaliação utilizados pela Coordenação Nacional na gestão:

- Do convênio AIDS I
- Do convênio AIDS II

- Do PAM em 2003
- Como foi a seleção dos indicadores?
- Houve pactuação dos indicadores com o Ministério da Saúde, Municípios e ONGs?
- Quais foram as estratégias, mecanismos e instrumentos instituídos?
- Qual a relação entre as informações produzidas e a tomada de decisão?
- Avanços, dificuldades e perspectivas

Como foi o processo de decisão interno e externo a SES em relação ao convênio e ao fundo a fundo? (opcional)

- Quais os espaços institucionais? (Fóruns de Gestores, CES, CIB, CIT, Fórum de ONGs/Aids, entre outros)
- Construção de consensos

Quais os principais avanços e dificuldades do processo de descentralização das ações para os municípios em termos:

- Políticos
- Técnicos
- Administrativos.

(recursos financeiros; papéis e responsabilidades; funções gestoras; capacidade técnica e política municipal e estadual; prioridades do programa X prioridades municipais;)

Perspectivas da política pública em DST/Aids no País:

- Quais são as alternativas para sustentabilidade da resposta estadual para Aids?
- Atualmente, há um estrangulamento da rede no estado para atender as necessidades e demandas das PVHA?
- Como a CEDST/Aids vê a atuação do Fórum de ONGs Aids em relação ao controle social da política de DST/Aids?
- Qual a participação da CEDST/Aids na Frente Parlamentar Estadual para Aids, encabeçada pelo deputado Hamilton Pereira?

ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenador Nacional, Estadual e Municipal DST/Aids

Título da Pesquisa: "Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003"

Pesquisador: Renato Barboza

Orientador: Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um projeto de pesquisa, vinculado ao Programa de Pós-graduação em nível de mestrado, que tem por objetivo principal descrever e analisar o processo de implantação e desenvolvimento do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo no período de 1994 a 2003, quanto à descentralização e gestão das ações programáticas.

Para tanto, a fim de coletar informações mais detalhadas sobre as ações dos programas de DST/Aids, quanto à sua organização, estrutura, avanços e dificuldades durante sua implantação e implementação no Sistema Único de Saúde, estamos realizando entrevistas com os coordenadores de DST/Aids do Programa Nacional, Estadual e de alguns municípios selecionados no Estado de São Paulo. Os resultados da pesquisa que estamos desenvolvendo contribuirão para subsidiar as políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo e em outras regiões brasileiras.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita, e os dados obtidos poderão ou não serem incluídos no relatório final. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso acarrete nenhum prejuízo ou dano.

Asseguramos a(o) senhor(a), o sigilo e a confidencialidade quanto às informações prestadas durante a entrevista, na análise e organização dos dados, na elaboração do relatório final, bem como na etapa de divulgação dos resultados. Desde já nos

comprometemos a apresentar e disponibilizar cópia do relatório final ao término do projeto, no primeiro semestre de 2006.

Asseguramos uma cópia deste Termo para o(a) senhor(a) e outra para o pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento, com Renato Barboza, pesquisador principal, no Instituto de Saúde, à Rua Santo Antônio, 590 - 4º andar - Bela Vista, São Paulo ou pelos telefones (11) 3293-2239 ou pelo e-mail renato@isaude.sp.gov.br, no horário das 10:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira; ou Comitê de Ética em Pesquisa com seu coordenador Dr. Eduardo Ronner Lagonegro pelo telefone 5087-9837- CRTDST/AIDS.

Atenciosamente,

Renato Barboza
Pesquisador responsável pelo estudo
RG Nº 17.961.892-1

Eu, _____, RG Nº _____,
declaro que compreendi o conteúdo desse Termo e concordo em participar da entrevista.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do entrevistado(a):

ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Presidente Fórum Estadual ONGs/Aids

Título da Pesquisa: "Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003"

Pesquisador: Renato Barboza

Orientador: Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um projeto de pesquisa de mestrado, vinculado ao Programa de Pós-graduação da Secretaria de Estado da Saúde, que tem por objetivo descrever e analisar o processo de implantação e desenvolvimento do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo no período de 1994 a 2003. Pretendemos entender como aconteceu a descentralização das ações para os municípios no Estado de São Paulo e também como estão organizadas as atividades de controle e prevenção das DST/Aids.

Para tanto, a fim de coletar informações mais detalhadas sobre as ações dos programas de DST/Aids, quanto à sua organização, avanços e dificuldades nesse período no Sistema Único de Saúde, estamos realizando entrevistas com representantes de ONGs/Aids e coordenadores de DST/Aids do Programa Nacional, Estadual e de alguns municípios selecionados no Estado de São Paulo. Os resultados dessa pesquisa serão muito importantes para o fortalecer as políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo e em outras regiões brasileiras.

A entrevista será gravada e depois transcrita, e os dados obtidos poderão ou não serem incluídos no relatório final. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso acarrete nenhum prejuízo ou dano.

Asseguramos a(o) senhor(a), o sigilo e a confidencialidade, durante a entrevista, pois sua identidade não será revelada na análise dos dados e também não será divulgada no relatório final ou em qualquer outra forma de divulgação dos

resultados. Desde já nos comprometemos a apresentar e entregar cópia do relatório final ao término do projeto, no primeiro semestre de 2006.

Asseguramos uma cópia deste Termo para o(a) senhor(a) e outra para o pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento, com Renato Barboza, pesquisador principal, no Instituto de Saúde, à Rua Santo Antônio, 590 - 4º andar - Bela Vista, São Paulo ou pelos telefones (11) 3293-2239 ou pelo e-mail renato@isaude.sp.gov.br, no horário das 10:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira; ou Comitê de Ética em Pesquisa com seu coordenador Dr. Eduardo Ronner Lagonegro pelo telefone 5087-9837- CRTDST/AIDS.

Atenciosamente,

Renato Barboza
Pesquisador responsável pelo estudo
RG Nº 17.961.892-1

Eu, _____, RG Nº _____,
declaro que compreendi o conteúdo desse Termo e concordo em participar da entrevista.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do entrevistado(a):

ANEXO III



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 18 de outubro de 2005.

Ofício CRT-DST/AIDS - CEP n.º 188/05.

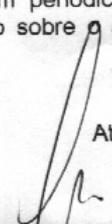
PROTOCOLO CEP n.º 034/05 – “Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo no Período de 1994 a 2003”.

Prezado Investigador,

Após a análise dos referidos documentos pelos membros deste Comitê, em reunião ordinária do dia 17/10/2005, foi emitido parecer: **APROVADO.**

Solicitamos que nos seja enviado, com periodicidade de seis meses a contar desta data, um comunicado sucinto sobre o andamento do Projeto.

Atenciosamente,


Eduardo Ronner Lagonegro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CRT - DST/AIDS

Ílmo. Sr.
Renato Barboza
Investigador Principal

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS
Rua Santa Cruz, 81 – Ambulatório Sala 11 A
V. Mariana CEP 04121-000 São Paulo / SP
Fone/Fax: 5087-9837
e-mail: cep@crt.saude.sp.gov.br



ANEXO III

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS
ESTRATÉGICOS EM SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA**

Protocolo 014/05

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. Identificação

Título: "Gestão do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, no período de 1994 a 2003".

Pesquisador responsável: Renato Barboza, sob orientação do Prof. Dr. Lauro Ibanhes.

Local onde se realizará o campo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo.

Instituição responsável: CRT DST/AIDS, Instituto de Saúde/CCD/PPG/SES.

Data de entrada no CEPIS: 04/10/05

II. Parecer

O projeto tem por objetivo geral "descrever e analisar o processo de implantação e desenvolvimento do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, no período de 1994 a 2003, quanto à descentralização e gestão das ações programáticas" (p. 10). Visa estudar o financiamento da política de DST/Aids, a descentralização das ações programáticas e os mecanismos e estratégias utilizados na gestão.

Consistirá num estudo qualitativo, através da realização de entrevistas em profundidade com um pequeno grupo de atores selecionados intencionalmente. As entrevistas possuirão um roteiro em conformidade com os objetivos da pesquisa, apresentado pelo pesquisador ao final do projeto.

Os sujeitos da pesquisa serão: 4 coordenadores municipais dos programas de DST/Aids, o coordenador do Programa Estadual de DST/Aids, o coordenador do Programa Nacional de DST/Aids e o presidente do Fórum Estadual de ONGs/Aids de São Paulo.

Os recursos financeiros destinados ao trabalho são oriundos do Instituto de Saúde, somados a recursos próprios do pesquisador, conforme o orçamento apresentado.

O projeto possui um cronograma de pesquisa.

O TCLE está bem apresentado, de forma extensa e detalhada, cujo grau de complexidade corresponde às características dos sujeitos da pesquisa, ou seja, os coordenadores de programas de DST/Aids em suas várias instâncias. Considera-se apenas desnecessário citar nominalmente a coordenadora e o telefone do CEPIS.

Diante do exposto, considera-se o projeto **Aprovado**, com a recomendação de que se suprima o nome e o telefone do CEPIS do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, 26 de outubro de 2005



Silvia Regina Dias Médici Saldiva
Coordenadora - CEPIS