

O que falta é prevenção

Considerando a construção da resposta nacional para o enfrentamento da epidemia de Aids por quase duas décadas no Brasil, podemos refletir um pouco mais sobre os principais desafios da descentralização das políticas de saúde em geral e de HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) especificamente.

A construção das políticas de saúde para HIV/Aids no país, diferente de outras políticas nacionais de saúde, foram fundamentadas como políticas nacionais a partir da experiência de programas de estados e municípios pró-ativos, como São Paulo e Rio de Janeiro. Mas os princípios e valores éticos de solidariedade, participação, cidadania e direito à vida – que marcaram a esfera comunitária – foram incorporados pelo Estado (Parker, 2002).¹

A consolidação das políticas de HIV/Aids e de outras DST vêm de encontro ao processo de desenvolvimento da política nacional de saúde. Por meio desta, vem sendo delegadas responsabilidades crescentes a estados e municípios, no que diz respeito à saúde da população, assistência médico-sanitária e organização dos respectivos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde.

A ação descentralizada e integrada das três esferas governamentais se constituiu numa das diretrizes estratégicas do SUS. E também é imprescindível para garantir a equidade e o acesso de toda a população aos diferentes serviços assistenciais e ações preventivas, por meio da difusão de ações nos seus diferentes níveis de complexidade, bem como de atuação conjunta com as iniciativas da sociedade civil organizada.²

Os projetos financiados com recursos oriundos de acordos de empréstimo com o Banco Mundial são considerados um marco importante na consolidação das políticas de DST/Aids. Permitiram, por exemplo, o investimento em infra-estrutura laboratorial e as ações de prevenção em âmbitos nacional, estadual e municipal.

Batizados de Aids I (1994-98) e Aids II (1999-2002) foram implementados inicialmente pelo então Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Hoje estão a cargo da Coordenação Nacional de DST/Aids. A própria dinâmica desses projetos, seu papel e importância, foram decisivos para o processo de construção da política nacional centralizada, mas construída também a partir de ações implementadas em âmbito local.

Sabemos, no entanto, que para garantir novos avanços e dar continuidade ao padrão de qualidade e de resultados que vem sendo alcançado pelo Ministério da Saúde, via descentralização, faz-se fundamental o desenvolvimento de processos e instrumentos adequados de acompanhamento, monitoramento e avaliação, de modo que a atuação coordenada possa realmente se efetivar. Serão necessárias mudanças substanciais das competências e responsabilidades dos organismos coordenadores em âmbito nacional – no caso da Coordenação Nacional de DST e Aids – que deverá fortalecer suas funções de formulação, regulação, avaliação e controle, na medida em que as ações operacionais são delegadas a estados e municípios.

Analisando os avanços, vemos que foi possível firmar uma política de medicamentos de importância estratégica, financiada inteiramente pelo estado, como uma prioridade em termos de políticas de atenção e tratamento de pacientes de Aids no país. A política de acesso universal de medicamentos de Aids ofereceu a possibilidade de uma integração maior entre as ações de saúde e de Aids que, no começo, surgiram muito desvinculados do processo de implantação do SUS. Com a política de medicamentos, fortaleceu-se a integração das políticas de Aids dentro do SUS.

Entretanto, devemos levantar um problema fundamental ao pensar a esfera pública – e o que isto significa em relação a alguns aspectos da política nacional de saúde, como a questão da prevenção. A assistência internalizou-se como uma ação pública, integrada ao SUS, e justificada legalmente como parte da resposta do Estado brasileiro diante da epidemia. Com isso, a prevenção foi deixada provisoriamente dependente dos empréstimos de agências financiadoras internacionais (Cf. Camargo Jr, 1999).³

A prática da saúde pública no país ainda não é preventiva. Portanto, o financiamento da prevenção é inexistente. A lógica que governa os argumentos ao redor da assistência, de direito de acesso universal para todas as pessoas, não foi utilizada para pensar sobre o acesso à prevenção. Ao contrário, para que existam os serviços de prevenção é preciso pagar. Pode ser que os valores sejam relativamente baixos, mas é preciso pagar.⁴

1 Richard G. Parker. "Estado e Sociedade em Redes: Descentralização e Sustentabilidade das Ações de Prevenção das DSTs/Aids". Anais do Seminário: *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids*. Abia, Rio de Janeiro, 2002.

2 "Política de financiamento das ações em HIV/Aids e outras DST para estados e municípios: transferência fundo a fundo na forma de incentivo". Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS/MS, Brasília, abril de 2002

3 Camargo Jr, KR. 1999. "Políticas públicas e prevenção em HIV/Aids". In: Richard Parker, J. Galvão e Marcelo Bessa. "Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil". Rio de Janeiro: Abia, São Paulo: Editora 34.

4 Teixeira, P. R. "Avanços e desafios das políticas de saúde no Brasil: a experiência do Programa de DST e Aids". Conferência de abertura. *V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e Aids*. Cuiabá, 10 a 13 de setembro de 2001. (O preço unitário do preservativo passou de US\$ 0,6 em 1996, para US\$ 0,3 em 2000). (Cf. Teixeira, id.).

É justo reconhecer a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas. Estas abrangem atividades nas áreas de promoção da saúde, prevenção da doença e dos danos, assistência e tratamento de pessoas portadoras e desenvolvimento institucional. Contudo, o financiamento de ações por meio de recursos específicos mostra-se ainda imprescindível para propiciar o envolvimento dos diferentes níveis governamentais de ações estratégicas.

Verifica-se também a necessidade de capacitar gestores públicos do SUS para a expansão e continuidade da ações de estados e municípios no enfrentamento da epidemia, com ações adequadas e eficientes, de modo que se possa alcançar o seu controle.

Boa saída

Para formular uma proposta de financiamento voltada aos gestores estaduais e municipais do SUS – que garantisse a sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, com a concretização de propostas e ações estratégicas – foram analisados os atuais programas e mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas setoriais de saúde do governo federal, optando-se pelo modelo de *Incentivo*.⁵

Considera-se que esse formato permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS. Isto porque respeita os diferentes graus de autonomia e capacitação dessas esferas governamentais, bem como a flexibilidade necessária diante da extensão, heterogeneidade territorial e complexidades que a epidemia da Aids vem adquirindo nas várias regiões brasileiras.

A proposta de financiamento das ações para HIV/Aids e outras DST foi formulada considerando uma série de fatores. As experiências adquiridas com os Acordos Aids I e II, até o momento, integrando ações em três grandes áreas de atuação – promoção,

prevenção e proteção; diagnóstico, assistência e tratamento; e desenvolvimento institucional –; os projetos bem-sucedidos de parcerias com as diferentes esferas governamentais e as organizações sociais; bem como as atividades que já vêm sendo descentralizadas nos últimos anos. Consiste na transferência automática fundo a fundo, na forma de incentivo, refletindo os avanços, o consenso dos/as profissionais envolvidos/as e a capacidade de resposta das três esferas de governo.

Os critérios para inclusão de gestores estaduais e municipais no *Incentivo* associam exigências do processo de descentralização do SUS com aquelas próprias da abordagem da epidemia nas áreas de promoção, prevenção e proteção; diagnóstico, assistência e tratamento; e desenvolvimento institucional. Além de incorporar critérios epidemiológicos relacionados ao número de casos de Aids acumulados no período de 1988 a 2001 e à velocidade de crescimento da epidemia nos períodos mais recentes de 1991-94 e 1995-98. Possibilita, assim, a seleção e inclusão de municípios de acordo com a magnitude da epidemia.

As responsabilidades para os estados e municípios que pretenderem candidatar-se ao *Incentivo* dizem respeito a um conjunto de ações. Estas se mostraram efetivas para o enfrentamento da epidemia, procurando ainda articular esse conjunto de ações estratégicas com as atuais diretrizes de descentralização do SUS, especialmente aquelas implementadas através da NOB 96 e da Noas-SUS, com o objetivo de imprimir maior alcance às suas metas. ■

M. CRISTINA PIMENTA

Coordenadora Geral da Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) e doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

5 "Política de financiamento das ações em HIV/Aids e outras DST para estados e municípios: transferência fundo a fundo na forma de incentivo". Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS/MS, Brasília, abril de 2002, p. 5.