

Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais.

Decentralisation strategies and municipalisation of the response to aids in Brazil: implications to health authorities and non-governmental organisations.

Estrategias de descentralización y municipalización de la respuesta al sida en Brasil: implicaciones par alas secretarias de salud y las organizaciones no gubernamentales.

Alexandre Grangeiro

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Maria Mercedes Escuder

Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Maria Clara Gianna

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Euclides Ayres Castilho Castilho

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Paulo Roberto Teixeira

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

RESUMO

O processo de construção da resposta nacional à aids é descrito e analisado sob a ótica das políticas de descentralização, utilizando como fonte de dados documentos e estudos realizados sobre o tema. A trajetória dos processos de descentralização é descrita em três fases: a constituição de uma resposta essencialmente descentralizada baseada na atuação de Estados, Municípios e Organizações não Governamentais (ONG), nos anos de 1980; a concentração do poder decisório e de financiamento no nível federal, nos anos de 1990, que ocorre, paradoxalmente, em conjunto com o fortalecimento dos Estados e Municípios e a expansão da resposta por todas as regiões brasileiras; e a implantação de políticas de descentralização que visam a transferir para o nível local atribuições e recursos financeiros federais, nos anos 2000. Essas políticas possibilitaram ampliar a resposta nacional e contribuíram para aumentar

a oferta de serviços e reduzir o número de casos de aids. Limitações observadas na implantação da política levaram à indução de respostas mais restritas em parte das secretarias e à redução das ações de ONG. Considerar experiências exitosas e medidas organizacionais podem aprimorar o processo.

PALAVRAS-CHAVE:

Aids; descentralização; municipalização, história; organismos não governamentais.

ABSTRACT

Supported by the analysis of institutional documents, reviewing information systems and secondary data, this paper describes and analyses the building-up of the national response to aids focusing the decentralisation policy. The decentralisation processes is described in three phases: the constitution of the decentralised response based on actions lead by states, municipalities, and non-governmental organisations (NGO), in the years of 1980; the concentration of decision and funding power at the federal level during the nineties, which, paradoxically, goes along the strengthening of states and municipalities and the expansion of response through all Brazilian regions; and the implementation of decentralisation policies for the transferring of federal tasks and resources to local level during the years that followed the 2000th. These policies favoured the enhancement of the national response and contributed increasing the health services offer and to diminish the number of aids cases. Hindrances to implementation of such policies narrowed health authorities' responses as well as reduced NGO actions. Learning from the own successful experiences and adopting organisational initiatives might improve response.

KEY WORDS:

Aids; decentralization; municipalisation; History; Non-Governmental Organizations.

RESUMEN

El proceso de construcción de la respuesta nacional al sida se describe y analiza desde la perspectiva de las políticas de descentralización, utilizando documentos institucionales y fuentes secundarias sobre el tema. La trayectoria del proceso de descentralización se describe en tres fases: el establecimiento de una respuesta descentralizada basada esencialmente en el desempeño de los estados, municipios y organizaciones no gubernamentales (ONG), en la década de 1980, la concentración de la toma de decisiones y la financiación a nivel federal, en 1990, que es, paradójicamente, junto con el fortalecimiento de los estados y municipios la ampliación de la respuesta de todas las regiones brasileñas, y la aplicación de las políticas de descentralización que tienen por objeto la transferencia de responsabilidades a los fondos locales y federales, en los años 2000. Estas políticas han permitido ampliar la respuesta nacional y contribuir a aumentar la oferta de servicios y reducir el número de casos de SIDA. Las limitaciones observadas en la aplicación de la política dirigida llevan a inducir drespuestas más restringidas de las secretarías y la reducción de las acciones de las ONG. Tomar en cuenta las experiencias exitosas y tomar medidas de caracer organizacional pueden ayudar a mejorar el proceso.

PALABRAS-CLAVE:

Sida, descentralización de la salud, historia, organizaciones no gubernamentales, municipalización.

INTRODUÇÃO

A política pública de aids no Brasil, no que se refere à sua estruturação organizacional e operacional, foi marcada por diferentes fases. Inicialmente por respostas locais desenvolvidas no âmbito dos Estados e Municípios que identificaram os primeiros casos de aids no País (Teixeira, 1997; Berkman e col., 2005; Grangeiro e col., 2009a). Posteriormente, pela criação do Programa Nacional de DST e Aids, quando se observa um processo de concentração financeira e de poderes de decisão técnica e política na instância federal (Galvão, 2000; Lindner, 2005), que conduz à ampliação das ações de enfrentamento à aids nos diversos estados e principais municípios brasileiros. Este processo contribuiu para instituir uma resposta de âmbito nacional à aids no Brasil. Já nos anos 2000, ganharam importância as estratégias de descentralização, que tiveram por finalidade transferir aos Estados e Municípios o poder de decisão e os recursos financeiros concentrados no nível federal. Entre essas estratégias, merece destaque a instituição da Política de Incentivo, que reorganizou as atribuições e o modelo de financiamento para o conjunto de secretarias estaduais, municípios considerados prioritários e organizações não governamentais (ONG) (Taglieta, 2006; Barbosa, 2006; Pires, 2006; Silva, 2006).

A análise desse processo e suas repercussões na resposta à aids no Brasil têm despertado um interesse crescente entre pesquisadores e gestores (Taglieta, 2006; Barbosa, 2006; Pires, 2006; Silva, 2006; Fonseca e col., 2007; Duarte, 2008). Em primeiro lugar, porque permite reconhecer os aspectos da descentralização

que contribuíram para os resultados positivos da resposta brasileira e os desafios que o país enfrenta diante da manutenção de elevadas taxas de incidência de casos de aids e da tendência de cronificação da doença e, em segundo, porque tem sido uma oportunidade para compreender como políticas de descentralização repercutem na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar desse interesse, ainda são poucos os estudos que avaliaram os processos de descentralização, devido, em parte, ao reduzido tempo transcorrido desde as primeiras iniciativas. Entre esses, ganham destaque os que analisaram a descentralização das redes de exames laboratorial para exames de monitoramento da infecção pelo HIV (Pires, 2006), o processo de implantação da política de incentivo no âmbito dos estados e municípios (Taglieta, 2006; Barbosa, 2006; Silva, 2006; Pires, 2006) e o impacto desta política no financiamento de ONG (Pires, 2006; Fonseca e col., 2007; Duarte, 2008).

Este artigo discute as políticas governamentais para municipalizar e descentralizar a resposta à aids no Brasil, descrevendo as situações que levaram a concentração da resposta no nível federal e as estratégias subsequentes para transferir recursos financeiros e poder de decisão aos níveis locais, bem como o impacto dessas iniciativas no perfil da resposta empreendida localmente. Para tanto, foram sistematizados os estudos realizados sobre o tema e analisados indicadores epidemiológicos e de organização de serviços disponíveis nos bancos de dados do Ministério da Saúde (Ministério da

Saúde , 2008). Foram também utilizadas as informações de uma avaliação da política de incentivo (Grangeiro e col , 2009), que analisou indicadores secundários, provenientes de diversas bases de dados e informações dos Planos de Ações e Metas (PAM) apresentados pelos estados e municípios no âmbito da política de incentivo no ano de 2006.

O cenário nos anos de 1980: a construção da resposta local à epidemia

A epidemia e as primeiras respostas à aids surgem em um momento singular do sistema de saúde brasileiro (Teixeira, 1997; Berkman e col., 2005; Grangeiro e col., 2009a3) que é marcado por uma confluência de fatores que determinaram a mais ampla reforma sanitária ocorrida no País e consolidaram as bases para a criação do SUS na Carta Magna de 1988 (Escorel, 1999).

Esse processo, baseado nos princípios do direito do cidadão à saúde e da responsabilidade do estado na provisão de serviços, garantindo a universalidade, equidade e integralidade do sistema, influenciou diretamente a construção das primeiras respostas públicas à aids, abrindo caminho para que se configurassem em patamares distintos daqueles que caracterizavam o encaminhamento de outros problemas de saúde, até então.

As primeiras iniciativas públicas frente a aids vão se concentrar nas secretarias estaduais de saúde, primeiramente no Estado de São Paulo, em 1983, (Teixeira, 1997) e, posteriormente, em outros Estados das regiões Sul e Sudeste, como Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Nesse momento, são respostas estritamente locais, que visam dar assistência aos primeiros casos, instituir

a vigilância epidemiológica e esclarecer a população preocupada com as notícias sobre uma doença que poderia assumir um “caráter devastador”.

É importante destacar que, nos anos de 1980, as secretarias estaduais passavam por um período de fortalecimento do seu papel técnico e político, um dos catalisadores da municipalização do sistema de saúde. Por sua vez, os municípios apresentavam um sistema de saúde incipiente, centrado no atendimento de urgência e em algumas poucas ações de proteção à saúde (Cordeiro, 2001).

O papel do município em relação à saúde somente será alterado com o avanço do processo democrático e das políticas de municipalização, com destaque para a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as normas operacionais (NOB) da década de 1990, que culminou com a ampliação da responsabilidade dessa esfera na área social e promoveu a transferência de recursos e atribuições que se encontravam no âmbito federal e estadual (Levcovitz e col., 2001). Esse processo facilitou e incentivou, a partir do final dos anos de 1980, que os municípios assumissem maiores responsabilidades no enfrentamento da epidemia.

Aqui é necessário ressaltar o importante papel desempenhado por alguns estados e municípios na descentralização da resposta à aids e na desconcentração dos serviços assistenciais e preventivos, como ocorreu nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, nos municípios de Santos e Rio de Janeiro e no Distrito Federal. No estado de São Paulo, por exemplo, o crescimento da epidemia e as dificuldades para garantir o atendimento ambulatorial e hospitalar,

foram adotadas diversas estratégias para capacitar profissionais e implantar uma rede de serviços de referência na rede pública e nas universidades localizadas na capital e nos principais pólos do interior (Guerra, 1993 e Teixeira1, 1997).

Esses serviços reuniram as principais lideranças técnicas e o conhecimento existentes nos primeiros anos da epidemia, subsidiando a adoção das referências que influenciaram a construção da resposta à aids no País, particularmente com a incorporação de novas modalidades assistenciais para o cuidado de pessoas vivendo com HIV, como a atenção ambulatorial interdisciplinar, o hospital-dia e a assistência domiciliar terapêutica.

No Estado de São Paulo, esse processo foi fortalecido com a criação do Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT/AIDS), em 1988, que tinha como missão principal integrar a coordenação do programa estadual de aids à uma unidade de excelência na assistência, prevenção, vigilância epidemiológica, pesquisa e capacitação de recursos humanos. Essa estrutura conferiu à Secretaria de Saúde uma forte liderança e um importante poder normativo e de indução de respostas regionais e locais, acentuando a descentralização do programa no estado e influenciando iniciativas similares em outros estados e municípios (Teixeira1, 1997).

Outro aspecto importante na constituição das respostas locais são as ações das ONG, responsáveis pelas primeiras intervenções de prevenção realizadas no País, em 1982, e pelas primeiras demandas apresentadas ao poder público para a implantação de programas de Aids. Além

do ativismo político e das intervenções para reduzir o estigma, essas organizações estabeleceram uma rede que possibilitou envolver diretamente a comunidade e os grupos mais afetados. Essa rede se ampliou especialmente a partir da criação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA-SP) em 1985, a primeira ONG/aids do País. É esse processo que permitiu o desenvolvimento de tecnologias inovadoras, como as casas de apoio, as intervenções entre pares e as estratégias de sexo seguro (Teixeira1, 1997; Galvão4, 2000; Lindner5, 2005; Grangeiro e col.3, 2009a).

Nessa primeira fase, o Ministério da Saúde teve um papel limitado. Em primeiro lugar, porque a epidemia não havia assumido um caráter nacional, restringindo-se a estados com respostas já estruturadas e, em segundo, porque minimizou o potencial de expansão e a transcendência da doença. Essa também era a posição de alguns setores da área de saúde, que, nos primeiros anos, “viam com reticências” políticas para aids, alegando que existiam problemas de saúde com maior magnitude no País. A precocidade da resposta à aids será apontada posteriormente como elemento importante para a obtenção dos resultados alcançados no Brasil (Teixeira1, 1997 e Berkman e col 2., 2005).

Em 1985, três anos após o diagnóstico dos primeiros casos no País, o Ministério da Saúde tomou as primeiras medidas que levariam à criação do Programa Nacional de Aids. O resultado imediato dessa decisão é a constituição de uma liderança nacional que, tímida em um primeiro momento, passou a impulsionar a ampliação da resposta para regiões com um número reduzido de casos e a consolidar um saber nacional sobre a doença, a partir das

referências éticas e técnicas materializadas nas experiências governamentais e não governamentais já existentes (Teixeira1, 1997 e Galvão4, 2000).

O cenário nos anos de 1990: a centralização do poder decisório e do financiamento no nível federal

A atuação do Ministério da Saúde ganhou ainda maior envergadura em 1993, quando o Governo brasileiro assinou o primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (Galvão4, 2000 e Banco Mundial, 2004). Esse Acordo, e dois outros assinados posteriormente, desempenharam um papel estratégico na consolidação da resposta nacional, no fortalecimento do programa federal e na expansão da resposta a todas as regiões no País, com destaque para três aspectos.

O primeiro se refere ao fortalecimento da estrutura técnica e gerencial do Programa Nacional, que ocorre especialmente por meio da contratação de um expressivo número de profissionais que provinham das universidades, dos programas estaduais e municipais de aids e de ONG, possibilitando um rápido acúmulo de expertise técnica e capacidade normativa; o segundo, ao fortalecimento da estrutura de vigilância epidemiológica e do desenvolvimento de uma série de pesquisas que levaram ao aprofundamento do conhecimento sobre a epidemia e suas implicações para a sociedade. São desse período os estudos de população sentinela, de vacinas, de custo da assistência, entre outros; e, o terceiro, talvez o mais importante para o tema aqui abordado, o aporte de um grande volume de recursos, US\$ 550 milhões até 2002, que financiou a melhoria da infraestrutura de serviços de diagnóstico e assistência, a

implantação e manutenção de programas estaduais e municipais, o apoio a projetos de ONG, a capacitação de profissionais por meio das universidades e a formação de redes de inovação na área de prevenção, como a rede nacional de direitos humanos, de redução de danos, de prevenção nas escolas e de articulação com o setor empresarial (Banco Mundial18, 2004).

Com a dimensão assumida pelos projetos com o Banco Mundial, o Programa Nacional passou a concentrar uma importante parcela do poder técnico e político da resposta nacional, atuando como o ator principal na normatização, no financiamento e no monitoramento das diferentes ações. Do ponto de vista operacional, parte significativa dessas atividades era realizada por meio da ação direta do Ministério da Saúde, que definia com as instituições executoras seu escopo e abrangência sem passar, necessariamente, pela intervenção dos gestores locais, estados e municípios. Exemplo dessa prática foi o apoio às ONG e financiamento de projetos para a implantação de serviços assistenciais e de projetos de prevenção.

Essa estratégia federal, adotada durante os anos de 1990, seguiu em direção contrária às diretrizes operacionais do SUS naquele momento, que procurava intensificar a descentralização e fortalecer o comando único em cada território, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB).

A atuação do Programa Nacional se fortaleceu também com a criação ou ampliação de instâncias de participação social, que reuniam representantes de ONG, universidades, gestores e outros atores relevantes. Entre estas instâncias, destaca-se a Comissão Nacional de Aids, que constitui

o principal fórum de assessoramento do Programa Nacional para definir as políticas brasileiras (Galvão⁴, 2000).

Há que se destacar que os projetos com o Banco Mundial, mesmo ao propiciar a concentração de poder no âmbito federal, fortaleceram estados e municípios, que foram os principais beneficiários das ações de implantação de serviços e de desenvolvimento institucional, além de terem recebido recursos regulares para o financiamento da estrutura de gestão programática. Esse fortalecimento ocorreu em tal proporção que, ao final de 1998, havia uma resposta implantada nacionalmente, com programas em todas as secretarias estaduais de saúde, em todas as capitais e em um número de municípios que continha mais de 60% dos casos de aids no País.

O fortalecimento de estados e municípios, que ocorre concomitantemente à concentração de poder técnico e de financiamento no nível nacional, teve um papel de contraditório no processo, contribuindo para a definição de políticas nacionais pactuadas e das estratégias de descentralização que se seguiram.

É importante lembrar que a disponibilidade de financiamento federal coincidiu com o crescimento do número de casos de aids em municípios de diversas regiões do País e com o aprofundamento do processo de municipalização do SUS, caracterizado pelo aumento das transferências globais, pela redução do pagamento por produção e pela indução de um novo modelo de atenção organizado a partir da atenção básica (Cordeiro 2001¹⁵ & Levcovitz¹⁶, 2001). Isso criou um círculo virtuoso entre a capacidade de indução do

Programa Nacional e as expectativas de muitas secretarias de saúde de obter recursos indispensáveis para o desenvolvimento da infra-estrutura local e a implantação de novos serviços de saúde.

O poder decisório e de financiamento no âmbito federal atingiu seu patamar mais elevado a partir de 1996, quando o Ministério da Saúde adotou, em escala nacional, novas tecnologias terapêuticas recomendadas internacionalmente e passou a fornecer os insumos assistenciais e preventivos às instituições que atuavam com aids em todo o País. Nesse rol, encontravam-se os medicamentos antirretrovirais de alta potência, os exames de contagem de células T-CD4+/CD8+ e de quantificação de carga viral e os preservativos masculino e feminino. Com isso, no final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde tornou-se um dos atores estratégicos para garantir a saúde das pessoas vivendo com HIV em acompanhamento clínico no País, manejando um orçamento que ultrapassava os R\$ 800 milhões, equivalentes a 2,7% dos gastos federais com saúde. É importante lembrar que, antecedendo à iniciativa federal, alguns municípios e estados haviam iniciado o fornecimento desses medicamentos antirretrovirais e dos insumos laboratoriais, em seus territórios.

O cenário nos anos 2000: a descentralização do poder decisório e do financiamento

O modelo de gestão federal, que exigia uma complexa estrutura gerencial e contava com uma importante participação de financiamento externo, começou a demonstrar seus limites, no início dos anos

2000. Nesse período, surgem os primeiros questionamentos sobre a capacidade do Ministério da Saúde de fazer frente à expansão territorial da epidemia em um modelo ainda fortemente centralizado e as primeiras preocupações sobre a necessidade de gerar sustentabilidade do financiamento para a aids nos três níveis de governo, o que significava substituir os recursos do Banco Mundial por fontes nacionais.

O modelo centralizado de resposta conflitava com o avanço da municipalização, tornando cada vez mais defasada a excessiva vinculação dos recursos provenientes do Programa Nacional e o rígido controle desta instância nos gastos e desenvolvimento das ações locais, sem dizer que a centralização colaborava para fortalecer a idéia de uma estrutura programática verticalizada e paralela às estruturas do SUS.

Nesse cenário, ganha ênfase entre gestores e ativistas de ONG a necessidade de desenvolver estratégias de descentralização da resposta à aids, materializada, primeiramente, na assinatura do Segundo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, em 2002, que teve como diretrizes o apoio a institucionalização, sustentabilidade e descentralização da resposta à aids no Brasil.

Essas políticas ampliaram-se, posteriormente, e podem ser sintetizadas em três vertentes: pactuação entre gestores sobre a atribuição de cada esfera de governo na aquisição e distribuição de insumos de prevenção, laboratório e medicamentos; reorganização do financiamento das ações de prevenção, assistência e desenvolvimento institucional nos estados e municípios e a transferência de atividades, até então

conduzidas diretamente pelo Ministério, como a seleção e monitoramento de projetos de ONG.

As políticas de descentralização conduzidas nesse contexto envolveram inúmeros arranjos institucionais. Para discussão no presente artigo, optou-se por descrever dois deles, que, por suas dimensões, tiveram maior impacto na condução da resposta à aids no Brasil, a partir daquela data.

Os exames de monitoramento da infecção pelo HIV

O primeiro se refere à descentralização (Pires⁸, 2006) dos exames de monitoramento da infecção, utilizados no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV. As redes para a contagem de células T-CD4+/CD8+ e quantificação da carga viral haviam sido implantadas, a partir de 1997, em laboratórios pertencentes, em grande parte, a universidades e às redes estaduais de saúde pública, com tecnologias importadas de laboratórios multinacionais. O credenciamento dos laboratórios executores, a definição da quantidade de exames a serem realizados e o fornecimento dos insumos específicos ainda eram de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, decorridos quatro anos da implantação.

Diante do aumento do número de pessoas vivendo com HIV, dos longos e complexos processos de aquisição e importação dos insumos e da logística de distribuição, a centralização da gestão das redes veio dificultar a ampliação da oferta para o atendimento adequado da demanda. Além disto, o Ministério da Saúde era responsabilizado, publicamente, por

qualquer situação que levasse à interrupção na realização dos exames, inclusive quando era de responsabilidade dos próprios laboratórios, como a disponibilidade de profissionais e de insumos básicos.

A partir dessa realidade, entre os anos de 2000 e 2001, realizou-se um longo processo de discussão entre as três esferas de governo, que terminou por transferir a gestão das redes e a responsabilidade pela aquisição dos insumos, às secretarias estaduais de saúde, ficando a cargo da União o controle da qualidade, a adoção de atas de registro de preço para a aquisição dos insumos e o ressarcimento dos gastos estaduais e dos laboratórios, a ser realizado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (Pires8, 2006).

O impacto dessas medidas foi em parte negativo (Fórum das ONGs/AIDS do Estado de São Paulo, 2004), porque, apesar dos estoques estratégicos do Ministério da Saúde, somente um número reduzido de estados manteve a regularidade da oferta dos exames e atingiu as metas previstas no processo de pactuação. As dificuldades observadas foram numerosas e parte das secretarias de saúde não conseguiu cumprir as exigências de prestação de contas para serem ressarcidas pelos gastos realizados. Por questões legais e jurídicas locais, poucas conseguiram utilizar a Ata Nacional de Registro de Preços, o que provocou aumento dos valores dos insumos, acima daqueles previstos para o ressarcimento pelo SUS. Em 2004, o Ministério da Saúde resolveu re-centralizar a aquisição dos insumos, mantendo a gestão das redes sob a responsabilidade dos estados (Pires8, 2004). Este procedimento não foi suficiente para garantir a realização do número adequado de exames por

paciente/ano por razões que estão além do processo de centralização/descentralização da aquisição e distribuição dos insumos, como a qualidade dos serviços prestados nas diversas regiões do País.

A Política de Incentivo para aids

Dentre as iniciativas de descentralização, possivelmente, a que teve maior impacto na forma de financiamento das ações e na redefinição das atribuições de cada nível de governo foi a instituição da denominada Política de Incentivo, que ocorreu entre os anos de 2002 e 2003 e alterou os mecanismos e a lógica do financiamento à resposta local.

Desde o Primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, assinado em 1993, os estados e municípios eram considerados co-executores do projeto e cabia ao Ministério da Saúde repassar, anualmente e por meio de convênios, recursos para a execução de ações nas áreas de gestão, assistência e prevenção. Para tanto, as secretarias apresentavam, a partir de tetos financeiros pré-estabelecidos, planos operativos anuais -POA-, que poderiam ser modificados durante a execução, dependendo de autorização federal. Os recursos repassados às secretarias tinham uma importância estratégica, pois permitiam complementar a resposta local com ações que dispunham de poucos recursos no âmbito do SUS, como a elaboração de materiais educativos, intervenções preventivas e de proteção dos direitos, melhoria de infra-estrutura de gestão e a contratação de consultores e profissionais regulares, entre outras. O repasse de recursos por meio de convênio, entretanto, causava interrupções freqüentes nas atividades e exigia uma grande burocracia para a sua implementação

(Pires⁸, 2006). O Programa de Aids era uma das últimas áreas federais que mantinham o apoio às ações locais por meio desse instrumento.

Adicionalmente, como citado anteriormente, o Programa Nacional conduzia uma série de atividades para fomentar e subsidiar diretamente outros atores a realizar ações de enfrentamento da epidemia localmente, entre os quais as ONG e universidades. Para tanto, realizava, anualmente, concorrências nacionais e selecionava projetos que recebiam recursos provenientes dos Acordos com o Banco Mundial.

Para participar das concorrências, as ONG deviam apresentar cartas das secretarias de saúde atestando a relevância dos projetos, que deveriam ter duração máxima de um ano e incluir informações sobre a interface com o SUS. O acompanhamento e a supervisão dos projetos aprovados, entretanto, eram realizados diretamente pelo Programa Nacional.

Apesar dos resultados positivos para o fortalecimento dessas organizações, ativistas criticavam o grau de profissionalização necessária à gestão dos projetos e a dependência do Ministério da Saúde, temendo reflexos negativos no controle social e no grau de politização das instituições. Alertavam, ainda, para a falta de sustentabilidade das ações, já que parte dos recursos era de fonte internacional e vinculados a projetos pontuais. Por sua vez, os gestores locais apontavam a fragmentação da resposta em seu território, por conta do desconhecimento dos projetos e da relação direta das ONG com o Ministério da Saúde.

Nesse cenário, em 2002, foi instituído, no âmbito do Programa Nacional, um grupo de trabalho para elaborar uma proposta que institucionalizasse o financiamento de estados, municípios e ONG e transferisse aos respectivos níveis a condução das iniciativas federais desenvolvidas localmente. Esse grupo, formado por representantes dos gestores dos três níveis de governos, universidades e ONG, desenvolveu a proposta que instituiu a Política de Incentivo para aids, com as seguintes características: (1) financiamento segundo as normas do SUS, substituindo por fonte nacional os recursos provenientes do Banco Mundial; (2) ampliação da cobertura com a inclusão de novos municípios considerados prioritários; (3) aumento da autonomia dos gestores na utilização dos recursos; (4) fortalecimento da participação social no planejamento e execução da política; (5) incorporação do processo de repasse de recursos às ONG pelos estados e (6) aprimoramento do processo de prestação pública de contas (Taglieta⁶, 2006; Pires⁸ 2006; Barbosa⁷, 2006).

Do ponto de vista operacional, a política substituiu o repasse de recursos financeiros por meio de convênio pela transferência Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde), estabeleceu critérios epidemiológicos e de organização do sistema de saúde para definir os tetos financeiros e selecionar os municípios a serem incluídos, instituiu planos anuais de ações e metas (PAM), que deveriam ser elaborados com a participação da sociedade civil e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e Comissões entre Gestores Bi e Tripartite, vinculou o repasse ao alcance

de metas, estabeleceu a responsabilidade do Ministério pelo fornecimento dos ARV e por 80% da demanda de preservativos das regiões Sul e Sudeste e de 90% para as demais, ficando para estados e municípios a aquisição de medicamentos para infecções oportunistas e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o complemento do repasse de preservativos realizado pelo o Ministério. Por fim, transferiu para os estados os recursos e a gestão do processo de apoio aos projetos de ONG.

As avaliações sobre a implantação dessas estratégias são incipientes. Todavia, informações disponíveis já permitem responder, parcialmente, a três questionamentos: a descentralização permitiu ampliar a cobertura das ações e melhorar a qualidade da resposta local? O processo conduzido possibilitou a adoção de uma nova estruturação organizacional e operacional necessária ao alcance dos objetivos propostos? Houve algum impacto nas taxas de incidência e mortalidade por aids e nas desigualdades regionais das respostas à epidemia?

A relação entre descentralização e as tendências da epidemia

O primeiro aspecto a ser destacado é que a implantação das políticas de descentralização e municipalização foram fortemente orientadas pelo comportamento da epidemia no País e pela organização programática já existente, o que permitiu identificar e incluir no processo de descentralização as secretarias com respostas estruturadas desde os anos de 1980/90 e aquelas onde a aids tornou-se um sério problema de saúde pública.

Este fato significou alta cobertura da

Política de Incentivo, com o Distrito Federal e os 480 municípios incluídos até o final de 2008, respondendo por mais de 85% dos casos de aids registrados no País, entre 2002 e 2006. A alta cobertura alcançada com um número relativamente reduzido de municípios, menos de 10% dos existentes no Brasil, deve-se ao fato de que a epidemia se manteve fortemente concentrada nos principais centros urbanos de todas as regiões brasileiras, nos últimos trinta anos (Fonseca, 2007a e Grangeiro e col.13, 2009). No entanto, há no País 123 municípios que registraram mais de 20 casos de aids nos últimos cinco anos e que apresentaram uma tendência de crescimento da incidência, que não fazem parte da Política de Incentivo e merecem uma avaliação sobre a pertinência de serem incluídos.

A concentração da epidemia não reduz de importância o fato de que mais de quatro mil municípios brasileiros registraram casos de aids nos últimos cinco anos, embora, as ocorrências sejam de pequena magnitude, irregulares ao longo do tempo e que não tiveram capacidade para alterar, significativamente, a distribuição de casos existentes nesses últimos 15 anos (Grangeiro e col.13, 2009).

Assim, ao mesmo tempo em que é imprescindível fortalecer, por meio da Política de Incentivo, os locais onde a epidemia ocorre com maior magnitude e transcendência, é necessário estabelecer estratégias específicas, diferenciadas e de menor complexidade programática para o conjunto de municípios que apresentam um pequeno número de casos. Este componente estratégico necessita ser mais bem elaborado em nosso País.

Estruturação institucional e organizacional: implicações para as secretarias e ONG

O segundo aspecto a ser abordado refere-se às medidas organizacionais adotadas para a implantação da Política de Incentivo para aids. A operacionalidade da Política, como referida anteriormente, foi fundamentada em três pilares: o processo participativo; o aumento da transparência nos resultados e o maior controle das instâncias colegiadas do SUS. Pressupunha, também, incentivar a horizontalização das ações de aids no sistema de saúde e garantir a agilidade na execução técnica e financeira (Pires⁸, 2006; Taglieta⁶, 2006; Barbosa⁷, 2006).

A efetividade dessa política dependia, portanto, de mudanças no papel dos gestores. Ao âmbito federal caberia aprimorar os processos normativos, auxiliar no desenvolvimento dos arranjos institucionais para facilitar a execução local e implantar o sistema de monitoramento e avaliação. A maior parcela da responsabilidade, entretanto, ficaria com os estados e municípios. Com a implantação da política, as secretarias estaduais assumiram, entre outras, a responsabilidade de gerir os pactos para aquisição e distribuição de medicamentos para infecção oportunistas e IST, subsidiar o processo de planejamento municipal, aprovar e supervisionar os planos municipais, facilitar o estabelecimento dos sistemas regionalizados para o atendimento de pessoas com HIV, gestantes infectadas e crianças expostas, apoiar municípios não incluídos na política de incentivo para realizar ações e financiar as ações das ONG, universidades e outras instituições.

Já aos municípios, o desafio apresentado foi organizar a resposta com vistas a promover as ações de prevenção, proteção da saúde, promoção dos direitos, assistência às pessoas com HIV e a realizar a vigilância epidemiológica em nível local.

Diante da complexidade dos novos papéis e do aumento das atribuições, um dos aspectos essenciais para a implantação do novo modelo de gestão era o fortalecimento das equipes técnicas e das estruturas administrativas e financeiras dos estados. A avaliação das estruturas de gestão para aids nos níveis locais (Grangeiro e col.13, 2009) constatou que, em 2006, 47,3% das secretarias municipais não possuíam equipes gerenciais específicas e contavam com um número médio de profissionais inferior a cinco e que as áreas técnicas específicas para a prevenção e assistência estavam presentes em menos de 20% delas. A proporção de municípios sem estruturas gerenciais foi superior a 40% em todas as regiões e na Norte, chegou a 71,4%.

Deve-se considerar, evidentemente, que entre os municípios incluídos na política de incentivo há uma grande parcela que se caracteriza por ser de médio e pequeno porte, com estruturas de saúde reduzidas, o que não permite dispor de profissionais exclusivos para cada função específica.

Em relação aos estados, essa situação se altera substancialmente. A quase totalidade (95,8%) possui equipes interdisciplinares e/ou estrutura organizacional com pelo menos dois setores e um número médio de profissionais de 10,5. Em quase 70% existem, ainda, estruturas técnicas específicas para as áreas de prevenção e assistência.

No que se refere aos recursos

financeiros, a Política de Incentivo, por um lado, propiciou o aumento dos valores repassados aos estados e municípios. Quando comparado ao período de 1998 a 2002, este aumento foi da ordem de 89%, totalizando uma transferência de R\$ 727,1 milhões nos anos de 2003 a 2009 e uma execução média de 80,7%. Por outro lado, um número expressivo de secretarias de saúde apresentou baixa execução nesse mesmo período, fazendo com que o total dos saldos disponíveis nas contas dos Fundos Estaduais e Municipais fosse o equivalente ao volume total repassado pelo Ministério da Saúde em um ano da política de incentivo. Nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte esse valor correspondeu a 15 meses e, em algumas secretarias estaduais e municipais, como de Tocantins, Goiás, Paraná e Niterói, superou 30 meses.

Parte da não execução dos recursos está certamente associada à redução do apoio a projetos de ONG. Há evidências de que essa estratégia de descentralização provocou a redução dos valores repassados e aplicados para este setor e um provável enfraquecimento das ações implantadas em várias regiões, como as de redução de danos (Fonseca e col.10, 2007).

A redução dos repasses ocorreu tanto no âmbito federal como no âmbito estadual. Atendendo as recomendações do grupo de trabalho que elaborou a proposta da Política de Incentivo, o Ministério da Saúde optou por uma estratégia de descentralização gradual. Assim, no primeiro ano, a transferência dos recursos federais para o financiamento de projetos de ONG envolveu 10% do montante da política de incentivo, em torno de R\$ 10 milhões, destinados ao financiamento exclusivo de novos projetos. Os projetos já iniciados e

que envolviam atividades continuadas de intervenção ficaram sob a responsabilidade federal, e assim permaneceriam até que os estados adquirissem capacidade técnica e administrativa para a sua gestão. Essa medida foi adotada para minimizar riscos de interrupção das atividades. Recursos novos e adicionais foram repassados às secretarias para o financiamento de casas de apoio, o que até então não era realizado sistematicamente pelo Ministério da Saúde. Permaneceram sob gestão federal somente as ações de ONG que possuíssem abrangência regional ou nacional.

Essas decisões pressupunham a manutenção da tendência de crescimento dos valores repassados às ONG, observada até 2003. Porém, quando se analisa o montante dos recursos federais destinados ao setor nota-se uma redução da ordem de 30,8%, passando de R\$ 44,1 milhões, em 2003, para R\$ 30,8 milhões em 2007 (Terabe, 2009). Esses valores se referem a repasses para através política de incentivo, casas de apoio e projetos de ONG com abrangência regional ou nacional.

Agravando a redução do aporte federal, parte expressiva dos estados encontrou dificuldades para transferir os recursos recebidos às ONG. Como resultado, 55% dos valores que deveriam ser destinados às ONG permaneciam sem aplicação até 2005, último ano com informações disponíveis na página eletrônica do Programa Nacional (Ministério da Saúde, 2010). Entre as dificuldades referidas estão a burocracia, a inexistência de mecanismos de transferência ágil às ONG, especificidades jurídicas e a falta de experiência para realizar concorrências ou introduzir outros mecanismos de apoio às ONG, no âmbito dos estados.

Há evidências, ainda, de que a participação das ONG nas instâncias de controle social e nos processos de planejamento tenha ocorrido de forma difusa (Duarte11, 2008). Grangeiro e col.13, (2009) constataram que menos de 20% das secretarias referiram à participação deste setor no planejamento dos PAM. Adicionalmente, a elaboração dos Planos exige conhecimentos específicos de administração pública e sobre o orçamento local, que são de domínio limitado para a maioria das ONG. Além disso, o número de ONG/aids que participam diretamente dos Conselhos de Saúde não é elevado, pois os representantes da sociedade são eleitos entre as diferentes organizações de usuários. Estas circunstâncias dificultam uma participação mais efetiva das ONG/aids no controle social das políticas de saúde, explicando, em parte, a pequena capacidade que estas organizações tiveram para enfrentar politicamente a redução do financiamento.

O perfil da resposta no contexto das estratégias de descentralização e sua influência nas tendências da epidemia

O terceiro aspecto a ser considerado sobre as contribuições da descentralização é o caráter da resposta induzida no âmbito local. Os dados da pesquisa que avaliou a Política de Incentivo (Grangeiro e col.13, 2009) mostraram, em síntese, que as estratégias de municipalização e descentralização garantiram uma resposta local fundamentada nos aspectos essenciais de prevenção e assistência e contribuíram para a melhoria dos indicadores de oferta de serviço e de redução da epidemia, especialmente nos municípios que organizaram sua resposta nos anos de 1980 e 1990. Porém, ações que podem aprimorar e ampliar essa resposta, como ações

para a redução do estigma e a inclusão de populações de maior prevalência, permaneceram limitadas, especialmente nas secretarias incluídas na política após 2003, localizadas no interior do País e que receberam menores valores de repasse federal.

Detalhando essas informações, observa-se que, nos PAM de 2006 dos estados e municípios, estão previstas ações voltadas para a prevenção na população em geral (93,6% dos PAM) e a assistência às pessoas com HIV (96,0%). Porém, uma parcela menor contemplou ações para tratamento das IST (72,0%) e a promoção do diagnóstico do HIV (51,6%), ou incluiu alguma população de maior prevalência, como profissionais do sexo (44,5%), usuários de drogas (34,8%) e homossexuais (21,4%).

As estratégias de descentralização contribuíram, claramente, para ampliar a oferta de serviços. Assim, os municípios envolvidos nas estratégias de descentralização são responsáveis por 90,3% dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) existentes no País, 87,8% dos ambulatórios de aids e 81,6% das cidades que oferecem testes anti-HIV acima da média nacional (Grangeiro e col.13, 2009).

Os municípios com respostas estruturadas entre os anos de 1980 e 1990, e que foram incluídos nas estratégias de descentralização, apresentaram maior chance de reduzir o número de casos por transmissão sexual e uso de drogas injetáveis, quando comparados àqueles não contemplados. Entre os municípios, 71,5% reduziram a transmissão por relações homossexuais, 36,4% por relações

heterossexuais e 85,4% por uso de drogas injetáveis, entre os anos de 1997 e 2006. Será necessário um maior tempo para avaliar essas mesmas tendências nos municípios incluídos após 2003.

Apesar desses avanços, as estratégias de descentralização não podem desconsiderar as diferenças regionais na capacidade de utilização de tecnologias, insumos e recursos financeiros. Essas desigualdades podem explicar, por exemplo, as diferentes tendências de mortalidade por aids no Brasil. Nas regiões Norte e Nordeste o risco de morrer aumentou 1,37 vezes, entre 1996 e 2007, enquanto que em São Paulo foi reduzido em 65,1%. As regiões Norte e Nordeste são, ainda, as que possuem as maiores proporções de cidades com taxas de incidência de casos de aids em crescimento (Fonseca e col.10, 2007a).

CONCLUSÕES

A resposta à aids no Brasil, nesses quase trinta anos, foi caracterizada por uma forte atuação local, com o Ministério da Saúde desempenhando um papel estratégico na indução e financiamento dessas ações. Isto contribuiu para que as secretarias estaduais e municipais de saúde desenvolvessem ações essenciais, que contribuíram para aumentar a oferta de serviços e controlar o crescimento da epidemia. Questões importantes, no entanto, limitaram o alcance de resultados mais ambiciosos. Entre eles se destacam os PAM da Política de Incentivo de muitos estados e municípios que contemplaram só parcialmente as diretrizes que orientam a política nacional, por não incluir de populações de maior prevalência nas ações de intervenção, dispor de uma estrutura gerencial reduzida

e reduzir o volume de recursos repassados às ONG. Esses fatos podem indicar, entre outras, deficiências na análise de situação local e no processo de planejamento.

A superação dos desafios apresentados pela epidemia exigirá maior capacidade do Ministério da Saúde, dos estados e municípios para estabelecer consensos técnicos acerca do conjunto das ações a serem desenvolvidas no âmbito da política de incentivo e o aprimoramento dos processos de formação de recursos humanos, suporte técnico aos municípios e de análise e monitoramento dos PAM. A definição desses consensos deverá estar intimamente relacionada às diferentes epidemias existentes no País e às lições aprendidas nessas décadas de resposta brasileira à AIDS. Algumas evidências não poderão ser relegadas a um segundo plano, como: respostas abrangentes, que articulam ações de prevenção, assistência e redução do estigma possuem maior impacto para o controle da epidemia (Piot e col. , 2008 Parker, 2000); existem grupos que apresentam maior risco de infecção (Barbosa e col., 2009) e que devem ser priorizados no processo de intervenção; os contextos sociais, relacionados à violência, exclusão social e desigualdades de gênero, são extremamente relevantes para explicar a dinâmica da epidemia e orientar os processos de intervenção (Parker²³, 2000); o controle da epidemia só será possível com o envolvimento de toda a sociedade, com foco, principalmente, na redução das situações de estigma e na adoção de posturas de solidariedade com os grupos mais afetados; é imprescindível a adoção de estratégias de alto impacto para o controle da epidemia, como a redução da transmissão vertical, o diagnóstico precoce do HIV, o

tratamento oportuno das pessoas vivendo com HIV, o diagnóstico e tratamento das IST e a promoção das práticas de sexo mais seguro, com ênfase no uso consistente do preservativo.

Chamam a atenção limitações observadas nas estruturas gerenciais das secretarias, especialmente municipais, que podem estar colaborando para um perfil restrito de ações, para a utilização parcial dos recursos e para as dificuldades operacionais dos processos de descentralização das redes de exames T-CD4+ e determinação de carga viral e no apoio a projetos de ONG. Essas limitações podem ser explicadas, em parte, pelas dificuldades enfrentadas pelo SUS em âmbito local, como deficiências nos processos de gestão do sistema e dos serviços de saúde, marcos jurídicos que inibem a atuação dos gestores e o sub-financiamento do setor. Neste último aspecto, deve-se notar que os processos de municipalização, ao longo do tempo, transferiram responsabilidades e atribuições a esse nível de governo sem que fossem repassados os recursos correspondentes (Viana e col., 2009), o que contribuiu para que os recursos disponíveis nos orçamentos públicos, pela atual legislação, estejam próximos aos limites estabelecidos e que haja restrição para a ampliação dos quadros profissionais, comprometendo a cobertura e a qualidade das ações.

Esse cenário pode estar dificultando também a efetivação de pactuações realizadas pelos gestores, como o fornecimento de medicamentos para infecções oportunistas e IST, objeto de relatos frequentes de desabastecimento nos serviços (Portela e Lotrowska, 2006), e a execução de ações vinculadas diretamente

à estrutura de saúde, como a prevenção da transmissão vertical e o diagnóstico do HIV, que ainda apresentam cobertura abaixo da esperada (Rodrigues, 2008 e França-Jr, 2008).

A maior urgência, porém, é a implementação satisfatória dos mecanismos de financiamento das ações de ONG. O impacto negativo da descentralização nessa área tem se traduzido na redução de parte substancial das atividades desenvolvidas anteriormente (Fonseca¹⁰ e col., 2007 e Duarte¹¹, 2008) e poderá ter sérias conseqüências para o controle da aids no Brasil, se vier a romper um ciclo que sustentou parte expressiva da resposta nacional, até hoje. Alguns Estados tiveram experiências bem sucedidas, estabelecendo formas colegiadas para a definição de prioridades e o desenvolvendo de instrumentos gerenciais, como São Paulo, onde a descentralização já avançou para os principais municípios do estado.

Não se pode deixar de lado a tensão existente entre os gestores, no que diz respeito à pertinência de se adotar políticas de incentivo como estratégia de descentralização. Para muitos, esse instrumento mantém o poder regulatório federal e delimita, verticalmente, prioridades da gestão local, em um contexto de federalismo e de heterogeneidade dos municípios. Há de se considerar que epidemias com as características da aids exigem ações emergenciais que, por vezes, sobrecarregam a área de saúde em determinados municípios. Políticas de descentralização, pactuadas e desenhadas para cada situação epidemiológica, podem contribuir para induzir respostas harmônicas entre os diferentes níveis do

sistema de saúde e garantir resultados positivos no controle dos agravos.

No caso específico da política de descentralização da resposta à aids, as análises aqui apresentadas e as experiências exitosas observadas apontam para a necessidade de sua manutenção, com o aperfeiçoamento de seus processos organizacionais e jurídicos para a superação dos problemas detectados, o aumento de sua efetividade e a maior integração com a política do SUS, ao fortalecer os sistemas de saúde locais.

REFERÊNCIAS

1 Teixeira PR. Políticas públicas em aids. In: Parker R, editor. Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p 143-68.

2 Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005; 95(7): 1162-72.

3 Grangeiro A, Laurindo da Silva L, Teixeira PR. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*. 2009a; 26(1):87-94

4 Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.

5 Lindner L, editor. ENONG-Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de sonhos e lutas. Curitiba: Grupo Dignidade; 2005

6 Taglieta MFB. Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do estado de São Paulo. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

7 Barbosa R. Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003. [dissertação mestrado]. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2006.

8 Pires DRF. Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de AIDS. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

9 Silva FLR. Os programas municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

10 Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9):2134-44.

11 Duarte CAE. O Paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/AIDS: visão das entidades representativas do movimento social em

municípios do Rio Grande do Sul. [trabalho de conclusão do curso especialização]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

12 Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde [monografia na internet]. Brasília (DF); [s.d.] [acessado em 19/dez/2008]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>

13 Grangeiro A, Escuder MM, Silva SR, Cervantes V, Azenha M. Análise da política de incentivo do Ministério da Saúde para a resposta de estados e municípios à aids: relatório de pesquisa. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Instituto de Saúde/Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo; 2009..

14 Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

15 Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 319-28.

16 Levcovitz E; Lima LD; Machado CV. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciên. Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 269-91.

17 Guerra MAT. Políticas de Controle da Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paul, no período de 1983-1992. [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1993.

18 Banco Mundial, Departamento de Avaliação de Operações. Brasil: primeiro e segundo projetos de controle da aids e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto [monografia na internet]. Washington (DC), 2004 Disponível em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/01/03/000160016_20050103162746/Rendered/PDF/ppar0288190portuguese.pdf

19 Fórum das ONGs/AIDS, Estado de São Paulo. J. Aids & Ativismo, 2004; 7: 4-5.

20 Fonseca MG, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (supl3): S333-44.a

21 Terabe SH. Avaliação do Grau de Sustentabilidade das Ações em HIV/aids desenvolvidas pelas ONG que executaram projetos financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids: a perspectivas do “stakeholders”. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

22 Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Política de Incentivo [página na internet]. Brasília (DF); 2002 [acessado em 12/mai/2010]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/incentivo/>

23 Piot P, Bartos M, Larson H, Zewdie D, Mane P. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. Lancet. 2008; 372: 845-859.

24 Parker R. Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política. Rio de

Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

25 Barbosa Junior A, Szwarcwald CL, Pascon ARP, Souza Junior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4): 727-37

26 Viana ALd'A, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 807-17.

27 Portela MC, Lotrowska. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(supl): 70-9.

28 Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev. Saúde Publica*. 2008;42(5): 851-8.

29 França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS: mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(supl 1): 84-97.

Conflito de interesse: Paulo Roberto Teixeira e Alexandre Grangeiro foram diretores do Programa Nacional de DST e Aids no período de implantação da Política de Incentivo. Maria Clara Gianna é diretora do Programa de Aids do Estado de São Paulo. Euclides Castilho é membro da Comissão Nacional de DST e Aids. Maria Mercedes Escuder declara não possuir conflitos de interesse.