

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS SOCIAIS - MESTRADO**

João Carlos da Silva Franco

**O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS E O AVANÇO DA
EPIDEMIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

São Leopoldo

2012

João Carlos da Silva Franco

**O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS E O AVANÇO DA
EPIDEMIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Sociais**.

Orientadora: Professora Doutora Adriane Vieira Ferrarini

São Leopoldo

2012

João Carlos da Silva Franco

**O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS E O AVANÇO DA
EPIDEMIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Orientadora: Professora Doutora Adriane Vieira Ferrarini

Franco, João Carlos da Silva

Os impactos da AIDS no Estado do Rio Grande do Sul/ por
João Carlos da Silva Franco – 2012. 70 fl. II; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2012.

“Orientação: Prof^a. Dr^a Adriane Vieira Ferrarini, Ciências
Sociais”.

1- Sistema único de saúde- Gestão. 2. Sistema Único
de Saúde – Instrumento de Análise. I. Título.

São Leopoldo – RS

2012.

João Carlos da Silva Franco

**O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS E O AVANÇO DA
EPIDEMIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Sociais**.

Aprovado em,

BANCA EXAMINADORA

Dedico este trabalho aos meus pais (in memoriam) que sempre me orientaram para que me tornasse um eterno buscador, a Mariza companheira de todas as horas, que me incentivou e apoiou nesta caminhada, e aos meus filhos queridos, Michele e João Arthur, que compreenderam a importância desta etapa na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Existem situações na vida em que é fundamental poder contar com o apoio e a ajuda de algumas pessoas.

Para a realização deste trabalho de mestrado, pude contar com várias pessoas as quais presto, através de poucas palavras, os mais sinceros agradecimentos:

Aos professores que com suas características personalizadas de sábios se portaram continuamente aplicados, com simplicidade, humildade e respeito, transmitiram e/ou dividiram seus conhecimentos dos conteúdos didáticos, bem como souberam colocar em prática as suas competências em sala de aula.

À professora Dr^a. Adriane V. Ferrarini, orientadora deste trabalho, por ter colocado sempre com excelência, sua atenção, paciência, perseverança e boa vontade em compartilhar seus conhecimentos.

Aos funcionários da UNISINOS, pela cordialidade com que me receberam em seus setores e pela prestação das valiosas informações que serviram de contribuição para o presente trabalho.

Com plena convicção, com este aprendizado recebido, quero agradecer pela oportunidade e reconhecer o enriquecimento obtido em minha formação e qualificação profissional.

Um líder do movimento de reforma da saúde da Prússia, em 1848, após examinar as condições de uma mina de carvão nos campos da Alta Silésia, concluiu que os problemas de saúde dos mineiros não seriam aliviados por instalações médicas, mas por “educação, liberdade e prosperidade” e por meio de uma completa e ilimitada democracia. “A medicina é uma ciência social, e a política não é nada além da medicina numa larga escala”. A reforma médica que nós tencionamos era uma reforma da ciência e da sociedade.

Ackernecht (1994).

“O cérebro verdadeiramente original não é o que enxerga algo novo antes de todo mundo, mas o que olha para coisas velhas, conhecidas, já vistas e revistas por todos, como se fossem novas”

(Nietzsche).

RESUMO

Este estudo apresenta a análise do desempenho da política de Doenças Sexualmente Transmissíveis e sua relação com o avanço da epidemia da AIDS no Rio Grande do Sul (RS) no período de 2002 a 2010. A pesquisa justifica-se pelo fato de que o RS vem dominando o *ranking* de incidências de AIDS no país desde o ano de 2004. O estudo baseou-se inicialmente na sistematização da literatura científica da área. A coleta de dados foi realizada através de pesquisa em fontes secundárias do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Boletins Epidemiológicos e Sistemas de Incentivos de Receitas Globais do Ministério da Saúde (SIRG-MS) para o conhecimento dos seguintes aspectos: evolução epidemiológica da doença, alteração da densidade demográfica e aplicação dos recursos financeiros no Programa da DST/AIDS. As análises realizadas nos indicadores sociais pesquisados demonstraram que houve redução dos investimentos em prevenção e tratamento e priorização na aplicação dos recursos na gestão em 2006, período em que evoluíram os índices da incidência de casos de AIDS em 9,6%. Já nos anos de 2009 e 2010 houve aumento dos investimentos e priorização de sua aplicação no tratamento, promoção e nas organizações da sociedade civil atuantes no setor a AIDS, o que coincidiu com a redução da evolução da epidemia. A pesquisa identificou a existência de uma relação direta entre a área de aplicação dos recursos e a evolução epidemiológica da AIDS no RS, o que pode subsidiar o gestor público para elaboração de planejamentos orçamentários que contribuam de forma mais efetiva para o alcance das metas previstas de redução da epidemia no Estado.

Palavras-chave: AIDS, Políticas Públicas, Financiamento, Demografia.

ABSTRACT

This study presents a performance analysis of the politics of Sexually Transmitted Diseases and its relationship to the advancement of the AIDS epidemic in Rio Grande do Sul (RS) in the period from 2002 to 2010. The research is justified by the fact that the RS has dominated the ranking of incidences of AIDS in the country since the year 2004. The study was initially based on the systematization of scientific literature in the area. Data collection was conducted through secondary sources of research in Department of the Unified Health System (SUS), National Health Fund (NSF), the State Health Secretariat of Rio Grande do Sul (RS-SES), Brazilian Institute Geography and Statistics (IBGE), epidemiological Bulletins and Incentive Systems Global Revenue of the Ministry of Health (SIRG-MS) to the knowledge of the following aspects: epidemiological evolution of the disease, changes in population density and use of financial resources in the program STD / AIDS. The analyzes in social indicators surveyed showed that there was a reduction of investments in prevention and treatment in the application and prioritization of resources in management in 2006, during which evolved incidence rates of AIDS cases by 9.6%. Already in the years 2009 and 2010 there was an increase in investment and prioritization of its application in the treatment, and the promotion of civil society organizations working in the AIDS sector, which coincided with a reduction in the epidemic's evolution. The research identified the existence of a direct relationship between the application range of resources and changes in the epidemiology of AIDS RS, which can subsidize public manager for preparation of budget planning to contribute more effectively to achieve the goals envisaged reduction the epidemic in the state.

Keywords: AIDS, Public Policy, Finance, Demography.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição percentual dos casos de AIDS por região de residência. Brasil, 1980 a 06/2011.....	45
Gráfico 2 Taxa de Incidência de AIDS (por/100.000) de Casos nos Estados, segundo o diagnóstico, 2004/2010.....	46
Gráfico 3 Distribuição Percentual do Total da População do Rio Grande do Sul, 2002/2010.....	53
Gráfico 4 Casos e Coeficiente de Incidência de AIDS no Rio Grande do Sul, por 100 mil habitantes, 2002/2010.....	54
Gráfico 5 Total de Recursos Financeiros Aplicados no DST/AIDS, 2002/2010.....	58
Gráfico 7 Recursos Financeiros Aplicados por Setor/Ano no Programa DST/AIDS, no Rio Grande do SUL, 2006/2010.....	59
Gráfico 6, Custo/Médio/Investimento/Incidência/AIDS/População do RS 2002/2010.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARENA – Aliança Renovadora Nacional
BAU – Boletim de Atendimento de Urgência
BD - Banco de Dados
BIRD – Banco Interamericano Regional de Desenvolvimento
CDC - Cadastro de Doenças Crônicas
CEME – Central de Medicamentos
CEVS – Centro Estadual de Vigilância Sanitária
CF- Constituição Federal
CIAM - Centro Integrado de Assistência Médica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento
DATPREV - Empresa de Processamento de Dados do Sistema da qual surge o
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DF – Distrito Federal
DNS – Departamento Nacional da Criança
DST – Doença Sexualmente transmissível
DVE – Divisão de Vigilância Estadual
EC - Emenda Constitucional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FSESP- Fundação de Serviços Especiais da Saúde Pública
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana, é o vírus causador da AIDS
IAPS – Institutos de Aposentadorias da Previdência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional Ministério de Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS – Ministério da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde Centro
OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OGs - Organizações Governamentais
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organização Não Governamentais
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OSC – Organização Sociedade Civil
PACS - Programa de Agentes Comunitários
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PC do B - Partido Comunista do Brasil
PDT- Partido Democrático Trabalhista
PFL – Partido da Frente Liberal

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PN-DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS
PNB – Produto Nacional Bruto
PPA - Plano de Pronta Ação
PSD - Partido da Social Democracia
PSDB – Partido Social Democrático Brasileiro
PSF – Programa Saúde da Família
PT- Partido dos Trabalhadores
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
RS – Rio Grande do Sul
SAMDU- Serviço de Assistência Médica Domiciliara de Urgência
SDC PNB – Produto Nacional Bruto
SDS – Sistema de Dermatologia Sanitária
SES - Secretarias Estaduais de Saúde
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIRG - Sistemas de Incentivos de Receitas Globais
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM - Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
SIVAN – Sistema vigilância e Notificação
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UDN- União Democrática Nacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 ESTADO E POLÍTICA PÚBLICA.....	18
2.1 ESTADO.....	18
2.1.1 O Estado Brasileiro.....	23
2.2 POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA.....	26
3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	31
3.1 PRIMÓRDIOS DA SAÚDE NO BRASIL.....	31
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	34
3.2.1 Descentralização.....	36
3.2.2 Controle Social.....	37
3.2.3 Universalidade.....	39
4. AIDS NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS DA EPIDEMIA E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO.....	41
4.1 A EPIDEMIA HIV/AIDS NO BRASIL E NO RS.....	41
5. O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS NO RIO GRANDE DO SUL. 48	
5.1 AVANÇO DEMOGRÁFICO E EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO RS.....	52
5.2 APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NA POLÍTICA DE HIV/AIDS DO RS.....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS:.....	66

1 INTRODUÇÃO

O estudo se concentra na análise da política de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) no Rio Grande do Sul (RS). A AIDS surgiu no final do século XX, causando perplexidade na população mundial por ter se constituído em epidemia e por levar os portadores do vírus à morte. A AIDS não tem cura, mas o avanço da indústria farmacêutica possibilitou a produção de medicamentos que permitem o prolongamento da vida a um grande contingente de portadores da doença.

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980, sendo registrados, predominantemente entre gays adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Passados alguns anos, a AIDS tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade.

Os dados pesquisados do ano de 2010 para realização do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS no Brasil computaram que 630 mil brasileiros viviam com AIDS, existem 608.230 casos acumulados até 06/2011, são 34.212 novos casos em 2010 contra 35.979 em 2009. No país, de 1980 até 2010, são 241.469 mortes, só em 2010 houve 11.965 óbitos e em 2009 foram 12.097, a média é de 35 mil novos casos de AIDS por ano e onze mil óbitos. O Sudeste concentra 56,4% dos casos, mas vem reduzindo a taxa de incidência ao longo dos anos, o Norte, o Nordeste e o Sul apresentam aumento da incidência. Apesar de ter 14,4% da população, o Sul tem 23% dos casos de AIDS, a epidemia concentra-se nos grandes centros, mas há avanço em direção às cidades menores, (BRASIL, 2012b).

No Rio Grande do Sul, o primeiro caso de AIDS surgiu em 1983 e somente dezenove anos depois despertou preocupação das autoridades sanitárias. Atualmente são inúmeras as pessoas infectadas pela epidemia da AIDS demonstradas pelas estatísticas, seus percentuais são cada vez mais crescentes. O momento presente é assustador. É um universo populacional que incorpora todas as faixas etárias da população. O Rio Grande do Sul, especificamente, vinha apresentando melhorias nos indicadores de estabilização da incidência até o ano de 2003, embora num patamar elevado, em torno de 2800 casos novos por ano. A prevalência, cujo cálculo depende da incidência e do número de óbitos, também vem

umentando nos últimos anos. Porém chama a atenção que no período de 2004 a 2010, verifica-se que o RS vem se mantendo em 1º lugar no *ranking* da taxa de incidência de AIDS entre os Estados do Brasil. O Estado é o que mais registra casos de AIDS, são 27,7 casos por 100 mil habitantes. Segundo dados do Brasil (2011a) no *ranking* por capitais, Porto Alegre se destaca com 99,8 casos por 100 mil habitantes, enquanto Florianópolis, segunda da lista, registra 57,9/100 mil. Porto Alegre apresenta o número de casos de AIDS superior ao do RS devido a ser o município do Estado com maior população e com maior nível de incidência da epidemia.

A análise sociológica permite o reconhecimento da AIDS como uma expressão da questão social, não apenas relacionada às condições de vida da população, como a aspectos subjetivos que permeiam comportamentos sociais, condutas sexuais e valores. A Saúde Pública visa, dentre outros objetivos, a prevenção de doenças, o prolongamento da vida e a promoção da saúde física e mental, através de esforços organizados do Estado e da comunidade para o controle de doenças infectocontagiosas.

Muitos aspectos da vida social contribuem para a redução do adoecimento e para a qualidade de vida da população. Para tanto, é necessário o enfrentamento dos determinantes da saúde e o acesso a serviços médicos, especialmente no Brasil que, apesar de ser um país rico e que cresce a taxas razoáveis, reproduz padrões de desigualdade inaceitáveis. Apesar da recente melhoria nos indicadores sociais, o contexto brasileiro ainda necessita melhorar a promoção da saúde; o país requer políticas públicas eficientes com efetiva articulação intersetorial e mobilização da sociedade. Esses esforços passam pela educação do indivíduo quanto a comportamentos e atitudes e pela organização de serviços médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira na atualidade enfrenta limites para sua efetivação, devido dentre outras razões, à privatização dos serviços de saúde. Conforme Neto e Malik (2011, p. 15), as formas de intervir sobre os problemas de saúde nas sociedades são determinadas pelos condicionamentos econômicos e políticos nelas vigentes, assumindo características peculiares em cada nação e nos diferentes períodos históricos.

No tocante especificamente à prevenção e tratamento da AIDS, a atuação do Estado é requerida em toda sua complexidade para o cumprimento da Constituição Federal no tocante à garantia dos direitos do cidadão. As políticas de prevenção e tratamento ao HIV/AIDS no Brasil começaram em 1983, com a criação do Serviço de Dermatologia Sanitária (SDS), setor responsável pela vigilância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em 1985, foi constituída a Divisão Nacional de DST/AIDS; os critérios de notificação e os modelos de ficha passaram a ser definidos pelo Ministério da Saúde. Criado em 1986, o Departamento de DST, AIDS e Hepatite Viral - ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - o qual se tornou referência mundial no tratamento e atenção à AIDS e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

Após esse período, a rede e a produção de serviços ambulatoriais se tornaram basicamente municipais; os municípios brasileiros ficaram responsáveis por 89% do total da produção ambulatorial no Brasil. A notificação dos casos contados ainda era pouca, e as tabelas e gráficos eram feitos manualmente. Em 1998, houve melhoria nos critérios de notificação, provocando um crescimento súbito da incidência. Em dezembro de 2002 foi criado um dispositivo de incentivo com o objetivo de subsidiar, financeira e tecnicamente iniciativas que garantam meios de gestão, investimento econômico-social nos grupos populares de risco para enfrentamento da epidemia, promoção da qualidade de vida e organização social. Secretarias de Saúde dos 26 estados, Distrito Federal (DF) e 456 municípios - que representam 62% da população nacional e 89% dos casos de AIDS registrados no país - estavam qualificados para recebimento desse incentivo. O processo de adesão dos municípios ao financiamento das Casas de Apoio, a partir de 2005, foi repassado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para o estabelecimento de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSC). Essa política do Ministério da Saúde aponta a necessidade de conhecimento prévio das formas características de pensar e agir predominantes na população com AIDS para a formulação de programas de educação e planejamento em saúde.

A política pública de prevenção e tratamento do HIV/AIDS reveste-se de singular importância em especial no Estado do Rio Grande do Sul devido ao avanço da epidemia nos últimos anos. Isso torna relevante a produção de análises que contribuam para a tomada de decisões relativas ao controle e erradicação de

agravos que ameaçam a saúde e a qualidade de vida da população. Esta pesquisa teve o objetivo de analisar o desempenho da política de DST/AIDS no Rio Grande do Sul no período de 2002 a 2010, considerando a aplicação dos recursos financeiros e as alterações demográficas e epidêmicas, as quais, articuladas a aspectos de ordem biológica quanto ao tipo de vírus, interferem na eficácia da prevenção e tratamento.

Para tanto, o primeiro capítulo apresenta uma síntese de todos os temas que são abordados no estudo que foi realizado na pesquisa.

No segundo capítulo serão explicitados os antecedentes históricos e os fundamentos do Estado e das Políticas Públicas, subsidiando a compreensão do direito de todos os cidadãos em usufruir o Sistema Único de Saúde no contexto brasileiro.

No terceiro capítulo é analisada a Política Pública de Saúde, a realidade da AIDS no Brasil e no RS, destacando aspectos da incidência da epidemia no período de 2002 a 2010. Discute-se também a necessidade de equidade no combate à epidemia no Estado e a prevenção do número de casos face à tendência de interiorização da doença, a identificação de critérios de aplicação dos recursos na saúde e os desafios para efetivação do controle social.

No quarto capítulo serão trazidos os dados empíricos coletados sobre o desempenho da política de AIDS no Brasil e no RS, os quais foram retirados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Os dados relativos à densidade demográfica são provenientes do IBGE e a evolução dos indicadores da epidemia HIV/AIDS extraída de Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde referentes aos períodos analisados.

No quinto capítulo serão apresentados os elementos utilizados para se chegar aos indicadores sociais, realizaram-se equações de matemática com cálculos objetivos que permitiram tabular, analisar dados, montar planilhas, arquitetar quadros e gráficos para identificar erros e/ou acertos e apurar os resultados necessários às conclusões finais.

2 ESTADO E POLÍTICA PÚBLICA

A sociedade contemporânea caracteriza-se como multicultural e complexa. Análises sobre o Estado e as Políticas Públicas demandam a apresentação de conceitos e de diferentes visões teóricas no campo da saúde, em especial, mostra-se necessária a compreensão sobre os paradigmas que regem a evolução do sistema público brasileiro rumo a sua democratização e universalização.

2.1 ESTADO

A instituição estatal comporta uma base de prescrições jurídicas e sociais a serem seguidas, as quais regulamentam a vida em sociedade. O Estado representa a forma máxima de organização humana. É um conjunto de instituições (governo, forças armadas, funcionalismo público e etc.) com estrutura própria e organizado em termos políticos, sociais e jurídicos para administrar a nação.

A ideia de um Estado ou ente público que gere a vontade coletiva existe há milhares de anos e adquiriu diversas formas ao longo da história. Na Antiguidade existiram os Estados teocráticos, organizações políticas dirigidas por um monarca a quem o povo atribuía origem divina e, por vezes, confundia com deuses (MATOS, 1975). Na Idade Média ocorreu a fragmentação do Império Romano através da instituição de feudos governados por senhores feudais e uma nobreza militar.

Já na modernidade o Estado aparece como uma estrutura criada pela sociedade, constituída de um grupo de cidadãos unidos e organizados em torno de objetivos comuns. O Estado moderno apresenta-se hierarquizados na forma de governantes e governados, com a finalidade de regular as demandas sociais para atender os diversos interesses da população, atua entre mediador de questões ligadas ao bem público (BOBBIO, 2010).

O Estado deve garantir e assegurar ao indivíduo o desenvolvimento de suas aptidões físicas, morais e intelectuais, impondo regras, direitos e deveres, estabelecidos pelos hábitos de vida ou pela lei. A função das instituições políticas, conforme afirma Bobbio (2010, p. 60),

é de dar respostas às demandas provenientes do ambiente social ou, segundo uma terminologia corrente, de converter as demandas em respostas. As respostas das instituições políticas são dadas sob a forma de decisões coletivas vinculadas para toda sociedade. Estas respostas

retroagem sobre a transformação do ambiente social, em sequência ao modo como são dadas as respostas, nascem novas demandas, num processo de mudança contínua. As instituições políticas vigentes, sem apresentar respostas satisfatórias sofrem um processo de transformação que pode chegar à fase final da completa modificação.

Há diferentes teorizações modernas a respeito da origem do Estado e de sua finalidade. Pode-se afirmar que a análise do Estado gravita em torno de duas grandes vertentes: a liberal (que enfatiza o indivíduo e a busca da satisfação de suas necessidades de forma mais privada, pautada em princípios do Liberalismo) e a social-democrata ou mesmo socialista (que privilegia o coletivo e atribui papel mais relevante ao Estado na gestão das demandas públicas, pautada principalmente no Marxismo).

John Locke (1632-1704), pioneiro do liberalismo, influenciou a renovação do pensamento político durante o século XVIII. Locke afirmava que o Estado foi instituído para proteger os direitos naturais do ser humano (direito à vida, à liberdade e à prosperidade). Ao efetuarem o acordo voluntário, os indivíduos abdicaram parcela de seu direito individual ao Estado. Assim, todo o governante que ferisse os direitos naturais do homem deveria ser deposto por seus subordinados. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) é considerado o mentor da democracia moderna. Para ele, o Estado surgiu de um contrato voluntário entre os homens, os quais nasceram livres e eram naturalmente portadores de bons costumes. A lei e o governo seriam expressões da vontade geral (que representava a vontade da maioria da população), tendo a função de promover o bem comum. (Matos, 1977).

De acordo com Bobbio (2010, p. 63), teóricos políticos trataram o enigma do Estado principalmente do ponto de vista dos governantes.

Seus temas essenciais são a arte de bem governar, as virtudes ou habilidades ou capacidades que se exigem do bom governante, as várias formas de governo, a distinção entre o bom e o mau governo, a fenomenologia da tirania em todas as formas, direitos, deveres e prerrogativas dos governantes, as diversas funções do Estado e os poderes necessários para cumpri-las adequadamente e os vários ramos da administração.

No século XIX, muitos Estados europeus eram regimes representativos com participação limitada do povo. No liberalismo que se alastrou pelos países nesse período, apenas os cidadãos que possuíam renda ou um número de bens estipulado pela lei eram aptos a participar da vida política (votar e ser votado).

O liberalismo concebe os partidos políticos, como representação das opiniões e não como representação de interesses de classes. A crença dos partidos das classes dominantes, a crença na possibilidade dessa democracia em poder solucionar as contradições da sociedade, seria mecanismo de sujeição das camadas trabalhadoras e de inibição das suas ânsias de organização independente. O fato das proposições socialistas e das organizações de trabalhadores terem participado da política partidária consentida, não impediu a continuidade da crítica dessas ilusões sobre democracia burguesa e seus partidos.

De acordo com Weber (1997), partidos políticos são organizações que disputam um mercado eleitoral livremente, sem jamais recorrer a outros meios que não os pacíficos e racionais na busca de votos pelo poder. A organização estatal das associações políticas e sociais destacava que o Parlamento deveria ser formado por representantes do povo, eleitos periodicamente, mas os líderes demagogos e chefes partidários eram formados em ministros responsáveis perante o congresso, tinham partidos políticos que representavam os interesses da burguesia através de organizações que orientavam o poder político. O próprio Estado, tomado como entidade política, tendo uma Constituição racionalmente lavrada, um Direito ordenado, uma administração orientada por regras coerentes com funcionários especializados, é conhecido nessa combinação de características com a força mais significativa de nossa vida moderna: o capitalismo.

As forças políticas do Estado conjugam-se com os interesses econômicos do capitalismo que se consolida, assegura a estabilidade das regras do jogo, ou seja, a manutenção de um ambiente político e econômico previsível. Uma das atribuições do Estado é garantir a existência de um sistema monetário nacional, ou seja, de não fazer flutuar a moeda em função de interesses políticos. Isto explica o fato de a dominação legal ser, das três formas de dominação, a mais adaptada à economia de mercado, devido à lógica de funcionamento da burocracia, com suas regras definidas e estáveis, e a ausência de arbitrariedade (WEBER, 1997). O fato de diversos partidos, representando segmentos da classe dominante, digladiar-se entre si não significava que estivessem voltados contra a natureza da ordem econômica excludente e exploradora. Pelo contrário, o confronto seria apenas a manifestação de acomodações necessárias de poder e de propostas políticas.

A democracia é o método de governar com base numa escolha feita por cidadãos. Para que a escolha seja relevante é necessário que fiquem explícitas as premissas básicas sobre as habilidades políticas (nível de conhecimento e interesse político) destes cidadãos. Como eleitor, ele fará decisões que devem ser inteligíveis e compreender as opções que lhe são ofertadas, assegurada sua influência e controle de seus representantes.

O Estado democrático tem como finalidade a promoção social, material e cultural da sociedade. Ao se submeterem às exigências do Estado, os homens estão contribuindo para o bem comum. Ao pagarem impostos, estão colaborando com o Estado para beneficiar todos os cidadãos através de políticas sociais, construindo melhorias como: hospitais, estradas, ferrovias, escolas, hidrelétricas, etc. (BOBBIO, 2010).

A análise do Estado passa pelo estudo dos diversos poderes que competem ao Legislativo, o Executivo, o Judiciário e das relações entre eles. Passou a existir para os indivíduos como um governo de poder e de mando, com a administração voltada à dominação social. Impõe normas e leis por ele formuladas, obrigando a todos que habitam no seu território a cumpri-las. Sua finalidade é a ordem e a defesa social como um servir para o bem público. Essas regras variam conforme o tipo de regime político-jurídico do governo seja democrático ou não, dependendo dos costumes e da cultura de uma nação (WEBER, 1997; BOBBIO, 2010).

No significado mais amplo, enfatiza Weber (1997), política é entendida como qualquer tipo de liderança independente em ação. No sentido restrito, política seria liderança de um tipo de associação específica, o "Estado". Este por sua vez, como uma comunidade humana que pretende o monopólio do uso legítimo da força física dentro de determinado território. Para que exista a ordem social, é necessário que toda a sua população obedeça à autoridade alegada pelos detentores do poder no referido Estado. Para que os dominados obedeçam é necessário que os detentores do poder possuam uma autoridade reconhecida como legítima.

No século XVIII, John Locke, Voltaire e Jean-Jacques Rousseau começaram a censurar o abuso de poder dos monarcas absolutos e a defender a queda do absolutismo e a participação do povo na vida política. Suas ideias influenciaram na revolução que derrubou o absolutismo na França, se espalhando mais tarde para outros países.

Foi Karl Marx, em trabalhos como *Lutas de Classe na França, 1848/1850*, ou o *18 Brumário de Luís Bonaparte*, quem analisou a relação dos diversos partidos da classe dominante, lutando uns contra outros pela conquista do governo contra movimentos sociais. Ao mesmo tempo em que elaboravam críticas ao capitalismo, indicavam que o povo era o sujeito que iria superar a opressão. Em outras palavras, as transformações sociais e a revolução dependiam substancialmente da capacidade dos oprimidos de tornarem-se protagonistas de sua própria história.

Nos séculos, XIX e XX foram proclamados direitos políticos e sociais, fruto da luta da classe trabalhadora, demarcando a ampliação de suas formas de organização através de associações, sindicatos e partidos políticos. Desde então, os socialistas de maneira geral, defenderam a livre e independente organização dos trabalhadores em partidos políticos próprios para a defesa de seus interesses. Participando ou não da política oficial, essas novas correntes de opinião nunca deixaram de olhar com certo ceticismo para as possibilidades de alguma transformação real nas relações de poder ou sistema de partidos ligados à ordem, que pudesse favorecer as organizações dos trabalhadores.

No mundo moderno, o indivíduo está inserido em diversas instituições desde seu nascimento, as quais são formadas por cidadãos ligados por parentesco, interesses materiais ou espirituais, entre outros. Estes grupos sociais são os que dão forma à sociedade propriamente dita, toma dimensões entre as cidades, os Estados e países. As deliberações acontecidas na esfera da sociedade civil, de acordo com Gramsci (2000 apud DURIGUETTO, 2007), passam a existir a partir de um pluralismo de organismos coletivos, como associações, organizações, sindicatos, partidos políticos, atividades culturais, meios de comunicação e etc.

As últimas décadas do século XX presenciam a emergência de novos movimentos sociais e de um renovado associativismo. A análise desse processo tem motivado interpretações que, em grande medida, tem convergido para a ideia de uma revitalização da sociedade civil, o que provocou uma revalorização de direitos sociais a população. Tornou-se, assim, cada vez mais comum a referência a uma sociedade civil organizada, capaz de opor-se tanto ao Estado como o mercado. É a nova configuração da dinâmica social, na qual se precisava repensar a política e sua relação com as esferas da vida social e elaborar os novos termos da hegemonia. A

dinâmica sociopolítica e organizativa desse campo é incorporada ao conceito de Estado.

A partir de uma renovação da ideia de sociedade civil emerge a necessidade de construir um conceito de Estado que unifique a sociedade política e a sociedade civil e que busque a formulação e implantação de políticas públicas específicas. Implica em prioridades entre políticos e dirigentes de todos os setores e todos os níveis que incluem a legislação; medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, compreendendo o conjunto de ações intersetoriais que apontem para a distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais com serviços prestados que visem à melhoria da qualidade de vida da população.

2.1.1 O Estado Brasileiro

No Brasil, o processo de construção do Estado e da democracia deve ser compreendido a partir da sua historicidade. No Brasil Colônia, as leis, obrigações, impostos e instituições eram regidos pelos interesses e mandos da metrópole. As classes populares, formadas em grande parte por populações indígenas em situação de servidão e por escravos negros não tinham direitos de cidadania nem formas de expressão dos seus interesses.

O controle das eleições apesar de reformas eleitorais importantes, a introdução do voto secreto desde 1932 e o voto feminino desde 1934, com a criação de mecanismos institucionais de controle mais robustos, na formalidade mostravam alguma consistência e transparência, mas a realidade era outra. O controle do voto nas regiões mais pobres do país se manteve. A vertente continuava elitista, o controle sobre a população mais pobre se manteve. Não houve um partido político que nascera realmente, das demandas socioeconômicas da sociedade brasileira. A UDN, partido mais localizado à direita do espectro político, fazia de tudo para se manter no poder político, mantinha seu domínio nas camadas sociais inferiores; no Brasil subdesenvolvido que era superior territorialmente ao Brasil desenvolvido.

O desenvolvimento do pensamento liberal e a própria revolução industrial desarticulam os pactos coloniais. Surgem lutas populares e movimentos sociais que formam um cenário da atividade política contextualizando o nascimento da Constituição, a legislação eleitoral brasileira e evolução dos partidos políticos. Os

partidos políticos passaram a ter alguma representatividade a partir do surgimento pela primeira vez na história do Brasil da democracia política. Os partidos conservadores como o PSD (Partido da Social Democracia), a UDN (União Democrática Nacional) e o PTB (Partido Trabalhista Brasileiro – criado por Getúlio), em paralelo ao PCB (Partido Comunista Brasileiro) como o partido de contradição; levaram o país a uma vida partidária mais estimulante. Contudo, isso não foi suficiente para acabar com os currais eleitorais e o coronelismo.

O Partido Comunista do Brasil (PC do B), fundado em 25 de março de 1922, foi fundamental para o processo de democratização do país. Com a influência comunista nos grandes centros urbanos do Brasil e os movimentos na América Latina que levaram Cuba a se tornar o primeiro país sob o domínio de revolucionários marxistas no continente, a elite brasileira ficou temerosa de um possível sucesso da esquerda nacional. A conjuntura internacional da Guerra-Fria e a fragilidade dos partidos políticos e dos atores políticos brasileiros, facilitaram o Golpe de 1964. A incipiente vida partidária brasileira sofrera um grande golpe, com uma interrupção que fez asfixiar a pequena vida democrática eleitoral do Brasil contemporâneo.

Na época da ditadura militar, grupos de esquerda foram colocados na ilegalidade, entraram nas fileiras da luta armada, foram presos, perseguidos, marginalizados e torturados em confrontos com as forças policiais do Estado. O regime autoritário sobre o domínio dos militares, sempre presentes na vida política nacional, construiu um mecanismo eleitoral avançado com dois partidos políticos: a Aliança Renovador Nacional (ARENA), partido de sustentação do governo, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), a dita oposição consentida. Tudo isso no intuito de criar uma legitimidade junto à sociedade civil brasileira que nunca se consolidou. As diversas reformas eleitorais produzidas pelos militares, além das imposições institucionais, como foi o Ato Institucional de Número Cinco dava prerrogativas ilimitadas ao governo, inclusive fechando o Congresso ao seu bel prazer, fazendo com que o MDB malograsse em algumas disputas eleitorais. A Lei Falcão que regulava a propaganda partidária prejudicou a oposição e facilitou a vida do governo que manteve no Senado a maioria pró-governo.

Com a introdução dos senadores biônicos e a pressão da cúpula militar em se manter no poder, o regime não resistiu ao fracasso econômico e a falta constante de

legitimidade perante a sociedade civil. A vida partidária ficou limitada e a história política brasileira perdeu impulso. A violência mais uma vez venceu a dinâmica democrática nas discussões políticas entre visões antagônicas. A transição negociada entre a elite civil e militar levou ao governo um político moderado de Minas Gerais, Tancredo Neves que combinava o equilíbrio do jogo.

Neste jogo, ressurgiu a vida partidária brasileira: Partido dos Trabalhadores (PT), Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da Gente Liberal (PFL), Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB), Partido Democrático Brasileiro (PDT), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Comunista do Brasil (PC do B) entre outros partidos que fizeram a primeira eleição para Presidente da República em 1989. Todos os brasileiros com mais de dezoito anos viram chegar a hora de poder escolher seus governantes e representantes parlamentares. Ainda assim, os partidos políticos à exceção do PT, continuavam nascendo fora do âmbito da sociedade civil organizada.

Os militares demandam suas prerrogativas em várias instâncias da vida política nacional. A transição tutelada em 1985 acordada entre as elites nacionais e a Lei de Anistia que a antecedeu, blindou possíveis julgamentos dos antigos governantes e seus representantes institucionais. Mesmo com esse desenvolvimento ocorrido, a vida partidária brasileira mostra-se incipiente em sua essência.

Com o fim da ditadura militar (1964-1985), vários partidos políticos foram criados e outros que estavam na clandestinidade voltaram ao cenário político. O entrelaçamento das aspirações libertárias com o ideário marxista mostrava que a chocante situação de desumanização do Brasil e do Terceiro Mundo, longe de ser um fenômeno natural ou fruto do atraso e inferioridade de seus habitantes, era o resultado histórico da violência perpetrada pela “civilização ocidental” e pela exploração capitalista (BOBBIO, 2010).

O regime militar terminou com as eleições indiretas em 15 de janeiro de 1985 para Presidente da República. Foram às últimas eleições indiretas da história brasileira com enorme campanha popular em favor de eleições diretas, feitas pelos partidos de oposição, os que buscavam a aprovação de emenda constitucional que contemplava as eleições diretas.

Durante o século XX, surgiram Estados Democráticos, em razão da adesão universal, que possibilita a participação de todos os cidadãos na vida política. É o tipo mais comum de governo existente nos países do mundo.

A abertura democrática no Brasil é conquistada pelos atores políticos ao longo dos anos que, através dos movimentos sociais constituíram as agremiações partidárias (Partidos Políticos), com todos os direitos políticos garantidos na Constituição Federal de 1988, tornando-se um marco no Estado brasileiro. No século XXI, começa-se um novo ciclo na história política do país, é eleito em 2003, um sindicalista do Partido dos Trabalhadores que assume a Presidência da República.

A redemocratização e da multiplicação de direitos destacou-se no Brasil por ser um dos países com maior rol de desigualdades entre seus iguais, caracterizando-se pelo conflito na manutenção das desigualdades, pela reivindicação de expansão de novos direitos e oportunidades étnicas, sistema educacional, trabalho, opção sexual, consumo, meio ambiente, entre outros.

Um novo contexto histórico e social se apresenta numa interpretação as mudanças políticas, culturais ocorridas e em curso no Brasil. Em consideração as organizações políticas e democráticas com suas possíveis contribuições no desenvolvimento social de nosso país, inicia-se um novo ciclo que busca assegurar aos brasileiros que a ordem econômica e social realize o desenvolvimento nacional e a justiça social com Políticas Públicas saudáveis.

2.2 POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA

O Estado de bem estar social de acordo com Ivo (2001), surge de um processo político através dos movimentos de operários, sindicatos, trabalhadores rurais e sociedade civil organizada que lutaram contra as desigualdades sociais, contra as leis do valor e as lógicas do mercado. A governabilidade contemplou o pacto inscrito no contrato social, que tem atuado como compromisso político do Estado com os trabalhadores através dos direitos sociais. A questão da democracia, da igualdade política e da cidadania está intimamente articulada à questão social, entendida como forma histórica pela qual a sociedade encaminhou o problema da concordância social na modernidade, pela institucionalidade inscrita nas políticas sociais

redistributivas e nos direitos sociais como mediadores entre o Estado e o mercado e fontes de legitimidade social e política (IVO, 2001).

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em outros instrumentos operacionais. Com a explicitação formal dessas decisões, busca-se, também, permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas (BRASIL, 2009).

A política pública é o conjunto de ações instituídas pelo Estado (em suas instâncias: Federal, Estadual e Municipal) que visam resolver ou minimizar necessidades sociais de determinados setores da sociedade civil na área da saúde, habitação, educação, saneamento básico, assistência social, etc. Tais ações podem ser desenvolvidas através de convênios com organizações não-governamentais e com a iniciativa privada.

Segundo Medeiros (2001), apesar da atuação mais global por parte do Estado, instituindo por lei o Departamento Nacional do Trabalho e da Saúde, promulgando em 1923 o Código Sanitário e da Lei Eloy Chaves que tratavam de assuntos previdenciários, as políticas sociais eram fragmentadas e emergencialistas. Os conflitos entre o capital e trabalho eram regulados por legislação esparsa, e tratados pelo aparato policial. Questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação no sentido de atendê-las. A atuação do Estado restringia-se a situações emergenciais, como a epidemias em centros urbanos. A educação era atendida por uma rede escolar muito reduzida, de caráter elitista e acadêmico, que visava preparar alunos para a formação superior. As reformas da época (escola nova) ocorriam regionalmente e de forma parcial, ou seja, não faziam parte de uma política global de educação. A previdência era predominantemente privada, organizada por empresas e categorias profissionais, e a questão habitacional não era considerada objeto de Política Pública.

Na consolidação do sistema, o caráter clientelista foi o que mais afetou a dinâmica das políticas sociais no país. Inicia-se uma tendência de domínio de grupos, personalidades e cúpulas partidárias nas áreas do organismo previdenciário pela distribuição de benefícios em períodos eleitorais. Até a década de 1980, as

reformas ocorridas no Estado brasileiro, eram caracterizadas por centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocrata, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais concentrado pelos objetivos políticos de sucessivos governos.

O Estado brasileiro mostrou-se incapaz de distribuir competências e utilizar recursos de maneira impessoal e equitativa. Disso resultaram várias deficiências do sistema, como: ineficiência e ineficácia dos programas sociais, superposições de competências, objetivos e clientela alvos, diminuição dos gastos sociais, altos custos de implementação e administração, distanciamento entre formuladores e executores e os beneficiários das políticas, a quase total ausência de avaliação dos programas, instabilidade e descontinuidade das políticas e também desproporcional dos interesses burocráticos, corporativos e privados nas definições e na dinâmica de funcionamento da máquina social (MEDEIROS, 2001).

Ao se comparar a literatura sobre o assunto, destaca-se, que o caráter redistributivo das políticas sociais foi comprometido por um modelo econômico concentrador, pela ausência de coalizões entre trabalhadores industriais e não industriais e por uma burocracia com baixos níveis de autonomia em relação ao governo.

A estrutura organizacional do sistema de proteção social brasileiro foi reformulada no final dos anos 1990, tendo como marco a Constituição Federal de 1988, a qual redefiniu o papel do Estado a partir das prerrogativas de universalização dos direitos de cidadania, descentralização e gestão democrática das políticas públicas. Com exceção da previdência, foram designados programas de descentralização nas demais áreas da política social brasileira: educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular, transferindo um conjunto de atribuições de gestão aos níveis estaduais e municipais de governo (ARRETCHE, 2000).

A União, Estados e municípios passaram a ser autônomos e independentes no plano político institucional, no plano econômico, social e administrativo. O Brasil é estruturalmente um país marcado por profundas desigualdades. Vale dizer, os Estados e os municípios brasileiros são profundamente desiguais entre si, seja no que diz respeito à capacidade administrativa para gestão de políticas públicas, seja ainda no que diz respeito à sua tradição cívica. Mais que isto, o Brasil caracteriza-se pela existência de uma esmagadora maioria de municípios pequenos, com reduzida densidade econômica, dependentes de transferências fiscais e sem tradição administrativa e burocrática. Tais atributos dos Estados e municípios

brasileiros podem ser decisivos na decisão local por assumir a responsabilidade pública pela gestão de programas sociais (p. 17).

O processo de descentralização e municipalização das políticas públicas trouxe mudanças na organização e funcionamento dos governos locais. A institucionalização de conselhos gestores - canais participativos da ação pública na esfera local - assinalou a constituição de novos padrões de interação entre governo e sociedade civil na gestão das políticas. O Estado busca novas formas de articulação com a sociedade civil e com o setor privado e a introdução de novas formas de gestão nas organizações estatais para a provisão de serviços públicos de forma mais ágil e efetiva, minimizando a burocratização e a hierarquização excessiva dos processos decisórios. Além disso, o Estado começa a fortalecer as metas de controle social (ARRETCHE, 2000).

A reforma do Estado brasileiro, expressa o desafio de ser um regime político democrático conquistado - que pretende incluir e formar cidadãos - em meio à dinâmica de uma economia que historicamente excluiu e negou a cidadania, principalmente no plano social. Por um lado, o crescimento e a rapidez dos mecanismos de desemprego e empobrecimento da população nas áreas urbanas e industriais comprometem a legitimidade do sistema ao nível das representações políticas e sociais dos atores. Por outro, no contexto pós-constituente de reconversão institucional, observa-se toda uma tendência à desconcentração e descentralização das ações públicas na direção das sociedades locais (IVO, 2001).

Segundo Arretche (2000), a reforma democrática se manifesta pelo desenvolvimento sustentável e governança urbana, com soluções inovadoras e compartilhadas, promovendo a formação de um consenso variável e incerto porque partilhado por diferentes atores de partidos políticos com ideologias diferentes. Ela contribui com as demandas de participação social nas decisões políticas, no controle social, democratização da política e da sociedade, introduzidas nas disposições normativas do bom governo. A gestão pública lida, ao mesmo tempo, com problemas históricos relacionados à pobreza e injustiças e com as demandas provenientes das novas estruturas sociais que estão sendo constituídas nos últimos anos.

No final dos anos de 1990, a estrutura organizacional do Sistema Social Brasileiro foi redesenhada. Nas áreas de educação fundamental, assistência social,

saúde, saneamento e habitação popular, foram implantados programas sociais de descentralização que vêm transferindo paulatinamente um conjunto significativo de atribuições de gestão aos níveis estadual e municipal de governo.

O Brasil no século XXI começa a desempenhar as condições modernas de políticas públicas de bem estar social: aumenta a oferta de emprego e eleva o salário real, melhorando os níveis de qualidade de vida da população. O país acordou os princípios e valores que estão regentes nas relações internacionais para serem priorizadas e implantadas em seu território. O país começou a atender as exigências de organismos internacionais: a paz, a segurança, o desarmamento, o desenvolvimento e a erradicação da pobreza, a proteção do meio ambiente, os direitos humanos, a democracia e o bom governo, a proteção de pessoas vulneráveis e o fortalecimento das Nações Unidas. Essas normativas permitem o avanço das relações sociais, motivando conquistas para a sociedade em seus aspectos comportamentais e institucionais, com repercussões na confiança e na segurança dos sistemas sociais. O país também priorizou o combate às desigualdades sociais para o cumprimento das normativas acordadas na Declaração do Milênio das Nações Unidas. Nessa conjuntura, promove-se uma melhor distribuição de renda com aumento real do salário mínimo nacional como é exigido para melhorar a qualidade de vida de um povo (NOGUEIRA, 2005).

No campo da política de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem acompanhando o cumprimento dos acordos estabelecidos, o Banco Interamericano Regional de Desenvolvimento (BIRD) é o financiador internacional de atividades sociais, ampliando o desenvolvimento das políticas públicas saudáveis com ideias modernas que envolvem o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública. Mais do que um setor da administração pública, a saúde passa a expressar um compromisso de governo com uma intervenção direta nos fatores determinantes do processo saúde-doença.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

No século XX o Brasil passa por mudanças sociais, políticas e institucionais causadas pelo processo de democratização da gestão pública brasileira. Deu-se início às negociações entre o Estado, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, promovendo-se um movimento de lutas pelo aumento da democracia, que pretendia garantir a participação da sociedade nos processos decisórios de gestão e controle dos recursos públicos (ARRETCHE, 2000). Tal contexto é fundamental para a análise da política de HIV/AIDS que é o objeto empírico desta pesquisa.

3.1 PRIMÓRDIOS DA SAÚDE NO BRASIL

A história da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivos estágios de evolução. Os povos primitivos adotavam medidas higiênicas por razões mais religiosas do que sanitárias, sendo essas suas formas de exercer a saúde pública. No Brasil Colônia, as ações em saúde são realizadas praticamente sem organização institucional. Após a independência do país, os serviços públicos na área da política sanitária foram praticados através da medicina curativa e a rede hospitalar estatal existente era voltada para os militares. A rede das Santas Casas de Misericórdia, herança da colonização portuguesa, era mais direcionada à função de segregar o pobre da sociedade e fazer caridade. As famílias com maior poder aquisitivo eram tratadas em casa pelo médico particular (NETO E MALIK, 2011).

Em 1923 foi promulgada a lei Eloy Chaves, que criou a Caixa de Pensões e Aposentadorias dos Ferroviários. Essa lei estabeleceu a base do sistema previdenciário brasileiro e fez parte das medidas que a oligarquia agroexportadora estava tomando para reduzir as tensões sociais crescentes.

O projeto político de industrializar e emancipar o país começa com uma série de transformações. Em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde e do Trabalho. Sob ingerência desse último, foram instituídos os Institutos de Aposentadorias (IAPS), para abranger os setores mais amplos dos trabalhadores. Em 1940 foi criado um órgão específico para a saúde das crianças, o Departamento Nacional da Criança (DNC), que mais tarde foi implantado nos estados. No ano de

1943 o trabalho foi regulamentado através da promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as representações sindicais foram legalizadas. Na área da saúde, as caixas e os institutos significaram a oferta de assistência médica aos trabalhadores cobertos, geralmente por meio de profissionais contratados por essas instituições. No ano seguinte, foi implantado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e, nessa mesma época, concretizam-se a criação de prontos-socorros nos grandes centros, muitos deles municipais.

Com o advento da industrialização do país ocorre o êxodo rural e o aumento dos problemas sociais nas áreas urbanas. No âmbito da saúde, a geração de demandas dos movimentos sociais reivindicatórios foi fundamental para a construção de um novo conceito de bem estar social. Em 1950, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu as grandes campanhas de saúde e a organização do setor.

Na década de 1960 existia a preocupação do Estado com a formação de enfermeiras para a prestação de atendimento digno à população que mais necessitava da saúde pública. Nesse período houve a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (que reordenou as condições de funcionamento dos IAPS), a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, na qual os fóruns discutiram pela primeira vez a municipalização da assistência e a organização do setor como um todo. Também foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças. Basicamente, foram mantidas as ações clássicas de política sanitária com foco nas crises, promovendo campanhas contra as endemias de malária, esquistossomose, tuberculose, hanseníase e doenças imunopreveníveis.

Já em 1974 ocorreu a reforma do Ministério da Saúde e a criação das bases das atuais vigilâncias epidemiológica e sanitária; foi editado um conjunto de leis e iniciadas algumas experiências para a futura construção do SUS, como o apoio ao processo incipiente de municipalização e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Também foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA), para solucionar os casos de omissão de socorro que se multiplicavam no país, com repercussão na imprensa. O Plano significou o primeiro movimento de universalização da assistência médica no Brasil. O prestador enviava para a

previdência o Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) e era ressarcido mediante esse documento.

No ano de 1976, foi criado o Centro Integrado de Assistência Médica (CIAM), primeira experiência de integração dos serviços da previdência com as secretarias estaduais de saúde. Este centro contratava médicos pela previdência para trabalharem em períodos ociosos dos centros de saúde, atendendo a população em geral. Nesse mesmo período ocorre uma epidemia de meningite que, além de seus efeitos sanitários, evidenciou a incompetência do Estado em atender as demandas emergenciais. A rede hospitalar entrou em colapso; era proibido falar na epidemia e a imprensa ficou sob censura.

A partir da década de 1970 a saúde pública começa a ser remodelada com o fechamento das instituições que excluía pessoas ao atendimento. A Fundação de Serviços Especiais da Saúde Pública (FSESP) em particular em São Paulo, as Santas Casas e os poucos hospitais-escola que atendiam a população sem direito a outra cobertura ou indigentes tiveram importante papel nesse processo.

Em agosto de 1977 foi realizada a 6ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidas as grandes endemias, a vigilância epidemiológica e a interiorização das ações de saúde. Ainda nesse ano o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passa por uma reformulação e é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, o qual remodelou os órgãos do ministério estruturando-o dessa maneira: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que em 1990 foi incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); dessa fusão nasceu o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), responsável por aposentadorias e outros benefícios; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), englobado à estrutura do Ministério da Saúde em 1993; DATAPREV, empresa de processamento de dados do sistema, da qual surge o DATASUS; Central de Medicamentos (CEME), extinta em 1997. A Alma-Ata, conferência com os ministros da saúde do mundo inteiro, realizou-se em 1978 patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em seu relatório final ficou enfatizada a importância da Atenção Básica da Saúde e foram colocados na agenda os temas da regionalização e da integralidade.

Com a chegada da década de 1980, trabalhadores, sindicatos e a sociedade civil mobilizaram-se para a efetivação do direito à saúde (RIO GRANDE DO SUL,

2007). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, dividida em áreas temáticas, percorreu o Brasil com pré-conferências, levando em torno de 4.500 brasileiros a debater o sistema de saúde. Esse processo foi um sucesso e suas teses foram assumidas pelos constituintes. Em 1987, o presidente do INAMPS, respaldado pelo Ministro da Previdência, propõe alguns repasses de competência aos Estados na gestão de serviços e contratos e na universalização no atendimento, sendo que cerca de 90% da população urbana do país dependia da cobertura de saúde pela previdência. A universalidade da assistência passou a vigorar nesse momento da história através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados e uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde. O Movimento Sanitário foi um dos principais articuladores dessa conquista, dentro da luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o período final do regime militar (BRASIL, 2006).

Em 05/10/1988, a Constituição Federal - a chamada Constituição cidadã - foi promulgada e definiu as bases legais do novo sistema de saúde. A Assembleia Nacional Constituinte criou o SUS, dentro dos preceitos indicados pelo movimento da reforma sanitária e pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, os quais foram reproduzidos nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS é importantíssimo para a reafirmação da saúde como direito humano fundamental direito social universal do cidadão e dever do Estado, sendo definida como bem-estar e qualidade de vida e não simplesmente como ausência de doença. A Lei Federal 8080/90 (Brasil, 2010), que complementa o texto constitucional, afirma que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho,

a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A saúde deixa de ser uma condição estática, biologicamente definida, e passa a ser compreendida como dinâmica e socialmente produzida. Neste modelo, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e vida, acarretando a intervenção multi-intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade.

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Estão incluídas no disposto, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa, produção de insumos, medicamentos - inclusive de sangue e hemoderivados - e de equipamentos para a saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, as ações e os serviços públicos, privados, contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, respeitando os seguintes princípios: garantir a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência com integralidade que é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral com a igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito de as pessoas assistidas saberem sobre sua saúde, sobre os serviços de saúde e sua utilização.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, promulgada em 1990, definiu atribuições e competências de cada nível de governo, com os princípios e diretrizes do SUS: universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, participação da comunidade, descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização, intersetorialidade, cooperação e eficiência dos gestores e eficácia dos serviços, direito à informação em saúde e à utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. A conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos,

materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de saúde à população com capacidade de resolução em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos é um modo de evitar duplicidade de meios para fins idênticos. A seguir serão aprofundados três princípios fundamentais para a análise da política pública: universalidade, descentralização e controle social.

3.2.1 Universalidade

A descentralização da política federal de atenção à saúde, a hierarquização e unificação das ações eram batalhas do movimento sanitarista desde meados da década de 1970, as quais ganharam espaço na agenda de reformas da área da saúde durante a década de 1980 para a universalização do acesso aos serviços. Grande parte dessas reformas foi influenciada pela capacidade de articulação do movimento sanitarista, que se opunha à força centralizadora da burocracia do INAMPS e à forma de inserção do setor privado no interior do sistema de saúde. Os conflitos burocráticos com o INAMPS, o MPAS/MPS e a oposição dos interesses privados limitaram a possibilidade de reformas em medicina preventiva. Com menor dependência dos serviços da rede conveniada privada, particularmente a rede hospitalar, o movimento sanitarista foi capaz de fazer aprovar constitucionalmente as propostas de universalização e descentralização dos serviços públicos de saúde (ARRTCHE, 2000).

A universalidade significa que um direito deve ser estendido a toda população. As políticas sociais universais são fundadas no direito a um conjunto de ações que visam condições mínimas de vida igualitárias a toda população, independente de classe social, raça ou religião.

Na saúde, a universalidade é um direito humano e um dever do Estado estabelecido como um dos princípios fundamentais do SUS. A universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde era um dispositivo auto-aplicável, o que resultou na imediata ampliação da demanda a ser atendida pelo sistema, dimensionado para oferecer assistência apenas àquela parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal.

Além disso, a Conferência de Ottawa, organizada pela Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde, e outros eventos que se sucederam haviam afirmado que o estilo de vida, o meio ambiente e as novas descobertas da biologia têm muito mais influência sobre a saúde do que o sistema médico. Ainda que concebido em um contexto de um país economicamente avançado, a força e o apelo do conceito ampliado de saúde são de aplicação universal. Os planos específicos de ação necessitam refletir as condições locais e desenvolver estratégias para aplicação nos países em desenvolvimento e desenvolvidos que contemplem assuntos específicos como drogas, AIDS e violência familiar (RABELLO, 2010).

Embora assegurada na Constituição de 1988, a universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira encontra dificuldades para sua efetiva implementação em pleno século XXI devido a influências históricas, culturais e institucionais, tais como a privatização dos serviços de saúde e a expansão do complexo médico-industrial (acrescentando especialidades, equipamentos, medicamentos, exames, insumos, etc.). O caráter universal do SUS apresenta limites tanto em ações de atenção primária quanto de alta complexidade nos hospitais públicos, como por exemplo: no caso de transplantes e tratamento da AIDS, há falta de leitos, de especialidades médicas, de medicamentos, demora para marcação de consultas, de exames, de cirurgias eletivas e humanização no atendimento pelos prestadores de serviços, etc.

3.2.2 Descentralização

A descentralização é um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas e controle social. Trata-se de um processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, pois sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões.

A transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem práticas vigentes antes que se instaurem novas, impondo um período de transição nas quais medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos

os estados e municípios. Tais mudanças devem ocorrer em intensidade compatível com a capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população. A efetivação do SUS requer que a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde seja compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando o aporte regular de recursos fiscais aos fundos de saúde. Segundo Marques e Arretche (2003), o Ministério da Saúde conquistou a adesão dos governos estaduais e municipais ao SUS. Em maio de 2002, 5.537 dos 5.560 municípios brasileiros (ou 99,6%) haviam assumido a gestão parcial ou integral dos serviços de saúde.

O objetivo mais importante que se pretendeu alcançar com a descentralização do SUS, foi à completa reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade para o da assistência integral universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo em todos os pontos do sistema (BRASIL, 2006).

Os usuários do SUS manifestam descontentamentos como os estabelecimentos de saúde e com a organização do sistema, os quais se devem em parte à composição institucional da administração pública e com sua estrutura burocrática, que parece se ocupar mais do controle dos processos administrativos operacionais do que o alcance de resultados na promoção e na recuperação da saúde.

O Governo Brasileiro tem procurado desenvolver programas com ações na prevenção das doenças para que se torne um hábito na vida da população. Ressalta-se a importância de se buscar o equilíbrio na relação entre a oferta e demanda de serviços públicos com qualidade, visando eficiência e eficácia como condição primordial para melhoria da qualidade de vida da população.

Mesmo com o empenho e dedicação almejados pelo Estado, percebe-se os desencontros, entre o fala e o exercício operacional empreendido das instituições de Saúde Pública e os indicadores sanitários (principalmente os da AIDS) são alarmantes para um país em desenvolvimento.

O alcance dos objetivos da descentralização e a municipalização dos serviços de saúde objetiva a concretização dos princípios do SUS; universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da atenção. A avaliação dessas

conquistas aponta a capacidade técnico-administrativa e o desempenho dos gestores dos entes federados como variáveis.

3.2.3 Controle Social

A gestão descentralizada e participativa é um dos princípios requeridos à democratização da gestão pública preconizada pelo SUS. A política de saúde fortaleceu o conceito de cidadania e tem possibilitado maiores reflexões e análises sobre o papel do Estado como provedor e a participação da sociedade organizada como agente do controle social.

Nos artigos 204 e 227, a Carta Constitucional garante a participação da população por meio de organizações representativas (conselhos gestores) no processo de formulação e controle das políticas públicas em todos os níveis da gestão administrativa dos entes federados em diversas áreas sociais: na saúde, na assistência social e na educação (ARRETCHE, 2000).

Contudo, é necessário destacar a importância da participação da sociedade civil no controle social. O estabelecimento desta nova prática requer a existência e o funcionamento regular dos conselhos de saúde em nível nacional, estaduais e municipais, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.

As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social são: apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis; realizar processos de formação dos conselheiros; estimular a participação e avaliação pelos cidadãos dos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular em saúde para ampliar e qualificar a participação social; instituir ouvidorias nos estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão e incentivar o processo de mobilização social e institucional na defesa do SUS e na discussão do Pacto.

Em cada esfera de governo e sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, o SUS contará com as seguintes instâncias colegiadas:

- Conferência de Saúde, que reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e

propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder executivo ou, extraordinariamente por esta ou pelo Conselho de Saúde;

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde é formado pelos Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde é formado pelos Secretários Municipais de Saúde, os quais terão representação no Conselho Nacional de Saúde em caráter permanente e deliberativo; órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (inclusive nos aspectos econômicos e financeiros), cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde e Conferências tem sua organização e normas de funcionamento definidas e aprovadas em regimento próprio. A representação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 2006).

Concebido pela Constituição de 1988, os direitos sociais à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados representaram um marco definitivo na saúde do cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e os serviços de saúde no País. Nas últimas duas décadas, o processo de consolidação do SUS implicou mudanças na legislação, buscando garantir a implementação do sistema e acompanhar as transformações econômicas e sociais do País, oferecendo à sociedade civil um instrumento para acompanhamento da prática que os auxilie no exercício pleno do controle social em prol de uma assistência digna à saúde dos brasileiros. O pressuposto básico da cidadania é o princípio da igualdade, que está expresso no direito civil. Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação do SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento destes direitos, observadas as responsabilidades legais de cada seguimento.

4. AIDS NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS DA EPIDEMIA E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

Este capítulo traz a realidade da AIDS no Brasil e no Rio Grande do Sul, apontando aspectos da incidência da epidemia ao longo da temporalidade, considerando a necessidade de promover a equidade no combate à epidemia no país e programar respostas ao crescimento do número de casos e à tendência de interiorização da doença, verificando critérios favoráveis aos montantes financeiros destinados à saúde que coloca desafios para o controle social para melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos.

4.1 A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL E NO RS.

O objeto de estudo das disciplinas atualmente localizadas na área da saúde compreende os problemas, as representações e as estratégias de ação que o Estado desenvolve em suas políticas públicas. Esta definição amplia o campo tradicional porque considera os problemas da reprodução biológica, psicológica, econômica, ecológica e política que traçam caminhos para entender o que acontece com a saúde humana (SAMAJA, 2000). Daí a importância de se compreender a saúde como processo multidimensional e relacionado às condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais em que vive determinada população.

O Brasil ainda apresenta desigualdades sociais nascidas do papel que historicamente desempenhou no próprio capitalismo, da natureza do processo de colonização e de uma série de outras variáveis de cunho cultural. O país foi enquadrado no grupo de países com grandes contingentes de população miserável, vivendo abaixo da linha de pobreza, se considerado como mínimo o valor de US\$ 1,00 por dia, por pessoa, para sobreviver, são 16 milhões os brasileiros que não o atingem (PAULINE E BRAGA, 2000).

Assim como outras doenças, o HIV/AIDS é reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais em suas mais diversas formas de interferência sobre a vida humana. As concepções do que é interior e exterior ao corpo variam significativamente em cada sociedade. Se aparentemente o corpo é delimitado por fronteiras externas, a própria medicina já admite certa continuidade do corpo através

de qualquer material que carregue o DNA do indivíduo. A questão dos limites corporais também deve ser inserida na totalidade das concepções sociais, pois está relacionada aos valores da sociedade ou grupo em questão. Independentemente do fenômeno biológico, a doença pode ser vista como um fenômeno social, na medida em que é pensada como tal dentro de um sistema simbólico que lhe define, lhe confere sentido e estabelece os tratamentos a serem adotados (VITORA, KNAUTH E HASSEN, 2000).

A noção e o conhecimento sobre as questões referentes à saúde e doença em nossa sociedade têm sido tradicionalmente relegados ao domínio das Ciências Biológicas que, pautada pelo princípio da universalidade, busca identificar e explicar os elementos comuns aos organismos individuais e às diversas sociedades. Entretanto, tais ciências não conseguem explicar os inúmeros fatores colocados pelas concepções de saúde-doença, normalidade e anormalidade, nas quais se enfatizam a diversidade e a diferença entre as mais recentes discussões que levam à disposição de formar, por um lado, profissionais de medicina com conhecimentos sociológicos e, por outro, sociólogos com conhecimentos sanitários a fim de que possam resolver, conjuntamente, problemas de patologia individual e social.

Tomando o conceito de saúde sexual e reprodutiva como um conjunto de condições que permitem o exercício da sexualidade com autonomia, prazer e segurança e da reprodução como escolha baseada na informação e no acesso aos meios para ter ou não filhos, pode-se constatar que ainda vivemos distante das condições ideais de formar novos seres humanos saudáveis, isentos de enfermidades. Ainda mais difícil quando se junta a essas condições a possibilidade de se contrair doenças (BRASIL, 2011c).

O HIV é o vírus causador da AIDS. Ele atua destruindo as células que defendem o corpo humano contra doenças. Com isso diversas doenças oportunistas podem surgir. O HIV é adquirido através de relação sexual (anal, oral ou vaginal) sem uso de preservativo, do compartilhamento de agulhas e seringas, da transfusão de sangue ou hemoderivados e da mãe infectada para o bebê durante a gravidez, na hora do parto ou amamentação (BRASIL, 2011c).

A AIDS se manifesta de diferentes formas nas pessoas, mas os sintomas iniciais são semelhantes: febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, gânglios ou ínguas embaixo do

braço, no pescoço ou na virilha e que podem levar muito tempo para desaparecer. A pessoa que tem HIV não necessariamente tem AIDS. Quando a pessoa é infectada pelo vírus, pode levar alguns anos para que a AIDS se desenvolva ou não (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

A história de vida do agente etiológico deve ser bem conhecida para que as ações de erradicação sejam diretas nos pontos vulneráveis na cadeia de transmissão. Assim, a vigilância epidemiológica passou por modificações de conceitos e estratégias de ação com o objetivo principal de coletar dados para o desencadeamento de ações de prevenção, tratamento e controle de doenças (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

O processo de saúde-doença em populações humanas fornece elementos interdisciplinares à epidemiologia que colaboram para promover a obtenção de respostas à sociedade. O uso das técnicas epidemiológicas que identificam os grupos populacionais e as áreas de maior risco, bem como os que determinam os fatores causais das enfermidades, é imprescindível para orientar a redução dos indicadores de magnitude e gravidade das doenças e dos agravos da saúde (NETO E MALIK 2011).

Em termos epidemiológicos, cabe diferenciar pessoas infectadas e casos de AIDS: os infectados são portadores assintomáticos que podem ter tido o diagnóstico de HIV através de exame laboratorial, mas não saber sua situação sorológica por não terem ido buscar o resultado, sendo muito provável que existam inúmeras pessoas nessa situação. Não é possível elaborar estatísticas precisas dos infectados, mas os casos de AIDS são conhecidos, pois as pessoas em sua maioria já tiveram doenças oportunistas e foram atendidas em algum serviço de saúde. Esses casos são notificados e entram para análise epidemiológica, sendo possível fazer análises estatísticas mais consistentes (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

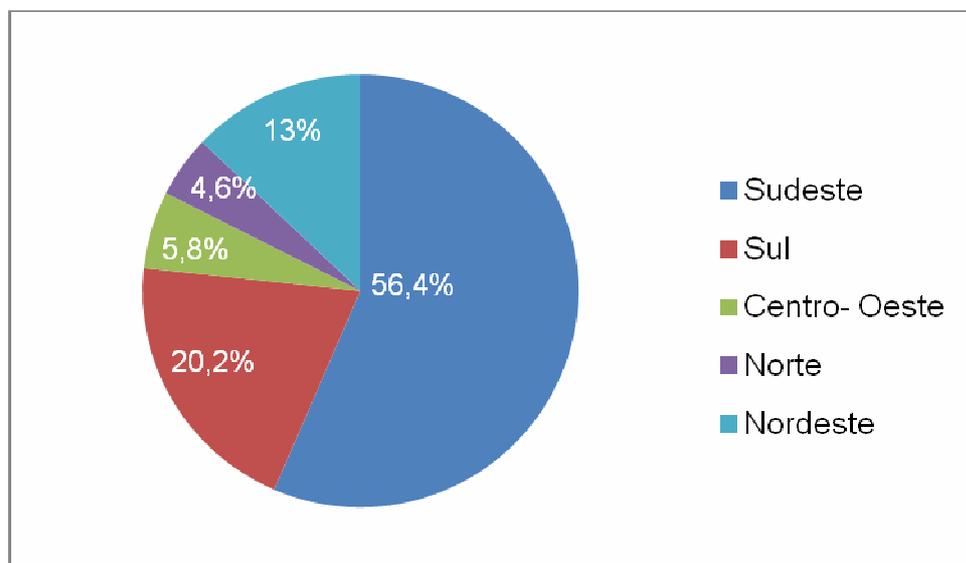
O HIV/AIDS desenvolveu-se no Brasil num período em que algumas epidemias encontravam-se erradicadas, tais como a varíola, a poliomielite e o sarampo. Os primeiros casos foram identificados no início da década de 1980, sendo registrados, predominantemente entre homossexuais adultos do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Passados alguns anos, a AIDS tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade.

Determinados aspectos da tendência de evolução da epidemia no Rio Grande do Sul chamam a atenção: no começo a taxa de crescimento anual era elevada, durante a década de 1990 houve uma desaceleração no crescimento de casos e em 1998 houve um crescimento súbito da incidência devido aos critérios de notificação. Quanto à taxa de letalidade, no início da epidemia chegava praticamente a 100%, foi diminuindo gradativamente e, nos últimos anos, não chega a 10% dos casos. A prevalência, cujo cálculo depende da incidência e do número de óbitos, também vem aumentando nos últimos anos (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Morrem no mundo por ano, cerca de 2,8 milhões de vítimas da AIDS e são diagnosticadas 40 milhões de pessoas como soropositivas (portadoras do vírus HIV) As pessoas infectadas podem passar muitos anos sem manifestar a doença, pois o HIV/AIDS pode ser controlado através de remédios, embora ainda não tenha cura. Entre os menores de cinco anos de idade (casos relacionados à transmissão vertical), a taxa de incidência (número de casos por 100 mil habitantes) caiu 41% no período de 1998 a 2010. Houve também queda em relação à taxa de mortalidade, cuja incidência baixou de 7,6 para 6,3 em 12 anos (redução de 17%) (BRASIL, 2011b).

Os dados pesquisados no ano de 2010 para a realização do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS no Brasil apresentaram que 630 mil brasileiros vivem com AIDS, sendo 34.212 novos casos em 2010 contra 35.979 em 2009. Morreram 241.469 pessoas com AIDS entre os anos de 1980 e 2010 (só em 2010 houve 11.965 óbitos e em 2009 foram 12.097). A média é de 35 mil novos casos de AIDS por ano e onze mil óbitos. O Sudeste concentra 56,4% dos casos, mas vem reduzindo a taxa de incidência ao longo dos anos. Contudo, o Norte, o Nordeste e o Sul apresentam aumento da incidência. Apesar de o Sul ter 14,4% da população do Sudeste do país, tem 23% dos casos de AIDS. A epidemia concentra-se nos grandes centros, mas há avanço em direção às cidades menores (BRASIL, 2012b). O quadro abaixo mostra a distribuição percentual dos casos de AIDS por região de residência, pois muitas pessoas buscam tratamento fora de seus municípios de origem, até porque nem todos os municípios desenvolvem a política de DST/AIDS no país.

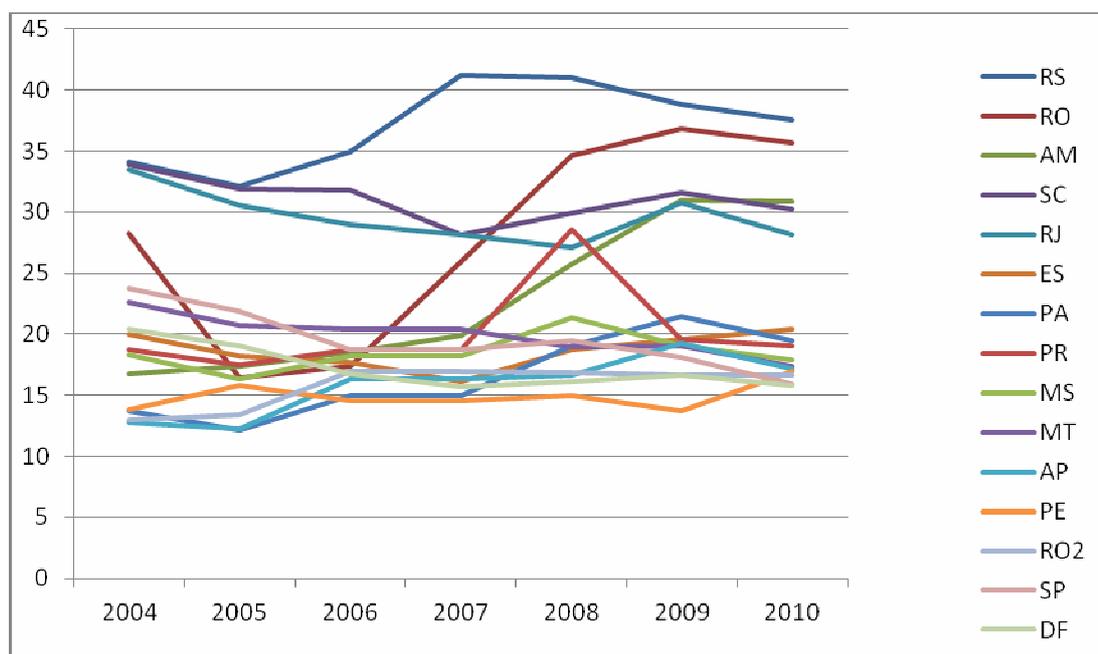
Gráfico 01 - Distribuição percentual dos casos de AIDS por região de residência no Brasil, de 1980 a 06/2011.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2011).

O primeiro caso de AIDS no RS foi notificado em 1983, período em que a epidemia começou a se expandir na população. A doença, até então desconhecida, passou a ser notícia jornalística, despertando temores por ser letal. Com relação à distribuição de casos por Estados, o quadro abaixo apresenta a série histórica do *ranking* da taxa de incidência de AIDS, evidenciando a liderança do Rio Grande do Sul desde 2004.

Gráfico 2 - Taxa de Incidência de AIDS (por/100.000) de Casos nos Estados, segundo o diagnóstico 2004 – 2010.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2011).

Salienta-se também que os 10 municípios com mais de 50 mil habitantes com maior taxa de incidência de AIDS ficam na região Sul, sendo que Porto Alegre lidera o *ranking* com 99,8 casos por 100 mil habitantes. No *ranking* das capitais, Florianópolis - segunda da lista - registra 57,9 (BRASIL, 2011a).

Os percentuais crescentes da epidemia de HIV/AIDS no RS nestes últimos anos sugerem como hipótese que há deficiência de gestão nas esferas públicas quanto à oferta de políticas sociais específicas para o atendimento das necessidades básicas em saúde e para a conscientização quanto à importância da prevenção. O Governo brasileiro tem procurado desenvolver programas para que a prevenção da epidemia se torne um hábito na vida da população, mas evidenciam-se desencontros entre o discurso e a prática empreendida pelas instituições de saúde pública.

Os serviços de saúde demonstram vivenciar uma crise aguda através de hospitais superlotados, falta de medicamentos, greves de funcionários, aparelhos quebrados, prédios mal conservados, filas para atendimento e demora na marcação de consultas e de exames laboratoriais. Esses são alguns dos principais problemas percebidos nos prestadores de serviços da rede pública, sendo que as pessoas mais afetadas são aquelas que dependem exclusivamente do SUS. Até 1988, metade dos

brasileiros não contava com nenhum outro tipo de cobertura. Duas décadas após a criação do SUS, mais de 75% da população depende exclusivamente dele. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

O aumento na oferta de serviços públicos provocou no país o tema da corrupção na saúde pela ineficiência de controle sobre os prestadores de serviços. A burocracia, o tratamento depreendido no sistema de fraudes e apropriação de recursos públicos contribui para a produção de uma imagem de inoperância do Estado perante a opinião pública. O volume de recursos financeiros necessários à ampliação massiva do acesso à saúde impunha dilemas regulatórios muito mais estruturais do que conjunturais, relacionados à definição de mecanismos de repartição de recursos, formação de preços, negociação dos custos, controle, avaliação e auditoria nos serviços prestados e na atenção médica. Esse dilema torna-se um tema crônico da agenda pública, vindo à superfície quando interesses organizados querem vetar algum ponto da política setorial (COSTA, 1998).

Trata-se de um quadro que requer análise aprofundada, especialmente se consideradas as mudanças sociais, políticas e institucionais do processo de democratização da gestão pública brasileira nesse período, que teve como importante marco a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de aplicação.

As políticas e programas sociais e de saúde são, cada vez mais, objeto de avaliação, de acordo como Bosi e Mercado (2006) tanto nos países do Primeiro Mundo quanto na América Latina estas práticas avaliativas vêm conquistando seu espaço, pois procura indicar em termos quantitativos, os resultados dos programas de ajuda, controles no interior das organizações onde se reivindica o valor da transparência na condução das várias ações, as exigências políticas determinadas em intervenções estatais provando a eficácia de suas intervenções.

A análise sobre os gastos governamentais alocados na área da saúde reveste-se de importância por melhorarem a qualidade de vida das pessoas, principalmente quando se trata da população que depende exclusivamente do SUS. As transferências governamentais aumentam os rendimentos da população sob a forma monetária ou como auxílio social. A alocação dos recursos públicos deve gerar resultados positivos, independente da condição econômica, gênero, raça, entre outras variáveis (BOSI E MERCADO, 2006).

A contabilidade social constitui um instrumento de aferição macroscópica do movimento econômico de uma nação, por meio da apresentação de indicadores sociais como parte da avaliação da riqueza de um país, questionando a concepção de desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico e incorporando a qualidade de vida da população. Uma das formas de se avaliar o desenvolvimento de um país seria acompanhar a evolução de indicadores relativos à saúde, tal como fazem algumas instituições internacionais como o Banco Mundial e a Organização das Nações Unidas, ao divulgar sistematicamente dados relativos à expectativa de vida, mortalidade infantil, condições sanitárias e qualidade de vida (BRAGA E PAULINI, 2001). A análise de um programa pode promover uma melhor distribuição e/ou alocação dos recursos financeiros públicos de forma a proporcionar maior igualdade de oportunidades à população.

4.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS DE HIV/AIDS NO RS

No RS, o aumento da demanda de informações a partir do início da epidemia levou a Secretaria Estadual da Saúde a, preliminarmente, instalar uma linha telefônica para fornecer informações sobre a AIDS, chegando a atender mais de 300 ligações num único dia. Passada a novidade, o interesse diminuiu e, em 60 dias, a linha telefônica foi desativada (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Em 1984 o Estado criou o primeiro Programa Estadual de DST/AIDS, vinculado ao Serviço de Dermatologia Sanitária. A Vigilância Epidemiológica passou a monitorar o perfil da epidemia no Estado através da sistematização de dados gerados pelos diversos sistemas de informação, definindo as ações de prevenção e assistência de forma mais eficiente.

A partir de 1985, foi criada a Divisão Nacional de DST/AIDS; os critérios de notificação e os modelos de ficha passaram a ser definidos pelo Ministério da Saúde. Inicialmente, o Ministério adotou critérios de definição de casos do Cadastro de Doenças Crônicas (CDC) dos EUA, fazendo algumas adaptações para se adequar à realidade epidemiológica brasileira em relação às doenças oportunistas.

Em 1986 foi criado o Departamento de DST, AIDS e Hepatite Viral, o qual tornou-se referência mundial no tratamento e atenção à AIDS e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Ele é ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do

Ministério da Saúde. O departamento tem como objetivo reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e da hepatite, vindo a melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas. Para atingir esse resultado, foram consideradas as seguintes prioridades: fortalecimento da rede de atenção; linhas de cuidado às DST/AIDS e hepatite viral; prevenção e diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e hepatite viral; redução de risco e vulnerabilidade; promoção de direitos humanos; articulação com redes e movimentos sociais; aprimoramento e desenvolvimento da vigilância através de informação e pesquisa; aprimoramento da governança e da gestão e acesso universal a medicamentos, preservativo e outros insumos estratégicos (BRASIL, 1986).

A prevenção às DST e HIV/AIDS se faz através da implementação de ações, tais como: garantir o acesso de 100% das gestantes à testagem, profilaxia e tratamento no que se refere à transmissão vertical do HIV e da sífilis; ampliar a cobertura de atenção às DST na rede básica de saúde; estimular o conhecimento, diagnóstico e tratamento precoce das DST, tanto da transmissão do HIV quanto das complicações decorrentes; promover e apoiar a participação da sociedade civil, através das Organizações Não Governamentais (ONGs) que incrementem ações conjuntas com Organizações Governamentais (OGs); garantir referencial técnico para o desenvolvimento de projetos e programas relacionados à prevenção, assistência e vigilância; estimular a produção científica na área da saúde sexual e promover a saúde sexual para a população em geral e populações específicas (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A área de assistência (clínica, laboratorial e farmacêutica) comporta programas dirigidos a populações em situação de risco. O Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), cuja missão de reduzir a sua incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com AIDS foi um inegável saldo positivo do processo de reforma do sistema de saúde. A efetivação da assistência passa pelas diretrizes de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; aumento da cobertura das ações voltadas para mulheres e populações com maior vulnerabilidade; redução do estigma e da discriminação e melhoria da gestão e da sustentabilidade (BRASIL, 2003).

Ao longo da década de 1990, os municípios brasileiros foram responsáveis, em média, por 89% do total da produção ambulatorial no Brasil e por 84% da rede

ambulatorial (com um desvio padrão de 19%), considerando todas as categorias de provedores. Ou seja, a rede e a produção de serviços ambulatoriais se tornaram basicamente municipais.

A vigilância da infecção pelo HIV no Brasil adotou um sistema de monitoramento criado e proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1990 realizou oficina de treinamento regionalizado em diversas áreas do mundo inteiro. Porto Alegre foi a escolhida para a oficina que reuniu profissionais de saúde de São Tomé e Príncipe, Moçambique, Angola, Cabo verde e de 10 Estados Brasileiros, além de técnicos do programa nacional de DST/AIDS e da organização Mundial de Saúde. As informações obtidas permitiram levantar questões como a alta prevalência de infecção encontrada na população de gestantes.

Até 1991 a vigilância era centralizada e todas as notificações eram enviadas ao Serviço de Controle da AIDS. Dentre as fontes de informação constavam também os atestados de óbito, não só para contabilizar as taxas de mortalidade e letalidade, mas muitas vezes como fonte do registro inicial do caso.

Em 1993, o Cadastro de Doenças Crônicas (CDC), passou a denominar de CD4 os casos de AIDS em indivíduos com HIV positivo, sem doenças oportunistas e que tinham contagem inferior a 200 cópias. O Brasil acompanhou esse critério, porém quando os novos esquemas de tratamento com a inclusão de inibidores da protease (o popular “coquetel”) foram adotados, o Ministério da Saúde passou a considerar como casos de AIDS todos os indivíduos HIV positivo, com contagem de CD4 inferior a 350 cópias. Esse critério ficou conhecido como “CDC modificado” e passou a servir como marcador para início de terapêutica antirretroviral, a partir de 1997, ano que o Ministério da Saúde decidiu investir no tratamento gratuito de todos os doentes.

Progressivamente, os casos passaram a ser digitados pelos municípios e transferidos para as coordenadorias regionais e daí para a coordenação do Estado. A descentralização trouxe a possibilidade de localizar casos atendidos em municípios vizinhos como fuga dos serviços da cidade onde residem. A partir de 2000, observou-se um pseudocrescimento da epidemia devido a uma falha no sistema informatizado que permitiu a entrada múltipla de um mesmo caso com pequenas variações nas informações digitadas.

Ao longo dos anos, o Brasil vem fazendo tentativas de controlar as endemias e epidemias a partir de planos e programas voltados para este fim. Além disso, serviços hospitalares foram criados ou incentivados, beneficiando trabalhadores, desempregados, indigentes em geral e pessoas sem recursos para tratamento de saúde. Até porque a epidemia tem como característica na contemporaneidade uma ascensão e concentração em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade.

Há muito tempo tem sido atribuído um sentido mais genérico ao papel da medicina e da saúde pública, ligado ao que seriam as causas mais amplas e que fugiriam ao escopo médico propriamente dito. As ciências sociais no campo da saúde são essenciais por legitimar o entendimento das mudanças nos padrões de mortalidade e sua relação com hábitos e comportamentos. Através de estudos multidisciplinares e intersetoriais, as ciências sociais permitem compreender a dinâmica das condições crônicas, explicitam a composição multicultural das sociedades, auxiliam na construção de competências no campo das políticas públicas, ajudam na identificação e no desenvolvimento de estratégias de ação sobre fatores estressores (econômicos, físicos, psíquicos, culturais e ambientais) e promovem a humanização no cuidado de doentes e nas relações de sobrevivência da população. (BARROS E NUNES, 2009).

5. O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE HIV/AIDS NO RS NO PERÍODO DE 2002 A 2010.

A presente pesquisa examina o desempenho da política de AIDS no Rio Grande do Sul a partir das seguintes variáveis:

a) aplicação dos recursos financeiros no conjunto de ações e serviços prestados à população e,

b) a relação entre o aumento demográfico e os índices de crescimento da AIDS.

Trata-se de uma pesquisa que analisou as informações relativas ao financiamento e os gastos públicos aplicados no programa de HIV/AIDS no RS no período de 2002 a 2010. Estes dados foram retiradas do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Fundo Nacional de Saúde/FNS. A densidade demográfica veio do IBGE e a evolução dos indicadores da epidemia HIV/AIDS foi retirada de Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde referentes aos períodos analisados. A metodologia seguiu os passos de levantamento bibliográfico em literaturas científicas da área, obras de autores clássicos e contemporâneos, construção de conceitos orientadores, coleta de informações, estatísticas de censo demográfico, tratamento e análise dos dados.

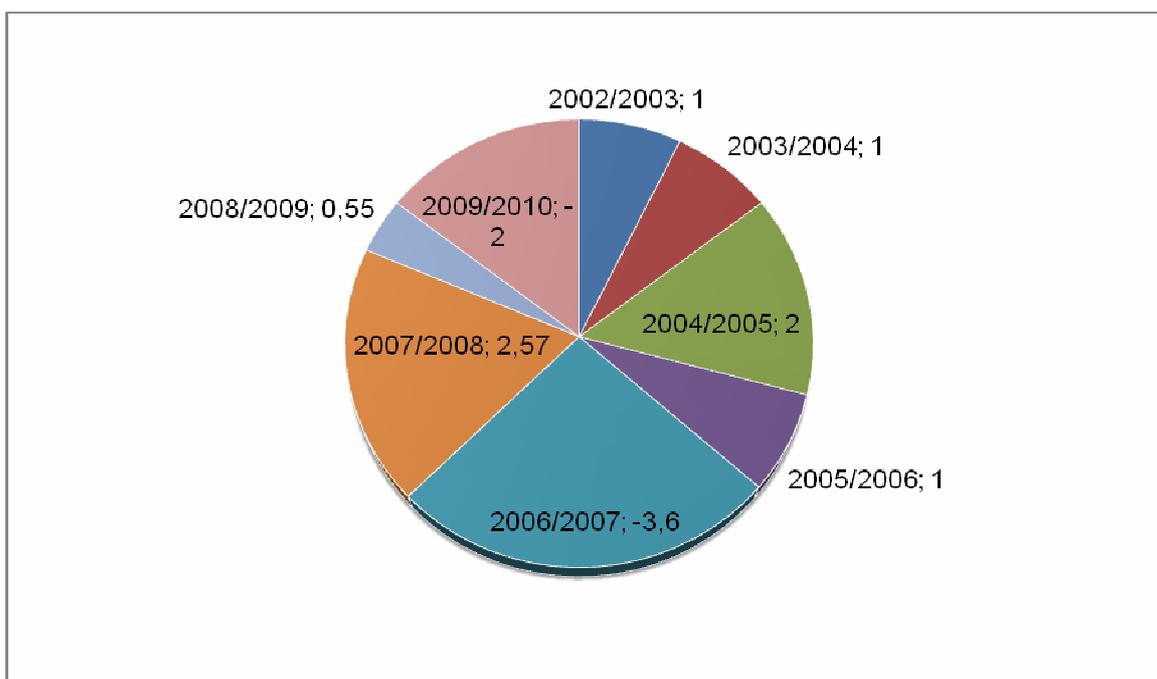
5.1 AVANÇO DEMOGRÁFICO E EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO RS

O Boletim Epidemiológico DST/AIDS do RS, até junho de 2010, notificou 46.001 casos no SINAN. ¹Dos sistemas SIM, SISCEL/SICLOM, foram identificados 12.494 casos não notificados no ¹SINAN, representando sub-registro de 21,4% e elevando o número total de casos no período para 58.495. Conforme já explicitado, no período de 2006 a 2010 o Rio Grande do Sul vem se mantendo em 1º lugar no *ranking* da taxa de incidência de AIDS entre os Estados do Brasil (BRASIL, 2011a).

¹SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, SICLOM - Sistema de Controle e Logística de Medicamentos, SIVAN – Sistema vigilância e Notificação

O gráfico abaixo mostra a Distribuição Percentual do Total da População em crescimento demográfico do Rio Grande do Sul, 2002/2010.

Gráfico 3 - Distribuição percentual do crescimento demográfico do RS no período de 2002 a 2010.



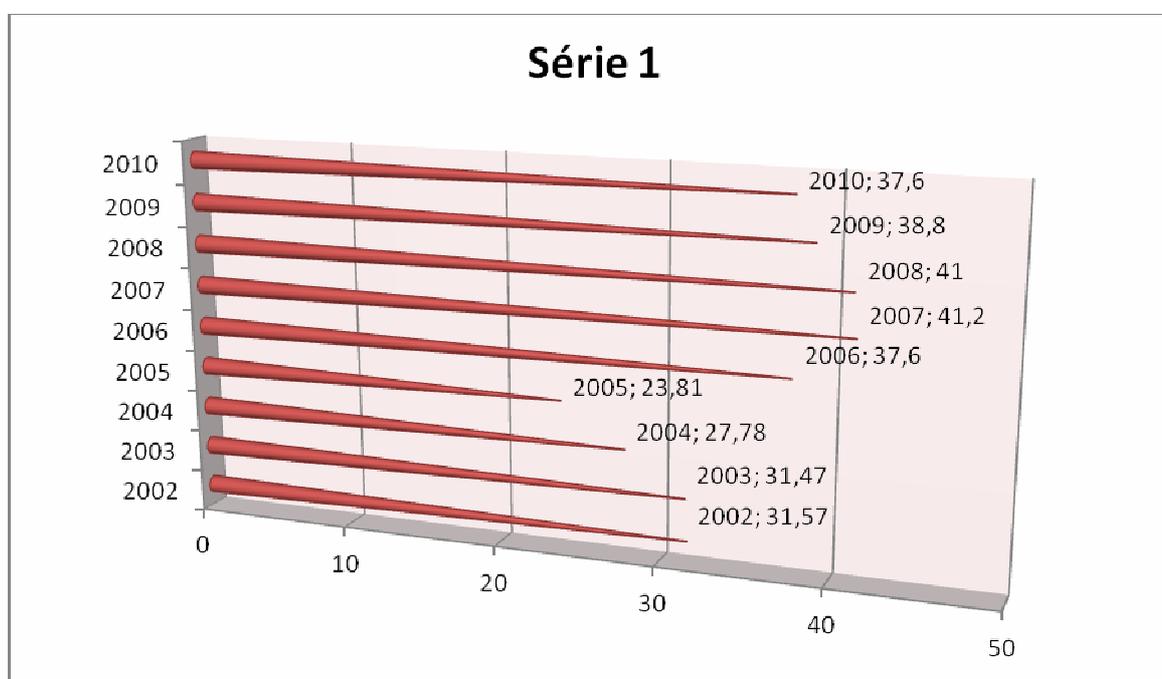
IBGE - Censo Demográfico (2011).

A cor azul escuro, a cor roxa e a cor vermelha demonstram que ocorreu crescimento populacional de 1% entre os anos de 2002 a 2003, 2003 a 2004 e de 2005 a 2006. A cor laranja demonstra que de 2007 a 2008 aconteceu crescimento populacional em 2,57%, já a cor verde representa 2% de crescimento populacional entre 2004 a 2005 e a cor azul claro 0,55% de crescimento populacional **ocorrido** nos anos de 2008 a 2009. A cor azul médio assinala que a população reduziu em 3,6% nos anos de 2006 a 2007, e a cor rosa configura também redução da população em menos de 2% entre 2009 a 2010.

É importante observar que no começo do período a população teve um pequeno crescimento e nos últimos anos apresentou redução, voltando a ter praticamente a mesma população do período inicial. O resultado deste cenário demográfico evidencia uma íntima associação positiva pela redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida decorrente das melhores condições de

vida, ao mesmo tempo, indica o aumento de óbitos causados pela AIDS, devido ao crescimento da incidência de casos da epidemia na população do RS desde 2002. Por mais que os portadores da AIDS realizem o tratamento adequado, é uma epidemia que não tem cura, levando as pessoas doentes à morte. Estes acontecimentos vêm contribuindo para a redução da população nos anos de 2006/2007 e, posteriormente, nos anos de 2009/2010, períodos estes em que a epidemia teve um de seus maiores avanços.

Gráfico 4 - Coeficiente de Incidência de AIDS no Rio Grande do Sul por 100 mil habitantes no período de 2002 a 2010.



Dados do autor/SIVAN/DVE/CEVS/SES-RS (2011).

A análise dos casos notificados de incidência de AIDS em cada 100.000 habitantes no RS demonstrou uma redução nos coeficientes. Em 2002 houve 3.386 pessoas infectadas em números absolutos e, em 2005, houve diminuição para 2.583 pessoas. Neste mesmo período, a população teve um aumento de 436.574 pessoas. Se levado em conta o coeficiente aplicado para a incidência de casos de AIDS nesse índice de crescimento populacional, deveríamos ter um crescimento da população com AIDS de 4.366 pessoas, o que não aconteceu. Houve redução de 803 pessoas infectadas neste período.

Já nos anos de 2005 e 2006 houve um acréscimo elevado na incidência de casos de AIDS, representando mais 4.122 pessoas infectadas. O crescimento populacional, levando em conta o coeficiente aplicado na incidência de casos de AIDS, teria que ter um avanço da epidemia de 45 pessoas a mais infectadas. Em relação a 2006/2007 a incidência de casos de AIDS teve crescimento de 4.360 pessoas infectadas. Neste mesmo período ocorreu uma diminuição na população em 380.379 pessoas. Levando em conta o coeficiente aplicado na incidência de casos de AIDS, e de acordo com a redução da população, teríamos que ter uma redução na epidemia, o que não aconteceu.

Em análise geral, o coeficiente de incidência de casos de AIDS em 2002 era 31,57%, e em 2010 fechou com 37,6%, apresentou uma diferença a mais de 6,03%, que representa um aumento da epidemia em 19,1% no período analisado, enquanto que no mesmo período a população cresceu 2,74%. Considerando o comportamento demográfico, o crescimento da incidência de casos de AIDS foi de 16,36% acima do crescimento da população entre 2002 a 2010 no RS (gráfico 4). Há fatores adicionais que merecem destaque na análise demográfica e epidêmica do RS: localização da epidemia, causas e mortalidade.

Quanto à localização, ressalta-se que apenas 39 dos 496 municípios desenvolvem o programa de DST/AIDS (7,86% da totalidade), mas, em compensação, eles representam 76,75% da população. Contudo, não se pode considerar que todos os casos encontrados estão concentrados nesse aglomerado. As pessoas com AIDS buscam tratamento nos municípios que desenvolvem o Programa, fator que impacta na incidência da epidemia no banco de dados dessas localidades. Destaca-se também que o crescimento dos casos de AIDS nos municípios menores foi muito maior do que em outras regiões do país. Por isso, as campanhas com mídias que chegam aos pequenos municípios e o reforço da capacitação dos profissionais que atuam neles são decisivos para a redução da transmissão.

No tocante às causas das altas taxas de incidência de AIDS no RS, ressalta-se, em primeiro lugar, a grande quantidade de municípios localizados em faixa litorânea e em região de fronteira, locais considerados porta de entrada de drogas e zonas de prostituição. Em segundo lugar, existem hipóteses de que 5% dos casos de AIDS têm relação com o uso de drogas injetáveis (principalmente cocaína), cujo

índice é alto no Rio Grande do Sul. De acordo com o último levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil do OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas), datado de 2005, a cocaína é a quarta droga mais consumida no Sul, enquanto no Brasil ela está em quinto lugar. Além disso, a heroína é a 15ª droga mais usada no país (de um *ranking* de 16), sendo que no Sul é a 14ª. Em terceiro lugar, salientam-se dificuldades de diagnóstico precoce no Estado. As pessoas chegam tarde para fazer o teste ou não vão buscar o resultado do exame. Ainda há problemas na alimentação no Banco de Dados; em 2010 foram identificados 12.494 casos não notificados no SINAN, o que representa um sub-registro de 21,4%, elevando o número total de casos no período para 58.495.

Quanto à mortalidade, o RS é a região que tem o maior coeficiente de mortos pela doença (nove por 100 mil habitantes), sendo que a média nacional é de 6,3 por 100 mil habitantes. A alta mortalidade deve-se ao fato de que uma das variações do vírus HIV-1 (o vírus C), encontrado somente na região Sul, e majoritariamente no RS, é bem mais agressivo do que o subtipo B. Ele deteriora o sistema imunológico rapidamente e é mais resistente à medicação antirretroviral. As mortalidades de AIDS no RS também têm correlação com as doenças oportunistas, com destaque para a tuberculose, que é a maior causa de morte entre os doentes, principalmente em Porto Alegre.

5.2 APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NA POLÍTICA DE HIV/AIDS DO RS

Considerando a necessidade de promover a equidade no combate à epidemia de AIDS no País - reduzindo as diferenças regionais - e programar uma resposta ao crescimento do número de casos e à tendência de interiorização da doença, a Emenda Constitucional nº. 29/2000 (EC) estabeleceu critérios favoráveis aos montantes destinados à saúde e colocou desafios para o avanço do controle social.

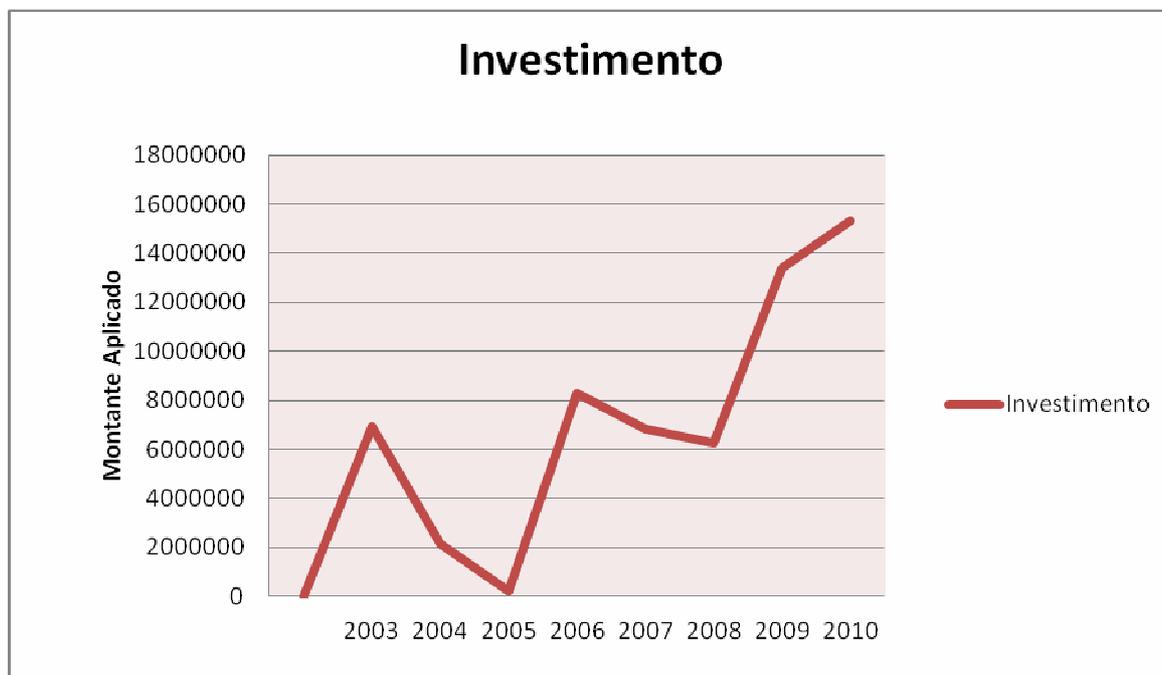
Em dezembro de 2002 foi criado, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313, o Incentivo aos Estados, DF e Municípios, no âmbito do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Tal Incentivo tem o objetivo de subsidiar, financeira e tecnicamente iniciativas que garantam meios de gestão, investimento econômico-social nos grupos populares de risco para enfrentamento da epidemia, promover

qualidade de vida e organização social. É uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, com repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde. Ela foi constituída em virtude da necessidade e da importância de formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST/AIDS, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 d).

Esse mecanismo permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, a capacidade de execução e as responsabilidades dos níveis de governo. Para isso, foi instituído um instrumento de planejamento de programação anual, o Plano de Ações e Metas (PAM), a ser apresentado pelo Gestor de Saúde e aprovado pelos conselhos locais de saúde. A execução do Plano é acompanhada por um sistema de monitoramento que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e o acompanhamento da evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS e DST.

Segundo essa portaria, as Secretarias de Saúde dos 26 estados, DF e de 456 municípios estão qualificadas para recebimento do Incentivo. Esses municípios respondem a 62% da população nacional e 89% dos casos de AIDS registrados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais/SVS/MS nessa modalidade é de 125,7 milhões de reais, sendo 101,3 milhões destinados às ações das Secretarias Estaduais e Municipais, 22 milhões para organizações da sociedade civil e 2,4 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV.

Gráfico 5 – Total de Recursos Financeiros Aplicados/Ano no Programa DST/AIDS, Rio Grande do Sul no período de 2002 a 2010.



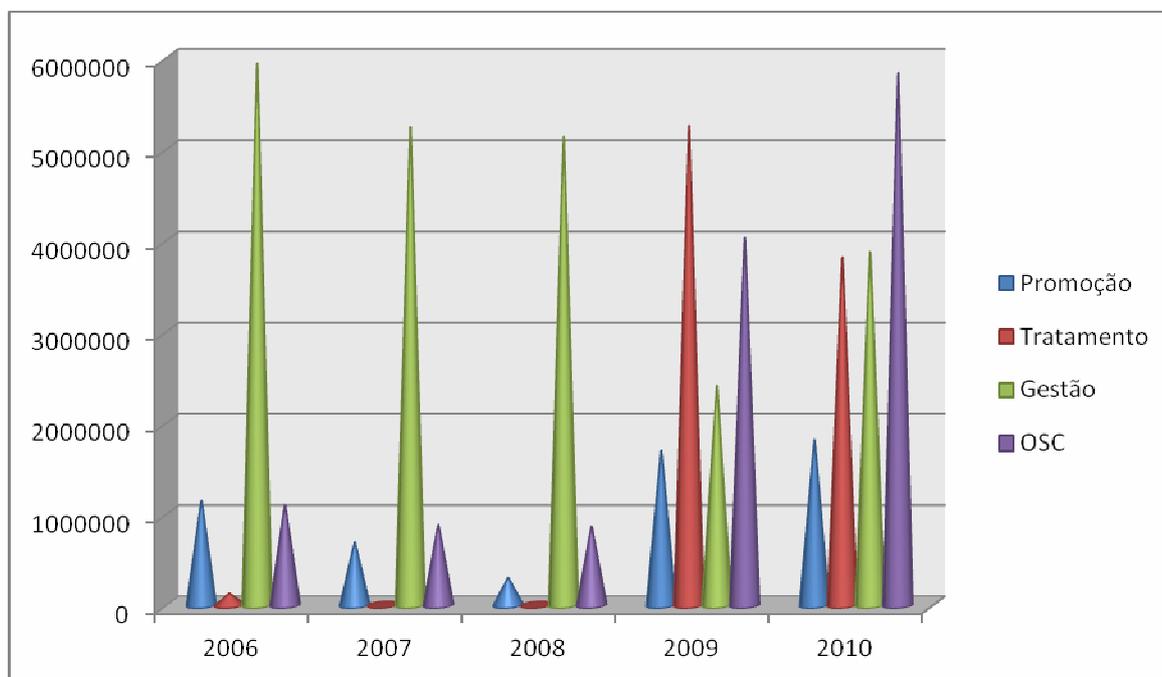
Fonte: Dados do autor, Sis/Incentivo, FNS/PAM (2011).

Com relação ao financiamento realizado pelo RS no Programa DST/AIDS, em 2002 não houve investimentos devido à criação da referida Portaria Ministerial nº 2.313. Em 2004/2005, somente três municípios receberam incentivo financeiro Federal devido a alterações relativas às normas no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, as quais entraram em vigor em 2006. Nesta época houve a troca de gestão governamental no RS e o financiamento destinado ao custeio das ações e dos serviços a serem realizados pela Secretaria Estadual de Saúde se encontrava determinado pelo orçamento da administração anterior.

As diferenças no financiamento realizado chamam atenção porque os investimentos tiveram crescimento considerável de 2009 a 2010, no total de R\$ 28.706.000,45, o que representou 48% do montante aplicado de 2002 a 2010 que foi de R\$ 59.395.659,99. Com esses dados é possível afirmar a posição tomada pelo Estado em investir mais na política da saúde, principalmente no Programa de DST/AIDS, o que impactou na redução da epidemia. No total geral estão incluídos os

valores que aparecem como recursos próprios que não especificam em que área foi gasto, mas que fazem parte do montante aplicado no Programa.

Gráfico 6- Recursos Financeiros Aplicados por Setor/Ano no Programa DST/AIDS, no Rio Grande do SUL, 2006/2010.



Fonte: Dados do autor/Sis/Incentivo, FNS/PAM (2011).

Nos períodos de 2006 a 2008, além de haver redução no financiamento, foi priorizado investir mais no setor de gestão em detrimento da promoção, tratamento e OSC, o que repercutiu na elevação dos índices de incidência da epidemia e consequentemente aumentou a população com AIDS.

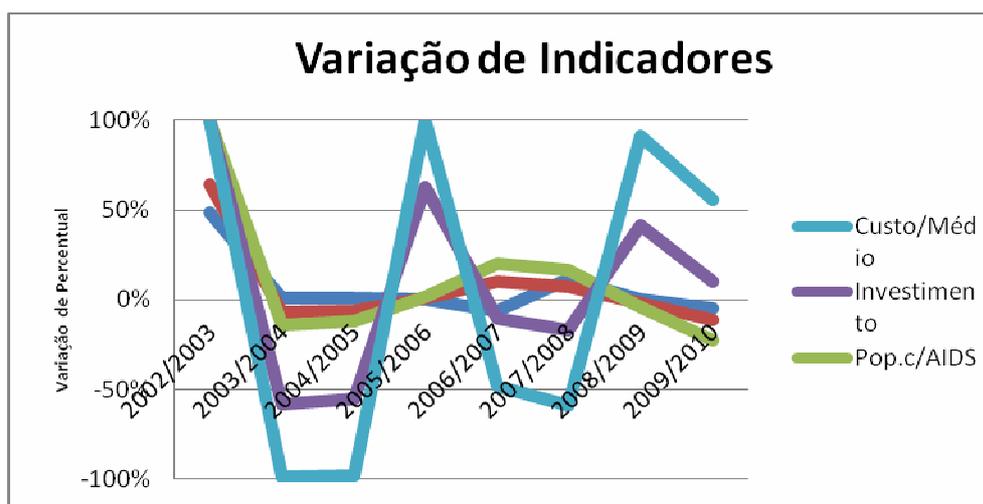
Mudanças institucionais implicam custos e é possível que, em contexto de pressões por maiores investimentos na área da saúde pelo governo, o preço do ajuste da máquina do Estado à nova configuração das políticas sociais seja, em curto prazo, maior do que os benefícios pretendidos (ARRETCHE, 2000; RABELLO, 2010).

A diminuição do investimento entre 2006 e 2008 está relacionada ao aumento da incidência de AIDS, já que a população reduziu no período.

Em 2009 a 2010 houve aumento nos investimentos, foi aplicado um total de R\$ 28.706.000,45. Desse montante, a maior participação ficou com os setores de promoção (R\$ 3.506.586,81), tratamento (R\$ 9.067.822,20) e as OSC (R\$

9.858.797,63). Essas metodologias de gestão priorizando as aplicações dos recursos financeiros em setores do programa da AIDS elevaram o custo médio por habitante/ano com AIDS, impactando na redução da epidemia em 3,09%, enquanto nesse mesmo período a população diminuiu em 2% (Gráfico 6 e 7).

Gráfico 7 – Custo/Médio/Investimento/Incidência/AIDS/População do RS, 2002/2010.



Fonte: Dados do autor/SIS/Incentivo, FNS/PAM (2011).

Os resultados dos cruzamentos entre esses dados revelaram que a incidência e o número de pessoas com AIDS acompanharam as oscilações ocorridas no financiamento, contribuindo com a redução nos coeficientes de casos e no número de pessoas infectadas. Estas oscilações no financiamento ocorreram também pelas variações demográficas e pelas alterações de prioridades na aplicação dos recursos financeiros realizados pela Gestão Estadual. Identificou-se retração dos investimentos quando os parâmetros da epidemia se tornavam aceitáveis para o período. Os resultados dos dados epidêmicos se manifestaram em alguns casos em curto prazo enquanto outros em longo prazo. Isto quer dizer, que os reflexos das ações tomadas pela Política de Saúde saudável entre os entes federados nos anos de 2003 e 2004 continuaram a se refletir na queda da incidência da epidemia nos períodos subsequentes. Estas diferenças são notáveis e estão ligadas a prioridades da política de financiamento, demonstrando que entre 2008 e 2010 os resultados atingiram o objetivo proposto, que é a redução no índice de AIDS no Estado (Gráficos 6 e 7).

O desempenho da Política Pública no programa da AIDS foi relevante a partir de 2002, período em que se expandiram os índices de incidência de casos da epidemia e começa o financiamento no programa. De 2006 a 2008, foram priorizados os investimentos no setor de gestão, com a intenção governamental de cumprir com o processo de descentralização da saúde, fortalecer as estruturas das Secretarias Municipais de Saúde e expandir os programas da AIDS. Após esse período em 2009 e 2010, inverte-se a lógica de gestão e começa a se investir maiores recursos financeiros nos setores de promoção, tratamento e OSC, que consequentemente reduz a incidência de casos de AIDS na população. É importante observar que a população teve um pequeno crescimento no começo do período pesquisado e, posteriormente, passou por várias oscilações, sendo que nos últimos anos apresentou diminuição populacional, voltando a ter praticamente a mesma população do período inicial. Considerando o comportamento demográfico no período analisado entre 2002 e 2010, houve aumento da incidência de casos da epidemia de AIDS no RS. Portanto, os dados evidenciaram que a Política Pública foi insuficiente em seu compromisso político de colocar a saúde no topo da agenda - independentemente do critério de governo - e no compromisso técnico de enfatizar os fatores determinantes do processo saúde-doença na intervenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma renovação da ideia de sociedade civil emerge a necessidade de construir um conceito de Estado que unifique a sociedade política e a sociedade civil e que busque a formulação e implantação de políticas públicas específicas. Implica em prioridades entre políticos e dirigentes de todos os setores e todos os níveis que incluem a legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, compreendendo o conjunto de ações intersetoriais que apontam para a distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais com serviços prestados que visem à melhoria da qualidade de vida da população.

No final do século XX, o Brasil passou por mudanças sociais, políticas e institucionais, causadas pela democratização da gestão pública brasileira. Deu-se início às negociações entre o Estado, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, promovendo-se um movimento de lutas pelo aumento da democracia que pretendia garantir a participação da sociedade nos processos decisórios de gestão e controle dos recursos públicos (ARRETCHE, 2000).

Na consolidação do Estado brasileiro, o caráter clientelista foi o que mais afetou a dinâmica das políticas sociais no país. Inicia uma tendência de domínio de grupos, personalidades e cúpulas partidárias nas áreas do organismo previdenciário pela distribuição de benefícios em períodos eleitorais. Até a década de 1980, as reformas ocorridas no Brasil, eram caracterizadas por centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocrata, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais concentrado pelos objetivos políticos de sucessivos governos.

Na área da saúde, desde a Constituição Federal de 1988 foram implementadas medidas que visavam à reorganização institucional, redefinição da forma de financiamento e reorientação do modelo de atenção. Tais medidas consistiram na descentralização do sistema de saúde através de transferência direta dos recursos para Estados e Municípios, fortalecendo a gestão local, harmonização entre expansão e desconcentração da oferta de serviços com aumento no financiamento à saúde, estímulo à criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade no exercício da política de saúde, expansão da atenção primária à saúde e mudança nas práticas assistenciais da saúde com definição na atuação da alta e

média complexidade e sua regulação. Com isso, ampliaram-se estudos sobre os benefícios ou serviços públicos, os quais vêm afirmando a importância da promoção da equidade no acesso a eles, tornando-se um debate relevante, principalmente quando se trata de um país em que as desigualdades de rendimentos e oportunidades são muito evidentes, como é o caso do Brasil.

No RS, o avanço do HIV/AIDS nos últimos anos justificou a realização desta pesquisa sobre o desempenho da política, que supostamente deveria prevenir e minimizar os efeitos da epidemia. Para tanto, foi necessário relacionar três variáveis: a aplicação dos recursos financeiros no Programa de DST/AIDS do RS, o aumento demográfico e a evolução epidemiológica.

O desempenho da política pública de Saúde no RS se tornou relevante a partir de 2002, período em que se expandiram os índices de incidência de casos da epidemia e em que começou o financiamento no Programa da AIDS. Em 2006, se fortaleceu o setor de gestão e, nos anos seguintes, se investiu mais recursos financeiros nos Setores de Promoção, Tratamento e OSC, consequentemente diminuindo os casos de AIDS na população. É importante observar que no começo do período a população teve um pequeno crescimento e nos últimos anos apresentou redução, voltando a ter praticamente a mesma população do período inicial. O resultado deste cenário demográfico evidencia uma íntima associação positiva pela redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida decorrente das melhores condições de vida, ao mesmo tempo, indica aumento de óbitos causados pela AIDS, devido ao crescimento da incidência de casos da epidemia na população do RS desde 2002.

As pessoas infectadas podem passar muitos anos sem manifestar a doença, o HIV/AIDS, pode ser controlado através de remédios, embora ainda não tenha cura, reduz a expectativa de vida e antecipa a morte nos indivíduos contaminados. Essas mortalidades vêm contribuindo para a redução da população com AIDS, como aconteceu nos anos de 2004/2005 e nos anos de 2009/2010, períodos em que apresentaram redução populacional. Considerando esse comportamento demográfico nos anos avaliados, mesmo havendo redução de casos da epidemia entre 2008 a 2010, identificasse que aumentou a incidência de casos de AIDS no RS. Em análise geral, o coeficiente de incidência de casos de AIDS em 2002 era

31,57%, e em 2010 fechou com 37,6%, apresenta uma diferença a mais de 6,03%, que representa um crescimento da epidemia em 19,1% no período analisado.

Os percentuais crescentes da epidemia de HIV/AIDS no RS nestes últimos anos sugerem deficiência de gestão nas esferas públicas quanto à oferta de políticas sociais específicas para o atendimento das necessidades básicas em saúde e para a conscientização quanto à importância da prevenção. O Governo brasileiro tem procurado desenvolver programas para que a prevenção da epidemia se torne um hábito na vida da população, mas evidenciam-se desencontros entre o discurso e a prática empreendida pelas instituições de saúde pública.

O Brasil, de 1980 até junho de 2011, teve 608.230 casos registrados de HIV/AIDS e acredita-se que existam 630.000 casos, foram notificados 35.979 casos em 2009 e 34.212 novos casos em 2010. Ocorreram em 2009, 12.097 mortes e em 2010, 11.965 óbitos. A média é de 35 mil novos casos de AIDS por ano e onze mil óbitos. O Sudeste concentra 56,4% dos casos, mas vem reduzindo a taxa de incidência ao longo dos anos. Contudo, o Norte, o Nordeste e o Sul apresentam aumento da incidência. Apesar de ter 14,4% da população, o Sul tem 23% dos casos de AIDS que representa um total de 123.069 pessoas contaminadas, que corresponde a 20,2% do total de casos registrados no país desde o início da epidemia.

Em 2010, os casos de AIDS na Região Sul foram 7.888, o que corresponde a 23,1% do total no Brasil. Na Região Sul, o maior número de casos de AIDS no período de 1980 a junho de 2011, encontra-se no Estado do Rio Grande do Sul, 60.512, correspondendo a 49,2% do total de casos da região, seguido pelo Paraná com 32.273 casos (26,2%) e Santa Catarina com 30.284 casos (24,6%). A distribuição percentual de casos de AIDS entre os estados da Região Sul aponta que do total de 7.888 casos, 4.018 (50,9%) encontram-se no Estado do Rio Grande do Sul, 1.984 (25,2%) no Paraná, 1.886 (23,9%) em Santa Catarina. O RS tem a população maior e esses números são absolutos. (BRASIL, 2012c). O relatório afirma que a partir de 1980 foi observado um aumento da taxa de incidência de AIDS no Rio Grande do Sul de 28,9/100.000 hab. em 1998; para 37,6 em 2010; crescimento de 30%. Destaca-se, que a taxa média de incidência nacional em 2010 foi de 17,9/100.000 hab., e o RS liderou com 37,6/100.000. Conforme explicitado e

analisado, no período de 2006 a 2010 o Rio Grande do Sul vem se mantendo em 1º lugar no ranking da taxa de incidência de AIDS entre os Estados do Brasil.

A conclusão do estudo é que, no RS, a aplicação de recursos financeiros em programas de controle, de prevenção, tratamento e erradicação da AIDS foi a variável que mais contribuiu para explicar as diferenças nos outros indicadores sociais. Isso porque, nos períodos em que a aplicação do recurso foi maior e voltada a políticas de atenção à população (e não na gestão), houve redução de novos casos. Conclui-se, portanto, que a política pública em Saúde no RS mostrou-se ineficiente no cumprimento do compromisso técnico de intervenção em fatores determinantes do processo saúde-doença.

O Estado demorou 19 anos para dar importância a AIDS, durante esse período, a epidemia implantou um ciclo de reprodução social na saúde da população, agravando o índice de contaminação e retransmissão entre as pessoas. Em pleno século XXI terá que ressaltar a importância de se buscar o equilíbrio na relação entre a oferta e demanda de serviços públicos com qualidade, visando eficiência e eficácia como condição primordial para a melhoria da qualidade de vida da população. Para tanto, propomos algumas medidas ou cuidados por parte de gestores públicos, tais como: utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e orientação programática; participação da comunidade na descentralização político-administrativa e dos serviços; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico e implementação de políticas específicas de prevenção e promoção de saúde.

Por fim, salienta-se que, apesar de aceita a proposição teórica, na produção da saúde coletiva, os profissionais e os prestadores de serviços continuam a se basear no conceito e prática de saúde curativa e não na ideia de prevenção e promoção. A saúde de uma população é associada ao seu modo de vida, e ao seu universo social e cultural, tem relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde. Os profissionais, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e qualidades de vida.

REFERÊNCIAS:

01. ANGERAMI, Valdemar A. **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.
02. ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais**. Ed. Revan, 2000.
03. ARRETCHE, Marta. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: **problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo em Perspectiva, 18(2), p. 17-26, 2004.
04. ARRIGHI, Giovani. **A Ilusão do Desenvolvimento**. Tradução de Sandra Guardini Teixeira Vasconcelos. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
05. BARROS, Nelson F., NUNES Everaldo D.. **Revista Saúde Pública: Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde**. vol.43 nº. 1. São Paulo, 2009.
06. BECKER, S. Howards. **Métodos de pesquisa Sociais**. São Paulo. SP. 1999 Editora. Hucitec 4ª Edição. (Org.).
07. BELL, Judith. **Projeto de Pesquisa**. Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. Tradução França Lopes - 4. Ed - Porto Alegre: Artmed, 2008.
08. BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade**. Para uma teoria geral da política. Tradução Marco Aurélio Nogueira – São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2010.
09. BOSI, Maria L. M. e Mercado, Francisco Javier. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2006.
10. BRASIL, Congresso. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990** - Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990.
11. BRASIL, Constituição (1988), “**Constituição da República Federativa do Brasil**”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out.1988, p.1.
12. BRASIL, **Constituição Federal Brasileira – 1988**. Consulta em 30/06/2011, no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%AO7ao.htm.
13. BRASIL, Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva. Brasília – DF. 2009.
14. BRASIL, **Lei 8080/1990**. Consulta em 01/07/2011, no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
15. BRASIL, Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão. **LRF - Guia de Orientação para as Prefeituras**. Brasília: MPOG, 2000.

16. BRASIL, Departamento Nacional de Auditoria do Sistema único de Saúde (DENASUS), “**Orientações sobre Aplicação de Recursos Financeiros do SUS**”. Brasília: 2001.
17. BRASIL, Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico (IBGE): **Censo Demográfico**. Cruz Alta- RS: 2012a.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ed. MS. 2ª Ed., Brasília – DF, 2006.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados Epidemiológicos resumidos, relacionados ao HIV/AIDS**. Disponível em <<http://sistemas.aids.gov.br/pam/p13.asp>>. Acesso em 26 mai.2012b.
20. BRASIL, Ministério da Saúde. **1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta – Contra a AIDS**. Brasília: 2011 a.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde**. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. – Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em:<<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/portaria-n-399-gm-de-22-de-fevereiro-de-2006.html>>. Acesso em 19 nov.2010.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Política de Incentivos e HIV/AIDS e outras DST, Plano de Ações e Metas. Disponível em <<http://200.198.173/164/scripts/tabcgi.exe?Swin/aidsw>>. Acesso em 06 abr.2012 c.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção das DST/HIV/AIDS, hepatites virais entre os usuários de álcool e outras drogas**. Projeto Parcerias. Brasília-DF: 2011b.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS** - Disponível em: < <http://www2.aids.gov.br/Incentivo>> Acesso em: 13 mar. 2012 d.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília – DF: 2003.
26. BRASIL, Ministério da Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo6_sb.pdf > Acesso em: 26 dez. 2011c.
27. BUSS, Paulo M. **Ciência e Saúde Coletiva: Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Vol. 5 pp. 163-177, 2000. RJ.
28. CIÊNCIA e Saúde, **OMS elogia avanços...: 10 de setembro de 2010**. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em 20 out. 2010.
29. COSTA, N. Rosário. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social**. 4ª ed. Editora Hucitec, 1998. São Paulo. SP.

30. CREPALDI, S. Aparecido. **Auditoria Contábil: Teoria e prática.** 3ª ed. Editora Atlas S/A, 2004. São Paulo. SP.
31. DILMA: **Saúde com. Blog Saúde com Dilma.** Brasília, dez./, 2010. Disponível em: <HTTP://www.brasildiario.com/noticias/educação-e-saude/ governo ainda gasta pouco>.
32. DURIGUETTO, Maria L. **Sociedade Civil e Democracia: Um Debate Necessário.** Editora Cortez, 2007. São Paulo. SP.
33. EXECUTIVO, **Atos do Poder. Decreto Nº 7.508.** Consulta em 13/07/2011, no site: <http://www.planalto.gov.br/ccivil. Decretos/7508. htm>. CIÊNCIA e Saúde, OMS elogia avanços...: 10 de setembro de 2010, Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em 05/07/ 2011.
34. FRANCO, Camila M. et al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** 1ª ed. Editora ENSP, Rio de Janeiro, 2011.
35. HARTZ, Zulmira M. de Araújo. **Avaliação em saúde,** Ed. FIOCRUZ – 1997.
36. IVO, Anete Brito Leal. **Metamorfose da Questão Democrática: Governabilidade pobreza.** Buenos Aires, p.1-183, Clascso, 2001.
37. JANNUZZI, Paulo. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações.** 3ª ed. Campinas: Alínea, 2006.
38. KOHAMA, Helio. **Contabilidade Pública.** 8. Ed. – São Paulo: Atlas, 2001.
39. LEVIN, Jack. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas.** 2ª. Edição. Tradução e Adaptação, Sérgio Francisco Costa. Editora Harbra Ltda. 1987. SP – SP.
40. LIÇÕES, aprendidas a partir de sistemas e práticas de cuidados de saúde em evolução, **O período colonial: 1900-1949.** Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/cap2>>. Acesso em 20 out. 2010.
41. MACHADO, Unírio. **20 Anos da Indústria da Doença.** Porto Alegre, Ed. Civilização Brasileira, 1982.
42. MARX, Karl. **OS ECONOMISTAS. Crítica da Economia Política e O Processo de produção do Capital.** Editora Nova cultural. Ed. 1996. São Paulo-SP.
43. MATTEDI, Cécile Raud. **A Construção Social do Mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica.** Revista Brasileira de Ciências Sociais -- RBCS Vol. 20 nº 57 fevereiro/2005, pp. 125-208.
44. MATOS, Alexandre. **Organização Social e Política Brasileira.** Ed. IBEP, 1975. São Paulo. SP.
45. MEDEIROS, Marcelo. **A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990.** TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº. 852. Brasília, dezembro de 200.1

46. MELO José Luiza Bica. **Roteiro para elaboração de projeto de pesquisa;** algumas “prescrições de prudência”. São Leopoldo/UNISINOS, 2006. 4 p. (texto não publicado).
47. MOTTA. Glauber. **Contabilidade Aplicada no Setor Público.** 1 ed. Distrito Federal: Paulo H. Feijó, 2006.
48. NACIONAL, Jornal. **Números do IBGE mostram retrato preocupante da saúde no Brasil.** Disponível em <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2010/11/.html>. Acesso em: 05 jul. 2011.
49. NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico:** a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. 2 ed. Editora UNISINOS, 1999. São Leopoldo - RS.
50. NETO, MALIK. **Gestão em Saúde.** 1ª ed. Editora GUANABARA KOOGAN LTDA. Rio de Janeiro. RJ. 2011.
51. NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil:** Temas Éticos e Políticos da Gestão Democrática. 2ª Edição, São Paulo: Cortez, 2005.
52. PAULANI, BRAGA. **A Nova Contabilidade Social.** 2ª ed. Editora Saraiva 2001. São Paulo. SP.
53. PERUCELLI; S. **Pequeno Histórico do Surgimento da AIDS no Mundo:** Resumo do Livro por: josefinne. Disponível em: < <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1727075-pequeno-hist%C3%B3rico-surgimento-da-aids/#ixzz22oVqTT9g> - Publicado em: 19 dezembro, 2007>. Acesso em: 06 jun. 2012.
54. RABELLO, L. Santos. **Promoção da Saúde:** a construção social de um conceito em perspectiva comparada. 22ª ed. Editora FIOCRUZ, 2010. Rio de Janeiro. RJ.
55. REA, Louis e PARKER, Richard. **Metodologia de Pesquisar, do Planejamento à Execução.** São Paulo: Pioneira, 2000.
56. REIS, Elisa P. **Reflexões sobre o Homo Sociologicus.** Revista Brasileira de Ciências Sociais – RBCS: n. 1: 23-33, 1989.
57. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Epidemiológico.** V.11, nº 4, 2009. Centro de Vigilância em Saúde. Porto Alegre. RS.
58. RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de saúde. **A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2008. 198 p.
59. RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde: Escola de saúde Pública. **Boletim da Saúde.** V. 21, n2. 2007 – Porto Alegre: SES/ESP, 1969.
60. RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de Gestão Municipal de Saúde.** Disponível em: <

<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=3082>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

61. RIO GRANDE DO SUL SAÚDE, Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº04, de 21 de fevereiro de 2002**. Determina parâmetros para a Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde no Rio Grande do Sul. Disponível em: < <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=3082>> Acesso em: 19 nov. 2010.

62. SAMAJA, J. A. **Reprodução Social e a Saúde**: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre a saúde e condições de vida. 4ª ed. Tradução e organização, Denise Coutinho. Casa da Qualidade Editora. 2000. Salvador, BA.

63. SAÚDE, Organização Mundial de. **SUS precisa de financiamento**. Disponível em < <http://www.ligacontraocancer.com.br/novidades/para-organizacao-mundial-de-saude-sus-precisa-de-financiamento>. Acesso em 27 mar. 2012.

64. SLOAN, M. Daniel e M.D. Michael Chmel. **A Revolução da Qualidade e o Serviço de Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1996.

65. VICTORA, Ceres, KNAUTH, Daniela Riva, HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**; uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

66. WEBER, MAX. **OS ECONOMISTAS. (1907)** Traduções de Maurício Tragtenberg, Waltensir Dutra. Edição 1997. Editora Nova Cultural. São Paulo.

67. WEBER, Max. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. 4ª edição. Org. e Tradução de M. Irene de Q.F. Szmrecsányi e Tamás J.M.K. Szmrecsányi. São Paulo – RS. Edição, 1985.

68. UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS). **Guia para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Leopoldo, 2012.