

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

***PROJETO AIDS II E A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE
PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO***

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública da ENSP**

**Aluna: Maria Côrtes Souto
Orientadora: Lígia Giovanella**

AGOSTO DE 2003

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de maneira tão nobre, fazem da prevenção do HIV/AIDS e da dissolução do preconceito contra soropositivos no Brasil, um objetivo de vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Suzana Maia, amiga muito especial que me indicou o Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, onde acredito ter encontrado meu caminho, minha vocação. É com carinho que agradeço aos colegas da turma de Mestrado de Políticas Públicas de 2000 e também a todos os professores desta subárea de concentração, os quais ofereceram enorme apoio num momento de grande sofrimento em minha vida, que foi a perda de mãe. Dentre aqueles, gostaria de agradecer especialmente a Lígia Giovanella (ENSP/FIOCRUZ), orientadora e, hoje, amiga querida, que não se deixou abalar pelo desafio desta orientação e nunca deixou de acreditar em meu potencial, me incentivando tanto na trajetória acadêmica quanto na esfera profissional. É certo que conquistou meu respeito e admiração não apenas por ser orientadora extremamente competente como também por ser a pessoa maravilhosa que a todos cativa.

Certamente que não posso deixar de agradecer a todos os membros da Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (DST/AIDS-SES-RJ). Meus sinceros agradecimentos a Valdiléa Veloso, Denise Pires, Margarete Paiva, Nilo Fernandes, Fátima Rocha, Luciana Kamel, Álvaro Matida e a Miguel de Oliveira, cuja total disponibilidade resultou em valioso e imprescindível auxílio, sem o qual a conclusão deste trabalho seria impossível. Grata também a Joel Sadi da Assessoria de Planejamento e Avaliação da Coordenação Nacional de DST/AIDS (ASPLAV/CN-DST/AIDS), que não hesitou em fornecer as informações orçamentárias por mim requisitadas.

Gostaria de agradecer aos membros da Banca de Defesa do Projeto de Dissertação, Maria Alicia Domingues Ugá (ENSP/FIOCRUZ) e Dina Czeresnia (ENSP/FIOCRUZ), cujas sugestões foram essenciais ao desenvolvimento do presente trabalho. Não posso deixar de estender agradecimento a carinhosa Maria Helena Machado, por ter cedido sua sala para defesa do Projeto de Dissertação.

Agradeço imensamente a Elizabeth Moreira dos Santos (ENSP/FIOCRUZ) e Rubem de Araújo Mattos (IMS/UERJ) por terem composto a Banca de Defesa desta Dissertação de Mestrado. Reconheço a valiosa contribuição de Beth na discussão dos assuntos pertinentes a este trabalho, esperando unir forças no futuro próximo. É com especial admiração que agradeço a Rubem pela grande inspiração que suas publicações me

proporcionaram ao redigir meu próprio trabalho. Gostaria de agradecê-lo também pela enorme simpatia e por ter tão gentilmente reservado sala equipada no IMS/UERJ para a defesa desta Dissertação.

Não esqueço tampouco a essencial ajuda proporcionada pelo pessoal do NUPES/FIOCRUZ, sobretudo Cláudio Guimarães pelo grande auxílio na produção da Dissertação. Desejo sucesso a todos do Núcleo.

Gostaria de agradecer também a todos os meus amigos, pois a amizade nos dá força para voar ... Em especial, gostaria de agradecer a Marcos e Cristiane Cotrim, o casal vinte da informática que, incredivelmente, não se cansou de fornecer “assessoria técnica gratuita” quando eu mais precisei; a Paulo Redner, “gênio da computação”, sem quem a impressão do meu Projeto de Dissertação teria sido impossível; e a Alex Siqueira, companheiro na escrita de teses e monografias, que me ofereceu apoio moral crucial quando da desformatação de todas as minhas 30 tabelas na véspera da entrega da Dissertação aos membros da banca.

Agradeço em muito a minha família, que me deu vida, força para continuar e, sobretudo, amor. Gostaria de agradecer do fundo do meu coração ao meu noivo, Pedro Paulo Ribeiro Vieira, pelo incentivo essencial e por todo apoio emocional que me proporcionou numa das fases mais difíceis que já passei. Espero poder oferecer-lhe o mesmo apoio durante o processo de defesa de sua Tese de Doutorado. É também com muito amor que agradeço imensamente ao meu pai, Eduardo Souto, que virou “meio mãe” e sempre me apoiou incondicionalmente em todos os meus empreendimentos acadêmicos, por mais difíceis que lhe parecessem.

Finalmente, é com muita emoção que, neste momento marcante de minha existência, dedico todo o meu esforço e realização a minha mãe querida, que deu sua vida e amor por mim e que é a pessoa a quem atribuo todas as minhas vitórias até hoje.

Agradeço sobretudo a esta Força Divina que a tudo e todos move e ilumina, por sempre ter me guiado e protegido nesta grande jornada, que é a vida .

ÍNDICE

Resumo	7
Abstract	9
Lista de Tabelas, Gráficos, Quadros, Figuras e Boxes	11
Introdução	16
- Metodologia	19
I. A Epidemia de HIV/AIDS	24
I.1 A Epidemia de HIV/AIDS no Brasil	24
I.2 A Epidemia de HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro	36
II. Os Programas de DST/AIDS	44
II.1 O Programa Nacional de DST/AIDS	44
II.2 O Programa de DST/AIDS no Estado do Rio de Janeiro	54
III. A Prevenção das DST/AIDS	58
III.1 Referenciais e Medidas de Prevenção do HIV/AIDS	58
III.2 Estratégias de Prevenção das DST/AIDS no PN-DST/AIDS	65
III.2.1 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA	67
III.2.2 Distribuição e Uso de Preservativos Masculinos	72
III.2.3 Aquisição e Distribuição de Preservativos Femininos	73
III.3 Estratégias de Prevenção das DST/AIDS Voltadas à População Feminina	75
IV. Interface entre as Políticas Nacionais e Internacionais de AIDS	84
IV.1 A Comunidade Internacional de Desenvolvimento	84
IV.2 O Banco Mundial – uma breve trajetória	88
IV.2.1. A Inserção do Banco Mundial no Setor Saúde	90
V. Os Projetos de Controle das DST/AIDS	96
V.1 O AIDS I	96
V.2 O AIDS II	103
V.2.1 Mecanismos para Repasses, Programação das Atividades e Acompanhamento dos Convênios do Projeto AIDS II	111
VI. Programação das Atividades e Execução dos Recursos do AIDS II no Estado do Rio de Janeiro	118
VI.1 Plano Operativo Anual I (POA I) – 1999	118
VI.2 Plano Operativo Anual II (POAII) – 2000	127

VI.3 Prestação de Contas, SOE/POA I – 1999	136
VI.4 Prestação de Contas, SOE/POA II – 2000	139
VI.5 Atuação de ONGs na Implementação de Atividades Voltadas ao Controle do HIV/AIDS na População Feminina	145
Considerações Finais	149
Glossário de Siglas	162
Bibliografia	164

RESUMO

O alastramento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e sua crescente feminização, evidencia a necessidade pelo desenvolvimento de medidas efetivas de controle e sobretudo, de prevenção, que estejam especificamente voltadas para a população feminina.

Desde o início dos anos noventa, o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde vem desenvolvendo parcerias com inúmeras instituições, visando o controle da epidemia em território nacional. Dentre estas instituições, destaca-se o Banco Mundial, com o qual o Governo Brasileiro firmou, na última década, dois acordos de empréstimo para a implementação dos Projetos de Controle das DST/AIDS no Brasil. Tais projetos – também conhecidos como Projeto AIDS I e Projeto AIDS II – representaram fontes extremamente importantes de financiamento, sobretudo para as ações de prevenção do HIV/AIDS no Brasil. O Projeto AIDS II, firmado em fins de 1998 e efetivamente executado entre 1999 e 2003, contou com um total de 300 milhões de dólares, estando 43% destes previstos para a execução do componente prevenção.

Dado este cenário, o presente estudo teve como objetivo examinar a prioridade que vem sendo conferida a programação e execução dos recursos do Projeto AIDS II destinados à implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS, sobretudo as que contemplam a população feminina. Buscou-se fazer uma análise das ações acima mencionadas tal e qual programadas e executadas pela Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) entre os anos de 1999-2003. Para tanto, realizou-se estudo aprofundado dos Planos Operativos Anuais (POA) da Assessoria de DST/AIDS–SES-RJ referentes a este período, bem como dos denominados *Statements of Expenditure* (SOE), uma vez que o montante de recursos programados e efetivamente gastos pela Assessoria de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro nas diversas atividades de prevenção do Projeto AIDS II está contido nestes documentos. Ao comparar os recursos programados e executados por atividade de prevenção das DST/AIDS, o presente estudo permite ampla discussão das prioridades estabelecidas pelos executores do Projeto sob análise.

Deste trabalho foi possível inferir que, em termos da alocação de recursos para a realização do Projeto AIDS II no Estado do Rio de Janeiro, o componente prevenção foi

priorizado sobre os demais componentes do AIDS II (assistência e fortalecimento institucional), com especial destaque para a promoção de práticas seguras. Entre as diversas atividades inseridas neste âmbito, foram priorizadas a aquisição e distribuição de preservativos masculinos, bem como a produção e distribuição de material educativo e informativo de prevenção em DST/AIDS direcionados à população em geral e, em especial, às crianças, adolescentes e adultos jovens. Percebe-se que poucos foram os recursos alocados e poucas foram as atividades de prevenção das DST/AIDS programadas especificamente para as mulheres pela Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ entre 1999-2003 no âmbito do Projeto AIDS II. Destas atividades, a maioria limitou-se à produção e distribuição de material informativo e educativo e à aquisição, pela Assessoria de DST/AIDS, de preservativos femininos, cuja logística de distribuição ainda permanece restrita a determinados “grupos de risco” femininos e cuja eficácia e aceitação ainda não foram efetivamente comprovadas na sociedade brasileira. Observou-se, contudo, apoio da Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ aos subprojetos de ONGs financiados pela esfera federal com recursos do Projeto AIDS II, onde se constata maior presença de medidas de prevenção das DST/AIDS voltadas às mulheres.

ABSTRACT

The dissemination of the HIV/AIDS epidemic in Brazil and its growth among the female population, point to the need of developing effective control measures, especially prevention measures that specifically target women.

Since the beginning of the nineties, the National Program for STD/AIDS (NP-STD/AIDS) of the Brazilian Ministry of Health (MoH) has been developing partnerships with numerous institutions, in an effort to control the epidemic in national territory. Among such institutions, the highlight is on the World Bank, with which the Brazilian Government has signed, in the past decade, two loan agreements for the implementation of STD/AIDS Control Projects in Brazil. Such projects, also known as the AIDS I and AIDS II Projects, represented extremely important sources for the financing of HIV/AIDS preventive measures in Brazil. The AIDS II Project, signed at the end of 1998 with implementation scheduled between 1999 and 2003, counted with a 300 million dollar budget, of which 43% were set aside for HIV/AIDS preventive measures only.

Given this scenario, the goal of the current study is to examine the priority which has been conferred to the programming and spending of the AIDS II Project resources that have been set aside for the implementation of HIV/AIDS preventive measures, especially those contemplating the female population. This analysis focused on those measures such as they were planned and executed by the STD/AIDS Sector of the Rio de Janeiro State Health Department (SHD-RJ) in the period of 1999-2003. To this end, I carried out an in-depth examination of the STD/AIDS Sector – SHD-RJ's Annual Operative Plans (AOP) available for that time frame, as well as of the Sector's Statements of Expenditure (SOE), once these documents allowed access to both, the amount of resources planned and the amount of actual resources spent with the numerous AIDS II prevention activities. By comparing the amount of resources planned with the amount of resources actually spent on each STD/AIDS prevention activity, the current dissertation allows for wide discussion of the priorities established by those who carry out the Project under analysis.

It was possible to infer from this analysis that, as far as the allocation of resources for the implementation of the AIDS II Project in the State of Rio de Janeiro is concerned, preventive measures were given priority above all other components of the Project with

special emphasis on the promotion of safer measures. Among all such activities, the acquisition and distribution of traditional (male) condoms as well as the production and distribution of educational/informative material on STD/AIDS prevention targetted at the general population and, especially, at children, teenagers and young adults, were conferred priority above all other preventive activities. It was observed that the amount of resources allocated to, and the number of AIDS II Project prevention activities planned specifically for women by the were very scarce between 1999-2003. The majority of those activities was restricted to the production and distribution of educational/informative material and to the acquisition, by the Sector, of female condoms, noting that the distribution of such preservatives still remains limited to specific, “high risk” female subgroups and that the efficacy and acceptance of the female condom have not yet been witnessed in Brazilian Society. However, it was observed that the STD/AIDS Sector – SHD-RJ did offer support to NGO subprojects federally financed with AIDS II Project resources, through which more women-targetted STD/AIDS preventive measures are carried out.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Casos de AIDS e taxas de incidência (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2002	25
Tabela 2 – Distribuição dos casos notificados de AIDS segundo macrorregião. Brasil, 1980-2002	26
Tabela 3 – Casos de AIDS nos 10 municípios com os maiores número de casos notificados. Brasil, 1980-2002	28
Tabela 4 - Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino e feminino com 13 anos ou mais. Brasil, 1992-2002.	32
Tabela 5 - Casos notificados de AIDS segundo ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1992-2001.	35
Tabela 6 – Distribuição dos casos notificados de AIDS segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002	37
Tabela 7 – Distribuição dos casos notificados de AIDS nos 10 municípios de maior incidência. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002	37
Tabela 8 – Alocação de recursos por componentes do projeto AIDS I. Brasil, 1993-1998	96
Tabela 9 – Repasse dos recursos do AIDS I aos projetos de ONG aprovados pela CN-DST/AIDS nas concorrências de 1993 a 1996	98
Tabela 10 – Alocação de recursos por componentes do projeto AIDS II, Brasil vigência 1998-2002	103
Tabela 11 – Recursos por categoria de despesa do Projeto AIDS II, segundo fonte. Brasil, 1998-2002	114
Tabela 12 – Recursos financeiros programados segundo componentes do Projeto AIDS II pela Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ para o ano de 1999	116
Tabela 13 – Recursos financeiros programados segundo componente por fonte do Projeto AIDS II para o ano de 1999 pela Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ	117
Tabela 14 – Recursos financeiros do Projeto AIDS II programados, segundo fonte, pela Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ para o ano de 1999	117
Tabela 15 – Recursos financeiros programados segundo fonte por componente do Projeto AIDS II para o ano de 1999 pela SES-RJ	118
Tabela 16 – Recursos financeiros programados por subcomponente de prevenção do Projeto AIDS II. Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ, 1999	118

Tabela 17 – Proporção de recursos financeiros programados segundo fonte por subcomponente de prevenção, do Projeto AIDS II. Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ, 1999	119
Tabela 18 – Distribuição dos recursos programados para os subcomponentes de prevenção, segundo população-alvo, Projeto AIDS II. Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ, 1999	123
Tabela 19 – Recursos programados por fonte segundo ano de programação POA I e POA II. Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ, 1999/2000.	123
Tabela 20 – Recursos financeiros programados por componente segundo fonte, Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000	124
Tabela 21 – Recursos programados por componente segundo ano de programação POA I e POA II. Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ, 1999/2000	125
Tabela 22 – Recursos financeiros programados segundo fonte por componente do Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000	125
Tabela 23 – Síntese dos recursos financeiros programados por subcomponente do Projeto AIDS II para o ano de 2000 pela SES-RJ	126
Tabela 24 – Proporção de recursos financeiros programados segundo fonte por subcomponente de prevenção, Projeto AIDS II. Assessoria de DST/AIDS – SES-RJ, 2000	127
Tabela 25 – Distribuição dos recursos programados para os subcomponentes de prevenção segundo população-alvo, Projeto AIDS II. Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ, 2000	129
Tabela 26 – Recursos programados e recursos executados por componente do POA I/99 da Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ. Acompanhamento realizado pela ASPLAV – CN-DST/AIDS, 1999-2003	131
Tabela 27 – Recursos programados e executados por subcomponente do POA I/99 da Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ. Acompanhamento: ASPLAV – CN-DST/AIDS, 2000-2003	132
Tabela 28 – Recursos programados e executados por componente do POA II/2000 da Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ. Acompanhamento realizado pela ASPLAV – CN-DST/AIDS, 2000-2003	135
Tabela 29 – Recursos programados e executados por subcomponente do POA II/2000 da Assessoria de DST/AIDS – SES/RJ. Acompanhamento: ASPLAV – CN-DST/AIDS, 2000-2003	136
Tabela 30 – Despesas segundo fonte por subcomponente de prevenção do Projeto AIDS II	137

Lista de Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos pólos de referência em DST/AIDS, segundo região. Estado do Rio de Janeiro, 2001.	53
Quadro 2 – Medidas de prevenção do HIV/AIDS, segundo população-alvo e vias de transmissão.	64
Quadro 3 – Arcabouço institucional da comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, segundo participação de governos e fontes de recursos.	83
Quadro 4 – Componentes e subcomponentes do Projeto AIDS II /Brasil, vigência 1998-2002.	102
Quadro 5 – Categorias e subcategorias de despesa do Projeto AIDS II.	112
Quadro 6 – Subcomponentes de prevenção, atividades, população-alvo e recursos de programados para o Projeto AIDS II, SES/RJ,1999.	121
Quadro 7 – Subcomponentes, atividades, população-alvo e recursos de prevenção programados, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000.	128
Quadro 8 – Dados do controle orçamentário e financeiro POA I (1999), Assessoria de DST/AIDS – RJ, período 1999-2002.	130
Quadro 9 – Comparação geral programação vs. execução, POA I, Assessoria de DST/AIDS-SES/RJ.	131
Quadro 10 – Dados do controle orçamentário e financeiro POA II (2000), da Assessoria de DST/AIDS –RJ. Acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 2000 – 2003.	133
Quadro 11 – Comparação geral programação vs. execução, POA II (2000), da Assessoria DST/AIDS-RJ. Acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 2000 – 2003.	134
Quadro 12 – Correspondência entre componentes e objetivos gerais do Projeto AIDS II.	136
Quadro 13 – Projetos de ONG/OSC aprovados ou em lista de espera, direcionados à população feminina. Concorrência Descentralizada, Estado do Rio de Janeiro, 2000.	141

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Desaceleração das taxas de incidência de AIDS na década de 90, segundo ano de diagnóstico e região de residência. Brasil, 1991 – 2000	25
Gráfico 2 – Taxas de incidência de AIDS segundo macrorregião e ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001.	27
Gráfico 3 – Casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino e masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico. Brasil 1992-2001.	32
Gráfico 4 – Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1992-2001.	33
Gráfico 5 – Casos de AIDS segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Sudeste, 1980 – 2001	34
Gráfico 6 – Distribuição dos casos notificados de AIDS, segundo macrorregião. Estado do Rio de Janeiro, 2000.	36
Gráfico 7 – Distribuição de casos de AIDS em indivíduos adultos do sexo masculino (A) e feminino (B) por categoria de exposição e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2000.	39
Gráfico 8 – Proporção de casos notificados de AIDS, segundo sexo e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002.	40
Gráfico 9 – Distribuição de casos de AIDS entre homens, mulheres e crianças, por ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982 – 2000.	40

Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado (A – 1984-1986; B – 1994-2000).	29
Figura 2 – Aporte de recursos destinados aos Projetos AIDS I e II	100
Figura 3 – Estrutura simplificada da atual matriz documental padronizada para os Planos Operativos Anuais.	110

Lista de Boxes

Box 1 – Estratégias, aquisição e distribuição de preservativos como insumo de prevenção	104
Box 2 – Implementação das atividades de prevenção primária do HIV/AIDS no âmbito dos CTA entre 1999-2000	105
Box 3 – Concepções e principais estratégias de prevenção das DST/HIV/AIDS em mulheres, Projeto AIDS II, 1998-2002	106

INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença ainda sem cura ou vacina. Seu agente etiológico, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), pode ser transmitido sexualmente, de mãe para filho durante o período perinatal, e também através do contato com sangue contaminado.

A epidemia de HIV/AIDS é alarmante. De acordo com o relatório do Banco Mundial sobre o desenvolvimento global, estimava-se que 9 milhões de pessoas eram portadoras do HIV em 1990 (Banco Mundial, 1993:106). Dados do Programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) indicam que até o final de 2002 este número havia aumentado assustadoramente, totalizando 42 milhões de infectados em todo o mundo; apenas no ano de 2002 foram registrados 5 milhões de novos infectados e um total de 3 milhões de óbitos por AIDS (UNAIDS, 2002:3). Acredita-se que 90% da pandemia esteja concentrada nos países em desenvolvimento (Parker, Galvão & Bessa, 1999:7), sobretudo na África subsaariana. Segundo dados da OMS, a maioria dos casos sul-americanos de AIDS encontra-se concentrada no Brasil, onde estima-se que mais de 600.000 pessoas estejam infectadas pelo HIV, com mais de 250.000 casos já tendo sido notificados ao Ministério da Saúde (MS). Destes, 180.531 foram registrados em adultos do sexo masculino, 68.528 do sexo feminino e 8721 em crianças (MS, CN-DST/AIDS, 2002b: 28-29).

A pandemia de HIV/AIDS preocupa sobretudo por afetar a população economicamente ativa em idade reprodutiva (15-49 anos). Até o final de 2001, 70,1 % do total de casos no Brasil haviam sido notificados para a faixa etária de 20 a 39 anos em adultos de ambos os sexos (MS, CN-DST/AIDS 2001b:12). Apesar de constatada a expansão da epidemia para municípios de pequeno porte, a grande maioria dos casos permanece concentrada nas regiões metropolitanas do sudeste do país. Até dezembro de 2002, 35.387 casos acumulados de AIDS haviam sido notificados à Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), com aproximadamente 90% dos casos ocorrendo em indivíduos residentes da região metropolitana, sendo 63% destes correspondentes a residentes do município do Rio de Janeiro. Em anos recentes observou-se tendência de feminização da epidemia no estado,

todavia a maioria dos casos notificados à Assessoria de DST/AIDS da SES-RJ ainda corresponde a indivíduos do sexo masculino (Rio de Janeiro, 2001a: 6).

Embora as categorias de exposição “homo/bissexual” e “usuários de drogas injetáveis” continuem muito importantes na disseminação da epidemia no Brasil e no mundo, pode-se afirmar que, atualmente (2003), a transmissão heterossexual constitui a principal via de contágio do HIV/AIDS, afetando sobretudo jovens e mulheres pertencentes aos segmentos mais pobres e marginalizados da população, com baixo grau de escolaridade e acesso restrito à informação (Parker, Galvão e Bessa, 1999: 10). Sendo assim é possível afirmar que as principais tendências da epidemia de HIV/AIDS no Brasil são a juvenização, a feminização e a pauperização (Galvão, 2000: 159).

Dado este cenário é possível dizer que, desde a década de 80, a epidemia de HIV/AIDS vem mobilizando os serviços de saúde e os programas de saúde pública em escala global (Banco Mundial, 1993: 106). No Brasil, o primeiro programa governamental de DST/AIDS foi criado em 1983 pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em resposta a pressões de militantes homossexuais que cobravam um posicionamento do governo. Até 1985, pelo menos dez estados já tinham seguido o exemplo de São Paulo, incluindo o Rio de Janeiro. Deste modo, a criação dos Programas Estaduais de DST/AIDS no país precedeu a criação de um programa em âmbito federal (Teixeira, 1997: 60 ; Mattos, 2001b:51). Apenas mais tarde foi oficialmente criado um Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) moldado e influenciado pelas diretrizes do Programa Global de AIDS da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde. No Brasil, portanto, a criação de um Programa Nacional de DST/AIDS foi impulsionada através de cooperação com agências internacionais (Fontes, 1999: 92; Mattos 2001b:53, Teixeira, 1997: 53).

Atualmente (2003) o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) mantém parcerias com Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS, com Consórcios Intermunicipais de Saúde, organizações não-governamentais – as denominadas ONGs/AIDS – e organizações internacionais, com o Banco Mundial (BIRD) [Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV 2001a:7).

O Banco Mundial é o maior financiador multi-lateral das atividades de combate ao HIV/AIDS no Brasil (Fontes, 1999: 96). Desde 1993, dois acordos de empréstimo já foram firmados entre o Brasil e o Banco para a realização dos Projetos de Controle das

DST/AIDS – Projetos AIDS I e AIDS II. Há previsão para que um terceiro projeto, o AIDS III – de apoio à sustentabilidade e à gestão estratégica das políticas de controle do HIV/AIDS – tenha início após a conclusão do AIDS II, prevista para agosto de 2003.

Os projetos AIDS I e o AIDS II foram as mais importantes fontes de financiamento para as ações de controle e, sobretudo, para as ações de prevenção do HIV/AIDS no Brasil. No presente estudo com o objetivo de analisar a prioridade conferida a ações de prevenção do HIV/AIDS, especialmente aquelas direcionadas às mulheres, o projeto AIDS II foi selecionado para exame por ser o último destes dois Projetos a ser implementado no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, dando continuidade aos objetivos gerais e às ações já iniciadas pelo AIDS I. O objetivo principal do AIDS II é a redução da incidência do HIV/AIDS no Brasil através do financiamento de ações que visam, sobretudo, a prevenção das DST/AIDS. Estas ações são parte importante destes projetos dado que 41% dos recursos do AIDS I e 43% dos recursos do AIDS II, foram destinados à realização de atividades preventivas e que constituem o seu primeiro componente.

Como afirma o Coordenador do Programa Nacional de DST/AIDS, Paulo Ricardo Teixeira, *“a prevenção e o controle das DST e AIDS são prioridades do país”* (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b: 6). De fato, sem *“nenhuma bala mágica na área biológica”* (Rocha 1999: 47) a prevenção se apresenta como um caminho essencial a ser trilhado. Segundo o Relatório do Banco Mundial de 1993 *“Investindo em Saúde”*, a prevenção é uma necessidade absoluta; programas ampliados de prevenção seriam capazes de conter a disseminação mundial da epidemia de HIV/AIDS, além desta ser considerada uma medida custo-efetiva quando comparada a outras áreas, como assistência e tratamento (Banco Mundial, 1993: 107-8). A ênfase na prevenção do HIV/AIDS e na promoção da saúde por parte do Banco Mundial tem como base, portanto, argumentos de racionalidade econômica estrita. *“O investimento em prevenção se justifica”* pois *“a prevenção da AIDS pode ser, antes de tudo, um atributo de racionalidade econômica e de elevação da produtividade sistêmica de uma nação”* (Médici, 1994:112 *apud* Rocha,1999:48).

METODOLOGIA

Entende-se que a tendência observada de feminização da epidemia de HIV/AIDS no Brasil deveria ser acompanhada por programas de prevenção direcionados às mulheres, especialmente mulheres pertencentes aos segmentos mais pobres da população. Com o propósito de contribuir para a discussão da problemática da prevenção do HIV/AIDS entre mulheres e salientar a importância da implementação de ações para este segmento populacional, este estudo tem como objetivo principal examinar a prioridade – tanto em termos de alocação de recursos quanto em termos de execução – que vem sendo conferida às ações de prevenção do HIV/AIDS, em particular àquelas direcionadas às mulheres, no Projeto AIDS II para o estado do Rio de Janeiro.

O estudo se restringirá à análise da implementação do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro, procurando elucidar como as ações que se enquadram no âmbito da prevenção – primeiro componente do projeto AIDS II – são financiadas e operacionalizadas pelo Programa Estadual de DST/AIDS. A análise focalizará a alocação e execução de recursos para ações de prevenção que se destinam às mulheres. O estudo refere-se à execução do Projeto AIDS II entre 1999 e 2003.

Embora não seja realizada análise exaustiva da implementação ou avaliação sistemática do projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro, esta dissertação tem interfaces com estudos de implementação e com estudos de avaliação de programas sociais. O presente trabalho é um estudo sobre aspectos da execução de uma política, ou seja, de uma dimensão da implementação, cuja metodologia examina a alocação de recursos financeiros por meio da comparação entre os recursos programados e executados por atividade. A análise da execução dos recursos, embora não suficiente, pode ser considerado como um dos critérios para avaliar a efetiva implementação de um programa ou projeto. Por sua vez, a análise do emprego e da distribuição de recursos por diferentes atividades permite discutir as prioridades estabelecidas no programa ou projeto sob análise.

Sabe-se que os repasses dos recursos públicos (cujas fontes são o BIRD e o Governo Federal/Ministério da Saúde) destinados à execução das ações do Projeto AIDS II são efetuados através de convênios celebrados entre o Ministério da Saúde, os estados, os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde. Pretende-se, portanto, descrever os

critérios e exigências para a realização e o acompanhamento desses convênios e das ações por eles viabilizadas no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto utilizou-se o Sistema de Informações Gerenciais (SIAIDS) da Assessoria Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro. O SIAIDS é um sistema recentemente computadorizado que permite com que a Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) tenha acesso às informações gerenciais das Assessorias Estaduais e Municipais de DST/AIDS para o monitoramento das atividades do projeto AIDS II e de seus respectivos gastos em nível local. Segundo a ASPLAV (2001a: 8), entre os principais módulos do SIAIDS estão incluídos: a programação e a reprogramação das atividades; a execução e a prestação de contas; a contabilidade; as licitações; e o monitoramento físico-financeiro das ações a serem empreendidas pela Assessoria no âmbito do Projeto AIDS II. Dentre estes cinco módulos, para analisar a alocação de recursos para medidas de prevenção foram examinados os dois primeiros: a programação e a execução/prestação de contas.

No que diz respeito à programação, foram examinados os Planos Operativos Anuais (POA) da Assessoria Estadual de DST/AIDS (RJ) referentes ao ano de 1999 (primeiro ano de execução do AIDS II) e ao ano de 2000. Apenas dois POA foram analisados neste estudo pois estes foram os dois únicos elaborados pelo Programa Estadual de DST/AIDS para os cinco anos de vigência do Projeto AIDS II. Os POA são documentos oficiais de programação exigidos pelo BIRD que, como o próprio nome sugere, devem ser elaborados anualmente pelas respectivas assessorias de DST/AIDS, designando a programação física e financeira das ações a serem realizadas no ano seguinte. A matriz dos POA deve conter o objetivo geral e os objetivos específicos do Projeto, os componentes e subcomponentes do Projeto e as atividades que deverão ser realizadas para cada um destes subcomponentes. Uma vez prontos, os POA devem ser reestruturados em relatórios ou planos resumidos de trabalho (PT) e enviados ao Banco Mundial através do Ministério da Saúde para que sejam analisados. O Banco deverá tecer recomendações que, na prática, podem ou não ser seguidas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS. O plano ajustado pelas respectivas instâncias governamentais locais deve, então, ser re-encaminhado ao Banco para aprovação até o fim de cada ano. Teoricamente, após aprovação final pelo Banco, os POA não podem ser novamente alterados em suas principais linhas de ação.

A execução ou realização das atividades programadas nos POA deve ser comprovada através dos denominados SOE. A sigla SOE corresponde ao termo “*Statement of Expenditure*” que, traduzido, significa “declaração de despesas”. O SOE fornece comprovação dos gastos realizados na execução das atividades do Projeto AIDS II. Como os POA, os SOE são exigências do Banco Mundial. Os dados utilizados na elaboração dos SOE referem-se aos processos de execução financeira, tendo como fonte notas de empenho e notas fiscais, bem como recibos de pagamento. Uma vez computados os gastos, estes passam a constar como SOE sendo, então, lançados no SIAIDS, onde podem ser acessados pela ASPLAV. Através dos SOE é também realizada uma prestação de contas das instâncias locais ao Fundo Nacional da Saúde, órgão encarregado de executar o repasse dos recursos liberados pelo convênio.

O exame cuidadoso dos POA e dos SOE permite, portanto, o contraste entre a programação das ações no plano teórico e sua real execução, apesar de muitos serem os fatores que dificultam este processo. Ainda assim, esta análise buscou elucidar como os recursos destinados às ações de prevenção do Projeto AIDS II foram traduzidos em prática pela Assessoria de DST/AIDS no estado do Rio de Janeiro.

Atualmente são doze os municípios, além da Assessoria Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro, que celebram convênios com o Ministério da Saúde para a realização das ações de promoção, proteção e prevenção previstas no primeiro componente do Projeto AIDS II. O espaço de pesquisa deste estudo permaneceu limitado, contudo, à Assessoria Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro, observando o período de vigência do Projeto AIDS II¹ e, mais especificamente, seus dois planos de execução – 1999 e 2000 – no Estado do Rio de Janeiro.

A análise realizada baseia-se, portanto, principalmente em dados secundários de caráter administrativo. Para a realização deste estudo foram utilizadas diversas fontes documentais: como boletins epidemiológicos nacionais e estaduais; documentos oficiais nacionais relativos aos acordos de empréstimo que viabilizaram a implementação dos Projetos AIDS I e II; textos e publicações oficiais nacionais fornecendo um panorama geral do Programa Nacional de DST/AIDS e da implementação do AIDS II no Brasil; e

¹ A vigência do Projeto AIDS II - 11/12/98 a 31/12/02 - foi estendida até agosto de 2003.

documentos governamentais oficiais disponibilizados pela SES-RJ, entre eles os POA, os planos de trabalho (PT) e os SOE.

Informações também foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com profissionais-chave da Assessoria Estadual de DST/AIDS-RJ, procurando estabelecer como este programa está estruturado e como as ações de promoção da saúde e prevenção do HIV/AIDS são operacionalizadas com os recursos disponibilizados pelo Banco Mundial, o governo federal e o governo estadual do Rio de Janeiro, para a execução do projeto AIDS II no estado. Ao todo, foram seis os entrevistados – designados ao longo deste trabalho como ENTREVISTADO 1, ENTREVISTADO 2 e assim por diante – com quem conversei durante diversas visitas à Assessoria Estadual de DST/AIDS, realizadas entre novembro de 2001 e março de 2003.

Além da análise documental e das entrevistas, uma revisão bibliográfica foi também realizada a fim de se obter maiores informações sobre a magnitude e tendências da epidemia de HIV/AIDS (com especial ênfase para a feminização), discutir estratégias de prevenção e para que se pudesse explorar a influência das agências internacionais na formulação das políticas de saúde brasileiras, sobretudo no que tange ao controle do HIV/AIDS.

A dissertação está estruturada em seis capítulos. Para contextualizar o tema de estudo, a primeira parte deste trabalho fornece dados sobre a epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, caracterizando suas particularidades e atuais tendências. O segundo capítulo relata a formação do Programa Nacional de DST/AIDS, sua estrutura institucional e suas principais áreas de atuação além de descrever as características e principais linhas estratégicas do Programa de DST/AIDS no estado do Rio de Janeiro.

A evolução dos conceitos que vêm norteando as ações de prevenção das DST/HIV/AIDS no Brasil ao longo dos anos é descrita no terceiro capítulo, onde também encontram-se delineadas as diretrizes e estratégias preventivas do Programa Nacional, com especial destaque para os principais serviços e insumos de prevenção em nível nacional. Destacam-se também as estratégias preventivas direcionadas à população feminina e as dificuldades encontradas em sua implementação.

No capítulo IV discute-se a influência de diferentes agências internacionais na formulação de políticas de saúde em geral, bem como a recente inserção do Banco Mundial

no setor saúde e a oferta de idéias referente ao combate do HIV/AIDS no Brasil. No capítulo V, são descritos os “Projetos de Controle das DST/AIDS” que vêm sendo implementados no Brasil desde 1993 como resultado da parceria entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial – Projetos AIDS I e II. A análise da programação e a execução das atividades de prevenção do AIDS II no estado do Rio de Janeiro, sobretudo as que se destinam a população feminina, é desenvolvida no sexto e último capítulo.

Deste modo, o presente trabalho tem como escopo precípuo a análise mencionada, dos projetos de controle da epidemia – em particular o AIDS II – uma vez que estes foram fundamentais para o sustento das atividades preventivas da AIDS, servindo seu estudo também na apreciação da dinâmica política entre o preceituado pelo Banco Mundial (BIRD) e sua realização pelas autoridades nacionais.

I. A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

I.1. A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

No início dos anos oitenta, os primeiros casos de AIDS no mundo foram relatados pela mídia brasileira, a qual encarregou-se de transformar uma doença desconhecida em notoriedade, antes mesmo da notificação dos primeiros casos de AIDS nos grandes centros urbanos do sudeste do Brasil e do re-direcionamento dos serviços de saúde para tratá-la. Assim, a AIDS atingiu a população brasileira inicialmente como um “*mal de folhetim*” (Galvão, 2000: 48). Entre 1981 e 1982 a mídia brasileira difundiu informações provenientes das redes de notícias norte-americanas, vindo a ser a principal responsável pela construção de um conhecimento sobre a nova doença (Galvão, 2000: 51). Desta forma, o imaginário social da AIDS no Brasil foi, desde os primórdios da epidemia, moldado e influenciado pela maneira como a AIDS era abordada nos E.U.A.

Os primeiros casos de AIDS no Brasil foram reportados nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, atingindo, predominantemente, indivíduos com alto grau de escolaridade, em especial homens que faziam sexo com homens - HSH (Castilho & Chequer, 1997:17, Bastos *et al.*, 2000: 8). Com o passar do tempo, foi se observando que a doença manifestava-se não só em homossexuais mas também em hemofílicos e receptores de transfusões de hemoderivados, assim como em usuários de drogas injetáveis (UDI) e, posteriormente, em profissionais do sexo e na população heterossexual em geral.

No início dos anos oitenta, eram considerados e contados como casos de AIDS todos aqueles (diagnosticados geralmente pós-óbito) cuja sintomatologia coincidia com a descrição clínica dos casos de AIDS existentes na literatura médica. A determinação dos casos de AIDS através de procedimentos laboratoriais – testes sorológicos indiretos tais como o ELISA e o *Western Blott* e, posteriormente, testes mais dispendiosos e diretos como PCR² seguido de sequenciamento genético – só foi possível a partir da identificação do agente etiológico da AIDS; um retrovírus primeiramente denominado de LAV³ por seus descobridores no Instituto Pasteur de Paris, denominado, em um segundo momento, de

² *Polymerase Chain Reaction*

³ *Lymphadenopathy-Associated Virus* = vírus associado à linfadenopatia

HTLV-III⁴ por pesquisadores do *National Institute of Health (NIH)* nos E.U.A, sendo finalmente rebatizado de HIV– *Human Immunodeficiency Virus* (Parker *et al.*, 1994:16, 21). Atualmente a definição dos casos de AIDS faz-se com base na combinação de testes laboratoriais que permitem a detecção do HIV e do diagnóstico de doenças oportunistas associadas à AIDS (Schechter & Rachid, 2001:178-187).

De acordo com Barbosa e Struchiner (2002:279), o número de pessoas infectadas pelo HIV é estimado a partir dos casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde (MS). Estes casos vêm sendo reportados desde 1986 ao MS que, pela portaria 542/86, incluiu a AIDS na relação de doenças de notificação compulsória. Segundo Parker *et al* (1994:22) o processo de notificação se dá através de uma ficha destinada à vigilância e ao controle epidemiológico que, após ser devidamente preenchida pelos clínicos responsáveis, deve então ser encaminhada às autoridades de saúde na seguinte ordem: prefeitura, estado e federação. Uma vez que as estatísticas divulgadas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde referem-se apenas àqueles indivíduos que já desenvolveram a doença, estes dados não refletem o número real de indivíduos soropositivos no país; “*estes dados não excluem somente indivíduos soropositivos assintomáticos*” os quais tornaram-se bem numerosos com o aumento da sobrevida devido à aplicação efetiva do coquetel anti-retroviral, “*como também os casos subnotificados e os casos que sofreram atrasos de notificação*” (Barbosa e Struchiner, 2002:280).

Barbosa e Struchiner (2002:280), salientam que estudos acerca da subnotificação de casos ainda são limitados no Brasil, porém, os que já estão disponíveis sugerem taxas de subnotificação que variam de 15% a 43% em alguns estados⁵ do país. Apesar das recentes melhoras dos serviços públicos de saúde em relação a AIDS, a subnotificação ainda pode ocorrer, de acordo com Parker *et al* (1994:22-3), por razões relacionadas à precariedade da rede pública de saúde no que diz respeito: ao diagnóstico (dificuldades em termos da classificação dos casos clínicos); à realização de testes laboratoriais relativamente simples (tais como o teste de anticorpos para o HIV) devido à escassez dos centros de testagem e aconselhamento (CTA); à falta de orientação no que tange à realização dos testes; e à demora na entrega dos resultados, o que tem sérias implicações para o desenvolvimento e a

⁴ *Human T-Lymphotropic Virus* = vírus da linfotrofia-T humana

⁵ Estados não especificados.

eficácia do tratamento. Segundo estes mesmos autores haveria também uma tendência a se desconsiderar a importância do ato da notificação às entidades sanitárias responsáveis pela vigilância da epidemia, assim como de não realizar a notificação por temor de possíveis discriminações, visando a proteção dos infectados.

A notificação têm grande importância pois, como já mencionado, permite a contagem nacional dos casos de AIDS e a estimativa do número de indivíduos com HIV, o que permite o acompanhamento da evolução da epidemia no país (Parker *et al.*, 1994: 22-23), orientando políticas e estratégias para o seu combate no país. Barbosa e Struchiner (2002: 279), corroboram: “o número de pessoas infectadas pelo HIV é uma importante medida da magnitude da epidemia de AIDS no Brasil, e permite a comparação com o padrão epidêmico de outros países”.

Estima-se que atualmente mais de 600.000 brasileiros estejam infectados pelo HIV ou já tenham desenvolvido AIDS. De acordo com os últimos dados disponibilizados pela CN-DST/AIDS, 257.780 casos de AIDS haviam sido diagnosticados e notificados ao Ministério da Saúde (MS) até o fim de dezembro último (2002), sendo 185.061 em homens e 72.719 em mulheres, com pouco mais de 110.000 óbitos confirmados (Brasil, MS; CN-DST/AIDS, 2002b: 28-29; 32) [Tabela 1].

De 1987 a 1992, a taxa de incidência da epidemia cresceu 150% em todo o país, ou seja: cresceu em um ritmo de 36% ao ano. Tal crescimento sofreu uma desaceleração de 1992 a 1996, caindo para 12% ao ano (Bastos *et al.*, 2000: 9). Atualmente, a tendência nacional aponta para uma desaceleração das taxas de incidência de AIDS em todo o país. Desde 1999 o número de casos notificados ao ano e a taxa de incidência vem diminuindo lentamente. Contudo foram observados aumentos na taxa de incidência dos casos de AIDS na região Sul entre 1996-1998 (a qual decaiu em 99 e voltou a subir em 2000) e na região Centro-Oeste, entre 1999-2000 (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a:27; 2002b:3) [Gráfico 1]. Apenas dez estados do Brasil ainda apresentavam aceleração positiva das taxas de incidência do HIV/AIDS no fim da década de noventa, sendo estes Acre, Amazonas, Amapá, Tocantins, Piauí, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Bahia e Minas Gerais (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a:6).

Tabela 1- Casos de AIDS e taxas de incidência (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2002*

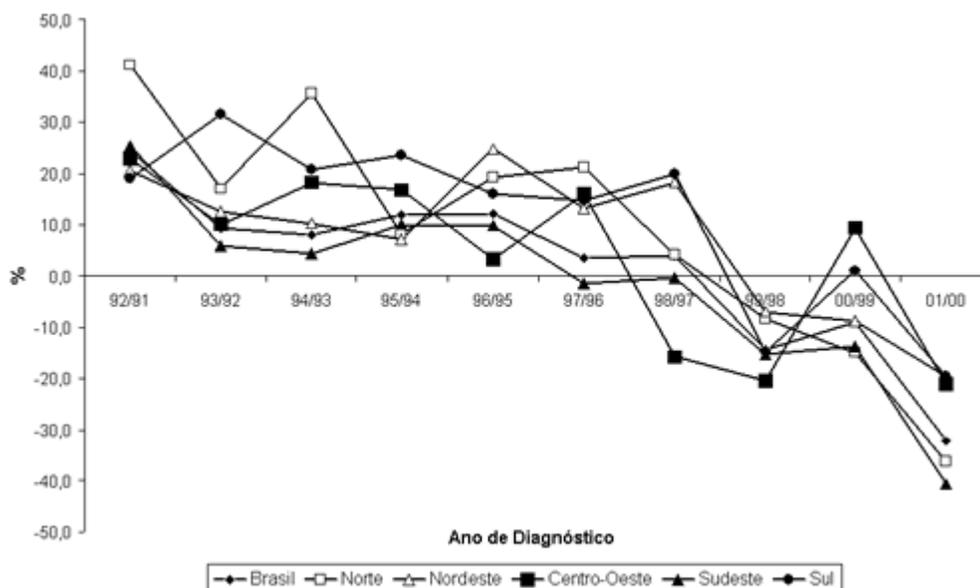
ANO DE DIAGNÓSTICO	CASOS DE AIDS	TAXAS DE INCIDÊNCIA
1980-1990	24.255	----
1991	11.759	8,0
1992	14.818	10,0
1993	16.511	10,9
1994	18.061	11,7
1995	20.508	13,2
1996	23.170	14,8
1997	24.413	15,3
1998	25.732	15,9
1999	24.231	14,8
2000	23.598	14,2
2001	21.220	12,3
2002*	9.495*	5,4*
TOTAL	257.771	----

Fonte: MS, CN-DST/AIDS, Boletim Epidemiológico, 2002b:24.

Elaboração própria.

(*) Dados preliminares até 31/12/02 sujeitos à revisão

Gráfico 1 - Desaceleração das taxas de incidência de AIDS na década de 90, segundo ano de diagnóstico e região de residência. Brasil, 1991 - 2000



Fonte: Extraído de Brasil, MS/CN-DST/AIDS, 2002a:7

A observação do número de casos diagnosticados e das taxas de incidência segundo macro-região e período de tempo indica as regiões sul e sudeste com as maiores taxas de incidência e que, apesar do registro de casos em todas as unidades federadas, a grande maioria (67,1%) dos casos de HIV/AIDS notificados ao Ministério da Saúde desde o início da década de 80 permanece concentrada na Região Sudeste (Tabela 2; Gráficos 5 e 6), sendo o estado de São Paulo responsável por aproximadamente 68,3 %, o Rio de Janeiro por 21,1% e Minas Gerais por 8,9% dos casos da região (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b: 6).

Tabela 2 - Distribuição dos casos notificados de AIDS segundo macrorregião. Brasil, 1980-2002*

REGIÕES	CASOS DE AIDS	%
Norte	5184	2,0
Nordeste	23.208	9,0
Centro-Oeste	12.437	4,8
Sudeste	172.858	67,1
Sul	44.084	17,1
TOTAL	257.771	100,0

Fonte: Brasil, MS/CN-DST/AIDS, Boletim Epidemiológico, 2002b:24.

Elaboração Própria.

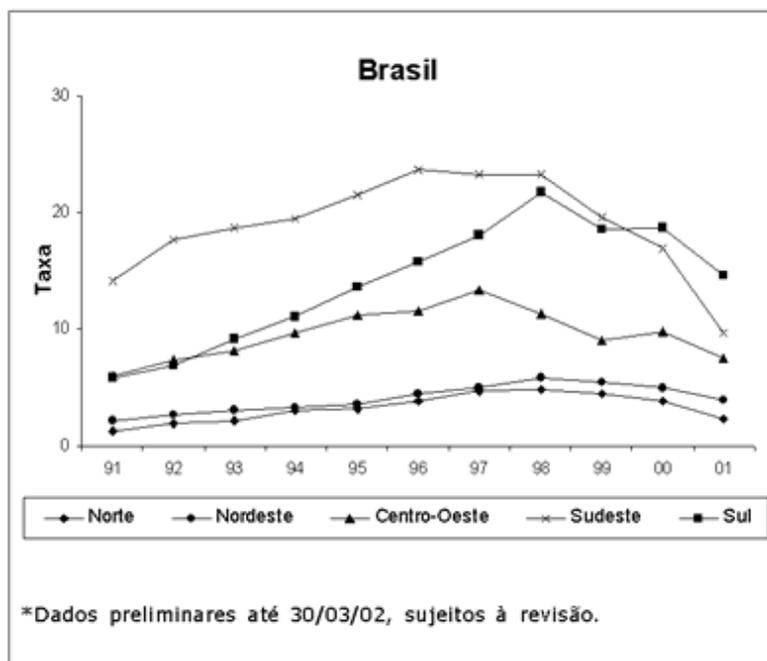
(*) Dados sujeitos à revisão.

É importante que se mencione o crescimento acentuado das taxas de incidência nas Regiões Centro-oeste e Sul entre 1990 e 1996, com especial destaque para a Região Sul que, de 1993 em diante ultrapassou a Região Centro-Oeste, e que de 1999 em diante, ultrapassou também a Região Sudeste, passando então a ocupar primeiro lugar com a mais elevada taxa de incidência da doença entre as regiões do país (Bastos *et al*, 2000: 9; Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002:27) [Gráfico 2].

Ainda no que diz respeito à distribuição espacial da epidemia de AIDS no que tange à ocorrência de casos segundo o tamanho populacional dos municípios, pode-se dizer que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos, onde ainda predomina: 43,2% de todos os casos notificados de AIDS no país encontram-se concentrados em 10 municípios, listados na Tabela 3, abaixo. A epidemia, contudo, vem também se difundindo para municípios de porte cada vez menor. A partir de meados dos anos 90, observa-se uma

relação inversa entre a velocidade de expansão da epidemia e o tamanho das cidades em que se difunde; quanto menor a cidade, maior o aumento das taxas de incidência em determinado período de tempo. Nos últimos anos, os maiores ritmos de crescimento têm ocorrido entre municípios considerados pequenos (com menos de 50.000 habitantes) em oposição às cidades grandes (com mais de 500.000 habitantes), onde observa-se uma desaceleração da velocidade de crescimento da epidemia (Bastos *et al*, 2000: 10). De fato, “a distribuição espacial dos casos de AIDS mostra que, embora a epidemia ainda se caracterize por uma importante concentração nos grandes centros urbanos, principalmente nas cidades de grande e médio porte do Centro-Sul, a participação proporcional desses municípios vem se reduzindo ao longo dos anos” (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002:6).

Gráfico 2 - Taxas de incidência de AIDS segundo macro-região e ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001*



Fonte: Extraído de Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a:27

Tabela 3 - Casos de AIDS nos 10 municípios com os maiores números de casos notificados. Brasil, 1980-2002*

MUNICÍPIOS	CASOS DE AIDS	%
São Paulo (SP)	49.798	44,7
Rio de Janeiro (RJ)	22.983	20,6
Porto Alegre (RS)	10.525	9,4
Belo Horizonte (MG)	5.533	5,0
Curitiba (PR)	5.005	4,5
Santos (SP)	4.123	3,7
Ribeirão Preto (SP)	3.768	3,4
Salvador (BA)	3.330	3,0
Brasília (DF)	3.182	2,9
Campinas (SP)	3.177	2,8
TOTAL	111.424	100,0

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b:41.

Elaboração própria.

(*) Dados preliminares até 31.12.02, sujeitos à revisão.

Quanto à incidência de HIV/AIDS nos diferentes municípios, constata-se que, no Brasil, a epidemia também vem se expandindo para localidades no “interior”. Assim, pode-se apontar uma tendência futura à disseminação geográfica da epidemia de HIV/AIDS em direção aos municípios não-urbanos, de pequeno porte, em todo o território nacional principalmente em direção ao noroeste do país, uma vez que se observa clara expansão da epidemia do litoral sudeste para as regiões Norte e Centro-Oeste (Bastos *et al*, 2000: 13, 15). O fato de estados como Amazonas e Roraima apresentarem um número de casos muito maior (24,9 e 16,8 vezes maior, respectivamente) no período de 1991-2000 em comparação ao período de 1980-1990 evidencia a tendência de interiorização da epidemia de HIV/AIDS ao ilustrar sua expansão no sentido litoral-interior [Figura 1A e 1B].

Ultimamente tem se observado o fenômeno de “*pauperização da epidemia de HIV/AIDS*” no Brasil. De acordo com Bastos *et al*. (2000: 13), entre 1987 e 1996, observou-se uma expansão da epidemia em municípios e populações mais pobres, tendência que também se constata em outros países. Segundo Parker & Camargo Jr. (2000), diversos autores têm apontado para a relação entre subdesenvolvimento econômico,

FIGURA 1

A) Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. Brasil, 1984-1986



B) Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. Brasil, 1994-2000



Fonte: Extraído de Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2001.

ajuste estrutural e a vulnerabilidade acentuada às DSTs e ao HIV/AIDS. A exclusão de grupos populacionais importantes do mercado de trabalho e a conseqüente acentuação da pobreza e das desigualdades sociais⁶ “*são os ingredientes estruturais da produção de susceptibilidades crescentes*” (Parker, R. & Camargo Jr, 2000) a, por exemplo, o consumo de drogas ilícitas e à infecção por doenças sexualmente transmitidas, em particular, ao HIV/AIDS. Como argumenta Singer, “... *the diseases and conditions that comprise the inner city syndemic are closely intertwined... (a) range of socio-economic problems and stressors can increase the likelihood of substance abuse and exposure to HIV*” (Singer, 1994: 936). Males (1996:1479) corrobora: “... *AIDS is largely a disease of poverty ...*”.

Certamente, a posição social dos indivíduos influi em sua saúde. Nos grupos sociais mais pobres, precárias condições sócio-econômicas (como habitação e dificuldade de acesso à educação e à informação) somam-se a causas patogênicas causando efeitos sinérgicos e adversos ao bem-estar individual. De fato, tem-se argumentado que “*as comunidades empobrecidas das áreas internas das grandes cidades são cada vez mais caracterizadas por ‘sinergia de pragas’, na qual os efeitos negativos de uma gama de problemas sociais diferentes – relacionados ao déficit habitacional e de serviços ligados ao bem-estar social tanto quanto à carência ou inadequação de serviços de saúde – interagem sinergicamente para criar vulnerabilidade aumentada ao HIV e à AIDS*” (Parker & Camargo Jr, 2000).

Uma vez que as condições de saúde de um indivíduo tendem a refletir seu posicionamento na estrutura social e que “*o nível educacional é considerado um bom indicador sócio-econômico*” (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b:18), a escolaridade vem sendo utilizada na determinação dos casos notificados de HIV/AIDS provenientes dos extratos mais pobres da população. Parte-se do princípio que um indivíduo com alto grau de escolaridade é em geral mais bem informado e, portanto, mais apto a adotar práticas e comportamentos seguros. Até então, vinha-se “*observando uma tendência de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade*” sendo que “*71,8 % dos casos eram analfabetos ou possuíam até 8 anos de escolaridade*” (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b:18).

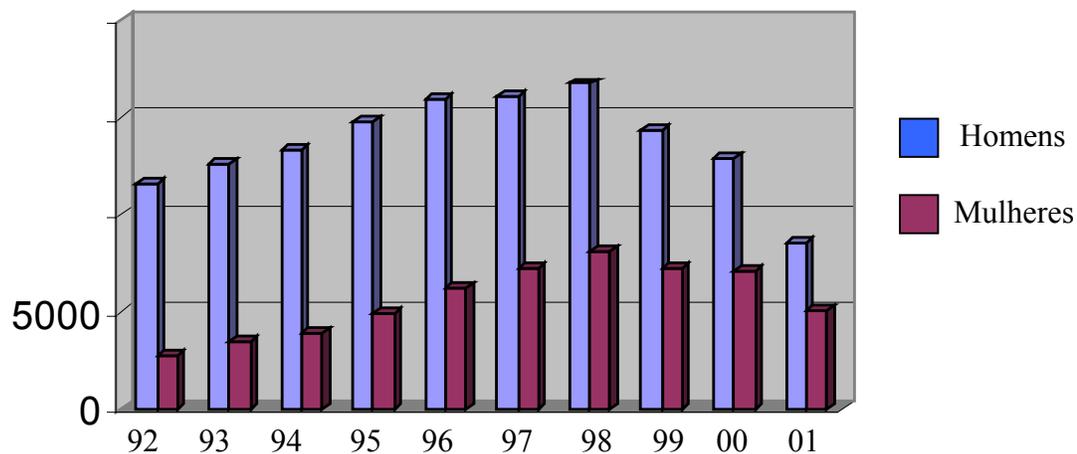
⁶ Pobreza e desigualdades que emergem do que Castells (1999) denominou como capitalismo informacional do ‘Quarto Mundo’.

Além da interiorização e da pauperização, a crescente feminização da epidemia de HIV/AIDS caracteriza uma mudança radical no perfil da mesma, sendo considerada um fenômeno alarmante no Brasil e no mundo. O decréscimo da razão entre os sexos – razão entre casos notificados do sexo masculino sobre casos notificados do sexo feminino – para todas as regiões do país indica forte expansão da epidemia entre as mulheres (Gráfico 3; Tabela 4), sobretudo em função do aumento da transmissão heterossexual da doença (Bastos *et al*, 2000: 10), “... *que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993 para o conjunto dos casos notificados*”(Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a). A razão entre os sexos que em 1992 era de 0,24, em 2001 atingiu 0,56 casos em mulheres para cada homem.

Nota-se que a relevância da categoria dos homo/bissexuais – a qual prevalece desde o início da epidemia – reduziu ao longo do tempo na medida em que a transmissão heterossexual do vírus da AIDS tem aumentado sua participação na disseminação da epidemia (Gráfico 4), principalmente no Norte e no Nordeste do país. O aumento da transmissão heterossexual da AIDS implica, evidentemente, num aumento dos casos de HIV/AIDS não apenas entre a população masculina heterossexual (Diniz & Villela, 1999: 132)⁷ mas, sobretudo, na população feminina, como já mencionado.

⁷ 24% dos casos de HIV/AIDS detectados no Brasil desde 1983 em indivíduos maiores de 13 anos do sexo masculino devem-se à categoria de exposição heterossexual (MS, CN-DST/AIDS, 2002a: 18)

Gráfico 3 - Casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino e masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico. Brasil 1992-2001*



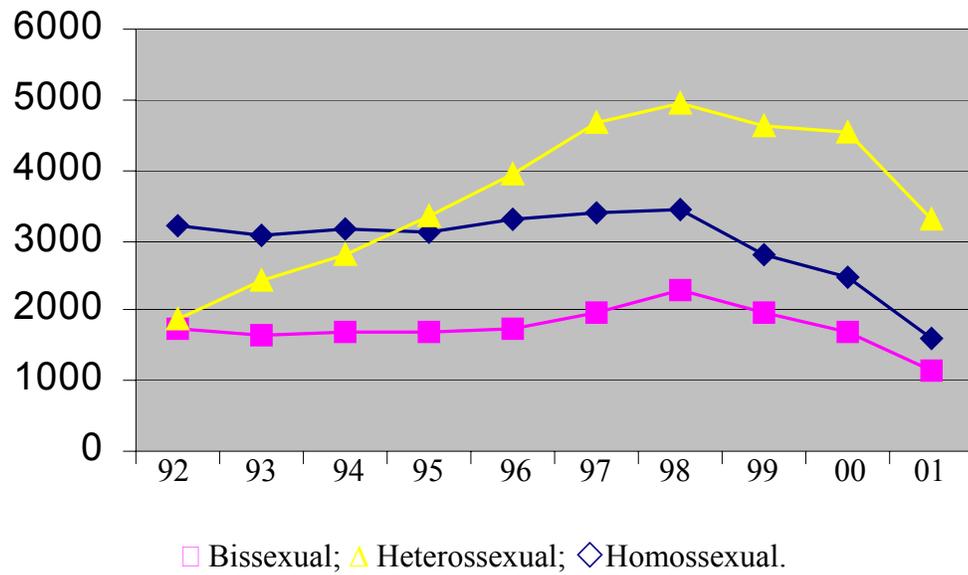
Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a.
 (*) Dados preliminares até 31.03.02, sujeitos à revisão.
 Elaboração Própria.

Tabela 4 - Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino e feminino com 13 anos ou mais. Brasil, 1992-2002*

ANO	SEXO		RAZÃO M:H	TOTAL
	HOMENS (H)	MULHERES (M)		
1992	11572	2742	0.24	14.314
1993	12547	3421	0.27	15.968
1994	13388	3962	0.30	17.350
1995	14729	4944	0.34	19.673
1996	15983	6197	0.39	22.180
1997	16137	7242	0.45	23.379
1998	16738	8079	0.48	24.817
1999	15590	7940	0.51	23.530
2000	14806	8134	0.55	22.940
2001	13096	7669	0.59	20.765
2002*	5957	3359	0.56	9.316
TOTAL	150.543	63.689	---	214.202

Fonte: Brasil, MS/CN-DST/AIDS, 2002b: 28-9. Elaboração Própria.
 (*) Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 4 - Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1992-2001

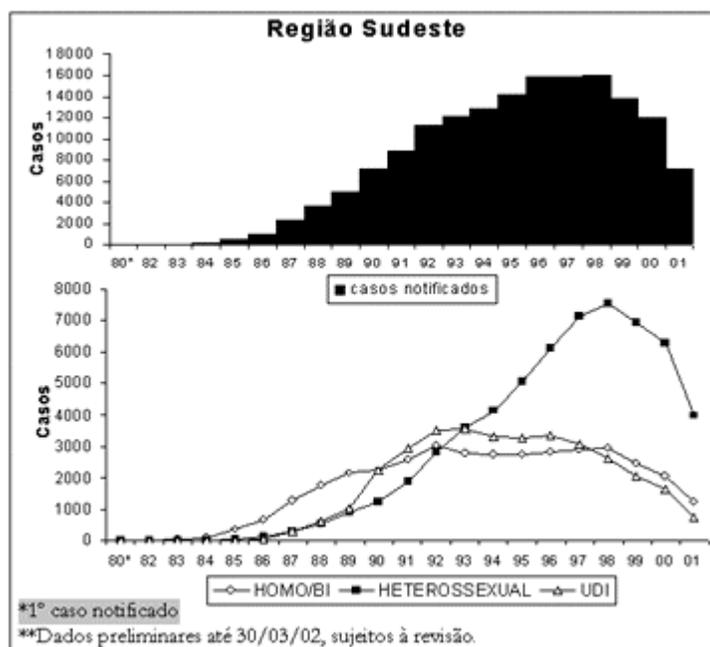


Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002a.
Elaboração Própria.

I.2 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Como mencionado anteriormente, a maioria dos casos notificados de AIDS encontram-se concentrados na Região Sudeste, sobretudo nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro (Gráfico 5). Em geral, as tendências e algumas das mudanças no perfil da epidemia de HIV/AIDS observadas para o território nacional, também se constataam no Estado do Rio de Janeiro (Gráfico 7).

Gráfico 5 - Casos de AIDS segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Sudeste, 1980 - 2001**



Fonte: Extraído de Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b:33.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro de 2002 da Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), 35.387 casos acumulados de AIDS haviam sido notificados no Estado do Rio de Janeiro de 1982 até dezembro de 2002. Na Tabela 5, abaixo, podemos observar a evolução do número de casos de AIDS notificados ao MS para o Estado do Rio de Janeiro entre 1992 e 2001. Desde o início da epidemia em 1982, até o fim da década de noventa, o número de casos de AIDS (por ano de diagnóstico) cresceu consideravelmente no Estado do Rio de Janeiro, atingindo seu pico em 1997, quando foram reportados cerca de 3.700 casos. Desde então o número de casos notificados sofreu gradual redução.

Apesar da incidência de AIDS nos maiores de 13 anos ter se mantido crescente até 1997, observou-se paralelamente uma redução das taxas de mortalidade pela doença, com queda nos números absolutos de óbitos por AIDS tanto para homens quanto para mulheres no Estado do Rio de Janeiro. Enquanto em 1995 o número absoluto de óbitos por AIDS era de 1.469 em homens e 420 em mulheres, respectivamente, em 2000, estes números correspondiam a 721 e 320 respectivamente. Isto sugere um acréscimo na sobrevivência dos portadores que acredita-se ser decorrente das melhorias no tratamento da doença, sobretudo no que diz respeito à garantia de acesso universal terapia anti-retroviral (ARV) e à prevenção de doenças oportunistas (Rio de Janeiro, SES-RJ/ DST/AIDS, 2001).

Tabela 5 - Casos notificados de AIDS segundo ano de diagnóstico.

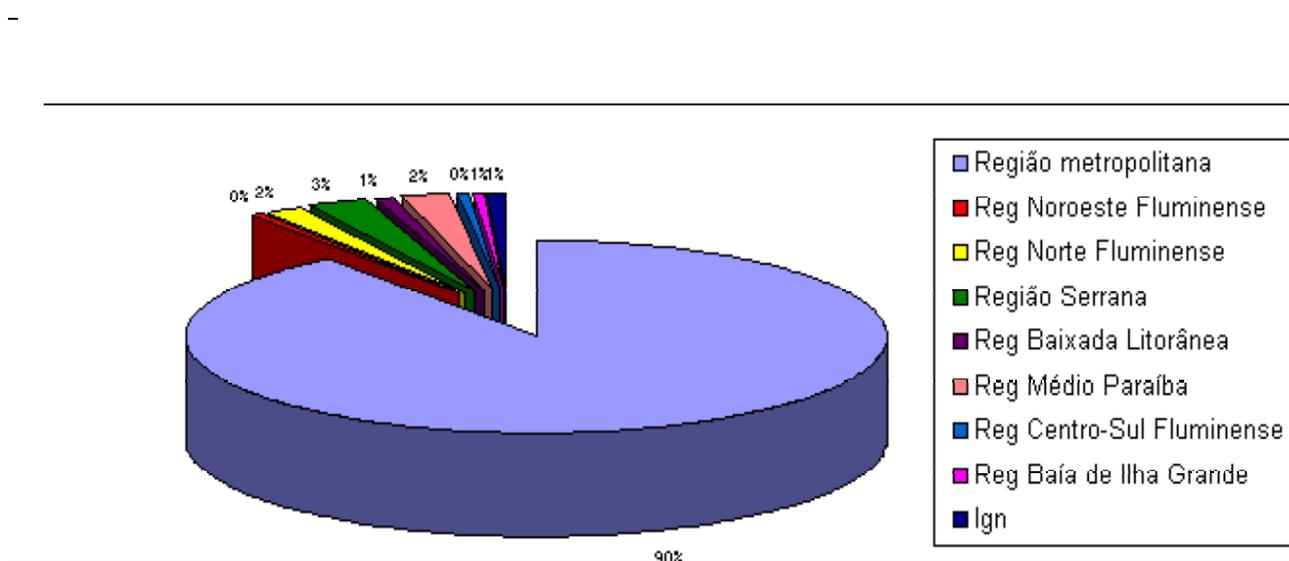
Estado do Rio de Janeiro, 1992-2001

ANO DE DIAGNÓSTICO	NO. CASOS DE AIDS
1992	2.292
1993	2.313
1994	2.410
1995	2.776
1996	3.411
1997	3.756
1998	3.580
1999	2.991
2000	2.582
2001	2.079

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2002. Elaboração Própria.

Das ocorrências registradas, aproximadamente 90% referem-se a indivíduos residentes na região metropolitana (regiões metropolitana I e II)⁸, com 63,7% dos casos de AIDS do estado concentrados no município do Rio de Janeiro. Em segundo lugar, está a região serrana, contribuindo com 3,2% dos casos notificados no Estado, dos quais a maioria está concentrada nos municípios de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo, (Gráfico 6; Tabelas 6 e 7) .

Gráfico 6 - Distribuição dos casos notificados de AIDS, segundo macrorregião. Estado do Rio de Janeiro, 2000



Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2001.

⁸ **Região Metropolitana (I):** Belford Roxo; Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri; Magé; Nilópolis; Nova Iguaçu; Queimados; Rio de Janeiro; São João de Meriti; Seropédica. **Região Metropolitana II:** Itaboraí; Maricá; Niterói; São Gonçalo; Silva Jardim; Tanguá.

Tabela 6 - Distribuição dos casos notificados de AIDS segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002*

REGIÕES DO ESTADO	NO. CASOS DE AIDS	%
Metropolitana I	28446	80,0
Metropolitana II	3151	8,9
Noroeste Fluminense	258	0,7
Norte Fluminense	666	1,9
Serrana	1119	3,2
Baixada Litorânea	390	1,1
Médio Paraíba	799	2,3
Centro Sul Fluminense	274	0,8
Baía da Ilha Grande	276	0,8
Municípios Ignorados	8	0,0
ESTADO TOTAL	35.387	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2002.

(*) Dados sujeitos à revisão

Elaboração Própria

Tabela 7 - Distribuição dos casos notificados de AIDS nos 10 municípios de maior incidência. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002*

MUNICIPIOS	CASOS DE AIDS	%
1.Rio de Janeiro	22549	63,7
2.Nova Iguaçu	2070	5,8
3.Niteroi	1628	4,6
4.Duque de Caxias	1311	3,7
5.São Gonçalo	1166	3,3
6.São João de Meriti	905	2,6
7.Belford Roxo	627	1,8
8.Petrópolis	545	1,5
9.Macaé	309	0,9
10.Campos dos Goytacazes	297	0,8
TOTAL 10 MUNICIPIOS	31.407	88,8

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2002.

(*) Dados sujeitos à revisão.

Elaboração própria.

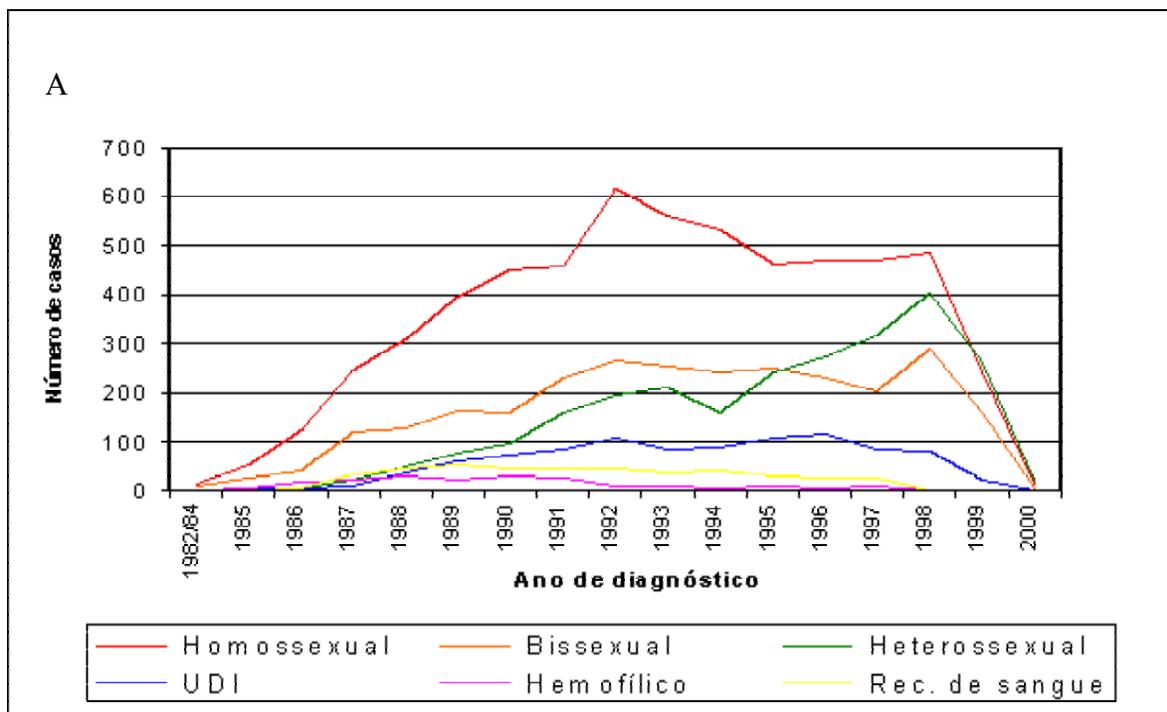
Apesar do número de casos notificados de AIDS ser ainda pequeno em outras regiões do Estado do Rio de Janeiro, pode-se dizer que houve uma clara expansão da epidemia de HIV/AIDS para municípios de médio e pequeno porte localizados no interior do estado. Observa-se que na região do noroeste fluminense, por exemplo, apenas 15 casos de AIDS foram notificados em 1992; em 2000, este número já havia subido para 35, com

43% dos casos concentrados no município de Itaperuna. O mesmo pode ser dito da região norte fluminense que em 1992 reportou 42 casos de AIDS ao passo que, em 2000, este número já havia atingido 94, com 91% dos casos localizados em apenas dois municípios: Macaé e Campos. A melhora na notificação de casos de AIDS no interior do estado pode ter contribuído para o acréscimo dos mesmos nestas regiões. Contudo, não se pode atribuir o aumento do número de casos de HIV/AIDS no interior do estado do Rio de Janeiro somente à melhora na notificação e dos sistemas de vigilância epidemiológica, dado que a interiorização da epidemia é uma tendência observada em nível nacional que muito provavelmente se reproduz em cada unidade federada.

No que diz respeito à distribuição dos casos de AIDS no estado do Rio de Janeiro segundo categoria de exposição em adultos, nota-se uma redução na proporção dos casos em homo/bissexuais do sexo masculino simultaneamente a um aumento na proporção de infectados – tanto homens quanto mulheres – por via de transmissão heterossexual. Vale a pena destacar que enquanto nos homens a via de transmissão heterossexual passou de 14,2% em 1991 para 30,2 % em 2001, nas mulheres este salto foi de 83,9 % para 98,9% no mesmo intervalo de tempo (Gráfico 7).

A razão entre homens e mulheres infectados no estado do Rio de Janeiro também vem diminuindo ao longo do tempo (Gráfico 8) devido a um aumento na incidência dos casos de HIV/AIDS entre as mulheres, o que impacta diretamente no número de casos por transmissão vertical. O número de casos de AIDS em homens, mulheres e crianças no Estado do Rio de Janeiro é ilustrada no Gráfico 9.

Gráfico 7 - Distribuição de casos de AIDS em indivíduos adultos do sexo masculino (A) e feminino (B) por categoria de exposição e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2000



Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2001.

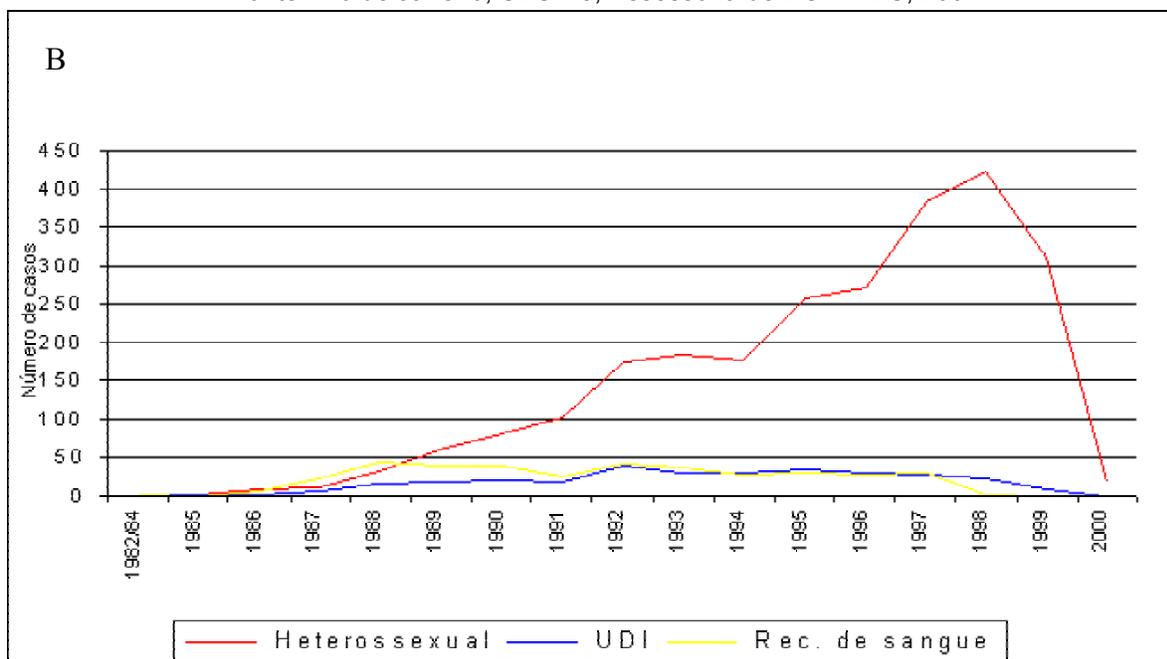
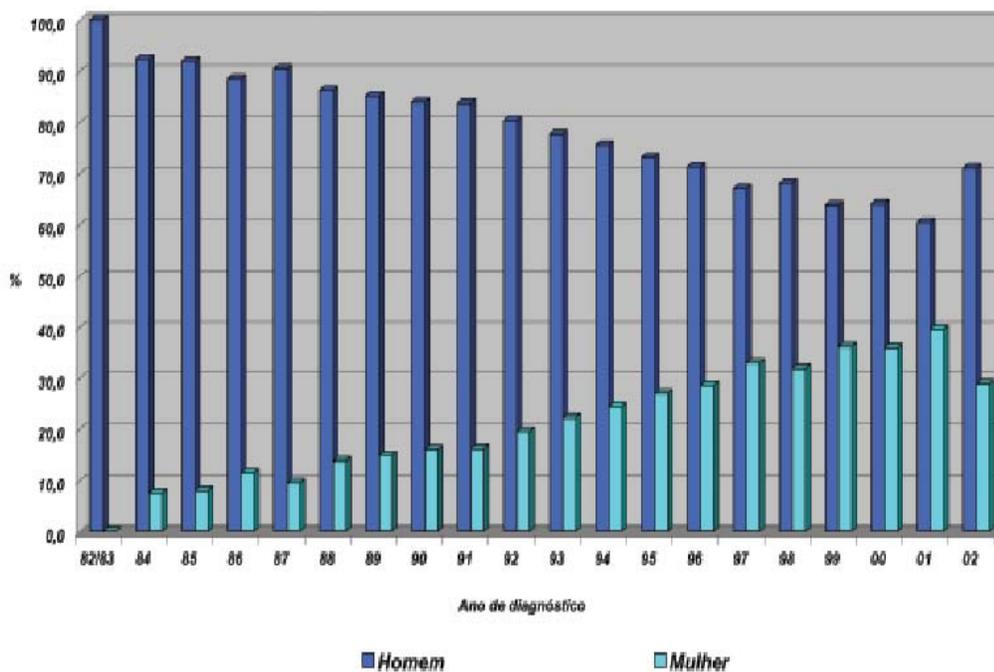
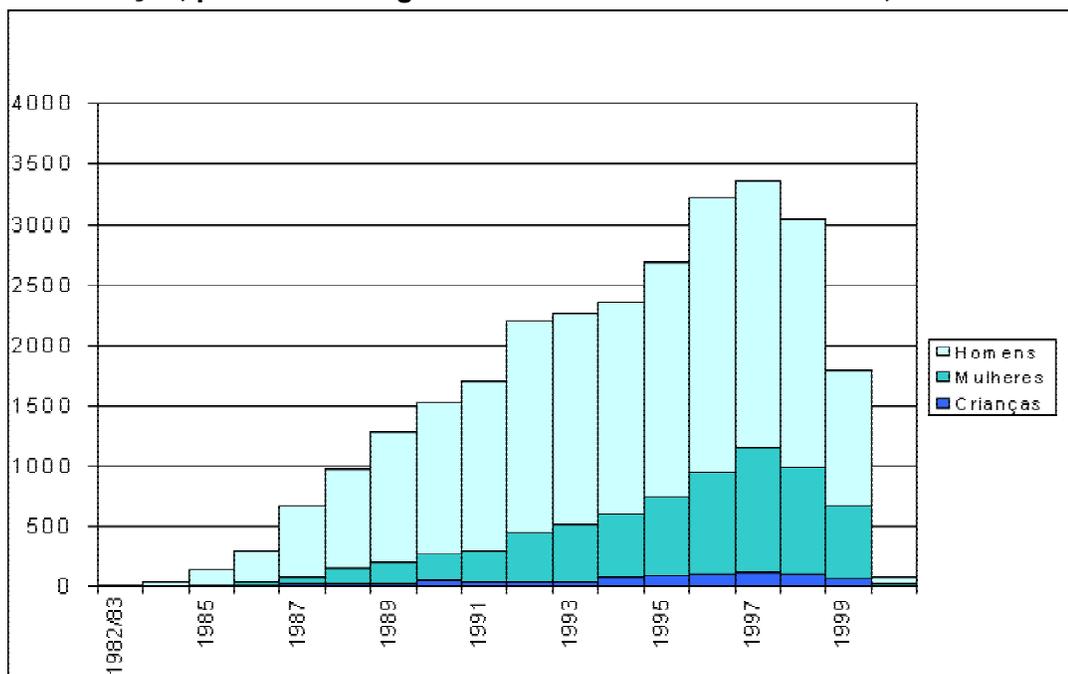


Gráfico 8 - Proporção de casos notificados de AIDS, segundo sexo e ano de Diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982-2002*



Fonte: Extraído de Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2002

Gráfico 9 - Distribuição de casos de AIDS entre homens, mulheres e crianças, por ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982 – 2000.



Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2001.

Atualmente (2003), 3,5% dos casos de HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro referem-se a crianças menores de 13 anos, 2,6% correspondem a casos notificados em menores de 5 anos e 1,6% em adolescentes entre 13-19 anos. A maior porcentagem de casos (87,3%), contudo, é observada em adultos entre 20 e 49 anos, com apenas 10,9% dos casos ocorrendo em adultos acima de 50 anos (Rio de Janeiro, SES-RJ/DST/AIDS, 2002:7).

Segundo o Relatório de Planejamento Estratégico da Assessoria Estadual de DST/AIDS, *“estes dados confirmam análises anteriormente realizadas, que apontam para o crescimento da epidemia entre mulheres ... e pelo aumento da transmissão perinatal, assim como o impacto social da AIDS, que atinge principalmente adultos jovens, economicamente ativos...”* (Rio de Janeiro, SES-RJ/DST/AIDS, 2001:12).

II. OS PROGRAMAS DE DST/AIDS

II.1 O PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

O primeiro programa governamental brasileiro de DST/AIDS foi criado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1983, sob a coordenação da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS) em resposta a demandas de grupos homossexuais militantes que cobravam uma posição do estado frente a nova epidemia (Teixeira, 1997: 44). Até 1985, outros programas, baseados no pioneirismo e nas referências que a experiência paulista lhes proporcionara, já haviam sido criados em pelo menos dez unidades federativas do país: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (Teixeira, 1997: 52). Neste mesmo ano, a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS) – sede do Programa Estadual de AIDS de São Paulo - foi designada como Centro de Referência Nacional para a AIDS.

A participação do Ministério da Saúde permanecera, até então, a reboque dos estados, restringindo-se a meras ações protocolares. De acordo com Rocha, o Ministério da Saúde alegava, na época, que a AIDS “*era uma doença de uma minoria rica...não havendo relevância na construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir nesta doença*” (1999: 27). Somente em 1986, no auge da redemocratização do país e da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (cujas diretrizes representaram os primeiros passos em direção ao Sistema Único de Saúde), as ações governamentais – em âmbito federal – de combate à epidemia de HIV/AIDS começaram a ganhar maior expressão pública no Brasil (Teixeira, 1997:59). Induzido também pela mobilização de organizações internacionais no que diz respeito à epidemia, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), que, naquele mesmo ano, criou o Programa Especial de AIDS (denominado, em 1987, como Programa Global de AIDS), o Ministério da Saúde elaborou portaria sobre as ações referentes à AIDS⁹ e incluiu-a na relação das doenças de notificação compulsória¹⁰.

⁹ Portaria Ministerial 236/86

¹⁰ Portaria Ministerial 542/86

Apenas em 1988, foi oficialmente criado um Programa Nacional de DST/AIDS dentro da estrutura do Ministério da Saúde (Galvão, 2000:117). O primeiro grande projeto elaborado pelo Programa Nacional foi o *Projeto Previna*, em 1989, direcionado, principalmente, aos “*grupos de risco*”, tais como eram definidos, na época, os/as profissionais do sexo, os homossexuais, os internos do sistema penitenciário e os usuários de drogas injetáveis (Galvão, 2000:122). Ao se consolidar e fortalecer institucional e financeiramente, o Programa Nacional de DST/AIDS reverteu sua relação inicial (de certa dependência) com os estados, passando a agir de forma centralizada, ditando e difundindo as normas e atividades a serem empreendidas em todo o país (Teixeira, 1997:60).

Segundo Galvão (2000:123), não demorou muito, contudo, para que o Programa Nacional de DST/AIDS vivesse sua pior crise. Durante o Governo Collor (1990 e 1992), o Programa Nacional de DST/AIDS se desestruturou quase que completamente. A articulação entre a Coordenação do Programa Nacional e os Programas Estaduais/ONGs sofreu fragilização. A veiculação de campanhas negativas de prevenção na mídia despertou profunda indignação em inúmeros ativistas que viviam um momento de solidariedade para com os soropositivos¹¹ além de refletir claramente, de acordo com Teixeira (1997: 63), a prioridade da instância federal em relação a estratégias discriminatórias de prevenção que valorizavam a promoção da saúde quase que exclusivamente entre os não-infectados. Ainda nesta gestão, observou-se um conflito entre o Ministério da Saúde brasileiro e a OMS por aquele recusar que o país “servi(sse) de cobaia” no que tangia à realização de possíveis testes de vacinas anti-HIV no Brasil. Apesar dos inúmeros contratemplos, o período trouxe um avanço positivo no que diz respeito ao combate da epidemia: a criação da política de distribuição universal e gratuita de medicamentos a pacientes de AIDS em todo o país (Teixeira, 1997:63-64; Galvão, 2000: 124). O Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) reestruturou-se somente após o Governo Collor quando, sob a coordenação de Lair Guerra, retomaram-se relações com as ONGs, Programas Estaduais e com a OMS, além de serem negociados empréstimos financeiros com o Banco Mundial responsáveis pelo firmamento do Projeto AIDS I e, posteriormente, AIDS II, de “Controle das DST/AIDS”.

¹¹ movimento iniciado por Herbet Daniel das ONGs Grupo pela Vida e ABIA

Atualmente (2003) o PN-DST/AIDS se estrutura a partir de três componentes¹², sendo eles: a promoção, proteção e prevenção das DST/AIDS; o diagnóstico, tratamento e a assistência destas enfermidades; e o desenvolvimento institucional e gestão do programa (MS, CN-DST/AIDS, 1999a: 4). A missão do PN-DST/AIDS consiste na “*gestão nacional das políticas, diretrizes e estratégias que orientem as ações de promoção à saúde e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST)/ vírus da imunodeficiência humana (HIV)/ síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), em permanente interação com os atores sociais envolvidos, instituições e sociedade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e, internacionalmente, na perspectiva do avanço do conhecimento técnico-científico e do respeito e solidariedade humanos*” (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999a: 3; Camargo Jr., 1999: 237).

Desde sua concepção, o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) foi denominado de várias formas e subordinado a diferentes instâncias do Ministério da Saúde (MS). Atualmente, o Programa articula-se a uma ampla rede de atores, sendo gerido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) [Figura 2]. A CN-DST/AIDS até 2002 esteve subordinada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde (MS). Em 2003 com a posse do novo governo ocorreu uma reorganização do MS e a coordenação nacional passou a estar subordinada à nova Secretaria Nacional de Vigilância em saúde¹³, sendo responsável pela formulação das políticas, diretrizes e estratégias referentes à promoção da saúde, à prevenção das DST/AIDS e à assistência aos infectados. Para tanto, a CN-DST/AIDS está estruturada em diferentes Assessorias e Unidades Técnicas e Administrativas¹⁴, das quais

¹² Fica claro que os três componentes do Projeto AIDS II correspondem às estratégias traçadas pelo governo brasileiro, corroborando a intenção do Banco em desenvolver, quando possível, sua oferta de idéias de acordo com a agenda política já existente em cada país.

¹³ Em 2003, com a mudança governamental a estrutura do MS foi reformulada, contudo no momento da elaboração desta dissertação a nova organização não estava completamente implantada.

¹⁴ **Composição da CN-DST/AIDS:**

Comissões e Conselhos: Comissão de Gestão, Comissão Nacional de AIDS, Conselho Nacional Empresarial em HIV/AIDS;

Comitês Assessores: Homens que fazem Sexo com Homens, Trabalhadores do Sexo, População Prisional, População em Situação de Pobreza, Laboratório, Terapia de Adultos e Adolescentes, Terapia de Crianças, DST, Co-Infecção HIV-Tuberculose, Co-Infecção HIV-Hepatites Virais;

Comitês Diretivos: Avaliação e Seleção de Projetos de ONG (externo), Pesquisa;

Outros Comitês: Epidemiologia, Vacinas Anti-HIV/AIDS;

Assessorias: Cooperação Externa (COOPEX), Planejamento e Avaliação (ASPLAV), Informática (ASIP),

podem ser destacadas a Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV), a Unidade de Prevenção e a Unidade de Assistência [Figura 3].

A Assessoria de Planejamento e Avaliação, conhecida como ASPLAV, é responsável por auxiliar a Coordenação Nacional na tomada de decisões “*ao definir diretrizes e estratégias, em conjunto com as demais Unidades da Coordenação, para o desenvolvimento das ações que compõem os Componentes e Subcomponentes do Projeto AIDS II*” (Brasil, MS, CN-DSTAIDS, 2003a)¹⁵, sobretudo no que se refere ao planejamento, à programação, ao monitoramento e à avaliação das ações executadas. Esta Assessoria deve subsidiar os gestores do Programa, sobretudo na elaboração de planos estratégicos e operacionais de curto e médio prazo como, por exemplo, os POA. A ASPLAV é responsável pela manutenção do SIAIDS – Sistema de Informações Gerenciais do Projeto AIDS II, por ela concebido – cujas informações visam possibilitar a transparência e o aprimoramento da gestão dos recursos financeiros destinados à prevenção e ao controle das DST/HIV/AIDS pelos Programas de DST/AIDS nas três instâncias governamentais. A ASPLAV deve também promover o fortalecimento das interfaces com os estados, com o D.F., com os municípios, com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, com órgãos setoriais do Ministério da Saúde e outros Ministérios e com Agências Internacionais de Cooperação Técnico-Financeira, a fim de honrar o princípio de integralidade que norteia as ações de saúde desenvolvidas no contexto do S.U.S.

Já a Unidade de Prevenção é responsável pela formulação e implementação de uma política nacional de prevenção de DST/AIDS no país. Esta unidade tem sob sua responsabilidade propor estratégias de intervenção junto à população em geral, sobretudo entre os grupos de maior vulnerabilidade, visando aumentar os níveis de informação e a consciência da população sobre os riscos de infecção. Deve também ampliar tanto a cobertura quanto o impacto das intervenções adotadas, sobretudo em nível local, no esforço de redução da incidência das DST/HIV/AIDS.

Comunicação (ASCOM);

Unidades Técnicas: Prevenção, Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos, Diagnóstico/Assistência e Tratamento, Epidemiologia, Treinamento, Monitoramento e Auditoria Preventiva, Administração e Orçamento e Finanças.

¹⁵ www.aids.gov.br - link, “Áreas da Coordenação Nacional de DST/AIDS”

Segundo dados disponibilizados pela CN-DST/AIDS¹⁶, as políticas de promoção à saúde e de prevenção às DST/AIDS devem delinear ações que estejam de acordo com os princípios de descentralização, equidade, integralidade e controle social que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas públicas em DST/AIDS devem avaliar os contextos individuais, coletivos e sociopolíticos que levam ao risco ou vulnerabilidade acrescida à infecção por DST/HIV, visando estimular e estabelecer:

- mudanças de comportamento através do acesso ampliado à informação;
- o desenvolvimento de modelos de intervenção que levem em conta a complexidade do corpo social;
- o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em estratégias educacionais de grupo;
- o fortalecimento de redes sociais que difundam ações de promoção da saúde, prevenção da doença e apoio aos infectados;
- o desenvolvimento de parcerias com instituições públicas, ONGs e associações comunitárias que lidem com a questão das DST/AIDS; e
- a criação de mecanismos institucionais que permitam a participação empresarial no controle e prevenção da epidemia.

Desta forma, segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS as principais estratégias de promoção da saúde e prevenção ao HIV/AIDS a serem desenvolvidas pelo PN-DST/AIDS devem concentrar-se: na realização de campanhas em massa (através da mídia impressa e da internet); no apoio a projetos de intervenção comportamental que visem a redução da vulnerabilidade/risco de infecção pelo HIV e que partam, sobretudo, de iniciativas comunitárias; no estímulo à demanda e amplificação da oferta e do acesso a insumos de prevenção, tais como preservativos e seringas descartáveis; no desenvolvimento de ações integradas nas três esferas de governo com órgãos governamentais conveniados; no estabelecimento de parcerias com o setor empresarial; e na capacitação de equipes multiplicadoras que se dediquem à disseminação de informação sobre o HIV/AIDS (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999a: 21-23).

¹⁶ www.aids.saude.gov.br/prevenção; daqui em diante esta referência será citada como: MS, CN-DST/AIDS, 2003b.

A implementação destas medidas deve ser realizada pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS e por organizações da sociedade civil, como ONGs. A execução destas ações em nível local deve contar com a capacidade instalada dos Programas Estaduais e Municipais implantados e ser orientada por critérios epidemiológicos e de densidade populacional, visando priorizar populações vulneráveis e de risco acrescido às DST/HIV/AIDS. Os segmentos a serem priorizados por estratégias preventivas foram agrupados em matrizes populacionais classificadas segundo:

- 1) ocorrência frequente de comportamento de risco e alta vulnerabilidade;
- 2) ocorrência frequente de comportamento de risco e vulnerabilidade variável; e
- 3) ocorrência variável de comportamento de risco e alta vulnerabilidade.

No primeiro grupo está inserida a população carcerária, os usuários de drogas injetáveis, os/as profissionais do sexo, os caminhoneiros e os garimpeiros; no segundo grupo, encontram-se os homens que fazem sexo com homens (HSH), englobando tanto homo quanto bissexuais; e, no terceiro, estão incluídas mulheres, crianças e adolescentes, a população indígena, a população de baixa renda ou em situação de pobreza e os efetivos militares.

A construção de políticas de DST/AIDS pela Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS e por diversos outros atores inseridos no contexto do SUS exige, portanto, constante reflexão acerca do risco e da vulnerabilidade individual e social às DST/HIV/AIDS, visando sua prevenção e a promoção da saúde por meio do estímulo a comportamentos e práticas mais seguras e da ampliação da oferta de serviços assistenciais e de dispositivos preventivos direcionados a segmentos populacionais definidos, sobretudo em nível local.

Por sua vez, a Unidade de Assistência da CN-DST/AIDS é responsável pela/o:

- definição das diretrizes técnicas de tratamento das DST/HIV/AIDS;
- elaboração da estimativa de necessidade e dos custos de medicamentos para as DST/HIV;
- coordenação da logística de aquisição e distribuição de medicamentos e apoio ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM);
- apoio aos laboratórios nacionais credenciados para a produção de medicamentos anti-retrovirais (ARV);

- elaboração e implementação de estratégias que promovam a adesão dos pacientes à terapia ARV;
- capacitação de profissionais no manejo clínico dos portadores de DST/HIV/AIDS;
- coordenação de uma política nacional de tratamento das DST visando, sobretudo, a prevenção da transmissão da infecção pelo HIV;
- credenciamento dos Centros de Referência Nacional para DST/AIDS;
- definição das normas de procedimento para exames laboratoriais;
- aquisição e distribuição de insumos e equipamentos laboratoriais em redes estaduais e municipais;
- avaliação da qualidade (através de cooperação técnica internacional) dos procedimentos laboratoriais;
- implantação e gerenciamento da rede de serviços assistenciais alternativos como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospitais Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT);
- coordenação das iniciativas de integração das atividades assistenciais e preventivas em DST/AIDS com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) , o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA), entre outros (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003c)¹⁷

Pode-se dizer que o Brasil foi um dos primeiros países a adotar políticas efetivas para a melhoria na assistência aos portadores de HIV/AIDS quando, no início da década de noventa, foi lançada a política de distribuição universal e gratuita de AZT, medicamento utilizado na monoterapia de soropositivos. Posteriormente o programa de acesso universal passou a ofertar a terapia combinada de retrovirais. A descoberta do chamado “coquetel” (ou terapia combinada de anti-retrovirais - ARV) que, durante a XI Conferência Internacional de AIDS realizada em Vancouver em 1996, consagrou o médico e pesquisador David Ho como homem do ano (Galvão, 2000:202-203), revolucionou o

¹⁷ www.aids.gov.br/assistencia

tratamento das pessoas com HIV/AIDS, trazendo esperanças de melhora na qualidade de vida e de aumento da sobrevivência dos infectados.

Atualmente no Brasil, segundo informações da CN-DST/AIDS mais de 120.000 pacientes se beneficiam da terapia ARV, com cobertura quase total dos atuais pacientes. Quinze medicamentos anti-retrovirais são disponibilizados através de 424 unidades de distribuição em todo o país. A maioria destas unidades, 297 está localizada nas Regiões Sul e Sudeste, com especial destaque para os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Existem atualmente no estado do RJ, 93 unidades dispensadoras de medicamentos de AIDS na rede pública de saúde. Dos 15 medicamentos dispensados por estas unidades, 8 são produzidos nacionalmente, a saber: a zidovudina (AZT), a didanosina (ddI), a lamivudina (3TC), a estavudina (d4T), a zalcitabina (ddC), o indinavir, a nevirapina e o comprimido de AZT+3TC. Esta produção foi iniciada em 1993, com a fabricação da zidovudina (AZT), seguida da produção de outros 7 medicamentos pelo Laboratório do Estado de Pernambuco (LAFEPE). Além do LAFEPE, existem hoje no Brasil vários outros laboratórios que se encarregam da produção de ARV, como a Fundação para o Remédio Popular/SP, o Instituto Vital Brasil/RJ, Far-Manguinhos/FIOCRUZ, entre outros. Far-Manguinhos produz 6 dos ARV utilizados no Brasil, sendo todos aprovados em testes de bioequivalência e licenciados como medicamentos genéricos (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003c).

A produção nacional de anti-retrovirais é essencial para viabilizar e sustentar a distribuição universal e gratuita desses medicamentos aos que vivem com HIV/AIDS, uma vez que reduz sensivelmente os gastos com a importação de ARV. Só em 1999 foram gastos US\$ 336 milhões com medicamentos, para atender cerca de 73.000 pacientes. Em 2000, os gastos com medicamentos para atender, aproximadamente 100.000 pacientes chegaram a US\$ 303 milhões, dos quais 39% foram comprometidos somente com a compra de nelfinavir e efavirenz, dois medicamentos importados protegidos pela lei de patentes. Em 2001, os gastos com medicamentos antiretrovirais foram de US\$ 235 milhões para atender uma média de 105 mil pacientes. Já em 2002, os gastos com ARV em razão da produção nacional foram reduzidos a US\$ 167 milhões para tratar 119.500 pacientes. Ainda assim, 61% dos recursos nacionais dispensados para a aquisição de ARV no ano de 2002 foram gastos com medicamentos importados, contra os 39% gastos na produção nacional. Apesar disto, faz-se necessário reconhecer a evolução na redução dos preços pagos por

ARV¹⁸ nos últimos 4 anos, ressaltando que se o Brasil ainda estivesse importando todos os medicamentos que constituem o coquetel, os gastos anuais em AIDS com a aquisição de medicamentos ultrapassariam US\$ 530 milhões, o que tornaria o programa de distribuição gratuita e universal inviável (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003c).

A essencialidade do programa de distribuição universal e gratuita de ARV vêm sendo reforçada na medida em que se observa uma queda da mortalidade por AIDS e do número de internações em hospitais públicos. Segundo informações da CN DST/AIDS, entre os anos de 1995 e 1999, houve uma redução de aproximadamente 50% nas taxas de óbito no Brasil. Já o número de internações por doenças oportunistas, como tuberculose, pneumonia, entre outras, sofreu uma redução de 80%. De 1997 a 2000, 234 mil internações por doenças oportunistas¹⁹ foram evitadas, o que teria gerado uma economia de US\$ 677 milhões (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003c).

Além da distribuição de ARV, a esfera assistencial ao HIV/AIDS no Brasil também conta com: serviços de atendimento às DST, com os Serviços de Assistência Especializada (SAE), com a rede de Hospitais Dia (HD) e de Hospitais Credenciados (HC), com a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e com os Centros e Núcleos de Atendimento Psicossocial (CAPS/NAPS), todos inseridos na rede do SUS.

Os serviços de atendimento às DST contam com 1126 unidades de saúde distribuídas por todo o país nos diversos níveis de complexidade do SUS. Segundo a CN-DST/AIDS, estas unidades dispõem de profissionais de saúde capacitados que devem efetuar o diagnóstico etiológico, prover assistência clínica e o tratamento adequado das DST, estimulando também a prevenção, através do fornecimento de preservativos e do aconselhamento para testagem do HIV. Já os SAE - Serviços de Assistência Especializada

¹⁸ O Efavirenz custava 2,32 dólares/cápsula de 200 mg, hoje custa 0,84 dólares/cápsula (redução de 64%); o Indinavir custava 2 dólares/cápsula de 400 mg, hoje custa 0,47 dólares/cápsula (redução de 77%); o Nevirapina custava 3,04 dólares/comprimido de 200 mg, hoje custa 1,28 dólares/comprimido (redução de 58%); a Didanosina (ddI) baixou de 1,85 dólares/comprimido de 100 mg para 0,51 (redução de 72%); a Lamivudina (3TC) baixou de 2,90 dólares/comprimido de 150 mg para 0,83 (redução de 71%); a Zalcitabina (ddC) baixou de 1,55 dólares/comprimido de 0,75 mg para 0,08 (redução de 95%).

²⁰ Em termos das principais doenças oportunistas foi registrada uma redução de 60% para a tuberculose, 54% para o citomegalovírus e 38% para o sarcoma de kaposi, neste mesmo período.

– são unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar que deve acompanhar os pacientes e seus familiares de forma integral. Ao todo, existem 381 unidades de SAE espalhadas pelo Brasil. Os HD - Hospitais-Dia – por sua vez, são uma modalidade alternativa de atendimento para pacientes que não requerem internação, mas necessitam de procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos – como medicação assistida, biópsias e pequenos procedimentos cirúrgicos – os quais são geralmente realizados em ambiente hospitalar. Atualmente, há 79 unidades de HD em todo o país. Já os HC, ou hospitais credenciados, constituem uma rede de assistência hospitalar de alta complexidade que conta com 375 unidades providas de enfermarias, serviços de urgência, áreas clínico-cirúrgicas e laboratoriais, na realização de procedimentos terapêuticos e de diagnóstico²⁰. As 53 unidades de ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica – constam como alternativas à internação hospitalar uma vez que estimulam a redução da demanda e do tempo de internação do paciente, tratando-o em seu próprio lar e proporcionando a humanização do atendimento. Finalmente, os 30 CAPS/NAPS – Centros de Atendimento Psicossocial e Núcleos de Atendimento Psicossocial – são serviços alternativos à hospitalização convencional que prestam atendimento de 12 ou 24 horas (respectivamente) aos pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos. Os CAPS/NAPS oferecem oficinas terapêuticas e de prevenção às DST/HIV/AIDS, que incluem o aconselhamento e a oferta do teste anti-HIV, além de prestar auxílio no monitoramento da adesão dos pacientes soropositivos à terapia ARV (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003c).

²⁰ Os HC estão autorizados a cobrar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com valores diferenciados.

I.2 O PROGRAMA DE DST/AIDS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

No estado do Rio de Janeiro, as ações de controle e prevenção das DST/AIDS passaram a ser desenvolvidas em 1985 pela Divisão de Dermatologia Sanitária da SES-RJ, seguindo os moldes do programa estadual paulista. A partir de 1986, estas ações foram empreendidas pela então criada Divisão de DST/AIDS. Atualmente (2003), o Programa de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro é administrado pela Assessoria Estadual de DST/AIDS, subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ)²¹. De acordo com o Relatório de Planejamento Estratégico da SES-RJ, até 2001 a Assessoria contava com a atuação de aproximadamente 42 funcionários (entre eles médicos, enfermeiros, psicólogos e consultores, além de técnicos, auxiliares e agentes administrativos) em sete áreas ou departamentos específicos, a saber: coordenação, planejamento e avaliação, prevenção, DST, logística de medicamentos e preservativos, vigilância epidemiológica, assistência e o setor administrativo.

A Assessoria de DST/AIDS da SES-RJ é responsável pelo gerenciamento, coordenação e monitoramento das ações preventivas e assistenciais em DST/AIDS, tanto no nível estadual quanto municipal. Dos 92 municípios do estado, 42 possuem programas implantados de DST/AIDS (ENTREVISTADO 2). Destes, 12 (além da própria Assessoria Estadual de DST/AIDS) celebram convênios com o Ministério da Saúde para o recebimento dos recursos destinados aos componentes prevenção, assistência e fortalecimento institucional do Projeto AIDS II. São eles: Angra dos Reis, Belford Roxo, Campos Goytacazes, Duque de Caxias, Macaé, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti e Volta Redonda. Segundo a Assessoria de DST/AIDS (2001: 29; ENTREVISTADO 2), os programas do Rio de Janeiro, Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Petrópolis, Macaé e Campos são os que dispõem da melhor estrutura institucional e capacidade instalada para prestar serviços de alta complexidade em HIV/AIDS e promover sua prevenção. Como ilustrado no quadro 1, abaixo, cada região do

²¹ A Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) está subordinada à Coordenação de Epidemiologia da Superintendência de Saúde Coletiva e a Superintendência de Serviços de Saúde que, por sua vez, estão subordinadas à Subsecretaria de Estado de Saúde, que responde diretamente à SES.

estado conta com a atuação de programas bem-estruturados como pólos de referência em DST/AIDS.

Quadro 1: Distribuição dos pólos de referência em DST/AIDS, segundo região. Estado do Rio de Janeiro, 2001

REGIÕES DO ESTADO	LOCALIDADE DOS PROGRAMAS REFERÊNCIA
Metropolitana	Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu, São João do Meriti
Noroeste-Fluminense	Itaperuna
Norte-Fluminense	Campos, Macaé
Serrana	Petrópolis, Teresópolis
Baixada Litorânea	Cabo Frio
Médio-Paraíba	Resende, Valença, Volta Redonda
Centro-Sul	Vassouras, Miguel Pereira
Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, 2001.
Elaboração Própria

Segundo o Relatório de Planejamento Estratégico da Assessoria Estadual de DST/AIDS, as propostas de ações preventivas vêm sendo construídas de forma intersetorial, para que possam ser implementadas como resultado de parcerias entre os setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), outros órgãos governamentais e setores da sociedade civil, tais como ONGs²². O relatório também determina que, desde sua implantação, o Programa Estadual de DST/AIDS buscou articulações com: órgãos públicos do executivo estadual e municipal; instituições de ensino e pesquisa²³; com o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CRM-RJ) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); e, ainda com organizações não-governamentais (ONGs)²⁴ (Rio de Janeiro, SES-RJ/DST/AIDS, 2001:44).

No início da epidemia, as instâncias governamentais reconheceram que as ONGs eram referência para os trabalhos de prevenção no Brasil, priorizando sobretudo ações de caráter informativo e prescritivo. Desde 1993, as instâncias locais – tanto ONGs quanto setores governamentais – têm sido receptivas aos recursos provenientes do primeiro e segundo acordo de empréstimo entre o Governo Federal e o Banco Mundial, aceitando

²² Desde 1991, as diretrizes do Plano Estadual de Controle e Prevenção da AIDS passaram a ser estabelecidas pela recém-criada Comissão Estadual de AIDS (Rio de Janeiro, 2001b).

²³ UFRJ, UERJ, UNIRIO; FIOCRUZ.

²⁴ EX: ABIA, GAPA/RJ, entre outras.

também, propostas de atuação apresentadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS (ENTREVISTADO 1). Reconhecendo a necessidade de estabelecer e fortalecer parcerias entre organizações governamentais e não-governamentais visando a descentralização dos recursos e das atividades de prevenção do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro, a Assessoria Estadual de DST/AIDS recentemente criou o que pode ser denominado de setor de articulação com organizações da sociedade civil (ENTREVISTADOS 4 e 5). Os profissionais que atuam nesta área são responsáveis por fomentar a troca de informações entre a gerência do programa estadual e os membros das diferentes organizações da sociedade civil que empreendem estratégias e atividades em DST/HIV/AIDS voltadas a grupos populacionais definidos (ENTREVISTADOS 4 e 5). Esta iniciativa visa evitar a sobreposição e fragmentação de ações entre as instâncias governamentais e as ONGs voltadas à temática de HIV/AIDS no estado (ENTREVISTADOS 1 e 2), sendo essencial no monitoramento e avaliação dos diversos projetos por estas apresentados para captação dos recursos do acordo de empréstimo Brasil-Banco Mundial (ENTREVISTADO 4). Segundo o Relatório de Planejamento Estratégico (Rio de Janeiro, SES-RJ, 2001), a descentralização da seleção dos projetos de concorrência de ONG – que, a partir de 2000, passou a ser coordenada pela Assessoria Estadual de DST/AIDS – representou um passo fundamental na complementariedade das ações preventivas em HIV/AIDS.

No Rio de Janeiro, a área de prevenção tem como objetivo principal a redução da incidência das DST/AIDS principalmente entre os subgrupos populacionais mais vulneráveis - tais como HSH, UDI, populações de baixa renda, indigentes, trabalhadores do sexo, mulheres, crianças, adolescentes e as populações indígenas – e deve seguir as seguintes estratégias de intervenção, segundo o Relatório de Planejamento Estratégico de 2001 para o Estado do Rio de Janeiro:

- treinamento em prevenção e aconselhamento às DST/HIV/AIDS para profissionais de saúde;
- treinamento em prevenção e aconselhamento às DST/HIV/AIDS para profissionais da rede pública de ensino;
- expansão da implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's) ;
- distribuição para os municípios de preservativos masculinos;

- programação e distribuição de preservativos femininos;
- produção e distribuição de materiais educativos;
- projetos direcionados a populações específicas:
 - projeto de prevenção às DST/HIV/AIDS direcionados aos índios Guarani do Estado do RJ;
 - projeto direcionado às comunidades empobrecidas;
 - política de controle e prevenção das DST/HIV/AIDS direcionado ao local de trabalho;
- ações de prevenção nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Para além desses esforços, consta na Agenda Estadual de Saúde da SES-RJ que a Assessoria de DST/AIDS deve ainda :

- ampliar a capacidade instalada da rede pública de saúde no que diz respeito à assistência ambulatorial e hospitalar;
- analisar o perfil epidemiológico das DST; implementar serviços de atendimento de DSTs através da abordagem sindrômica; realizar oficinas para a prevenção de DSTs;
- realizar a vigilância epidemiológica das DST/AIDS através do registro, processamento, controle de qualidade e análise de dados do SINAN-AIDS.

III. A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

III.1 REFERENCIAIS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Assim como as descobertas de Koch e Pasteur fortaleceram a teoria do contágio, revolucionando a medicina do século XIX, a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV) por Montaigner (França, 1983) e posteriormente por Gallo (E.U.A, 1984) em fins do século XX, gerou esperanças de que a AIDS pudesse vir a ser combatida pela interrupção da transmissão de seu agente etiológico. Segundo Camargo Jr (1999:230), *“a representação científica da síndrome de imunodeficiência adquirida foi fixada desde o início pela concepção da etiologia viral”*. Houve grande alocação de recursos para pesquisas na área biomédica, sobretudo as que visavam o desenvolvimento de novas drogas e a incessante busca por uma vacina anti-HIV. Pode-se dizer que, durante as décadas de 80 e 90, o combate à AIDS deu-se a partir de um enfoque predominantemente biomédico, orientado por um conceito objetivo de doença, que privilegiava ações curativas cujo objetivo era a reparação da *“máquina corporal”*, sem que fossem considerados os significados mais amplos e subjetivos da saúde e do adoecer (Camargo Jr, 1999:230; Czeresnia, 1999:702).

As estratégias de prevenção do HIV/AIDS - sobretudo no início da década de 80, quando da descoberta da doença – foram, portanto, poucas e toscas (Ayres, 1997:22), sendo orientadas pelo conceito epidemiológico de “risco” e por relações de causa e efeito (Czeresnia, 1999:708), através dos quais busca-se avaliar a probabilidade de que determinado indivíduo ou grupo populacional estivesse exposto à AIDS ou à infecção pelo HIV. Contudo, os fatores de risco utilizados nos primeiros estudos epidemiológicos como categorias analíticas – *“cujo significado original na metodologia epidemiológica refere-se à construção de associações regulares e estatisticamente significantes entre características possivelmente implicadas na produção do agravo em estudo”* (Ayres,1997:22) – logo cederam lugar ao conceito de “grupos de risco”, os quais inicialmente incluíam os famosos *quatro H’s* - homossexuais, hemofílicos, heroinômanos e haitianos – singularizados por sua maior probabilidade à infecção pelo HIV. No início dos anos 80, segundo Ayres (1997) os grupos de risco eram entendidos como grupos socialmente marginalizados, perigosos e/ou levianos. O chamamento das escassas atividades preventivas da época era para que os

integrantes destes segmentos da sociedade *não* mantivessem relações sexuais, *não* usassem drogas injetáveis e *não* doassem sangue; “prevenção” traduzia-se, portanto, em abstinência e isolamento, numa forma de excluir estes grupos da sociedade em geral (Ayres, 1997:22)

O resultado concreto e a repercussão moral destas estratégias foram o estigma e o preconceito, agravados pela ampla difusão das matérias exibidas pela grande mídia (Ayres, 1997:22; Galvão, 2000:48). A denominação inicial da AIDS na mídia como “*doença de homossexuais*”, “*peste*” ou “*câncer gay*”, serviu para reforçar o estigma e a discriminação tradicionalmente associados à homossexualidade. Os mitos e imagens distorcidas elaboradas pelo discurso social levaram à crença que estar doente de AIDS era sinônimo de “*ser homossexual*” (Souza, 1994:333). Neste sentido, o vírus da AIDS, em sua leitura na mídia brasileira, emergiu como um legado da década de setenta e seria transmitido, sobretudo, por um comportamento sexual amoral, apesar do Brasil não ter vivido tão fortemente quanto os E.U.A., as teorias libertárias dos anos 70 (Galvão, 2000: 52). A consolidação do conceito “grupos de risco” como categoria essencial para o entendimento da epidemia encontrou na mídia o que foi chamado de “eco amplificador”, com resultados extremamente adversos para a prevenção da AIDS: “*a limitação da questão a segmentos circunscritíveis de antemão confere a quem não se percebe como pertencente a estes segmentos, uma sensação de invulnerabilidade e descaso com relação às medidas preventivas ... Por outro lado, o essencialismo desses grupos geraria naqueles que se percebem de uma certa maneira partícipes de seus hábitos e/ou práticas uma atitude perigosamente fatalista...*” (Bastos, 1996:115 *apud* Rocha 1999:51). Deste modo, a AIDS passou a ser caracterizada, segundo Souza (1994: 333), como a “*Síndrome do Preconceito*”, condenando suas vítimas não só a uma eventual morte física como também ao que Herbert Daniel²⁵ denominou de “*morte civil*”. Como explica Galvão, “*a morte civil era a pior morte, pois matava em vida e obrigava a pessoa com AIDS a viver de forma clandestina, como um exilado em seu próprio corpo. Assim, a principal luta da pessoa com HIV/AIDS era provar que estava viva e que tinha direito a essa vida*” (2000: 171).

Como já mencionado, nos primórdios da epidemia, eram considerados casos de

²⁵ Liderança significativa do movimento homossexual brasileiro. Integrante da Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e da *Global AIDS Coalition*, comitê internacional criado por Johnathan Mann para o monitoramento e a discussão da epidemia de HIV/AIDS no mundo. Herbert Daniel também foi o fundador, em 1989, do Grupo Pela VIDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS). Daniel faleceu em 1992 aos 44 anos, em decorrência de infecção pelo HIV.

AIDS todos aqueles cuja sintomatologia correspondia às descrições clínicas dos casos registrados na literatura médica, constatação realizada geralmente durante ou pós óbito. O isolamento do HIV como agente etiológico da AIDS e os conseqüentes avanços científicos que permitiram seu diagnóstico precoce através de procedimentos laboratoriais de última geração, promoveram uma certa desmistificação da AIDS ao possibilitar o reconhecimento de mudanças no perfil e na dinâmica de transmissão da epidemia. O diagnóstico do primeiro caso de AIDS entre mulheres em 1983, a primeira ocorrência perinatal da doença, registrada em 1986, e a subsequente confirmação de uma tendência crescente de transmissão heterossexual do HIV já não permitia que a epidemia fosse exclusivamente atribuída ao homossexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), entre outros. O alastramento contínuo da AIDS pelo mundo na segunda metade da década de oitenta – que transcendeu fronteiras geográficas, barreiras culturais, etnias, credo e orientação sexual – conferiu à doença um caráter pandêmico, de modo que esta não mais podia permanecer circunscrita a determinados grupos de risco. Tais acontecimentos, aliados a pressão de movimentos da sociedade civil – sobretudo do movimento organizado *gay* norte-americano – contra estratégias de prevenção excludentes e práticas discriminatórias, fez com que estas cedessem lugar a estratégias de redução de risco “*baseadas na difusão de informação, controle dos bancos de sangue²⁶, estímulo e adestramento para o uso de preservativo e outras práticas de sexo mais seguro, testagem e aconselhamento e, finalmente, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis ...*” (Ayres, 1997:23).

O conceito “*grupos de risco*” foi então substituído pelo conceito de “*comportamentos de risco*”, que transferia a responsabilidade de determinados grupos pela transmissão da epidemia à esfera individual. A conduta individual passou a ser considerada o fator-chave na transmissão do HIV/AIDS, sendo os hábitos e atitudes pessoais os fatores que determinavam um quadro de saúde ou doença. O conceito de comportamentos de risco contribuiu, portanto, para universalizar a preocupação com a difusão da epidemia, estimulando a adoção de medidas preventivas individuais. A disseminação de informações e de práticas educativas passaram a ser as principais iniciativas no subsídio de tais mudanças. Partia-se do princípio que um indivíduo bem informado/educado tenderia a fazer

²⁶ Segundo Camargo Jr. (1999: 233), a implementação de medidas efetivas de controle da AIDS por transmissão sanguínea em 1988 foi o primeiro passo na adoção de medidas concretas de prevenção.

escolhas “melhores”, “mais saudáveis” e “mais seguras” em relação ao seu comportamento prevenindo-se, assim, de vir a contaminar-se com o HIV; por meio de suas próprias escolhas e conduta, o indivíduo elegeria a vida ou seria condenado à morte. Embora, neste momento, as estratégias de prevenção ainda estivessem direcionadas predominantemente a intervenções junto aos soronegativos, visando mudanças comportamentais que pudessem preveni-los de um contágio futuro, a mudança de conceito – de grupos de risco para comportamentos de risco – permitiu que a “culpa” atribuída a determinados segmentos populacionais pela disseminação da epidemia fosse aliviada. Contudo, instalou-se a tendência de culpabilização individual (*victim blaming*), onde o contaminado passava a ser percebido como culpado por seu estado sorológico positivo. Isto serviu, segundo Rocha (1999) apenas para fortalecer o preconceito e reforçar ainda mais o “cordão sanitário imaginário” que já dividia a população entre contaminados (os soropositivos) e não-contaminados (a população soronegativa saudável). A prevenção do HIV/AIDS continuava, portanto, a se basear “em modelos de intervenção que privilegiavam ações médico-pedagógicas dirigidas quase que exclusivamente à esfera individual em detrimento da cultura e da coletividade” (Rocha,1999:52).

Segundo Camargo Jr. (1999: 234-5), no Brasil até fins da década de oitenta e o início dos anos 90, as ações de prevenção – sobretudo em âmbito federal – permaneceram restritas à veiculação de campanhas intimidadoras, tais como “*se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar*” e “*eu tenho AIDS e vou morrer*” (Teixeira, 1997: 63; Galvão, 2000:123), que reforçavam práticas e atividades previamente combatidas. O período entre 1990 e 1992, em que Collor foi eleito presidente tendo Alcenir Guerra como ministro da saúde, representou grande retrocesso para a reforma sanitária em geral, com consequências desastrosas para as políticas públicas de HIV/AIDS no Brasil (Camargo Jr, 1999:234; Galvão, 2000:123). Embora a distribuição gratuita de antiretrovirais (ARV) pela rede pública de saúde tenha tido início neste período constituindo um grande avanço no campo da assistência ao HIV/AIDS, raras ações concretas de prevenção foram registradas para esta gestão.

Verificava-se, assim, a necessidade de se opor às concepções de culpabilização individual e à tendência de medicalização que norteava as estratégias de combate ao HIV/AIDS. No início dos anos 90, reconhecia-se que fatores sociais e culturais (para além

da esfera individual) também eram responsáveis pela disseminação da epidemia. O desafio estava em “*superar a dimensão individual do fenômeno epidêmico e sua associação aos comportamentos considerados desviantes ... (a) AIDS como uma doença do outro, do outro diferente*” (Rocha, 1999:53).

Segundo Rocha (1999:53) e Ayres (1997:24) entre outros autores, a noção de *vulnerabilidade* foi a resposta capaz de substituir os conceitos de grupos e de comportamentos de risco até então vigentes, que geravam estigma e discriminação. O conceito de vulnerabilidade foi inicialmente proposto por Johnatan Mann²⁷ na tentativa de que a abordagem comportamental individualista, que tendia à culpabilização das vítimas por hábitos e atitudes geradoras de risco, fosse superada. Tal noção visava abranger fatores sociais mais amplos – como pobreza, desigualdades de gênero, violência e baixos níveis educacionais – que também contribuía para uma susceptibilidade maior dos indivíduos frente a AIDS. A necessidade de se substituir o conceito de comportamentos de risco por uma concepção que provasse ter maior alcance social foi reforçada pela discussão de “*empowerment*”, pelo movimento em prol dos direitos femininos, a qual esclarecia que “*a mudança para um comportamento protetor na prevenção da AIDS não é a resultante necessária de **informação** + **vontade***” mas está associada a determinantes culturais, politico-econômicos, jurídicos, entre outros, que encontram-se “*desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, grupos étnicos, faixas etárias*” (Ayres, 1997:23). Segundo o autor, a vulnerabilidade passou a ser o termo preferencialmente escolhido para se debater a dimensão social da epidemia de AIDS, ganhando mais espaço no direcionamento das proposições acerca de estratégias preventivas que transcendessem a abordagem de risco.

Baseados no trabalho pioneiro de Mann, Ayres (1997: 24-9) e Rocha (1999: 52-54) esclarecem que a vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser concebida de três maneiras, como vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social (ou estrutural) e vulnerabilidade programática (ou institucional). Segundo os autores, a vulnerabilidade individual é determinada tanto por fatores cognitivos quanto comportamentais. De um modo geral, os indivíduos precisam se conscientizar sobre a possibilidade de infecção por HIV, dispondo das informações necessárias para sua prevenção e para o possível enfrentamento de

²⁷ Coordenador do Programa Global de AIDS da OMS e, posteriormente, idealizador e coordenador da Global AIDS Coalition (GAPC), sediada na Universidade de Harvard, E.U.A. Escritor dos livros – AIDS in the World e AIDS in the World II, referências em HIV/AIDS.

sorologia positiva. Parte-se do princípio que o conhecimento sobre a AIDS, suas vias de transmissão e sobre as medidas preventivas disponíveis, possa orientar o comportamento e as escolhas individuais na adoção de práticas seguras como, por exemplo, a negociação do sexo seguro e o uso (correto) da camisinha. A redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS na esfera individual requer, portanto, que todos obtenham ou lhes sejam fornecidos subsídios para sua auto-avaliação e para o fortalecimento da capacidade de exercer sua cidadania ao assegurar seu direito à saúde²⁸.

A partir dos estudos de Mann, Ayres (1997) sugerem que o grau de vulnerabilidade social (estrutural) ao HIV/AIDS, ou seja, a maior ou menor susceptibilidade das coletividades em dado país, continente ou região à epidemia, pode ser estimado através dos indicadores de desenvolvimento adotados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), entre eles: acesso à informação, percentual da população com acesso aos serviços de saúde, equidade de gênero, índice de desenvolvimento humano (IDH) e o índice de liberdade humana, que reflete as condições gerais de promoção, garantia e proteção das liberdades individuais e dos direitos de cidadania (entre eles, a saúde).

Já a vulnerabilidade programática ou institucional está relacionada ao plano supra-individual das estruturas políticas – no caso, os programas (federal, estaduais e municipais) de DST/AIDS, que visam à prevenção e ao controle da epidemia no Brasil – e diz respeito ao grau de sensibilidade e permeabilidade destas estruturas às necessidades de saúde da população em geral, sobretudo daqueles que estão infectados pelo vírus ou doentes de AIDS. Segundo Ayres, “*o plano programático da avaliação de vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e o social, ele é um caminho concreto de construção de empowerment, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalizador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postos*” (1997: 27). De acordo com o autor, onze índices são propostos por Mann para a avaliação da vulnerabilidade programática. São eles:

²⁸ A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

1. Expressão de compromisso (reconhecimento oficial do problema) pelas devidas autoridades nacionais;
2. Transformação do compromisso em ação através da elaboração de uma política geral para o enfrentamento do problema;
3. Desenvolvimento de coalizões ou parcerias entre os diversos atores envolvidos;
4. Planejamento e coordenação de objetivos, estratégias e critérios de avaliação;
5. Gerenciamento eficiente;
6. Respostas adequadas às necessidades de prevenção;
7. Respostas adequadas às necessidades de tratamento/assistência;
8. Obtenção e boa administração de recursos financeiros provenientes de fontes estáveis de renda;
9. Sustentação das ações através da elaboração de estratégias que garantam continuidade aos objetivos do programa;
10. Avaliação do progresso do programa através do monitoramento de seu desenvolvimento; e
11. Avaliação do impacto do programa no preenchimento de seus objetivos.

III.2 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO PN-DST/AIDS

Se considerado conforme a definição da OMS que a saúde “*consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas na ausência de doença ou enfermidade ...*” (Duchiade, 1995:14), é necessário que intervenções preventivas busquem evitar não só as doenças como também a progressão do adoecimento e qualquer incapacitação deste decorrente (Camargo Jr., 1999: 228).

Freqüentemente as estratégias de prevenção de enfermidades são desenhadas com base ao modelo da História Natural das Doenças²⁹ descrito por Leavell e Clarck, segundo o qual a prevenção deve se desdobrar em três níveis, sendo estes: prevenção primária, envolvendo a promoção e a proteção da saúde em geral; a prevenção secundária, visando o diagnóstico precoce e o tratamento imediato das enfermidades; e a prevenção terciária, referente aos processos de reabilitação do doente.

De acordo a CN-DST/AIDS (1999 a), a profilaxia do HIV/AIDS no Brasil está baseada num tripé – *promoção-prevenção-proteção* – que se caracteriza por estratégias gerais de promoção à saúde; pela interrupção da transmissão do HIV e de outros patógenos causadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST); pelo retardo do surgimento da imunodeficiência e de doenças oportunistas associadas à AIDS; e pela proteção dos direitos dos infectados e doentes de AIDS.

Segundo Camargo Jr (1999: 230), apesar da longa tradição de divisão (inclusive em nível institucional) entre os campos da prevenção e da assistência à saúde no Brasil, atividades preventivas, sobretudo em HIV/AIDS, não podem ser dissociadas da esfera assistencial, devendo-se garantir a integralidade de ações. Sendo assim, os principais objetivos estabelecidos pelo PN-DST/AIDS para a área preventiva são:

- a promoção da adoção de práticas seguras em geral, sobretudo no que tange a prevenção da transmissão sexual, sanguínea e vertical do HIV;

²⁹ Conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patogênico no meio ambiente, ou qualquer outro lugar, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (Teixeira, 2001:82).

- a garantia da qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST, do HIV e da AIDS;
- a redução da morbi-mortalidade causada por DST/AIDS, e
- a promoção de melhorias na qualidade de vida dos doentes/infectados.

Segundo prescrições da CN-DST/AIDS, as principais medidas preventivas a serem adotadas pela população brasileira em geral, sobretudo por aqueles que se encontram em maior situação de risco ou vulnerabilidade ao HIV/AIDS, são:

- a realização do teste anti-HIV e o diagnóstico precoce das DST através da rede pública ou privada de saúde;
- o uso frequente e correto de preservativos durante o ato sexual;
- a realização do pré-natal em gestantes como garantia da saúde materno-infantil; e
- a utilização de seringas descartáveis e outros recursos que visem a redução de danos.

Cada uma destas medidas está direcionada a grupos populacionais abrangentes e visa evitar a infecção pelo HIV através de vias específicas de transmissão, tal como apresentado no quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Medidas de prevenção do HIV/AIDS, segundo população-alvo e vias de transmissão

MEDIDAS PREVENTIVAS	POPULAÇÃO ALVO	VIA DE TRANSMISSÃO
Diagnóstico precoce (DST/HIV/AIDS)	População em geral	sanguínea; sexual
Uso de preservativos	Homo/hetero/bissexuais	sexual
Realização de pré-natal	Gestantes	vertical
Uso de seringas descartáveis	UDI	sanguínea

Fonte: site CN-DST/AIDS, 2003.

Elaboração própria

Entre as medidas acima mencionadas destacam-se a realização do diagnóstico precoce das DST e do HIV/AIDS através dos Centros de Aconselhamento e Testagem, bem como a aquisição e distribuição de preservativos masculinos e femininos. Sendo assim, uma

breve abordagem destes serviços e insumos torna-se útil no aprofundamento de nossa compreensão acerca das ações de prevenção implementadas no Brasil pelo PN-DST/AIDS.

III.2.1 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA

No Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram disponibilizados para uso de rotina nos bancos de sangue a partir de 1987, sendo recomendados na triagem de sangue para transfusões, na triagem de doadores de órgãos e/ou sêmen, na confirmação do diagnóstico das diferentes manifestações clínicas da AIDS e para determinar a prevalência da infecção por HIV na comunidade. Visando absorver a demanda dos testes oferecidos pelos bancos de sangue, deu-se início à criação dos denominados COAS ou Centros de Orientação e Apoio Sorológico em nível nacional, os quais passaram a oferecer exames de HIV de forma gratuita, confidencial e anônima tendo também como finalidade a educação e o aconselhamento daqueles que estivessem sob maior risco de infecção. Segundo a CN-DST/AIDS, *“entre 1985 e 1988 ... a principal função do teste foi corroborar com as estratégias de redução de riscos para a prevenção, principalmente no que diz respeito a transmissão ulterior do HIV”* (1999b:7). A partir de 1989, os serviços de testagem e, sobretudo, de aconselhamento – que visava o estímulo à adoção de comportamentos e práticas seguras através da disseminação de informação – passaram a ocupar uma posição de destaque na área preventiva. Segundo a CN, com o desenvolvimento destes serviços teria ocorrido avanços como a redução da discriminação dos que procuravam os serviços de testagem e a proteção dos direitos dos indivíduos testados, sobretudo no que tange a confidencialidade (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b:7, 9).

Finalmente, em 1997, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foram rebatizados pela CN-DST/AIDS nos atuais CTA ou Centros de Testagem e Aconselhamento. Entre os objetivos dos CTA estão:

- a absorção da demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue;
- a expansão do acesso ao diagnóstico da infecção por HIV;

- o auxílio aos serviços de pré-natal no que concerne à testagem sorológica de gestantes;
- a redução dos riscos de transmissão do HIV através do aconselhamento e do estímulo a adoção de práticas seguras;
- a disseminação de informações sobre a prevenção das DST/HIV/AIDS entre segmentos populacionais específicos;
- o estímulo ao diagnóstico de parcerias sexuais;
- o encaminhamento dos soropositivos aos serviços de referência assistencial e o estímulo e auxílio, através do aconselhamento, à adesão do paciente a terapia ARV (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b:10).

Segundo as diretrizes traçadas pela Coordenação Nacional, os serviços oferecidos pelos CTA devem seguir os princípios de acessibilidade e gratuidade, estando situados em lugares de fácil acesso para a população em geral e, sobretudo, para os segmentos populacionais mais afetados. Atualmente (2003), há aproximadamente 170 Centros de Aconselhamento e Testagem distribuídos por todo o Brasil (Figura 4), estando a grande maioria concentrada nos grandes centros urbanos das regiões sul e sudeste onde a demanda por estes serviços ainda é maior. Para a realização da testagem e do aconselhamento, a equipe dos CTA³⁰ pode contar com instalações físicas próprias ou com as dependências de unidades sanitárias que já sejam referência de saúde para a população local, como os serviços de atendimento às DST (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b:11). No estado do Rio de Janeiro há um total de 11 CTAs implantados (ENTREVISTADO 6). Destes, 8 estão localizados na região metropolitana (4 no município do Rio de Janeiro e os outros quatro em Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti e Niterói), 2 na região norte-fluminense (em Campos e Macaê) e 1 na região médio paraíba (em Volta Redonda). Já os serviços de assistência às DST contam com 78 unidades ou centros de saúde distribuídos por todo o estado (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003b; ENTREVISTADO 6).

Os serviços de testagem e aconselhamento oferecidos pelos CTA são baseados no anonimato flexível, através do qual os usuários escolhem se querem ou não ser identificados no momento do pré-teste ou da coleta de sangue. O resultado do teste deverá

³⁰ Composta por médicos, enfermeiros e psicólogos

ser entregue ao usuário mediante identificação por nome ou senha, também segundo sua preferência. Estes resultados devem ser disponibilizados em tempo hábil aos CTA pelas devidas referências laboratoriais que realizam o diagnóstico, a fim de que aqueles possam garantir o encaminhamento dos pacientes soropositivos aos serviços de referência assistencial, onde terão acesso ao tratamento imediato da infecção. Contudo, este não é o único objetivo dos CTA; o diagnóstico precoce também permite a prevenção da transmissão vertical do HIV, a prevenção da transmissão sexual ou sanguínea do vírus de um parceiro infectado a um parceiro não-infectado e a prevenção da reinfecção dos já portadores. Sendo assim, *“os Centros de Testagem e Aconselhamento devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam”* (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b: 10).

No que tange à prevenção, pode-se dizer que os serviços de aconselhamento constituem parte integral e essencial das atividades dos CTA uma vez que *“o impacto dos Centros sobre a redução da incidência de HIV depende de como se dá a prática do aconselhamento e de sua eficácia em apoiar o indivíduo para que ele continue vivendo plenamente, adotando comportamentos mais seguros”* (Mattos,1999:71). O aconselhamento pré-teste, que pode ser realizado tanto em nível individual quanto coletivo, tem como função:

- identificar o motivo de testagem, verificando o histórico anterior de testagem e avaliando a necessidade da realização do teste pelo usuário;
- reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem;
- trocar informações sobre o significado e o impacto dos possíveis resultados do teste, enfatizando a diferença entre a infecção por HIV e a AIDS;
- contemplar as possíveis reações emocionais que possam vir à tona durante a espera pelo resultado, disponibilizando o serviço para tais ocorrências e identificando redes de apoio (como família, amigos, parceiros) para o usuário; e
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras através da utilização de insumos de prevenção (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b: 12-13).

Já o aconselhamento pós-teste, que é realizado somente em nível individual deveria assumir três formas segundo o resultado obtido no teste. De acordo as diretrizes dos CTA, diante de um resultado negativo deve-se lembrar que este resultado não confere imunidade e não significa que o indivíduo não esteja de fato infectado; a infecção pode ser tão recente que o organismo ainda não tenha tido tempo de produzir uma resposta imunológica que possa ser detectada pelo teste. Deve-se, portanto, recomendar a retestagem e enfatizar a necessidade de adotar ou reforçar práticas seguras e o benefício do uso correto dos insumos de prevenção. Estimula-se, também, a discussão do resultado do teste com familiares e, sobretudo, parceiros sexuais. Segundo Mattos, “*o aconselhamento das pessoas com teste negativo para o HIV nos CTA tem um grande potencial de produzir um impacto sobre a incidência de HIV, pois é uma interação com pessoas de maior consciência acerca dos comportamentos e situações de risco*” (1999:70).

Em face de um resultado indeterminado ou não conclusivo, o técnico deve orientar o usuário para a retestagem, definindo o melhor período para tal. Deve também reforçar a adoção de práticas seguras e oferecer o apoio emocional necessário ao usuário durante o tempo em que perdure a situação de indefinição de diagnóstico, lembrando que o resultado pode ser indeterminado devido a limitações técnicas inerentes à pesquisa ou ao fato da pessoa ter sido recentemente infectada, estando em período de janela imunológica³¹.

Diante de um resultado positivo, deve-se oferecer o apoio emocional e o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico, lembrando que um resultado positivo significa apenas que o indivíduo é portador do HIV, podendo ou não já ter desenvolvido a doença. O aconselhamento deve encaminhar os soropositivos aos serviços referenciais de assistência onde poderão realizar novos exames para detectar o grau de progressão da infecção. Deve ser reforçado que existem tratamentos para a AIDS, estimulando a adesão do paciente à terapia ARV o quanto antes. É também importante que os sentimentos que associam o HIV/AIDS à culpa, rejeição, discriminação, punição e morte sejam desmistificados e, ainda, que se enfatize a necessidade de continuar adotando medidas de prevenção a fim de evitar a contaminação de outras pessoas bem como sua própria reinfecção pelo HIV e/ou outras DST (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b:13-14).

³¹ Período em que os anticorpos produzidos em reação à infecção por HIV ainda não são detectáveis pelos exames realizados.

Segundo Mattos (1999:69), dados disponibilizados pelo sistema de acompanhamento da prevalência de HIV nos usuários dos CTA sugerem que o número de pessoas que acessam esta rede de diagnóstico ainda é baixo. Para que os CTA possam ter um impacto significativo no controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, seria necessário a expansão deste acesso, o qual, segundo Mattos, “*depende da oferta de informações sobre sua existência, modo de funcionamento e localização (e)... de como se organizam as intervenções IEC³², bem como as intervenções comportamentais sobre grupos específicos*” (1999:71).

Segundo o Manual e Diretrizes dos CTA (1999b), visando atingir maior alcance e cobertura em diferentes comunidades e expandir as reflexões sobre a percepção de risco, mudança de comportamentos, adoção de práticas seguras, entre outras questões cruciais para a prevenção das DST/HIV/AIDS no Brasil, as atividades da rede de CTA foram ampliadas suas “para além dos muros”. Para tanto foram criados os denominados CTA volantes ou itinerantes, os grupos de pares e os projetos de intervenção em prevenção, que incluem estratégias de redução de danos pelo uso indevido de drogas. Os CTA itinerantes são unidades móveis que realizam a coleta de material para a realização do teste sorológico e levam informações e aconselhamento a populações que residem em áreas remotas ou de difícil acesso. Os grupos de pares (*peer education*) são inicialmente formados por um profissional de saúde do CTA e reúne diferentes membros da comunidade em busca de soluções para os problemas enfrentados por segmentos específicos da população, sobretudo no que tange a prevenção do HIV/AIDS. Já os projetos de intervenção (*outreach work*) têm duração, público-alvo, objetivos e planos de atividade previamente definidos e visam encontrar soluções para as condições que levam a uma vulnerabilidade acrescida às DST/HIV/AIDS. Neste âmbito, estratégias que englobam o marketing social de preservativos e a redução de danos pelo uso de drogas injetáveis lícitas ou ilícitas, devem ser desenvolvidas levando em conta as necessidades e a realidade de cada população-alvo (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1999b:14-15). As prescrições e cuidados básicos para quem se injeta devem sempre integrar o conjunto das informações disseminadas aos UDI e seus parceiros sexuais pela equipe dos CTA. Entre estes cuidados, encontram-se:

- o uso de equipamento próprio, como seringas e agulhas;

³² Medidas IEC = medidas informativas, educativas e de comunicação.

- a preparação não-compartilhada da dose;
- a utilização de agulhas pequenas e seu descarte após o uso;
- a assepsia do ambiente antes e após a injeção da dose;
- a não-repetição de doses na mesma veia³³; e
- o cuidado no descarte do equipamento utilizado (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003b).

III.2.2 Distribuição e Uso de Preservativos Masculinos

Segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS, o uso de preservativos constitui a forma mais eficiente de prevenção da transmissão sexual do HIV/AIDS. Um estudo realizado por Pinkerton e colaboradores da Universidade de Wisconsin, E.U.A., é citado pela Coordenação Nacional para ilustrar que o uso correto e sistemático da camisinha é 90-95% efetivo na prevenção do HIV pela via de transmissão sexual. De acordo com a CN-DST/AIDS, dados³⁴ ainda mais convincentes demonstram que o uso consistente da camisinha por casais onde um dos parceiros é soropositivo reduz a taxa de infecção dos parceiros sadios a menos de 1% ao ano. A eficácia dos preservativos na prevenção das DST/AIDS deve-se, sobretudo, a impermeabilidade do látex e as suas baixas taxas de rompimento, o qual geralmente ocorre devido ao uso incorreto do preservativo e não a uma falha estrutural do produto em si. (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003b)*³⁵.

Dados da pesquisa sobre o “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” realizada em 1999 pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento por solicitação da CN-DST/AIDS, revelaram que uma média de 65,5% dos indivíduos com maior risco de contrair o HIV (HSH, UDI, profissionais do sexo) e dos homens e mulheres com parcerias eventuais, aderiam ao uso rotineiro do preservativo masculino em suas relações sexuais.

O governo federal adquiriu cerca de 355 milhões de preservativos masculinos entre 1993 e 2000, com distribuição mensal de aproximadamente 12 milhões de preservativos às

³³ Segundo as orientações da CN-DST/AIDS, são considerados como pontos seguros para injetar as veias dos braços e antebraços e as veias das pernas. Outros pontos possíveis são as veias dos pés, porém sua injeção é dolorosa. São considerados pontos perigosos as veias do pescoço, do rosto, do abdômen e do peito.

³⁴ Estudo não-especificado

³⁵ www.aids.gov.br/final/prevencao/insumos

Assessorias Estaduais e Municipais de DST/AIDS (que recebem cerca de 80% do total dispensado) e aos programas de planejamento familiar (que absorvem os outros 20%). Estes programas são responsáveis pela redistribuição deste insumo às unidades de saúde, ONGs, presídios, Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e outros projetos de intervenção direcionados a populações vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV (MS, CN-DST/AIDS, 2003b)*.

III.2.3 Aquisição e Distribuição do Preservativo Feminino

A distribuição de preservativos femininos é recente. No que tange à aquisição de preservativos femininos, mais de 2 milhões foram adquiridos pelo Ministério da Saúde para distribuição nos anos de 2000-2001, sendo esta a primeira experiência das autoridades nacionais em HIV/AIDS com este tipo de insumo. Por haver somente um produtor mundial do condom feminino seu custo é extremamente elevado, o que dificulta a sua aquisição nas mesmas proporções do preservativo masculino. Uma vez que seu uso conte com uma aceitabilidade generalizada, a aquisição de preservativos femininos será um grande desafio a ser superado pela CN-DST/AIDS no futuro próximo visto que, diante da crescente feminização da epidemia, a ampliação da oferta de insumos preventivos cujo uso possa ser controlado por mulheres pode constar como medida eficaz. Face ao número limitado de preservativos disponíveis, a distribuição do condom feminino foi restrita a determinados segmentos da população feminina. Os critérios de distribuição visaram priorizar mulheres que, por estarem sujeitas a desigualdades de gênero, desigualdades financeiras e a situações de violência sexual/doméstica, encontram maior dificuldade em fazer frente às pressões de seus parceiros, sendo elas: profissionais do sexo, mulheres em situação de violência, mulheres soropositivas ou doentes de AIDS, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003b)³⁶.

Dados da pesquisa sobre a “Aceitabilidade do Condom Feminino” realizada pela CN-DST/AIDS em parceria com o CEBRAP, a UNICAMP e a UNAIDS, revelam que as taxas de uso, continuidade do uso e da aceitabilidade do preservativo foram altas, sobretudo para aquelas mulheres que já usavam o preservativo masculino e que não precisavam usar

³⁶ www.aids.gov.br/final/prevenção/femininos.htm

métodos anticoncepcionais (como a pílula, o DIU, entre outros) em suas relações sexuais. Segundo a CN-DST/AIDS, isto indica uma “ótima receptividade inicial do método”, cujo uso ainda precisa ser desmistificado visando sua incorporação na rotina sexual das mulheres e contribuindo para uma ampliação efetiva das alternativas preventivas disponíveis a população feminina (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2003b).

III.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA NO BRASIL

A CN-DST/AIDS reconhece que a AIDS, diferentemente do que se pensava, está longe de ser uma doença restrita a prostitutas ou mulheres promíscuas, afetando a população feminina em geral, sobretudo aquela com acesso limitado a informações e a serviços de saúde. Atualmente, são mulheres casadas, donas de casa, com parceiros fixos representam grande parte dos casos notificados de AIDS no Brasil (Barbosa & Villela, 1996:20-1). Registros mostram que de 1983 a 2002, 85,5 % dos casos de AIDS notificados em mulheres deveram-se à transmissão heterossexual. Por sua vez, 86,1% dos casos de AIDS detectados em indivíduos menores de 13 anos de idade no mesmo intervalo de tempo, resultaram da transmissão perinatal ou vertical da doença, que ocorre de mãe para filho (MS, CN-DST/AIDS, 2002a: 17-18). De acordo com a CN-DST/AIDS, a “heterossexualização da epidemia da AIDS é, evidentemente, um reflexo do comportamento da população, que em sua grande maioria é heterossexual” (MS, CN-DST/AIDS, 2002a: 7).

O crescimento latente da transmissão heterossexual da AIDS e sua alarmante participação na atual disseminação da epidemia entre as mulheres, pode ser atribuído à negligência em lidar com uma situação real que não era completamente percebida como forma de transmissão. A associação da AIDS com a homossexualidade e sua identificação como doença de desviantes era tão forte que havia uma recusa generalizada em aceitar que relações heterossexuais pudessem representar um comportamento de risco, capaz de levar ao adoecimento pela AIDS. Isto contribuiu para que as relações heterossexuais, mesmo desprotegidas, fossem pensadas como forma de prevenção pelo simples fato deste comportamento sexual ser considerado “normal”. Isto pode ser exemplificado pela *“inadequação da ficha de vigilância epidemiológica utilizada até o final de 1997 ... insistia em não acreditar que a relação heterossexual ‘normal’ pudesse transmitir o vírus”* (Diniz & Villela, 1999:132). O preconceito que classificava a AIDS como *doença do outro* contribuiu para fortalecer a crença que as mulheres em geral eram naturalmente imunes a infecção pelo HIV (Barbosa & Villela, 1994: 21). Segundo Diniz & Villela (1999:137), no caso da AIDS, a *“dicotomia simbólica ‘santa/puta’, pela qual as mulheres têm sido*

representadas, em que mães, assexuadas, estão ao lado das santas, e o sexo é identificado com o lugar da puta e com as demais práticas de exclusão social” provocou “*uma lentidão generalizada nas respostas à realidade epidemiológica*” que se apresentava.

Ainda hoje, profissionais de saúde demonstram resistência em admitir que mulheres assintomáticas que não se encaixam nos notórios “grupos de risco” femininos – como usuárias de drogas injetáveis (ou parceiras de usuários) e profissionais do sexo – possam estar infectadas pelo vírus da AIDS, o que retarda seu diagnóstico na rede básica de saúde. De acordo com Bastos & Szswarcwald (2001), a morosidade dos serviços de saúde no que diz respeito ao diagnóstico de AIDS entre as mulheres e a má qualidade do atendimento estão condicionados ao imaginário dos profissionais de saúde, permeado por representações sociais que consolidam as desigualdades de gênero em nossa sociedade. Sendo assim, o aconselhamento e a orientação a tratamentos eficazes não são feitos de forma adequada, o que incide principalmente sobre as mulheres mais vulneráveis das camadas mais pobres da população (Bastos & Szswarcwald, 2001). A percepção do corpo feminino pelos profissionais de saúde somente como meio reprodutivo, e da mulher como ser frágil e emotivo, faz com que, muitas vezes, sintomas comuns à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis sejam interpretados apenas como fatores psicológicos vinculados a estados depressivos.

Segundo Diniz e Villela (1999:144-5), “*o sistema de saúde, independentemente da epidemia de HIV/AIDS, sempre considerou as queixas clínicas femininas menos importantes, deixando de identificar doenças graves em mulheres com mais frequência do que em homens*”. Ainda de acordo com as autoras, o maior obstáculo à saúde sexual das mulheres é o machismo que ainda prepondera nos serviços de saúde, “*que agem como se as mulheres devessem estar a seu serviço, e não ao contrário*”. As próprias mulheres, que não se identificam com determinado perfil, ocupação ou comportamento considerado de alto risco, tendem a procurar os serviços de saúde tardiamente não para obter um diagnóstico precoce mas quando já apresentam alguma infecção oportunista. “*Assim, o diagnóstico de AIDS só é feito quando a doença, em fase mais avançada, não admite qualquer dúvida, o que coincide, em geral, com uma probabilidade de tempo e qualidade de vida inferiores às de quem é diagnosticado mais precocemente*” (Diniz & Villela, 1999:133).

Faz-se necessário, portanto, investir no treinamento ou capacitação dos profissionais

da rede básica de saúde, sobretudo os que prestam atendimento direto às mulheres, a fim de que possam desempenhar um papel significativo na disseminação de informações e distribuição de insumos de prevenção às DST/HIV junto à população feminina. As informações preventivas devem ser integradas à rotina dos serviços de assistência e tratamento das DST, às consultas ginecológicas e aos serviços de pré-natal, os quais devem incorporar o aconselhamento e orientação para a realização do teste anti-HIV através da rede pública (CTA) ou privada de saúde (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 1997).

Por sua vez, a realização dos testes exigidos durante o pré-natal é essencial para a prevenção da transmissão vertical das DST/AIDS. De acordo com a CN-DST/AIDS (2003b), a testagem para HIV durante o pré-natal e o tratamento da gestante HIV positiva aumenta em 70% a chance do bebê nascer soronegativo. Segundo Diniz & Villela, *“o pré-natal seria o instrumento ideal para o trabalho educativo com estas mulheres (gestantes), pois o grande número de consultas facilita o vínculo com os serviços. Porém, em todo o país esta modalidade de assistência é de baixa cobertura e resolutividade, fazendo com que a mulher não tenha muitos de seus problemas resolvidos”* (1999:159). A CN-DST/AIDS (1997) e a Assessoria de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro (2001) corroboram esta observação, apontando para graves problemas de qualidade no pré-natal que podem ser evidenciados pelo aumento dos casos de sífilis congênita no país. Não basta, portanto, incentivar a procura das gestantes por serviços de pré-natal e orientá-las para que exijam a realização do teste para HIV e outras DST. O desenvolvimento de estratégias que objetivem melhoras na qualidade dos serviços pré-natal é também essencial para que este subgrupo especialmente vulnerável da população feminina – as gestantes – possa obter a devida atenção na rede básica de saúde.

A elaboração de campanhas centradas no uso de preservativos durante o ato sexual, deve considerar as desigualdades de gênero que permeiam os relacionamentos amorosos e terminam por dificultar a negociação do sexo seguro pelas mulheres (Diniz & Villela, 1999: 138). De acordo com Guimarães (1994: 227), *“antes de exigir mudanças em comportamentos sexuais e sociais arraigados, temos de conhecer o significado simbólico dessas medidas e a possibilidade prática de adotá-las, levando em conta as diferenças entre as relações de gênero nos diversos segmentos da população”*. Por não ser a mulher quem veste o preservativo masculino – cuja disponibilidade e acessibilidade ainda é muito

superior à do recentemente lançado preservativo feminino – a utilização da camisinha exige sempre o consentimento do parceiro, o que reduz o grau de autonomia da mulher na manutenção de sua própria saúde (Guimarães, 1994:225).

A prevenção da transmissão de AIDS em mulheres exige estratégias singulares. De acordo com Donna Goldstein (1996: 143), *“basear uma campanha de sexo seguro para mulheres na suposta responsabilidade dos homens é no mínimo ingênuo”*. O pedido, por parte da mulher, para que o parceiro use preservativo pode por em cheque questões ligadas à fidelidade e à confiabilidade que representam o alicerce da relação; *“se a mulher pedir ao marido/companheiro que a use (camisinha), poderá indicar sua desconfiança de que ele tenha uma vida sexual “por fora” ... outra versão dada para esta solicitação: poderá indicar ao parceiro que a mulher foi sexualmente infiel e, por isso, contraiu alguma doença”* (Guimarães, 1994:225). Muito frequente também, é o questionamento da necessidade do uso do preservativo em relações supostamente monogâmicas em que se adotam métodos contraceptivos mais eficazes do que a camisinha na prevenção da gravidez – como a esterilização, o DIU e a pílula anticoncepcional – o que reflete a percepção da mulher ainda como ser estritamente reprodutivo (Guimarães, 1994: 225). Este constrangimento da mulher (sobretudo da mulher casada ou com parceiro fixo) em negociar o sexo seguro, pode ser exemplificado pelos depoimentos abaixo, retirados do livro *Quebrando o Silêncio – Mulheres e AIDS no Brasil* (Richard Parker e Jane Galvão, orgs.):

“Será que depois de 20 anos de casamento eu tenho que pedir para que meu esposo use camisinha? ... Se eu peço que ele use camisinha, ele vai pensar que eu estou pulando a cerca, ou acusando ele do mesmo – duas coisas inadmissíveis”.

(Goldstein, 1996:139)

“Ela (médica) disse pra eu me cuidar, mandar o meu marido usar camisinha. Eu nunca pensei sobre essa coisa, porque antes de eu conhecer este meu companheiro já tinha tirado o útero e nunca foi preciso evitar filho. E acho também que meu marido não vai querer usar” (Guimarães, 1996: 98).

A discussão dos papéis tradicionalmente ocupados por homens e mulheres na sociedade torna-se imprescindível na elucidação da dinâmica de poder que permeia os relacionamentos quotidianos entre os sexos – sobretudo no que tange ao contato e o comportamento sexual – uma vez que esta dinâmica determina o sucesso das práticas de prevenção prescritas. Na sociedade brasileira a representação socio-cultural das relações de gênero baseia-se em fatores e valores diferenciados em relação aos sexos que foram cultural e historicamente moldados. Enquanto a representação positiva da masculinidade permite que o homem se exponha ao mundo, isto é, coloque sua sexualidade em evidência como prova de virilidade vivendo uma dupla moralidade sexual, a estruturação da identidade feminina e a expressão de sua sexualidade dependem quase que exclusivamente de uma conjugação legítima com o sexo oposto, em grande parte realizada através dos laços matrimoniais tradicionais. De acordo com Guimarães, os modelos tradicionais para se pensar as relações de gênero ainda são muito atuais; *“a existência de uma dupla moral sexual na representação social das relações de gênero...é culturalmente justificad(a) pela necessária predisposição do homem a conservar a virilidade, a prontidão sexual e a variedade de parcerias como atributos essenciais à formação e à conservação de uma identidade masculina”* (1996:101).

Por outro lado a sexualidade feminina restringe-se, fundamentalmente, a direitos (estritamente) reprodutivos. Como dizem Barbosa e Villela (1996:24), *“... a “sanção” da sexualidade feminina pelo amor e pela possibilidade de reprodução ... a dessexualiza”*. O valor da sexualidade feminina como fonte de prazer cede lugar ao direito à maternidade – que seria o ápice da feminilidade. Tal direito pode ser visto como uma garantia de sobrevivência, na medida em que as mulheres tornam-se dependentes (principalmente emocionalmente) de seu parceiro. O dever de fidelidade então se instaura como critério essencial à realização de tal papel. Assim constrói-se o estereótipo feminino: a mulher-mãe é *“vista como sendo essencialmente virtuosa, a identidade feminina, é definida como tímida, passiva, frágil, dependente e fiel”* (Guimarães,1996:94). De acordo com Guimarães, este estereótipo da mulher não permite que elas se sintam no direito de proteger-se contra possíveis contágios de doenças sexualmente transmissíveis; *“mesmo reconhecendo a possibilidade da infidelidade masculina quase como uma certeza em suas relações*

amorosas, a mulher fiel nutre a ilusão de exclusividade” (1996: 96), como percebe-se pelo depoimento abaixo:

“ K - Você já tinha conhecimento da epidemia de AIDS? Você já tinha informação sobre AIDS?

S - Já sim, mas é difícil você imaginar que vai chegar até sua casa, nós nunca havíamos conversado sobre isso, a gente casa jurando fidelidade e a mulher, como é fiel, vive a ilusão de que eles também são, e quando a gente descobre que não é, é como se a gente tivesse levado um tapa bem forte na cara. Quando ele me contou eu senti nojo, vontade de vomitar, mas não foi nojo pelo HIV não, foi pela traição. Homem é tudo igual. A mulher nasce para ser fiel. A gente sempre pensa que vai mudar, mas é da natureza do homem. ” (Guimarães, 1996:100)

As vivências e percepções citadas acima alertam para o fato de que as mulheres estarem bem informadas não significa, necessariamente, que optarão por práticas e comportamentos mais seguros. É importante, portanto, considerar a conduta privada e o comportamento voluntário na medida em que estes se contrapõem à conduta pública e ao comportamento prescrito em relação a prevenção das DST/HIV. De acordo com Parker *et al*, “*o que as pessoas dizem e fazem em público em relação à sexualidade pode diferir muito e até contradizer seu comportamento sexual privado. As formas de comportamento sexual prescritas em situações distintas podem contrastar drasticamente com as formas de comportamento voluntário dos indivíduos*” (1995: 20).

Em seu trabalho, “*O Lugar da Mulher no Discurso sobre AIDS no Brasil*” – que compara o discurso público sobre sexualidade e AIDS ao discurso adotado por mulheres de baixa renda nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo – Donna Goldstein aborda a contradição entre os comportamentos adotados em público e os que são adotados na vida privada no que diz respeito ao sexo e a prevenção das DST/HIV/AIDS. Segundo a autora, uma líder comunitária de uma grande favela carioca que trabalha distribuindo preservativos num posto de saúde da área admite, claramente, que ela mesma não usa camisinha e nunca usaria pois odeia. Outra liderança sexual, também de uma favela do Rio, compara a relação sexual com camisinha à uma relação onde os parceiros “transam” vestidos, onde roupa

esfrega com roupa e que, o que ela gosta (Goldstein, 1996:148). Esta mulher admite ser amante de um homem casado que lhe exige total fidelidade. Ela se orgulha de sua liberdade sexual, porém se mostra envergonhada quando pensa em ser fiel a um homem que não lhe é fiel. A autora também comenta ter entrevistado homens pertencentes a estas mesmas comunidades que, apesar de manterem diversos relacionamentos extra-conjugais, não se sentem sob o risco de contrair o HIV ou outras DST e, por isso, não aderem ao uso do preservativo; acreditam plenamente na fidelidade de suas esposas e de suas amantes.

Tais aspectos refletem uma certa submissão ou conformação por parte da mulher brasileira, mesmo das que fogem ao estereótipo de fragilidade, passividade e timidez e têm comportamentos ativos tomando iniciativas sexuais (Goldstein, 1996:148). Isto dificulta, quando não impossibilita, a existência de um espaço em seu relacionamento (conjugal ou eventual) onde os seus sentimentos e necessidades possam ser externados e considerados. O silêncio feminino é o resultado desta falta de espaço produzida pela imposição dos aspectos acima mencionados, que determinam comportamentos, posturas e, eventualmente, as próprias identidades - feminina e masculina - nas relações de gênero (tanto sociais quanto sexuais). Portanto, nos padrões tradicionais e atuais da sociedade brasileira, a mulher ainda se encontra em uma posição de subjugação, principalmente afetiva, perante a virilidade sexual masculina que permanece socialmente aceitável. De acordo com Barbosa e Villela (1996: 25), “...vivemos em uma cultura sexual que trata desigualmente homens e mulheres. Uma cultura que tornou a diferença uma desigualdade. O ônus, a compreensão, a conciliação, a paciente espera, a sensibilidade são femininos e o prazer, a objetividade, o gosto pela aventura, a impetuosidade são masculinos. Aceita-se isso com certa facilidade, como se fizesse parte das naturezas feminina e masculina... Muita coisa mudou, sem dúvida as possibilidades de experiência sexual feminina estão ampliadas, mas não para todas e nem a mudança é tão profunda como deveria”.

Bastos e Szwarcwald (2001) reiteram que as desigualdades culturais, políticas e sócio-econômicas entre os sexos, resultam em uma imensa vulnerabilidade feminina face aos homens que, em muitas circunstâncias, ainda as sustentam. Tal vulnerabilidade pode gerar “... (uma) assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, bem como (uma) ausência de canais para a manifestação de queixas e pendências”. Para algumas mulheres, tanto o acesso quanto a obtenção de informações adequadas e atualizadas e a conseqüente

modificação de comportamentos e sua manutenção no cotidiano, são relativamente mais difíceis do que para os homens. A adoção de medidas preventivas contra a possibilidade de infecção pelo HIV é dependente da informação que as mulheres dispõem sobre esta possibilidade, da percepção dos riscos a que estão expostas e de sua capacidade de se proteger de tais riscos, o que por sua vez está condicionado pela biografia, subjetividade e pela posição social que cada mulher ocupa. É necessário considerar, portanto, como salientado por Parker e Camargo Jr (2000) que nem todas as mulheres são igualmente vulneráveis. Estes autores sinalizam que *a “vulnerabilidade diferencial afeta mulheres de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que as mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato, que as mulheres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas e assim por diante”* (Parker e Camargo Jr, 2000). De fato, as mulheres mais afetadas pela epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo são as mulheres mais jovens, com baixo grau de escolaridade, frágil inserção no mercado de trabalho e de baixa renda (Diniz & Villela, 1999: 135). Deste modo, estratégias específicas para este grupo deveriam ser implementadas.

Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens à infecção pelo HIV devido ao fato que a mucosa vaginal exposta ao sêmen masculino é bastante extensa e que a concentração de HIV neste é significativamente maior do que no líquido vaginal. Acoplado à tal predisposição, constata-se que as DST são assintomáticas mais frequentemente nas mulheres do que nos homens. Todos esses riscos à infecção pelo HIV são magnificados para as mulheres mais jovens (pré-púberes e adolescentes) que além de possuírem aparelhos genitais ainda imaturos e, portanto, mais frágeis, também tendem a manter parcerias e relações sexuais habituais com homens mais velhos de acordo com as regras de pareamento entre os gêneros determinadas sócio e culturalmente (Bastos e Szwarcwald, 2001).

Para a implementação de medidas de prevenção efetivas seria necessário, portanto, que a sociedade – homens e mulheres, maridos e esposas, profissionais de saúde e pacientes – repense e re-estruture sua percepção da mulher para que estas possam suplantar as desigualdades de gênero que ainda as oprimem. Segundo os autores estudados, as mulheres

precisam superar o desconhecimento de suas especificidades físico-biológicas e emocionais e, uma vez tendo-o feito, precisam vencer o silêncio que decorre da falta de espaço para expressão dessa auto-consciência; falta de espaço esta estabelecida por fatores sócio-culturais que moldam a sexualidade feminina. Tomar consciência de si e das medidas de prevenção que não só podem como devem ser adotadas para sua auto-preservação, implicam não só na manutenção de sua saúde, como também em uma maior autonomia da mulher perante seus relacionamentos afetivos. Para isso também faz-se necessário o apoio da sociedade como um todo, principalmente dos parceiros e dos profissionais de saúde.

Reconhecendo a tendência à feminização da epidemia desde a segunda metade da década de 1990, a CN-DST/AIDS propôs a veiculação de campanhas preventivas na mídia nacional e regional que conscientizem a população feminina sobre questões relacionadas ao HIV/AIDS. É necessário que o grau de acesso da população-alvo aos meios de comunicação seja avaliado juntamente com os padrões culturais de cada subgrupo, a fim de potencializar a eficácia desta estratégia. Segundo a CN-DST/AIDS (1997), campanhas publicitárias e educativas devem trabalhar a auto-estima da mulher e sua percepção de risco frente à infecção por HIV/AIDS, frisando sua elevada vulnerabilidade biológica ao HIV e questões que giram em torno das desigualdades de gênero e de aspectos socioculturais relevantes. As campanhas devem ainda promover o uso do preservativo e o diálogo entre parceiros (eventuais ou fixos) a respeito do sexo seguro, além de fornecer informações sobre a prevenção de outras DST e sobre os direitos das soropositivas no que tange o acesso a serviços assistenciais e a melhoria de sua qualidade de vida. Segundo Santos (1996:84), contudo, até meados dos anos 90 foram realizadas apenas campanhas esporádicas, tornando-se imprescindível a substituição de campanhas esporádicas e generalizadas por programas permanentes de prevenção e de vigilância epidemiológica que priorizem a saúde da população feminina, sobretudo de mulheres soropositivas assintomáticas e gestantes.

IV. INTERFACE ENTRE AS POLÍTICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS DE AIDS

Dada a extensão das parcerias firmadas entre o Ministério da Saúde brasileiro e as agências internacionais de desenvolvimento no financiamento e implementação das ações de controle do HIV/AIDS no país, este capítulo busca oferecer uma breve descrição do que Mattos (2000) denominou de comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, incluindo seu nascimento e constituição no período pós-guerra, bem como a evolução de suas estratégias junto aos países em desenvolvimento. Entre as diversas instituições que constituem tal comunidade, o capítulo destaca a trajetória política do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com especial atenção para sua contundente inserção no setor saúde no início da década de 90. São também delineadas as estratégias do Banco para o setor saúde de uma maneira geral, com destaque para as propostas de controle e combate ao HIV/AIDS nos países em desenvolvimento. Uma vez que o Banco Mundial consta como a instituição multilateral que mais investe nas ações voltadas ao controle do HIV/AIDS no Brasil (Fontes, 1999: 94) discute-se, finalmente, a atuação do BIRD no financiamento dos Projetos de Controle das DST/AIDS no país – AIDS I e AIDS II – os quais encontram-se detalhadamente descritos no capítulo seguinte.

IV.1 A COMUNIDADE INTERNACIONAL DE AJUDA AO DESENVOLVIMENTO

As agências que integram o que veio a ser denominado de comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, são agências de abrangência transnacional cuja missão, regras de atuação, sustentabilidade financeira e governabilidade são determinadas pelo governo ou governos nacionais que as compõem (Quadro 3). Tais agências oferecem doações e/ou empréstimos em condições mais favoráveis do que as do mercado financeiro aos países em desenvolvimento, visando o suposto crescimento econômico dos mesmos e a melhoria na qualidade de vida de suas populações³⁷ (Mattos, 2000: 80; 2001a: 379).

³⁷ De acordo com Mattos (2000:81), não é possível afirmar que estas instituições de fato forneçam ajuda aos países em desenvolvimento ou mesmo que tenham o objetivo de estimular o crescimento econômico e o bem-estar social de seus povos. Pelo contrário, estudos críticos “... *mostram que o efeito final destes empréstimos*

Quadro 3 - Arcabouço institucional da comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, segundo participação de governos e fontes de recursos

AGÊNCIAS/ ORGANIZAÇÕES	PARTICIPAÇÃO DE GOVERNOS	CAPTAÇÃO DE RECURSOS
AGÊNCIAS NACIONAIS Ex: CIDA, USAID	Formadas por um só governo, sendo este o respectivo governo nacional.	Recursos públicos estabelecidos através dos orçamentos governamentais.
BANCOS INTERNACIONAIS E REGIONAIS DE DESENVOLVIMENTO Ex: Banco Mundial, BID	Formados por diversos países-membro, tendo: um Presidente, uma junta de diretores executivos e uma junta de governadores composta pelos países-membro. Poder de voto dos países-membro é proporcional ao capital por estes aplicado na organização.	Recursos privados obtidos diretamente do mercado financeiro pela emissão de títulos ou através de fundos formados por contribuições financeiras dos países-membro.
FUNDOS E AGÊNCIAS ESPECIALIZADAS DA ONU Ex: PNUD, UNICEF, OMS	Formados por países-membro que, nas agências especializadas, compõem uma Assembléia onde possuem o mesmo poder de voto. Cada agência possui um diretor eleito pela Assembléia; nos Fundos, o diretor é nomeado pelo Secretário Geral da ONU.	Os recursos das agências especializadas provém dos recursos públicos de cada país-membro. Os recursos dos Fundos são extra-orçamentários, sendo provenientes de doações feitas pelos países-membro e pelo setor privado.

Fonte: Adaptado de Mattos, 2000: 97.

O nascimento desta comunidade internacional de desenvolvimento deu-se no período pós-guerra sob liderança norte-americana e forte aliança inglesa. Apesar do mundo ter emergido da segunda grande guerra dividido em dois grandes blocos liderados pelas duas principais potências militares mundiais – a antiga U.S.S.R. e os E.U.A. – o governo americano terminou por obter a hegemonia sobre a configuração da nova ordem mundial que se instaurava. Entre as instituições que passaram a integrar esta nova ordem, destaca-se a Organização das Nações Unidas (ONU), um sistema composto por 6 órgãos centrais, 14

e doações”, sobretudo dos empréstimos de ajuste estrutural amplamente difundidos pelo Banco Mundial na década de oitenta “tem sido ... a recessão econômica e o empobrecimento da população destes países”.

agências e alguns fundos especializados³⁸, cujo objetivo principal seria a manutenção da paz e da segurança mundial dali em diante. Além da ONU, duas outras importantes instituições da comunidade internacional do desenvolvimento tiveram seu marco inaugural no pós-guerra. Durante a Conferência de Bretton Woods, realizada em meados de 1944, foram criados o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD)³⁹, dois grandes pilares do capitalismo mundial atual. Inicialmente, as discussões em torno do Fundo obtiveram mais destaque, dado que este viria a ser o guardião da nova ordem monetária internacional que se instituíria. O Banco, concebido num primeiro momento como uma instituição de investimento restrito à reconstrução, teria suas perspectivas ampliadas eventualmente para o desenvolvimento dos países em maior atraso. Como salienta Mattos (2000:139) o economista inglês John Maynard Keynes, um dos principais articuladores de Bretton Woods, afirmou: *“The field of reconstruction from the consequences of war will mainly occupy the proposed Bank in its early days. But as soon as possible, and with increasing emphasis as time goes on, there is a second primary duty laid upon it, namely to develop the resources and productive capacity of the world, with special attention to the less developed countries ...”* (George and Sabelli, 1993:30 *apud* Mattos, 2000:139). O FMI e o BIRD tinham, quando da sua criação, segundo Hino, *“o objetivo comum de promover a colaboração econômica internacional como forma de estímulo à prosperidade econômica de cada país-membro”* (1986:10).

Em seus primórdios, portanto, a ajuda financeira prestada pelas recém-criadas organizações internacionais voltou-se, sobretudo, à reconstrução das principais economias européias destruídas pela guerra. Foi sobretudo a partir da década de sessenta – após a reestruturação e o fortalecimento destas economias e a eleição de Kennedy como presidente dos Estados Unidos – que as bases institucionais de ajuda internacional passaram a ser ampliadas, tendo como pressuposto o fomento do desenvolvimento nos países periféricos.

³⁸ Os seis órgãos são: a Assembléia Geral, o Conselho de Segurança, o Conselho Econômico e Social, a Corte Internacional de Justiça, o Secretariado e o Conselho Curador. Das agências especializadas destaca-se a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, entre os fundos, pode-se mencionar o UNICEF.

³⁹ O Grupo do Banco Mundial, como é atualmente designado, é composto por 5 organizações, sendo elas: o BIRD e a International Development Agency (IDA), cujo principal objetivo é a concessão de empréstimos aos países em desenvolvimento; a International Financial Corporation (IFC), responsável pelo financiamento direto de projetos no setor privado; e o International Center for the Settlement of Investment Dispute (ICSID) que, juntamente com a Multilateral Investment Guarantee Agency (MIGA), tem o objetivo de apoiar os investidores garantindo-os contra riscos não-comerciais (Mattos, 2000:6-7).

Esta guinada ideológica (da reconstrução ao desenvolvimento) visava, portanto, a implementação de uma política deliberada de apoio aos países em desenvolvimento, o que não apenas revelava as estratégias geopolíticas americanas de contenção da expansão do socialismo, como também, e sobretudo, reafirmava a hegemonia americana no mundo (Mattos, 2000: 85-87).

Durante a década de sessenta, inúmeras agências nacionais de ajuda ao desenvolvimento foram criadas ou reformuladas pelos países com economia de mercado consolidada, membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁴⁰, entre elas: a Canadian International Development Agency (CIDA – 1960), a United States Agency for International Development (USAID – 1961) e a Overseas Technical Cooperation Agency (OTCA, Japão – 1962). No âmbito da ONU, foi criado o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em resposta à demanda dos países em desenvolvimento pela diversificação das fontes de financiamento externo voltadas ao tema. Diversos bancos regionais de desenvolvimento, como o Banco de Desenvolvimento da África (AfDB) e o Banco de Desenvolvimento da Ásia (AsDB), também foram criados durante a década de sessenta, com exceção do BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento – cuja criação se deu em 1959 (Mattos, 2000: 91-3). Pode-se dizer, portanto, que as organizações e agências internacionais de ajuda ao desenvolvimento constituíam, no fim da década de sessenta, uma complexa e ampla rede de atores responsáveis pela mediação e/ou transferência de recursos aos países periféricos⁴¹. Se, naquela época seus esforços concentravam-se no tema do desenvolvimento, ao longo dos anos estas agências viriam a ampliar seu escopo de atuação para abranger outros temas que suplantariam o debate acerca do desenvolvimento na agenda política internacional.

Para os objetivos de análise do projeto AIDS II e compreensão da participação do Banco Mundial no financiamento e avaliação dos projetos de controle das DST e do HIV/AIDS no Brasil, faz-se imprescindível, um aprofundamento da discussão sobre a

⁴⁰ A OCDE nasceu em dezembro de 1960 através da reformulação da OEEC – Organization for European Economic Cooperation – cuja criação foi o auge da conferência sobre a implementação efetiva do Plano Marshall no pós-guerra. Além dos 20 países europeus e dos Estados Unidos e Canadá, que já constituíam a organização em seus primórdios, em 1964 a OCDE incluiu também o Japão como país-membro, passando a constar como a representação institucional do primeiro mundo (Mattos, 2000: 86-9). Posteriormente a OCDE incluiu ampliou sua composição incluindo novos países-membro.

⁴¹ Por esta razão os anos 60 ficaram conhecidos (sobretudo no âmbito das Nações Unidas) como “*a década do desenvolvimento*” (Mattos, 2001a: 381).

trajetória do Banco Mundial e suas principais formas de atuação sobretudo no que tange a sua oferta de idéias para o setor saúde dos países em desenvolvimento em geral e em especial para o controle do HIV/AIDS.

IV.2 O BANCO MUNDIAL – uma breve trajetória

O Banco Mundial nasceu, portanto como uma instituição de caráter permanente que, após empreender os objetivos de reconstrução no pós-guerra, deveria adotar o crescimento da economia mundial como sua responsabilidade principal dedicando-se, sobretudo, ao desenvolvimento dos chamados países de “segundo” e “terceiro” mundo. Na verdade, o Banco, segundo Mattos (2000), se propunha a fomentar o desenvolvimento produtivo dos países menos desenvolvidos a fim de promover o equilíbrio da balança de pagamentos e o crescimento do comércio internacional, através do estímulo ao investimento de capital estrangeiro privado nestes países. Assim, o Banco concederia empréstimos somente àqueles países que demonstrassem dificuldades (ou total impossibilidade) de obter financiamento para seus projetos através do mercado financeiro. As funções do Banco resumiam-se, portanto, em: “*a) reduzir os riscos dos investimentos privados, garantindo-os (...) e b) suprir as necessidades de investimentos na reconstrução ou no desenvolvimento com seus próprios recursos, quando não houve(sse) disponibilidade de captação dos recursos no mercado pelos próprios países membros*” (Mattos, 2000:143-144).

Segundo as diretrizes do Banco, seus empréstimos deveriam ser concedidos de forma imparcial – a partir de considerações estritamente econômicas – sem que houvesse qualquer interferência ou influência política sobre o propósito ou sobre a implementação dos projetos financiados. A liberação dos empréstimos ao governo tomador, de acordo com Mattos (2000), se daria mediante a observação de três garantias essenciais, sendo elas: a elaboração e avaliação dos projetos aos quais se destinariam os recursos do Banco; a garantia de pagamento do empréstimo pelos governos tomadores, sob o risco de sofrerem sanções significativas (incluindo a impossibilidade de requisitar novos empréstimos); e o capital do Banco, que serviria como alternativa junto ao mercado financeiro para cobrir o déficit, caso os governos nacionais não efetuassem o pagamento de suas dívidas (Mattos, 2000: 145-152).

O período entre 1968 e 1982, marcado pela gestão McNamara, foi o momento em que o Banco Mundial adquiriu sua atual proeminência. Entre as inovações de McNamara estava o incentivo ao aumento do custo-efetividade do Banco, que se daria através da aprovação do maior número de projetos no menor espaço de tempo. Segundo Mattos (2000: 184), o Banco Mundial viria a tornar-se, na época, *“uma instituição auto-expansiva e que se orientaria por uma racionalidade burocrática, na qual fazer e aprovar projetos pass(ou) a ser mais importante do que os resultados dos mesmos”*. A crescente experiência do Banco na concessão de empréstimos aos países em desenvolvimento, deixou claro que a ampliação e o direcionamento dos empréstimos para programas e projetos específicos de desenvolvimento não deveria ser realizada sem que fossem consideradas, dali em diante, as políticas econômicas e a conjuntura financeira de cada país tomador (Hino, 1986: 11). Apesar de conflitar diretamente com as diretrizes iniciais do Banco, esta nova proposta por um envolvimento mais profundo do Banco em questões nacionais, foi reforçada pela crise econômica da década de setenta.

Em meados da década de 70, a alta acentuada dos preços do petróleo acarretou desequilíbrios profundos na balança de pagamentos e nas economias dos países em desenvolvimento não-produtores de petróleo. Reconhecendo que estas dificuldades constituíam sérias barreiras a seus empreendimentos no que tange ao desenvolvimento, o Banco Mundial criou, em 1980, uma nova modalidade de empréstimos – os chamados empréstimos de ajuste estrutural – através dos quais *“recursos não vinculados a projetos eram repassados aos governos, para alívio da delicada situação de suas balanças de pagamento, mediante o compromisso desses governos de adotarem um conjunto de medidas econômicas recomendadas* (Mattos, 2001a:383). Segundo Costa *“a expressão ajuste estrutural compreende um elenco de políticas ortodoxas que incluem a estabilização macroeconômica – com normalização da política monetária e fiscal, liberalização dos mercados de bens e capital mediante desregulamentação e privatização das empresas estatais”* (1998:127). A pauta de ajuste estrutural orientada para o mercado e para a Reforma do Estado, passou a ser a base discursiva das organizações internacionais, sobretudo do Banco Mundial e do FMI, que neste período estreitaram ainda mais seus laços institucionais (Hino, 1986; Mattos, 2001a; Costa, 1998).

Como esclarece Mattos (2001a:381), a severa disciplina macroeconômica imposta por esta política resultou na crise da comunidade de ajuda internacional que, a partir dos anos noventa, viu-se forçada a reestruturar seu campo de atuação para além da questão do desenvolvimento. O Banco Mundial, agora sob a presidência de Wolfensohn, reconheceu a necessidade iminente de justificar a razão de sua existência perante o novo cenário internacional que se instaurava, bem como de “*reconstruir sua imagem institucional*” (Mattos, 2001b: 10). Neste sentido, o Banco procurou dissociar sua missão, o tanto quanto possível, das estratégias do FMI (a quem esteve intimamente ligado durante a década de 80) além de buscar o fortalecimento dos laços com o setor não-governamental, cujas manifestações críticas ao Banco e ao Fundo vinham aumentando ao longo dos anos. O Banco Mundial também “*buscou intensificar o diálogo com as demais agências ... e órgãos de cooperação internacional, com vistas a produzir consensos sobre o que dev(ia) ou não ser apoiado por essa comunidade ...*” (Mattos, 2001a: 381). É neste contexto que o Banco Mundial oficialmente transfere a ênfase de seu enfoque no desenvolvimento para a oferta de idéias conforme evidenciado por Mattos (2000, 2001). Na visão de Wolfensohn e de outros protagonistas do cenário mundial, a oferta de idéias e o aconselhamento político (e não somente a oferta de recursos financeiros) deveriam constituir a principal missão da comunidade de ajuda internacional. Dada sua atuação em diversos setores, sua experiência global e sua capacidade de mobilizar grandes quantidades de recursos direta ou indiretamente, o Banco Mundial passou a atuar, portanto, na elaboração de novas propostas setoriais e na disseminação de consensos acerca destas propostas assumindo, assim, uma posição hegemônica face às outras organizações da comunidade internacional na sustentação da ordem mundial (Mattos, 2001a:381-2).

IV.2.1 A Inserção do Banco Mundial no Setor Saúde

A atuação do Banco Mundial no Brasil teve início em 1949, quando foram concedidos os primeiros empréstimos para o financiamento de projeto em solo nacional. A maior parte dos empréstimos cedidos durante as décadas de 50 e 60 destinavam-se aos setores de transporte, indústria e energia. Ao longo dos anos 70, o financiamento do Banco subsidiava programas de infra-estrutura social que se enquadravam na pauta

desenvolvimentista. Já na década de 80, a crise da dívida externa incluiu o Brasil entre os países que receberam do Banco os notórios empréstimos de ajuste estrutural que preconizavam a Reforma do Estado nos países em desenvolvimento (Conde, 1996: 19-20).

Segundo Conde (1996:23), apesar do Banco já vir desenvolvendo atividades complementares às da OMS durante a década de 70, sobretudo na área de nutrição e população, foi somente a partir de 1982⁴² que sua atuação no setor saúde foi ampliada em nível internacional⁴³. Como esclarece Costa, durante os anos 80, “*o envolvimento internacional do Banco Mundial com o tema da saúde foi definido para apoiar projetos de saúde que pudessem servir aos interesses instrumentais do Banco em ampliar a sua missão no ajuste estrutural*” (1998:129).

Pode-se inferir da análise de Mattos (2001a: 384) que, em meados da década de oitenta, o Banco Mundial afirmou seu compromisso com o setor saúde, passando a desenvolver uma série de pesquisas específicas que visavam seu ingresso no debate acerca das políticas de saúde no mundo. Um dos primeiros resultados deste empreendimento foi a publicação do documento intitulado “*Financing Health Services in Developing Countries: na agenda for reform*”. Segundo Costa, este documento “*insere o financiamento à saúde no framework das condicionalidades nas discussões sobre ajuste estrutural*” (1998:129), apontando para a redução na participação do Estado no financiamento e na prestação dos serviços de saúde que deveriam ser transferidos aos setores privado e não-governamental⁴⁴. Além deste documento, o Banco promoveu outros estudos estratégicos dos quais pode-se citar a realização de dois trabalhos de avaliação da saúde do adulto no Brasil e na China e uma pesquisa de ampla abrangência sobre a efetividade de estratégias alternativas de intervenção voltadas para enfermidades crônicas e agudas, a qual aglutinou conhecimento oriundo de diversas áreas como epidemiologia, clínica e economia (Costa, 1998:130; Mattos, 2001 a: 384-5).

No final da década de 80, portanto, o Banco já se constituía no maior financiador internacional do setor saúde (Conde, 1996:24), tendo assumido a liderança mundial no desenvolvimento das políticas sobre o tema. Isto provocou uma reestruturação do

⁴² Mattos (2000: 7) aponta 1981 como o ano em que tiveram início os empréstimos direcionados ao setor saúde

⁴³ Não foi por coincidência, portanto, que os primeiros empréstimos do Banco para a área da saúde no Brasil tenham sido concedidos neste mesmo ano.

⁴⁴ Ver também Mattos, 2000:9.

posicionamento dos atores e organizações internacionais que atuavam no campo da saúde, pondo em cheque, sobretudo, a liderança até então incontestada da OMS no setor (Costa, 1998: 129). Segundo Mattos (2001a:383), é neste momento que as agências da ONU perdem prestígio frente às instituições de Bretton Woods, sobretudo ao Banco, as quais, dada a especificidade de sua atuação, estariam supostamente mais aptas a sugerir políticas de saúde que fossem condizentes ao novo cenário político e econômico internacional que se instaurara.

A intensificação das atividades de pesquisa pelo Banco bem como a divulgação de seus achados em documentos oficiais durante a década de oitenta subsidiou a oferta de idéias que, como já mencionado, passou a integrar as novas estratégias do Banco durante a década de 90 (Mattos, 2001a: 382). As publicações do Banco são, geralmente, de dois tipos: documentos voltados à situação de um país específico e documentos temáticos. É deste último grupo que, em 1993, surge o “*Relatório de Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em saúde*”. De acordo com Mattos (2001a: 386), o impacto da divulgação do relatório foi grande pelo fato de reforçar, segundo a revista médica *The Lancet*⁴⁵, o “*deslocamento da liderança internacional na saúde da OMS para o Banco Mundial*”⁴⁶.

A publicação deste relatório pode ser considerada um momento crucial na atuação setorial do Banco ao sugerir uma agenda de reforma para o sistema de saúde em geral e delinear estratégias específicas para o enfrentamento – tanto no nível local quanto global – da pandemia de HIV/AIDS. Segundo Mattos (2001: 377), “*com a publicação do documento ‘Investindo em Saúde’ (1993), o Banco Mundial alcançou um lugar proeminente no cenário do debate internacional acerca das políticas de saúde*”.

Apontando para a necessidade de priorizar ações básicas e focalizadas em saúde segundo critérios de custo-efetividade, o relatório valoriza, de acordo com Galvão (2000: 136-137), estratégias de prevenção em detrimento de estratégias assistenciais mais dispendiosas e propõe uma linha de ação baseada num tripé que conta com três esferas de atuação: o setor público (ou governamental), as organizações não-governamentais e o setor

⁴⁵ Referência à publicação deste artigo na *Lancet* também foi feita por Galvão (2000:137).

⁴⁶ Segundo Mattos (2001 a e b), devido às crescentes críticas ao tema dos ajustes estruturais, a conseqüente perda de espaço no Banco das idéias difundidas pela *Public Choice School* e o enfraquecimento do Consenso de Washington, o Banco reestrutura sua abordagem, conseguindo manter sua hegemonia mundial não apenas como financiador mas também, e principalmente, como ofertador de idéias/políticas que, então, procurou fortalecer através de maiores enfoques setoriais, como foi o caso da saúde.

privado. Segundo Costa (1998: 131-2), a proposta do *Investindo em Saúde* pode ser resumida em três prioridades básicas: melhoras na saúde da família (sobretudo na saúde materna e infantil) que devem ser, em parte, subsidiadas pela expansão da educação formal e por avanços no status político e socio-econômico da mulher; a redução dos gastos públicos em saúde, através do estabelecimento de um conjunto de serviços clínicos essenciais e da expansão de intervenções preventivas no campo da saúde pública visando o controle de doenças sexuais e infecciosas; e o estímulo à competição entre prestadores privados na oferta de serviços clínicos de alta complexidade não incluídos no “pacote essencial”; além da livre concorrência estrangeira na provisão de insumos.

Segundo Mattos (2001 a: 386-7), pode-se dizer que o discurso do *Investindo em Saúde* é mais moderado em relação às sugestões do documento anterior, *Financing Health Services*, no qual evidenciavam-se duras críticas às reformas que asseguravam o acesso gratuito e universal aos serviços de saúde. Apesar de amenizadas estas críticas ainda permanecem presentes no relatório *Investindo em Saúde*, cujos autores defendem a focalização advertindo: “quando se oferece a todos, gratuitamente, todo tipo de atendimento, os serviços acabam sendo racionados – por área geográfica ou segundo sua qualidade” de modo que, para estipular quem deve receber atendimento gratuito, faz-se necessário determinar a capacidade do país em financiá-lo (Banco Mundial, 1993; Mattos, 2001 a: 387).

Apesar das propostas para o setor saúde incluídas no relatório terem sido ampla e enfaticamente criticadas por diversos autores que apontam para “uma ligação entre os programas de ajuste estrutural e o adoecimento das populações que receberam empréstimos do Banco Mundial, além do declínio, de uma maneira geral, da qualidade de vida de países inteiros” (Galvão, 2000:137), as medidas propostas pelo Banco continuaram a ganhar adesão. Prova de que a atuação do Banco no setor saúde tem se ampliado nos últimos anos tal como argumentado, é que o volume de recursos da ajuda externa direcionados à saúde, “que se mantinha estagnado desde 1991, cresceu nos três anos subsequentes à publicação do relatório do Banco, num ritmo de crescimento de cerca de um bilhão de dólares ao ano” (Mattos 2001b).

No que diz respeito ao combate do HIV/AIDS no mundo em desenvolvimento, constata-se que montantes cada vez mais significativos de recursos financeiros vêm sendo

destinados a empréstimos direcionados ao controle e à prevenção da AIDS e das DST. Publicações da UNAIDS informam que entre 1986 e 1999 o montante de recursos mundialmente desembolsado pelo Banco para o financiamento de mais de 75 projetos em HIV/AIDS foi da ordem de 750 milhões de dólares, tendo US\$ 550 milhões sido destinados ao financiamento de 60 projetos de prevenção em 41 países entre 1986 e 1996 (Dayton, 1998: 5 *apud* Galvão, 2000: 136). De fato, “o Banco é ... a maior fonte isolada de financiamento externo para a prevenção e o controle da AIDS no mundo em desenvolvimento” (Sandström, 1994 *apud* Mattos 2001b: 7).

Entre as prescrições do Banco para o combate a AIDS no Brasil, destaca-se a oferta de recursos para os projetos AIDS I e II⁴⁷ que vêm sendo desenvolvidos através de uma parceria entre o Banco e a CN-DST/AIDS do Ministério da Saúde. De acordo com Mattos (2001b: 8), “ambos inscrevem-se entre os maiores empréstimos feitos pelo Banco para projetos de controle da AIDS no mundo”. É importante ressaltar que, no caso dos acordos firmados entre o Banco Mundial e a CN-DST/AIDS, as políticas de cooperação são supostamente formuladas em conjunto, buscando promover integralmente as políticas nacionais já existentes “sem qualquer imposição de políticas predefinidas pelo agente financiador” (Fontes, 1999: 108). Segundo Mattos (2001b: 15), isto faz parte da mudança na estratégia do Banco que, ao invés de condicionar seus empréstimos à adesão, pelos países receptores, de determinações pré-estabelecidas, passa a avaliar seus planos, detectando “os pontos de intercessão entre as pretensões do governo e a agenda do Banco” e intensificando o diálogo quando da existência de divergências acerca de quais políticas devem ou não ser implementadas. Uma das áreas em que a política brasileira de combate ao HIV/AIDS diverge das prescrições do Banco, por exemplo, diz respeito à oferta universal e gratuita da terapia anti-retroviral, a qual conta apenas com o financiamento do governo brasileiro dado que este tratamento não se insere no pacote de cuidados essenciais definido pelo Banco⁴⁸. Segundo o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde, “muitos serviços de saúde têm tão pouca eficácia em termos de custo que os governos terão que pensar em excluí-los do pacote clínico essencial ... (como) terapias

⁴⁷ E, eventualmente, AIDS III.

⁴⁸ Segundo o Banco Mundial, no mínimo cinco grupos de intervenções devem fazer parte do pacote: serviços de planejamento familiar, serviços de controle das DST, serviços de assistência à gestante, serviços de atendimento de doenças graves que afetam crianças regularmente e serviços de controle da tuberculose.

medicinais caras para infecções provocadas pelo HIV... ” (Banco Mundial, 1993:11). O Banco argumenta que seria difícil justificar o financiamento público deste tipo de tratamento enquanto serviços mais focalizados e eficazes em termos de custo ainda permanecerem sub-financiados.

Apesar das divergências, é importante reconhecer que os empréstimos concedidos pelo Banco ao Brasil para a implementação dos Projetos AIDS I e AIDS II foram essenciais à promoção das políticas nacionais de AIDS pois permitiram que estas pudessem finalmente “sair do papel”. Como esclarece Fontes (1999:110), *“de uma forma geral, o empréstimo do Banco viabilizou as políticas nacionais de AIDS e reduziu a dependência da CN-DST/AIDS na busca de financiamentos de doadores bilaterais e da própria estrutura burocrática do governo”*. Galvão (2000: 126) concorda ao explicar que os empréstimos do Banco Mundial para a realização dos Projetos de Controle das DST/AIDS permitiram *“pela primeira vez em sua história, que o programa brasileiro de AIDS dispusesse de recursos financeiros significativos para desenvolver ações, sobretudo de prevenção, frente à epidemia”*. Pode-se dizer que importante parte da política nacional de controle do HIV/AIDS foi sustentada com recursos provenientes do Banco Mundial. Os empréstimos negociados com o Banco Mundial, , até então, tem sido essenciais para garantir a continuidade das ações estratégicas em AIDS. Os projetos AIDS I e AIDS III encontram-se brevemente descritos a seguir, com especial ênfase para o Projeto AIDS II, objeto deste estudo, dada sua atual importância para os programas de DST/AIDS implantados por todo o país.

V. OS PROJETOS DE CONTROLE DAS DST/AIDS: AIDS I e AIDS II

V.1 O PROJETO AIDS I

O “Projeto de Controle das DST e AIDS” – também denominado “Projeto AIDS I” – foi o primeiro fruto de um acordo de empréstimo⁴⁹ estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, tendo como objetivos principais a redução da taxa de incidência e transmissão do HIV/AIDS e das DSTs assim como o fortalecimento institucional de organizações públicas e privadas ligadas ao controle destas doenças. Apesar do acordo ter sido oficialmente firmado somente em março de 1994, as negociações do projeto tiveram início em 1992⁵⁰. Segundo informações disponibilizadas por Richard Parker, chefe da Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS em 1992, a iniciativa de discutir a possibilidade de um empréstimo voltado ao controle das DST/AIDS no Brasil partiu do Banco Mundial⁵¹, que em maio daquele mesmo ano, enviou uma missão ao país visando examinar, junto ao Ministério da Saúde, o impacto da epidemia no Brasil e as prioridades que orientariam a formulação dos componentes do projeto (Galvão, 2000:140). De acordo com Galvão (2000:140), o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) – que havia retomado sua credibilidade após o *impeachment* de Collor – inovou na formulação dos componentes específicos do projeto ao reunir diversos membros de setores-chave da sociedade tais como instituições de pesquisa, universidades, ONGs, técnicos e profissionais da área de saúde, entre outros. Segundo afirma a autora, a proposta para o AIDS I, que incluiu “*a contratação de consultores brasileiros para escrever os componentes do projeto, a montagem do projeto e sua apresentação para as organizações não-governamentais...*” foi concluída em fins de 1992 (Galvão, 2000:141). Ficou determinado

⁴⁹ Acordo 3.659 BR

² A explicação para tal defasagem pode estar relacionada, em parte, às diversas etapas envolvidas na requisição de um empréstimo como este. De acordo com Galvão (2000:141), somente após a finalização do conteúdo do projeto, pode-se processar sua negociação com o financiador, no caso, o Banco Mundial. Tal negociação é feita através da Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN), por parte do Ministro da Fazenda. Após a aprovação da SEAIN, o projeto é novamente encaminhado para o Banco Mundial. Somente ao receber o aval do Banco, o projeto pode ser remetido para o presidente da República, o qual, então, solicita a autorização do projeto ao Senado. Apenas após a aprovação do projeto pelo mesmo é que o acordo é disponibilizado para ser assinado.

que as ações estratégicas do Projeto AIDS I seriam norteadas por quatro componentes, a saber:

a) prevenção - através de programas de informação, educação e comunicação e do aumento da testagem, do diagnóstico e do aconselhamento por parte do setor público;

b) serviços de tratamento e assistência - integração das atividades de prevenção e dos serviços médicos, principalmente os serviços de aconselhamento, visando o direcionamento de pacientes para serviços alternativos de baixo custo;

c) desenvolvimento e fortalecimento institucional - capacitação e treinamento de profissionais de saúde na prestação de serviços voltados para HIV/AIDS e DST, incluindo aconselhamento e referência para obtenção de tratamento através do SUS; controle de qualidade e monitoramento de testes laboratoriais e melhoria dos laboratório-referência estaduais; e

d) vigilância, pesquisa e avaliação - vigilância epidemiológica, análise de estudos e projeções epidemiológicas, de estudos de custo-efetividade das intervenções feitas e do impacto sócio-econômico do HIV/AIDS (Galvão, 2000: 146-7).

O orçamento total do Projeto AIDS I ficou estabelecido em 250 milhões de dólares, sendo US\$ 160 milhões provenientes do Banco e US\$ 90 milhões de contrapartida do Tesouro Nacional (Figura 3a). O prazo para o pagamento do empréstimo contraído foi, por sua vez, estabelecido em 15 anos, dos quais cinco seriam considerados período de carência em que a dívida estaria submetida às taxas anuais (variáveis) de juros do Banco. Concordou-se que as ações estratégicas do AIDS I deveriam ser implementadas pelo Ministério da Saúde brasileiro através do Programa Nacional da CN-DST/AIDS e que a duração do projeto devia limitar-se a 5 anos, com encerramento previsto para 1997 e prestação de contas em junho de 1998.

Ficou estipulado que aproximadamente 75% dos recursos destinados ao Projeto seriam investidos nos dois primeiros componentes: 41,1% (aproximadamente US\$103 milhões) em prevenção e 33,8% (cerca de US\$ 85 milhões) em tratamento e assistência. O restante do montante seria então distribuído entre os dois outros componentes do Projeto, com 18,6% (pouco mais de US\$ 46 milhões) investidos em desenvolvimento e

fortalecimento institucional e 6,5% (em torno de US\$ 16 milhões) em vigilância epidemiológica (Tabela 8).

Tabela 8 – Alocação de recursos por componentes do projeto AIDS I.

Brasil, 1993-1998

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	RECURSOS	
		(US\$ milhões)	(%)
PRIMEIRO	Promoção, Proteção e Prevenção	102,743	41,1
SEGUNDO	Tratamento e Assistência	84,548	33,8
TERCEIRO	Desenvolvimento Institucional	46,433	18,6
QUARTO	Vigilância Epidemiológica	16,237	6,5
TOTAL		250,000	100,0

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b.

É clara, portanto, a ênfase do AIDS I no componente prevenção, dado o montante de recursos destinados ao mesmo. No AIDS I, na avaliação de Galvão (2000), a elaboração de estratégias preventivas esteve fortemente influenciada pelos conceitos de grupos e comportamentos de risco em vigor na época, e noções de comportamentos individuais, segundo as quais todos são livres para escolher seus comportamentos, inclusive comportamentos de alto risco. Deste modo, as estratégias de prevenção enfatizavam, a disseminação de informações e o estímulo a mudanças de comportamento capazes de evitar a contração ou transmissão das DST e sobretudo da AIDS, uma doença assintomática em seu (longo) estágio inicial. Como aponta Galvão (2000: 148), “em termos conceituais, o ‘AIDS I’ apresenta uma ênfase no trabalho com ‘grupos de risco’, visando a mudanças de comportamento (*behaviour change*) e em outras teorias como *health belief model* e *risk reduction model*”.

Já no que diz respeito ao componente de “assistência e tratamento”, é importante lembrar que a distribuição universal e gratuita de medicamentos antiretrovirais pela rede pública de saúde tal como vem sendo realizada no Brasil, não foi incluída no financiamento do Projeto AIDS I (bem como do AIDS II) por não constar, como já mencionado, entre as atividades consideradas custo-efetivas pelo Banco. Galvão (2000: 137), enfatiza as prioridades do Banco: “os recursos provenientes do empréstimo não podem ser destinados

para os medicamentos utilizados no tratamento das pessoas com HIV/AIDS; todos os esforços devem ter, como prioridade, a prevenção....”

Com ênfase nas ações de prevenção e na articulação com organizações não governamentais, o AIDS I contribuiu para o fortalecimento do Programa Nacional de DST/AIDS ao permitir que este se tornasse um dos principais interlocutores e financiadores das atividades voltadas para à prevenção das DST/AIDS no país, sobretudo daquelas executadas pelas organizações da sociedade civil (Galvão, 2000:161). Na implementação das ações previstas nos quatro componentes do AIDS I – sobretudo no componente prevenção – ONGs podiam contar com os recursos destinados ao Projeto. Segundo definições do PN-DSTAIDS, a captação de recursos pelas diferentes ONGs deveria se dar através da *“apresentação de projetos que seriam selecionados de forma competitiva”* (Galvão, 2000:153). A primeira concorrência para os projetos de ONGs e outras organizações da sociedade civil foi aberta em fevereiro de 1993, antes mesmo do acordo de empréstimo que viabilizaria a implementação do AIDS I ter sido assinado⁵². Estes projetos seriam julgados, selecionados e avaliados por um comitê externo⁵³, cujos membros seriam apontados e estariam submetidos ao PN-DST/AIDS. Os critérios de seleção utilizados para as concorrências agrupavam os projetos submetidos em três categorias segundo o resultado: aprovados sem restrição, aprovados com restrição (ou seja, que precisam de ajustes), e projetos não aprovados para financiamento (Galvão, 2000:154-7).

A tabela 9, abaixo, mostra a distribuição de recursos do AIDS I ao ano entre os diferentes projetos submetidos à concorrência entre 1993 e 1996. Do conjunto de recursos alocados no AIDS I para o componente 1 – a prevenção e promoção – cerca de 13% dos recursos foram repassados a ONGs pra execução.

⁵² Segundo Galvão (2000:142), os recursos a serem repassados às ONGs vieram de um outro projeto destinado ao controle de grandes endemias, também apoiado pelo Banco junto ao MS. O acordo de empréstimo que seria assinado em 1994 viabilizando o AIDS I, permitia a incorporação de despesas retroativas.

⁵³ Este comitê era integrado por representantes de 7 instituições, a saber: FIOCRUZ, UERJ, UFRJ, UFBA, UFSC, USP e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa-SP.

Tabela 9 – Repasse dos recursos do AIDS I aos projetos de ONG aprovados pela CN-DST/AIDS nas concorrências de 1993 a 1996

ANO CONCORRÊNCIA	NO. PROJETOS APROVADOS	RECURSOS REPASSADOS
1993	35	1.764.757,70
1994	111	5.838.490,00
1995	52	3.011.671,34
1996	32	3.060.776,56
TOTAL	230	13.675.695,60

Fonte: Galvão, 2000:157

De acordo com a tabela acima, percebe-se que o montante de recursos repassados às organizações da sociedade civil a cada ano tiveram alguma correspondência ao número de projetos aprovados, sendo 1994 o ano em que o maior número de projetos foi submetido (295) e, portanto, o ano de maior aprovação de projetos (111) e também maior montante de recursos financeiros repassados para ONGS.

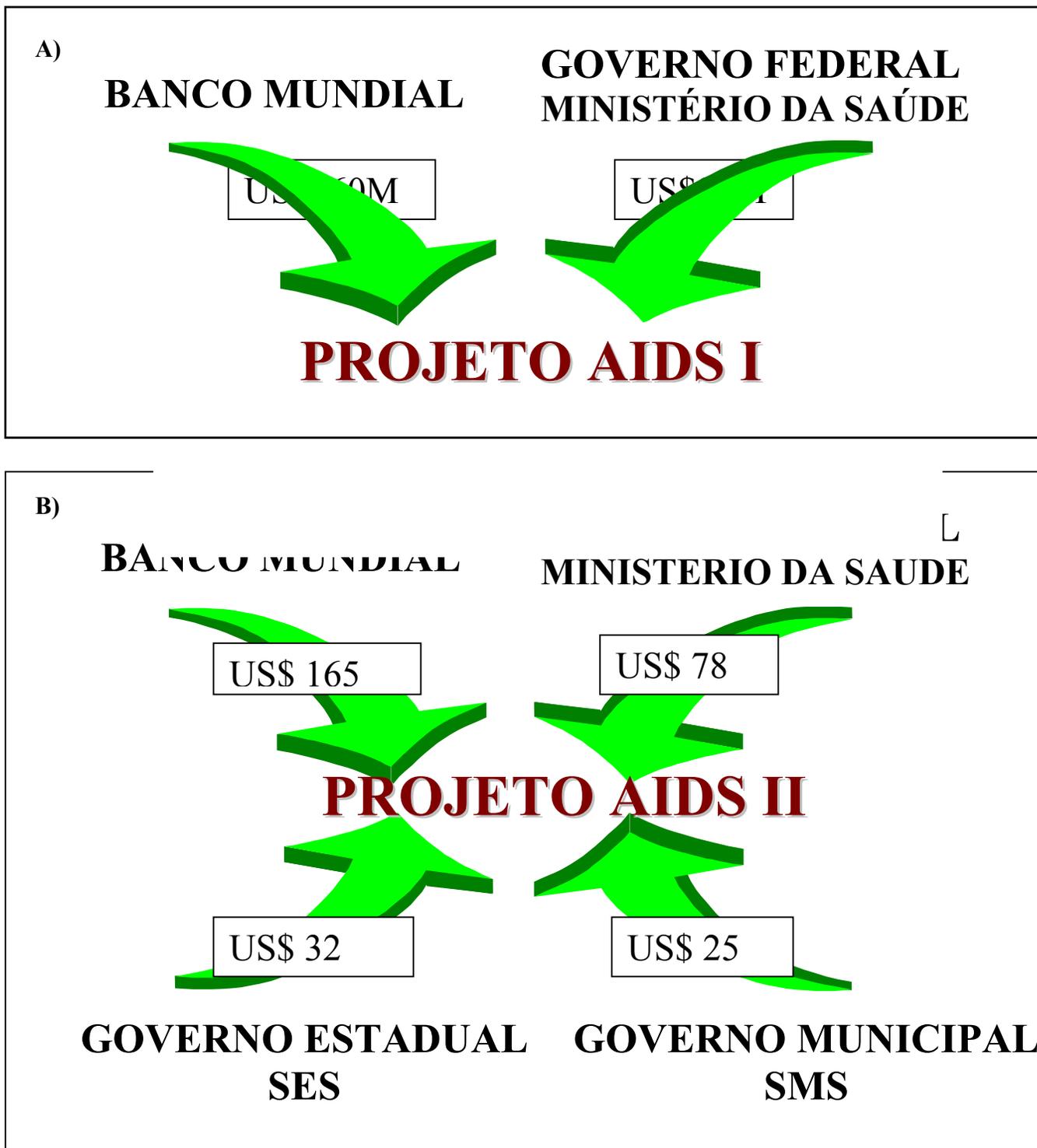
A viabilização destes projetos através do repasse dos recursos do AIDS I, estimulou o que Galvão (2000:159) denominou de “mercado da AIDS” onde a resposta à epidemia se expandiu com o aumento no número de ONGs voltadas ao tema. Pode-se dizer, portanto, que o Projeto AIDS I foi essencial às atividades de controle e prevenção do HIV/AIDS implementadas por organizações da sociedade civil no Brasil não apenas por viabilizá-las financeiramente, como também pela experiência pioneira que proporcionou no estabelecimento de uma parceria efetiva entre os setores governamental, não-governamental e agências multilaterais internacionais (Galvão, 2000:160-1).

Em geral, o AIDS I foi estruturado num tripé constituído pela instância federal (PN-DST/AIDS), pelas instâncias governamentais locais (incluindo, na época, 27 secretarias estaduais de saúde e 43 secretarias municipais de saúde) e pela sociedade civil (contando com 175 organizações, 37 universidades e uma ampla rede de diagnóstico e assistência) [Galvão, 2000:152]. Segundo dados divulgados pela Folha de São Paulo, as ações empreendidas durante a vigência do AIDS I foram capazes de prevenir a infecção de aproximadamente 38 mil brasileiros, permitindo que fossem poupados pouco menos de 86 milhões de dólares na área assistencial (Galvão, 2000:148).

A avaliação positiva e os avanços proporcionados pelo AIDS I reforçaram, a necessidade de expandir ainda mais as políticas voltadas ao enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil, e dar continuidade às ações iniciadas pelo Projeto após seu término. Tal

constatação culminou com a negociação de um novo acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, que ficou então denominado de AIDS II.

Figura 2 – Aporte de recursos destinados aos Projetos AIDS I e II



Fonte: Brasi, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b

(*) valores em milhões de dólares

Elaboração Própria

V.2 O PROJETO AIDS II

Atualmente o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) é financiado com recursos federais que se destinam à obtenção de medicamentos antiretrovirais (ARVs) e com o aporte financeiro do segundo Projeto de Controle das DST/AIDS - Projeto AIDS II. O AIDS II foi o resultado de um segundo acordo de empréstimo⁵⁴ firmado entre o Brasil e o Banco Mundial em dezembro de 1998, com efetividade prevista para fevereiro de 1999. As fontes de financiamento do Projeto constam como uma fonte externa – o Banco Mundial – e fontes nacionais de recursos. O aporte total de recursos destinados ao Projeto foi de US\$ 300 milhões de dólares, sendo US\$ 165 milhões correspondentes ao empréstimo⁵⁵ e US\$ 135 milhões de contrapartida nacional, o que correspondeu a um importante acréscimo de 50% na participação de recursos orçamentários em comparação com o projeto AIDS I, possibilitada pela contrapartida agora exigida de governos locais (Figura 3b). O empréstimo do Banco se insere no contexto da dívida externa brasileira com previsão de quitação até 2013⁵⁶, enquanto a contrapartida nacional engloba os recursos das esferas federal, estadual e municipal, sendo US\$ 78 milhões provenientes do MS, US\$ 32 milhões das Secretarias de Estado de Saúde e US\$ 25 milhões das Secretarias Municipais de Saúde (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b).

Segundo a Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) da CN-DST/AIDS, entre os objetivos gerais deste segundo Projeto encontram-se: o aprimoramento e a ampliação das atividades iniciadas no AIDS I com o propósito de reduzir a incidência da infecção pelo HIV e por outras DST; a expansão do acesso dos portadores de DST/HIV-AIDS a serviços públicos de qualidade, sobretudo os serviços de diagnóstico, tratamento e assistência; e o fortalecimento das instituições públicas e privadas encarregadas do controle das DST/HIV/AIDS, através de um modelo de gestão descentralizada. Entre os objetivos específicos, podem ser mencionados: a promoção da adoção de práticas seguras quanto às

⁵⁴ Acordo de empréstimo 4392 BR

⁵⁵ Período inicial de liberação de recursos: 02/1999 - 12/2002 → prorrogado até 08/2003

⁵⁶ Previsão de conclusão do pagamento total: 2013.

Prazos do empréstimo: 15 anos - 5 anos de carência e 10 anos para amortizar o principal
Valor das prestações anuais nestes 10 anos: US\$ 16,500,000.00 + juros de 7,5% ao ano sobre o valor desembolsado + taxa de permanência de 0,75% ao ano sobre o valor não desembolsado
(Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001a)

DST/AIDS, o aumento da utilização dos serviços de diagnóstico, aconselhamento e tratamento de qualidade por portadores das DST/AIDS, a garantia dos direitos fundamentais de pessoas direta ou indiretamente afetadas pelo HIV/AIDS, a melhoria do acesso dos portadores de DST/HIV-AIDS à assistência de qualidade na rede pública de saúde; a melhoria da gestão dos programas de prevenção e controle; a capacitação de pessoal; e a ampliação e o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica das DST/HIV/AIDS (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b:7).

As atividades necessárias ao cumprimento dos objetivos do Projeto AIDS II foram agrupadas em três componentes e diversos subcomponentes que correspondem, de um modo geral, às diretrizes do Programa Nacional de DST/AIDS, como se pode observar no quadro, abaixo.

Quadro 4 – Componentes e subcomponentes do Projeto AIDS II, Brasil, vigência 1998-2002

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
Promoção, Proteção e Prevenção	Campanhas informativas/ educativas por meio da mídia impressa e eletrônica
	Promoção de práticas seguras
	Promoção de direitos humanos
	Drogas e AIDS
	Apoio a ONGs
	Serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS
	Logística de preservativos
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	Diagnóstico e acompanhamento laboratorial
	Modalidades assistenciais às pessoas portadoras de HIV/AIDS
	Atenção aos portadores de DST
	PACS/PSF
	Logística de medicamentos
Fortalecimento Institucional	Treinamento
	Estudos e pesquisas
	Fortalecimento da rede de referência laboratorial
	Gestão: planejamento, monitoramento e avaliação
	Gerência administrativa e financeira
	Informática e programação visual

Fonte: MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001a – Adaptado

Segundo o Relatório de Implementação e Avaliação do AIDS II, para o Componente 1 foi prevista a execução de US\$ 128 milhões (43%), no Componente 2, US\$ 102 milhões (34%) e no Componente 3, US\$ 70 milhões (23%) para todo o país, com distribuições entre componentes similares ao AIDS I (MS, 2001b: 8) [Tabela 10].

Tabela 10 – Alocação de recursos por componentes do projeto AIDS II, Brasil vigência 1998-2002

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	RECURSOS	
		(US\$ milhões)	(%)
PRIMEIRO	Promoção, Proteção e Prevenção	128	43,0
SEGUNDO	Diagnóstico, Tratamento e Assistência	102	34,0
TERCEIRO	Desenvolvimento Institucional Gestão Descentralizada	70	23,0
TOTAL		300	100,0

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b.

O primeiro componente prevê a promoção da saúde e a prevenção da transmissão das DST/HIV-AIDS e do uso indevido de drogas injetáveis na população em geral (sobretudo nos grupos mais vulneráveis e que se encontram em situação de alto-risco), bem como a proteção dos direitos fundamentais dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS através da Rede de Direitos Humanos (RDH). Para tanto o Projeto AIDS II prevê a realização de campanhas educativas em massa visando conscientizar a população sobre a transmissão das DST/AIDS e promover a adoção de práticas seguras – tais como o uso de preservativos (Box 1) e de seringas descartáveis – sobretudo no âmbito dos CTA. Neste sentido prevê-se a implantação de novos CTA pelo país cujos profissionais sejam devidamente capacitados nas atividades de aconselhamento, visando implementar ações de prevenção primária do HIV e de redução de danos (Box 2) [Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b:141]. Estas intervenções deverão ser realizadas sobretudo junto a subgrupos específicos que demonstram maior vulnerabilidade e maiores chances de contrair o HIV/DST, tais como populações de baixa renda, usuários de drogas injetáveis (UDIs), adolescentes, profissionais do sexo, mulheres, entre outros. No que tange especificamente às mulheres, reconhece-se que o desenvolvimento de uma percepção de maior vulnerabilidade ao HIV e outras DST entre as mulheres, a elaboração e consolidação de estratégias que contribuam para a adoção de comportamentos mais seguros envolvendo a saúde sexual e reprodutiva

feminina e as melhorias na qualidade do atendimento prestado às mulheres pelos serviços públicos de saúde, constituem grandes desafios a serem vencidos pelo PN-DST/AIDS com a implementação do AIDS II. Sendo assim, as principais estratégias de prevenção do Projeto voltadas à população feminina (Box 3) devem ser baseadas nas parcerias desenvolvidas pelos departamentos de prevenção das DST/AIDS das assessorias estaduais e municipais e os programas de saúde da mulher, os programas de atenção básica (ex: PACS, PSF) e com as organizações da sociedade civil (OSC).

Box 1 – Estratégias, aquisição e distribuição de preservativos como insumo de prevenção

<p>De acordo com a CN-DST/AIDS, são três os canais de distribuição de preservativos no Brasil: o setor privado, o setor público e o setor não-governamental. Enquanto o setor privado atua comercialmente na venda de preservativos e as ONGs os oferecem a custos reduzidos, o setor público – MS/CN-DST/AIDS – realiza a distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos. Tais insumos são adquiridos pelo MS/CN-DST/AIDS sob licitação e repassados, em sua maioria, às assessorias estaduais e municipais de DST/AIDS, sendo o restante direcionado aos programas de planejamento familiar.</p> <p>Entre 1993 e julho de 2000 – período que incluiu os quatro anos de vigência do Projeto AIDS I e a programação para os dois primeiros anos de implementação do AIDS II – foram adquiridos aproximadamente 355 milhões de preservativos, com redistribuição mensal às respectivas esferas governamentais locais de 12,3 milhões. Outro processo foi iniciado em agosto de 2000 (com a solicitação de</p>	<p>não-objeção do Banco Mundial) para a aquisição de mais 200 milhões de preservativos para atender a demanda de 2001. Já em 2002, foi encaminhada a compra de 300 milhões de preservativos. Apesar destas numerosas aquisições, este quantitativo é ainda insuficiente para cobrir a demanda constatada. Procura-se, priorizar as populações em situação de pobreza e, entre elas: os soropositivos ou doentes de AIDS; os portadores de DST; as/os profissionais do sexo; UDI; HSH; a população carcerária, a meninos e meninas de rua, mulheres, caminhoneiros, entre outros.</p> <p>Visando estimular o uso do preservativo e a expansão do acesso ao mesmo, sobretudo nos segmentos citados de populações empobrecidas, algumas estratégias inovadoras merecem destaque, entre elas: a implantação de bancos de preservativos, a inclusão dos preservativos na cesta básica e o estabelecimento dos chamados fundos rotativos.</p>
---	---

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b: 147-153

Box 2 – Implementação das atividades de prevenção primária do HIV/AIDS no âmbito dos CTA entre 1999-2000

<p>Os Centros de Testagem e Aconselhamento ou CTA são unidades da rede básica de saúde cujos objetivos incluem: a expansão do acesso ao diagnóstico de infecção pelo HIV, absorvendo a demanda nos bancos de sangue por testes sorológicos; o estímulo ao diagnóstico de parceiros/as sexuais; o auxílio a serviços de pré-natal na testagem de gestantes; a informação sobre a prevenção do uso indevido de drogas e das DST/ HIV com vistas a reduzir a transmissão das mesmas; e o encaminhamento de soropositivos aos serviços de referência assistencial visando sua adesão à terapia ARV.</p> <p>Desde 1999 vêm sendo aprovados projetos de implantação de CTA pelo país visando a implementação de ações de redução de danos e prevenção primária do HIV. Estes projetos têm como principais executores organizações governamentais locais que incluem as secretarias estaduais e municipais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde e alguns serviços universitários.</p> <p>No ano de 1999 – primeiro ano de execução do Projeto AIDS II – 138 unidades foram implantadas em todo o país: 8 na região Norte, 29 na região Nordeste, 14 no Centro-Oeste, 55 no Sudeste e 32 na região</p>	<p>Sul. Destas, 37% informaram ter realizado um total de 85.486 testes, sendo a maioria nas regiões Sul e Sudeste.</p> <p>Já no ano de 2000, este número aumentou para 174 unidades implantadas (102 nas regiões Sul e Sudeste), com registro de 227.589 testes realizados. Observou-se, portanto um crescimento na realização de testes pelos CTA em funcionamento que se caracterizou por uma maior procura das mulheres pela testagem. Dos 227.589 testes anti-HIV registrados no Brasil em 2000, cerca de 115.000 foram realizados em mulheres não-grávidas e cerca de apenas 51.000 em gestantes. Visando subsidiar as atividades de vigilância epidemiológica através do monitoramento da infecção por HIV no Brasil, foi recentemente finalizada a criação de um sistema informatizado que permitirá aos CTA o acompanhamento de sua clientela. Com vistas à capacitação dos profissionais dos CTA na utilização deste sistema foram realizadas, em 2000, duas reuniões macrorregionais envolvendo os CTA das regiões Sul e Sudeste, com previsão para a capacitação posterior dos CTA das demais regiões.</p>
--	---

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b: 140-3

Box 3 – Concepções e principais estratégias de prevenção das DST/HIV/AIDS em mulheres, Projeto AIDS II, 1998-2002

<p>As desigualdades na distribuição de renda entre os sexos, a baixa escolaridade de alguns segmentos da população feminina em relação à masculina, as relações assimétricas de gênero e a violência sexual e doméstica da qual muitas mulheres ainda são vítimas, são fatores que, unidos a maior vulnerabilidade biológica das mulheres à infecção pelo HIV/AIDS e outras DST, produzem uma situação desfavorável para a população feminina, dificultando sua percepção de risco e vulnerabilidade frente à epidemia. Iniciativas abrangentes de promoção da saúde (sobretudo da saúde sexual e reprodutiva da mulher) devem, portanto, levar em consideração questões de gênero e sexualidade na elaboração de estratégias preventivas eficazes.</p> <p>Entre tais estratégias estão a capacitação de agentes multiplicadores e de lideranças comunitárias capazes de promover atividades informativas e educativas em DST/AIDS e a ampliação da cobertura de ações preventivas voltadas às mulheres em geral, sobretudo junto a populações empobrecidas e outros segmentos vulneráveis da população feminina, como jovens, trabalhadoras do sexo e mulheres soropositivas. O apoio à participação das organizações da sociedade civil no fortalecimento destas e outras ações preventivas é, portanto, essencial para garantir seu sucesso.</p>	<p>A este conjunto de estratégias, soma-se a disponibilização do preservativo masculino para a população em geral e a consolidação e ampliação da distribuição do preservativo feminino a segmentos de risco acrescido na população feminina, que incluem: profissionais do sexo; usuárias de drogas e/ou parceiras de usuários; presidiárias ou parceiras de presidiários; mulheres vivendo com HIV/AIDS e/ou parceiras de soropositivos; portadoras de DST e/ou parceiras de portadores; mulheres de baixa renda que frequentam os serviços de saúde da mulher e as vítimas de violência sexual. No âmbito destas atividades, prevê-se a sensibilização dos parceiros em relação ao uso correto e frequente do preservativo masculino e do preservativo feminino, visando facilitar a negociação do sexo seguro.</p> <p>O fomento à capacitação dos profissionais de saúde e a inclusão da temática de “gênero, vulnerabilidade e DST/AIDS” no treinamento dos mesmos, bem como o fortalecimento institucional da rede de serviços básicos de saúde da mulher são também vitais para a integração das atividades de prevenção e tratamento do HIV/AIDS às unidades e serviços do SUS.</p>
---	---

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b: 116-7.

Quanto ao segundo componente, uma breve relação das principais ações previstas, de diagnóstico, tratamento e assistência, inclui: a melhoria da operação, padronização e controle de qualidade em laboratórios de diagnóstico e o fortalecimento dos serviços de diagnóstico e tratamento de DST; a melhoria no atendimento e tratamento de pessoas com DST/HIV-AIDS e a implementação de um sistema logístico centralizado para efetuar o controle de custo na distribuição de medicamentos e preservativos.

Para que as ações previstas nestes dois primeiros componentes sejam realizadas de forma eficaz, o terceiro componente prevê o treinamento de profissionais de saúde envolvidos tanto na prevenção quanto no tratamento dos portadores de DST/AIDS e que se efetue a expansão da rede de laboratórios de referência nacional em diagnóstico. A melhoria dos serviços de vigilância epidemiológica é também necessária, uma vez que estes serviços permitem o monitoramento do número de casos e da extensão da epidemia de HIV/AIDS, bem como a identificação de mudanças no perfil da epidemia no Brasil. O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento de estudos que revelem o custo e evidenciem o impacto das ações realizadas, como por exemplo, das ações que objetivam produzir mudanças comportamentais significativas (sobretudo no comportamento sexual de grupos considerados de alto risco) e um aumento na sobrevivência e na qualidade de vida dos infectados, são de suma importância para uma avaliação realista das atividades em HIV/AIDS. Além disso o projeto prevê o monitoramento e a avaliação das ações do AIDS II implementadas pelos programas estaduais e municipais de DST/AIDS e por ONGs objetivando analisar o grau de descentralização do Projeto nestas instâncias (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b: 8-9).

Na implementação das ações de prevenção e controle das DST/HIV/AIDS previstas nos três componentes acima descritos, constam como entidades executoras do Projeto AIDS II: o Ministério da Saúde (que, através da CN-DST/AIDS, realiza aquisições diretas de kits de diagnósticos e de preservativos bem como a veiculação de campanhas nacionais e material de IEC); 26 assessorias estaduais e 147 assessorias municipais de DST/AIDS; 3 consórcios intermunicipais de saúde (sendo 2 CIS de Minas Gerais e 1 do Rio Grande do Sul) e diversas ONGs. Todas estas entidades devem procurar estabelecer parcerias com outros órgãos e programas governamentais, sobretudo de saúde (ex: PACS, PSF, PAISMCA, etc), com organizações da sociedade civil em geral (como universidades e

intuições de fomento à pesquisa) e com organismos internacionais de cooperação bi e multilaterais⁵⁷ na implementação de projetos específicos, sobretudo dos projetos executados por ONGs.

Estima-se que centenas de ONGs estejam envolvidas na implementação de projetos de assistência e, sobretudo, de prevenção, voltados a subgrupos populacionais e comunidades específicas. De acordo com a CN-DST/AIDS, em 1999, primeiro ano de execução do Projeto AIDS II, foram submetidos cerca de 350 projetos através do processo de concorrência nacional, enquanto em 2000 este número quase duplicou, totalizando 615 projetos. Destes, 280 projetos foram aprovados no total, sendo 187 aprovados através de concorrência descentralizada e 93 através de concorrência nacional. A maioria (62) dos projetos aprovados através da concorrência nacional concentraram-se na unidade técnica de prevenção da CN-DST/AIDS, sendo 13 destes referentes a ações de prevenção em mulheres (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b:163-8).

Visando garantir a sustentabilidade das ações iniciadas no AIDS I e consolidadas no AIDS II, a CN-DST/AIDS prevê a negociação de um terceiro empréstimo com o Banco Mundial que viabilizará a implantação do AIDS III no país, projeto que foge ao escopo desta discussão.

⁵⁷ Entre os organismos internacionais, destacam-se as parcerias com as organizações do Sistema das Nações Unidas que integram o Grupo Temático Ampliado da UNAIDS, a saber: UNESCO, UNIFEM, UNICEF, UNDCP, PNUD, entre outros.

V.3 Mecanismos para Repasses, Programação das Atividades e Acompanhamento dos Convênios do Projeto AIDS II

Segundo a ASPLAV (2001a), o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) é atualmente financiado com recursos orçamentários federais que se destinam à obtenção de medicamentos para a AIDS, e com o aporte financeiro do segundo projeto de controle das DST/AIDS, Projeto AIDS II. Como já mencionado, as fontes de financiamento do Projeto AIDS II são o Banco Mundial (fonte externa) e o Governo Brasileiro (fonte interna). O empréstimo do Banco, no valor de US\$ 165 milhões, se insere no contexto da dívida externa brasileira com previsão de quitação até 2013⁵⁸, enquanto a contrapartida nacional, de US\$ 135 milhões, engloba recursos das esferas federal, estadual e municipal, como já detalhado na seção anterior. Os recursos das fontes BIRD e federal são repassados às instâncias governamentais mediante a celebração de convênios, segundo os seguintes critérios: tamanho populacional do respectivo estado ou município; número de casos notificados de AIDS; quantidade e capacidade instalada dos programas implantados; estrutura da rede de serviços de DST/AIDS existentes. Os recursos de contrapartida oriundos de estados e municípios são definidos e alocados nos seus respectivos orçamentos segundo os mesmos critérios (ENTREVISTADOS 2 e 3).

De acordo com a ASPLAV (2001a), os convênios podem ser definidos como “ *o instrumento que disciplina a transferência de recursos públicos e que tem como partícipe um órgão da Administração Pública Federal, que esteja gerindo recursos do Orçamento da União*⁵⁹, visando à execução de programas, projetos ou eventos de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.” O Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS) age apenas como o concedente dos recursos destinados à execução do projeto pelos proponentes que, para efeito deste estudo, se restringirá a Assessoria Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro.

⁵⁸ Previsão de pagamento total: 2013.

Prazos do empréstimo: 15 anos - 5 anos de carência e 10 anos para amortizar o principal
Valor das prestações anuais nestes 10 anos: US\$ 16,500,000.00 + juros de 7,5% ao ano sobre o valor desembolsado + taxa de permanência de 0,75% ao ano sobre o valor não desembolsado
(Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001a)

⁵⁹ No caso do Projeto AIDS II, este órgão é o Fundo Nacional de Saúde (FNS).

No Brasil, atualmente, são realizados 177 convênios para o repasse dos recursos referentes à execução do Projeto AIDS II: 3 convênios com CIS⁶⁰; 147 convênios com municípios, estando 12 localizados no estado do Rio de Janeiro; um convênio com o Distrito Federal (DF) e 26 convênios com estados, sendo um deles o estado do Rio de Janeiro. Para que qualquer convênio possa ser realizado entre o Ministério da Saúde e as Assessorias Estaduais e Municipais de DST/AIDS, é necessário que estas elaborem os denominados Planos Operativos Anuais ou POA. Os POA são documentos oficiais de programação exigidos pelo Banco Mundial que, como o próprio nome sugere, devem ser formulados anualmente pelas respectivas Assessorias de DST/AIDS, designando a programação físico-financeira das atividades a serem realizadas no ano seguinte (ENTREVISTADO 2). A matriz de programação de cada POA (Figura 4) deve indicar os objetivos gerais e específicos do Projeto AIDS II, listando quais atividades deverão ser implementadas sob os diferentes componentes e subcomponentes do projeto. As atividades de prevenção e controle da AIDS a serem realizadas nos diferentes estados e municípios durante o respectivo ano de programação, devem ser quantificadas e executadas através dos bens, serviços e insumos que constituem as categorias de despesa do Projeto (Quadro 5), visando atingir populações-alvo específicas. Os POAs devem ser enviados e analisados pelo Banco Mundial, cujas recomendações deverão, a princípio, ser incorporadas pela Coordenação de DST/AIDS. O plano ajustado deve, então, ser re-encaminhado ao Banco para aprovação até o fim de cada ano. Após aprovação final pelo Banco, o POA não deverá ser novamente alterado em suas principais linhas de ação (ENTREVISTADO 3).

⁶⁰ Três convênios são celebrados com Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Figura 3 – Estrutura simplificada da atual matriz documental padronizada para os Planos Operativos Anuais

Matriz de Programação – P.O.A.				
OGP: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (DST/AIDS)				
POA: POA II – Programação para o ano de 2000				
Objetivo Geral: 1. Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e outras DST				
Objetivo Específico: 1. Promover a adoção de práticas seguras em relação às DST/HIV/AIDS				
Componente: 1. Promoção, Proteção e Prevenção				
Subcomponente: 1. Campanhas informativas/educativas por meio da mídia impressa e eletrônica.				
Unidade geral de medida: campanha				
Quantidade: 1				
ATIVIDADE	FONTE DE RECURSOS			
	BIRD	NACIONAL	ESTADUAL	TOTAL
Produção e distribuição de material informativo de prevenção de DST/HIV/AIDS	0,00	34.566,00	0,00	34.566,00
População-alvo: mulheres Unidade específica de medida: folders Quantidade: 50.000				

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, POA II, 2000.

Quadro 5 – Categorias e subcategorias de despesa do Projeto AIDS II.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
BENS	Materiais Permanentes e Equipamentos: de laboratório, audio-visuais, de informática, mobiliário e veículos
	Material Laboratorial: kits de diagnóstico, agulhas/seringas, reagentes, lâminas, máscaras, óculos protetores, etc
	Preservativos: masculinos (adolescentes e adultos) e femininos
	Bens de Consumo diversos (copa-cozinha, roupas de cama, etc)
MATERIAL INSTRUCIONAL	Material Instrucional: livros, periódicos, apostilas, cartilhas, manuais, slides, vídeos/filmes, cartazes, folders, entre outros
TREINAMENTO	Seminários, simpósios, encontros, reuniões, oficinas de trabalho e todas as despesas relativas aos eventos incluídos nesta categoria, tais como passagens, diárias, material instrucional ou de consumo, apoio técnico-administrativo, aluguel de equipamentos (exceto os referidos na categoria “Bens”) e serviços prestados por terceiros, entre outros
SERVIÇOS CONSULTORIA ASSISTÊNCIA TÉCNICA PESQUISA	Serviços e remuneração de consultores permanentes e individuais
	Consultorias pontuais, pessoa jurídica, pessoa física
	Pesquisas aprovadas pelo Comitê de Pesquisa do PN-DST/AIDS ou previamente aprovadas pela CN-DST/AIDS
ADMINISTRAÇÃO DO PROJETO	Contratação de consultores permanentes ou pontuais (pessoa física) para: área administrativa, financeira, informática, planejamento de serviços e apoio logístico
IEC	Informação, educação e comunicação da prevenção das DST/AIDS através de programas de rádio/TV, vídeos, carros de som, peças de teatro, boletins, folders, cartazes, faixas e outdoors, anúncios na mídia impressa e campanhas informativas, que não figurem como material instrucional/educativo.
MEDICAMENTOS DST	Somente considerados os medicamentos de DST aprovados pela CN-DST/AIDS. Esta subcategoria é específica à contrapartida dos Estados e Municípios.
SERVIÇOS	Serviços de terceiros, pagamentos de faturas, pequenas reformas e manutenção das instalações físicas e dos meios de transporte utilizados pelas assessorias locais de DST/AIDS, entre outros.

SUPERVISÃO	Gastos com atividades de monitoramento e avaliação que se dão através do deslocamento (incluindo passagem, estadia e ajuda de custo) de técnicos e supervisores das Assessorias Estaduais. Esta subcategoria pode ser financiada utilizando recursos de contrapartida federal ou estadual
------------	---

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2001a: 15-19
Elaboração própria.

Após a aprovação do POA, cada Assessoria torna-se responsável pela elaboração de um Plano de Trabalho, ou PT. O Plano de Trabalho constitui uma síntese da programação apresentada na matriz original do POA e é parte integrante do documento de convênio. O PT deve conter as fases, etapas, metas, resumo das categorias de despesa e o cronograma financeiro para o ano proposto, requerendo também a ratificação do gestor em cargo. O plano de trabalho é então enviado à Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS). Após sua aprovação pela mesma, a minuta de convênio é emitida pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), verificando-se sua publicação obrigatória no Diário Oficial da União (DOU). Somente então, dá-se a liberação dos recursos requisitados via ordem bancária, através do SIAFI (ENTREVISTADOS 2 e 3).

A liberação dos recursos aos proponentes é geralmente efetuada em duas ou três parcelas que são depositadas em duas contas específicas, as quais devem ser abertas em agências do Banco do Brasil por cada entidade executora (ENTREVISTADO 3). Em uma destas contas são depositados os recursos previstos para as categorias de despesa referentes à fonte BIRD e, na outra, é realizado o depósito dos recursos que abrangem as categorias de despesa custeadas somente pela fonte nacional. A Tabela 11, abaixo, esclarece quais categorias recebem financiamento externo e quais dispõem apenas dos recursos de contrapartida nacional.

Tabela 11 – Recursos por categoria de despesa do Projeto AIDS II, segundo fonte, Brasil

CATEGORIA	FONTE BIRD (US\$)	FONTE NACIONAL (US\$)	TOTAL (US\$)
Bens	68.000.000,00	12.000.000,00	80.000.000,00
Material Instrucional	20.000.000,00	4.000.000,00	24.000.000,00
Treinamento	40.000.000,00	9.000.000,00	49.000.000,00
Serviços consultoria, Assistência técnica e Pesquisa	27.000.000,00	-----	27.000.000,00
Administração do Projeto	10.000.000,00	-----	10.000.000,00
IEC	-----	80.000.000,00	80.000.000,00
Medicamentos de DST	-----	20.000.000,00	20.000.000,00
Serviços	-----	4.000.000,00	4.000.000,00
Supervisão	-----	6.000.000,00	6.000.000,00
TOTAL	165.000.000,00	135.000.000,00	300.000.000,00

Fonte: Extraído de Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2001a.

A liberação das demais parcelas de recursos, está condicionada à utilização da primeira na execução das atividades previstas no PT de cada Assessoria, ou seja: a liberação de parcelas de recursos subquentes à primeira, dá-se somente mediante a prestação de contas das Assessorias à CN-DST/AIDS. O grau de execução físico-financeira das atividades programadas nos POA de cada Assessoria (estadual ou municipal) de DST/AIDS é avaliado por consultores da Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) da CN-DST/AIDS através do Sistema de Informações em AIDS, o SIAIDS (ENTREVISTADO 3). O SIAIDS é um sistema informatizado que recolhe dados sobre a programação anual de cada Assessoria de DST/AIDS e sobre os recursos repassados às entidades executoras pelo Ministério da Saúde. As declarações de despesas, denominadas SOEs (ou *Statements of Expenditure*), são computadas no SIAIDS visando a prestação de contas das Assessorias e seu acompanhamento pela instância federal, a ASPLAV. Os SOEs, exigidos pelo Banco Mundial, são elaborados a partir dos processos de execução financeira de cada Assessoria – sobretudo notas de empenho, notas fiscais e recibos de pagamento – e permitem a comprovação oficial dos gastos realizados na execução das atividades do Projeto AIDS II pelas instâncias estaduais e municipais, entre outras. A prestação de contas deve ser anual – ao término do período determinado para cada Plano de

Trabalho – e também parcial, em qual caso os SOEs devem ser enviados quinzenalmente à CN-DST/AIDS (ENTREVISTADO 3).

VI. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES E EXECUÇÃO DOS RECURSOS DO PROJETO AIDS II NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Como mencionado na sessão anterior, o Rio de Janeiro é um dos seis estados que celebram convênios com o Ministério da Saúde para o repasse dos recursos destinados à execução das atividades previstas nos componentes/subcomponentes do Projeto AIDS II. Além da Assessoria Estadual de DST/AIDS da SES-RJ, responsável pela gerência do Programa de DST/AIDS no estado do Rio de Janeiro, outros 12 programas de DST/AIDS também celebram convênios com o MS para a execução do Projeto em seus respectivos municípios, a maioria localizados na região metropolitana do estado. Estes municípios são: Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo e São João de Meriti na região metropolitana; Campos dos Goytacazes e Macaé, na região norte-fluminense; Petrópolis na região serrana; Volta Redonda na região médio-paraíba; e Angra dos Reis, na região baía de ilha grande⁶².

Este trabalho se restringe à programação e execução financeira das atividades planejadas pela Assessoria Estadual de DST/AIDS da SES-RJ para o AIDS II através da análise de seus planos operativos anuais e dos SOE, instrumento utilizado na prestação de contas pelos órgãos gestores do projeto (OGP) em geral. Serão examinados os dois planos operativos anuais – POA I e POA II – do Programa Estadual de DST/AIDS, referentes à programação das atividades dos anos de 1999 e 2000 e seus respectivos SOE, dado que a execução destas atividades se estendeu durante os 4,5 anos de vigência do Projeto AIDS II no país, e ainda pende conclusão.

VI. 1 PLANO OPERATIVO ANUAL, POA I (1999)

Em 1999, o total de recursos financeiros programados no primeiro plano operativo anual (POA I) da Assessoria de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (DST/AIDS-SES/RJ) para a execução do Projeto AIDS II, foi de R\$ 2.179.043,40.

⁶² Site CN-DST/AIDS: www.aids.gov.br

De acordo com dados disponibilizados pela DST/AIDS-SES/RJ, aproximadamente R\$ 946 mil, ou 43 % deste total, foram destinados ao componente de promoção, proteção e prevenção (COMPONENTE 1), 38% ao componente de diagnóstico, tratamento e assistência (COMPONENTE 2) e 18% ao componente de fortalecimento institucional (COMPONENTE 3) [Tabela 12].

Tabela 12 - Recursos financeiros programados segundo componentes do Projeto AIDS II pela Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ para o ano de 1999

COMPONENTES	RECURSOS (R\$)	%
COMPONENTE 1	946.845,00	43,0
COMPONENTE 2	837.612,40	38,0
COMPONENTE 3	394.586,00	18,0
TOTAL	2.179.043,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.

No Rio de Janeiro, a maior parte dos recursos programados (64%) foram provenientes do financiamento externo. Dos R\$ 946.845,00 programados para a prevenção (primeiro componente), 55% seriam provenientes do BIRD, 34% viriam da contrapartida estadual e pouco mais de 10% constituiriam a contrapartida federal. No que tange o segundo componente (assistência), a maioria (62,5%) dos recursos seriam oriundos do Banco, responsável pelo financiamento de aproximadamente R\$523 mil do total de R\$ 837.612,40 destinados a este componente.

A contrapartida federal constituiria a segunda maior fonte de recursos, contribuindo com aproximadamente R\$ 176 mil (ou cerca de 21% do total), seguida da contrapartida estadual de 16,4%, ou pouco mais de 137 mil reais. O terceiro componente (fortalecimento institucional), por sua vez, foi financiado exclusivamente pelo Banco – que contribuiria com 88,1% dos recursos – e pela contrapartida federal de aproximadamente R\$ 47 mil (11,9%, do total), sem que houvesse a participação financeira da esfera estadual no custeio das atividades previstas para este componente (Tabela 13).

Tabela 13 - Recursos financeiros programados segundo componente por fonte do Projeto AIDS II para o ano de 1999 pela SES-RJ

COMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	COMPONENTE 1		COMPONENTE 2		COMPONENTE 3			
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
BIRD	525.404,00	55,5	523.110,00	62,5	347.639,00	88,1	1.396.153,00	64,1
FEDERAL	98.450,00	10,4	176.741,00	21,1	46.947,00	11,9	322.138,00	14,8
ESTADUAL	323.000,00	34,1	137.761,40	16,4	0,00	0,0	460.761,40	21,1
TOTAL	946.845,00	100,0	837.612,40	100,0	394.586,00	100,0	2.179.043,40	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.
Elaboração própria

De acordo com a programação da DST/AIDS-SES/RJ, pode-se afirmar, portanto, que as maiores fontes de financiamento do componente prevenção no ano de 1999 seriam o Banco Mundial e a Assessoria Estadual de DST/AIDS da SES-RJ, enquanto as principais fontes de recursos para os componentes restantes – assistência e fortalecimento institucional – seriam o Banco e a esfera federal.

Estando presente no financiamento de todos os componentes, o Banco consta, portanto, como a maior fonte de recursos do Projeto AIDS II no Rio de Janeiro, contribuindo com 64% dos mais de R\$ 2 milhões destinados à execução do Projeto no estado. A esfera estadual (DST/AIDS-SES/RJ) vem em segundo lugar, com um financiamento de 21,1%, seguida da esfera federal com pouco menos de 15% (Tabela 14).

Tabela 14 - Recursos financeiros do Projeto AIDS II programados segundo fonte pela Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ para o ano de 1999

FONTE	RECURSOS (R\$)	%
BIRD	1.396.153,00	64,1
FEDERAL	322.138,00	14,8
ESTADUAL	460.761,00	21,1
TOTAL	2.179.043,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.
Elaboração própria

Do total de recursos provenientes do BIRD para o financiamento do AIDS II no estado do Rio de Janeiro em 1999, cerca de 37% seriam destinados ao componente prevenção e outros 37% ao componente assistência, estando o restante (pouco menos de 25%) voltado ao terceiro componente fortalecimento institucional. Já no que tange a fonte federal, aproximadamente 55% dos recursos seriam destinados ao componente assistência, pouco menos de 31% ao componente prevenção e 14, 5% ao terceiro componente. Os recursos provenientes da contrapartida estadual, por sua vez, estariam exclusivamente comprometidos com o financiamento dos dois primeiros componentes, com aproximadamente 70% dos recursos destinados à prevenção e 30% à assistência (Tabela 15).

Tabela 15 - Recursos financeiros programados segundo fonte por componente do Projeto AIDS II para o ano de 1999 pela SES-RJ

COMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
COMPONENTE 1	525.404,00	37,6	98.450,00	30,6	323.000,00	70,1	946.845,00	43,0
COMPONENTE 2	523.110,00	37,5	176.741,00	54,9	137.761,40	29,9	837.612,40	38,0
COMPONENTE 3	347.639,00	24,9	46.947,00	14,5	0,00	0,00	394.586,00	18,0
TOTAL	1.396.153,00	100,0	322.138,00	100,0	460.761,40	100,0	2.179.043,40	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999. Elaboração própria.

Dada a ênfase deste estudo no primeiro componente do Projeto AIDS II – promoção, proteção e prevenção – buscou-se examinar a distribuição dos recursos programados entre as diversas atividades dos subcomponentes de prevenção. As tabelas 16, 17 e 18, abaixo, ilustram tal distribuição.

Tabela 16 - Recursos financeiros programados por subcomponente de prevenção do convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 1999

SUBCOMPONENTES	FONTE DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
1. campanhas informativas educativas na mídia	10.959,00	2,1	12.000,00	12,2	0,00	0,0	22.950,00	2,4
2. promoção de práticas seguras	471.365,00	89,7	85.010,00	86,3	323.000,00	100,0	879.375,00	92,9
5. apoio a organizações não- governamentais	40.000,00	7,6	0,00	0,0	0,00	0,0	40.000,00	4,2
6. serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS	3.080,00	0,6	1.440,00	1,5	0,00	0,0	4.520,00	0,5
TOTAL	525.404,00	100,0	98.450,00	100,0	323.000,00	100,0	946.845,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999. Elaboração própria.

Da tabela acima, nota-se que apenas quatro dos sete subcomponentes de prevenção do Projeto AIDS II listados no capítulo anterior, foram incluídos na programação físico-financeira da DST/AIDS-SES/RJ para o ano de 1999. Dentre eles, a promoção de práticas seguras consta como o subcomponente ao qual seria destinada 93% dos recursos de prevenção em geral. Os recursos restantes foram distribuídos entre os demais subcomponentes, sendo 4,2% alocados ao apoio a organizações não-governamentais, 2,4% a campanhas informativas e educativas na mídia impressa e eletrônica e 0,5% à prevenção das DST/AIDS nos serviços de saúde.

O maior financiador destes subcomponentes seria, novamente, o Banco Mundial – contribuindo com aproximadamente R\$525 mil ou 55,5% do total de recursos planejados para os subcomponentes de prevenção. Em seguida, encontra-se a contribuição estadual de R\$ 323 mil (que constitui 34,1% do total) e, por último a contrapartida federal de aproximadamente R\$98 mil (o equivalente a 10, 4% do total) [Tabela 17].

Tabela 17 - Proporção de recursos financeiros programados segundo fonte por subcomponente de prevenção, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS, SES/RJ-, 1999

SUBCOMPONENTES	FONTE DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
1. campanhas informativas educativas na mídia	10.959,00	47,7	12.000,00	52,3	0,00	0,00	22.950,00	100,0
2. promoção de práticas seguras	471.365,00	53,6	85.010,00	9,6	323.000,00	36,8	879.375,00	100,0
5. apoio a organizações não- governamentais	40.000,00	100,0	0,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	100,0
6. serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS	3.080,00	68,1	1.440,00	31,9	0,00	0,00	4.520,00	100,0
TOTAL	525.404,00	55,5	98.450,00	10,4	323.000,00	34,1	946.845,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.

Elaboração própria.

De acordo com a programação da DST/AIDS-SES/RJ para 1999, a contrapartida estadual se destinaria exclusivamente ao financiamento do subcomponente “promoção de práticas seguras”, representando 36,8% do financiamento total para este componente. A grande maioria dos recursos dispensados pelo Banco – cerca de R\$ 471 mil – também estariam voltados para o financiamento deste subcomponente, equivalendo a 53,6% do total de recursos dispensados para o mesmo. Os outros componentes seriam financiados em menor escala, priorizado o apoio às ONGs em primeiro lugar, as campanhas informativas e educativas em seguida e, por último, a prevenção nos serviços de DST/AIDS. Pode-se dizer que, em geral, a esfera federal foi a que menos contribuiu para o conjunto de subcomponentes de prevenção e, portanto, para o componente como um todo. Sua contribuição mais expressiva – de R\$ 85 mil – foi em relação à promoção de práticas seguras, o que representou 9,6% do total de recursos destinados a este subcomponente.

Pode-se dizer, portanto, que a programação da DST/AIDS-SES/RJ para o ano de 1999 elegeu a promoção de práticas seguras como o subcomponente de prevenção mais importante do Projeto AIDS II, ao qual seriam alocados aproximadamente 93% dos recursos destinados ao componente prevenção em geral. Entre as principais atividades deste

subcomponente destacam-se: a aquisição e disponibilização de preservativos masculinos à população em geral (34%), a produção e distribuição de material educativo (34%) (distribuição de folders e cartilhas educativa, kits, manuais, material instrucional). E um projeto especialmente destinado aos jovens o “Projeto Escola” (19%).

Outras atividades programadas com recursos destinados ao subcomponente de promoção de práticas seguras foram a implementação do projeto de prevenção intitulado “AIDS no Local de Trabalho” nos municípios de Volta Redonda e Macaé; e a aquisição e distribuição de preservativos femininos para as quais foi destinada uma pequena parcela de menos de três por cento dos recursos do subcomponente.

O subcomponente de apoio às ONGs, por sua vez, contou com um total de R\$ 40.000 que devem ser investidos no apoio aos encontros sobre DST/AIDS promovidos por ONGs⁶¹. Já os recursos programados para a realização de campanhas informativas e educativas na mídia impressa e eletrônica em 1999, foram designados à capacitação dos DJs de rádios comunitárias bem como à produção de CDs para veiculação de mensagens educativas referentes às DST/AIDS. Finalmente, o subcomponente “serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS”, contaria com um singelo montante de recursos destinado à realização do “Encontro Estadual de Avaliação dos CTAs” e à supervisão das atividades dos mesmos.

⁶¹ Entre os encontros mais cogitados estão o Vivendo com HIV/AIDS, organizado pelo Grupo pela Vida, e o Encontro Nacional de ONGs/AIDS, para mencionar alguns.

Quadro 6 - Subcomponentes de prevenção, atividades, população-alvo e recursos de programados para o Projeto AIDS II. SES/RJ, 1999

ATIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	POPULAÇÃO ALVO	RECURSOS	
		R\$	%
1. Campanhas informativas e educativas na mídia			
a) capacitação dos DJs de rádios comunitárias para veiculação de mensagens educativas de DST/AIDS	geral	10.950,00	47,7
b) produção de CD com mensagem educativa de DST/AIDS	geral	12.000,00	52,3
SUBTOTAL 1		22.950,00	2,4
2. Promoção de práticas seguras			
a) aquisição e distribuição de preservativos masculinos	geral	300.000,00	34,1
b) aquisição de preservativos femininos	mulheres	23.000,00	2,6
c) aquisição e distribuição de kits educativos	crianças, adolescentes adultos jovens	15.000,00	1,7
d) assessoria para formulação do projeto "AIDS no Local de Trabalho"	empregados e empregadores	4.000,00	0,5
e) avaliação do "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	3.500,00	0,4
f) coordenação do "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	4.320,00	0,5
g) disponibilização de preservativos pelo "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	120.000,00	13,6
h) implementação do projeto de prevenção "AIDS no Local de Trabalho" de Macaé	empregados e empregadores	20.000,00	2,3
i) implementação do projeto de prevenção "AIDS no Local de Trabalho" de Volta Redonda	empregados e empregadores	30.000,00	3,4
j) produção de cartilhas educativas	geral	150.000,00	17,1
l) produção e distribuição de folders educativos	geral	110.000,00	12,5
m) produção de cartilhas sobre os direitos do trabalhador	empregados e empregadores	5.000,00	0,6
n) produção de material instrucional para multiplicadores de informações	crianças, adolescentes adultos jovens	10.000,00	1,1
o) produção de manual de práticas educativas	profissionais de saúde	5.000,00	0,6
p) produção e distribuição de cartazes instrucionais de DST/AIDS	profissionais de saúde	12.000,00	1,4
q) realização de treinamento para o "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	28.495,00	3,2
r) seminário "AIDS no Local de Trabalho"	empregados e empregadores	1.600,00	0,2
s) seminário "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	3.000,00	0,3
t) seminário de avaliação do projeto de prevenção dirigido a comunidades empobrecidas	profissionais de saúde	12.000,00	1,4
u) supervisão do projeto "AIDS no Local de Trabalho"	empregados e empregadores	3.500,00	0,4
v) supervisão das atividades locais de prevenção em 7 municípios	profissionais de saúde	8.960,00	1,0
x) teleconferência "Projeto Escola"	crianças, adolescentes adultos jovens	10.000,00	1,1
SUBTOTAL 2		879.375,00	92,9

5. Apoio a organizações não-governamentais			
a) apoio aos encontros sobre DST/AIDS promovidos por ONGs	geral	40.000,00	100,0
SUBTOTAL 5		40.000,00	4,2
6. Serviços de saúde para a prevenção das DST/AIDS			
a) encontro estadual de avaliação dos CTAs	profissionais de saúde	3.080,00	68,1
b) supervisão das atividades dos CTAs	profissionais de saúde	1.440,00	31,9
SUBTOTAL 6		4.520,00	0,5
TOTAL		946.845,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.

As atividades programadas para o componente prevenção (Quadro 6) estão voltadas para a população geral e segmentos específicos da população, sobretudo crianças, adolescentes e adultos jovens. Parte destas atividades direcionam-se ao local de trabalho, visando atingir empregados e empregadores e outras aos profissionais de saúde.

Observa-se ainda que apenas uma atividade de prevenção – a aquisição e distribuição de preservativos femininos – foi especificamente planejada tendo em vista a promoção de práticas seguras junto às mulheres.

As atividades planejadas visando intervenções junto à população em geral, encontram-se distribuídas na maioria dos subcomponentes. O subcomponente “serviços de saúde para a prevenção das DST/AIDS” é o único cujas atividades se voltam inteiramente aos profissionais de saúde, sem contemplar outros segmentos específicos ou englobar ações direcionadas a população geral.

Como demonstrado na tabela 18, abaixo, a maior parte dos recursos definidos para o componente prevenção, – cerca de 66% –, destinaram-se às atividades voltadas à população geral. Das atividades voltadas a subgrupos populacionais específicos, as mais beneficiadas pela programação de recursos foram aquelas que se direcionam para as crianças, os adolescentes e os adultos jovens, para as quais foi previsto um total de aproximadamente R\$ 194 mil, correspondendo a um total de 21%. Já as atividades que abrangem o contingente de empregados e empregadores receberam 6,8% e aquelas destinadas aos profissionais de saúde receberam menor ênfase arrecadando, correspondendo a apenas somente 4,5% do total de recursos destinados ao componente prevenção. A população feminina foi a menos beneficiada pela programação, sendo destinatária de apenas 2,4% dos recursos do POAI/99.

Tabela 18 - Distribuição dos recursos programados programados para os subcomponentes de prevenção, segundo população-alvo, Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 1999

POPULAÇÃO-ALVO	DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS	
	R\$	%
GERAL	622.950,00	65,8
CRIANÇAS, ADOLESCENTES, ADULTOS JOVENS	194.315,00	20,5
EMPREGADOS E EMPREGADORES	64.100,00	6,8
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	42.480,00	4,5
MULHERES	23.000,00	2,4
TOTAL	946.845,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.

VI. 2 PLANO OPERATIVO ANUAL, POA II (2000)

Em 2000, o total de recursos financeiros programados no segundo plano operativo anual (POA II) da Assessoria de DST/AIDS - SES-RJ para a execução do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro foi de R\$ 3.029.554,05, aproximadamente R\$ 850,5 mil a mais do que o total de recursos programados em 1999. No ano de 2000, foi também o empréstimo do Banco Mundial (BIRD) a maior fonte de recursos do Projeto AIDS II, contribuindo com um total de aproximadamente R\$1.617.781,00 (R\$ 221,6 mil a mais do que em 1999). O montante de recursos programados para a fonte BIRD em 2000 em termos relativos, representou, contudo, uma proporção inferior (53%) do total de recursos programados para o Projeto AIDS II em comparação ao ano de 1999. Isto se explica pelo aumento da contrapartida nacional em 2000, ano em que os recursos de fonte estadual passaram de R\$ 461 mil para aproximadamente R\$ 788 mil e os recursos de fonte federal quase duplicaram, alcançando R\$ 624 mil em comparação aos R\$322 mil em 1999 (Tabela 19).

**Tabela 19 - Recursos programados por fonte segundo ano de programação
POA I e POA II. SES-RJ, 1999/2000**

FONTE	POA I /99		POA II/00	
	R\$	%	R\$	%
BIRD	1.396.153,00	64,1	1.617.781,40	53,4
FEDERAL	322.138,00	14,8	624.088,60	20,6
ESTADUAL	460.761,00	21,1	787.684,05	26,0
TOTAL	2.179.043,00	100,0	3.029.554,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 1999.

Como se observa na tabela 20, abaixo, aproximadamente 40% dos recursos totais referentes à fonte BIRD em 2000 foram programados para o componente prevenção, em comparação aos 37% programados no POA I para este mesmo componente. Dos recursos restantes, 35% seriam destinados ao custeio das atividades previstas no segundo componente e 24% estariam comprometidos ao custeio do terceiro componente. Já a contribuição da fonte federal ao componente prevenção aumentou de maneira significativa, passando de aproximadamente R\$ 98 mil em 1999 a mais de R\$ 374 mil em 2000. Percebe-se também significativa participação da contrapartida federal no custeio do terceiro componente, ao qual passaria a contribuir, em 2000, com 25% de seus recursos totais em comparação à contribuição de 14,5% em 1999. Em compensação, os recursos de fonte federal destinados ao segundo componente – componente assistência – foram reduzidos de aproximadamente R\$ 177 mil em 1999 para R\$ 89 mil em 2000. No POA II, os recursos de contrapartida estadual permaneceram destinados exclusivamente aos dois primeiros componentes, assim como em 1999. Contudo, a proporção de recursos de fonte estadual destinados ao componente assistência aumentou, passando de 30% a 40% em detrimento do componente prevenção, que de 70% passou a contar com 60% dos recursos da fonte estadual.

Tabela 20 - Recursos financeiros programados por componente segundo fonte, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000

COMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
COMPONENTE 1	651.000,00	40,2	374.266,00	60,0	472.611,00	60,0	1.497.877,00	49,4
COMPONENTE 2	572.101,40	35,4	89.352,00	14,3	315.073,05	40,0	976.527,05	32,3
COMPONENTE 3	394.680,00	24,4	160.470,00	25,7	0,00	0,00	555.150,00	18,3
TOTAL	1.617.781,40	00,0	624.088,60	100,0	787.684,05	100,0	3.029.554,05	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000.

No que diz respeito à programação de recursos para os diferentes componentes do Projeto AIDS II em 2000, pode-se dizer que o componente prevenção foi, novamente, o componente mais privilegiado pela programação financeira da DST/AIDS-SES/RJ, tendo sido alocado cerca de R\$ 1.498.000,00, o que reflete um acréscimo de mais de meio milhão de reais aos R\$ 946 mil alocados em 1999. Naquele ano, os recursos programados para o componente prevenção (COMPONENTE 1) representaram 43% do total de recursos designados aos três componentes. Já em 2000, esta quantia passou a representar 49% dos recursos programados. Neste mesmo ano, aproximadamente R\$ 976,5 mil foram alocados ao segundo componente (cerca de 139 mil reais a mais do que em 1999) representando cerca de 32% do total de recursos programados. Por sua vez, ao terceiro componente foram alocados mais de R\$ 555 mil, representando um acréscimo de aproximadamente R\$ 160 mil em relação ao total de 1999 (Tabelas 21, 22).

Tabela 21 - Recursos programados por componente segundo ano de programação, POA I e POA II. SES-RJ, 1999/2000

COMPONENTES	POA I		POA II	
	R\$	%	R\$	%
COMPONENTE 1	946.845,00	43,0	1.497.877,00	49,4
COMPONENTE 2	837.612,40	38,0	976.527,05	32,3
COMPONENTE 3	394.586,00	18,0	555.150,00	18,3
TOTAL	2.179.043,00	100,0	3.029.554,05	100

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000.

Tabela 22 - Recursos financeiros programados segundo fonte por componente do convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000

COMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	COMPONENTE 1		COMPONENTE 2		COMPONENTE 3		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
BIRD	651.000,00	43,5	572.101,40	58,6	394.680,00	71,1	1.617.781,40	53,4
FEDERAL	374.266,00	25,0	89.352,00	9,1	160.470,00	28,9	624.088,60	20,6
ESTADUAL	472.611,00	31,5	315.073,05	32,3	0,00	0,0	787.684,05	26,0
TOTAL	1.497.877,00	100,0	976.527,05	100,0	555.150,00	100,0	3.029.554,05	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000.

De acordo com a tabela acima, dos R\$1.6 milhões alocados ao componente prevenção, R\$ 572 mil, ou 43%, seriam financiados pelo BIRD, 31% pela contrapartida estadual e 25% pela contrapartida federal, mantendo a tendência observada na programação de 1999, isto é: o BIRD como maior financiador do componente prevenção, seguido da instância governamental local e da esfera federal. A maioria dos recursos (R\$ 374 mil) programados para o segundo componente também seria oriunda do Banco, que contribuindo com aproximadamente 58% do total. Diferentemente da programação de 1999, a contrapartida estadual seria a segunda maior fonte de recursos para este componente contribuindo com R\$ 160 mil, enquanto a fonte federal alocaria apenas 9,1% dos recursos totais destinados ao mesmo.

No que tange aos subcomponentes de prevenção do Projeto AIDS II, pode-se dizer que os subcomponentes incluídos no POA II – campanhas informativas/educativas; promoção de práticas seguras; apoio à ONGs e serviços de prevenção das DST/AIDS – foram os mesmos incluídos no POA I. Dentre estes, a promoção de práticas seguras também consta, no POA II, como o subcomponente a ser alocado a grande maioria (94%) dos recursos programados. Em 1999, a quantia alocada a este subcomponente foi de aproximadamente 879 mil reais, ao passo que, em 2000, este valor atingiu mais de R\$ 1.4 milhões. Em 2000, o total de recursos programados para cada um dos outros subcomponentes foi maior do que em 1999 devido a maior alocação de recursos naquele ano para o componente prevenção e para a execução do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro em geral. Contudo, este aumento não foi tão significativo para os demais subcomponentes quanto para a promoção de práticas seguras. Ao subcomponente de apoio a organizações não-governamentais foram alocados R\$ 50 mil em 2000, apenas dez mil a

mais do que em 1999. Pouco menos de R\$ 35 mil foram programados para campanhas informativas e educativas na mídia impressa e eletrônica representando um acréscimo de aproximadamente R\$ 11 mil. Finalmente, apenas R\$ 7.600 foram designados aos serviços de saúde para a prevenção das DST/AIDS em 2000 (Tabela 23).

Tabela 23 - Síntese dos recursos financeiros programados por subcomponente do Projeto AIDS II para o ano de 2000 pela SES-RJ

SUBCOMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
1. campanhas informativas educativas na mídia	0,00	0,0	34.566,00	9,2	0,00	0,0	34.566,00	2,3
2. promoção de práticas seguras	597.000,00	91,7	336.100,00	89,8	472.611,00	100,0	1.405.711,00	93,8
5. apoio a organizações não- governamentais	50.000,00	7,7	0,00	0,0	0,00	0,0	50.000,00	3,4
6. serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS	4.000,00	0,6	3.600,00	1,0	0,00	0,0	7.600,00	0,5
TOTAL	651.000,00	100,0	374.266,00	100,0	472.611,00	100,0	1.497.877,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000.

Segundo o POA II, a promoção de práticas seguras deveria ser custeada pelas três fontes de recursos – BIRD, estadual e federal (nesta ordem), sendo que no ano de 2000 este seria o único subcomponente custeado com os recursos de contrapartida estadual. As campanhas informativas e educativas, por sua vez, seriam exclusivamente custeadas pela fonte federal, enquanto o apoio a ONGs receberia 100% de seus recursos da fonte BIRD (Tabela 24).

Tabela 24 - Proporção de recursos financeiros programados segundo fonte por subcomponente de prevenção, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000

SUBCOMPONENTES	TOTAL DE RECURSOS						TOTAL	
	BIRD		FEDERAL		ESTADUAL		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
1. campanhas informativas educativas na mídia	0,00	0,0	34.566,00	100,0	0,00	0,0	34.566,00	100,0
2. promoção de práticas seguras	597.000,00	42,6	336.100,00	23,7	472.611,00	33,7	1.405.711,00	100,0
5. apoio a organizações não- governamentais	50.000,00	100,0	0,00	0,0	0,00	0,0	50.000,00	100,0
6. serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS	4.000,00	52,6	3.600,00	47,4	0,00	0,0	7.600,00	100,0
TOTAL	651.000,00	43,5	374.266,00	25,0	472.611,00	31,5	1.497.877,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000.

No ano de 2000, a aquisição de preservativos masculinos (33%) e a produção e distribuição de material informativo e educativo sobre prevenção em DST/HIV/AIDS (50%), foram as atividades que absorveram a maioria dos recursos programados pela DST/AIDS-SES/RJ na execução do Projeto AIDS II. Cerca de 1.2 milhões de reais foram destinados a realização destas atividades, o que equivale a 83% dos recursos destinados à promoção de práticas seguras, subcomponente no qual elas se inserem. Diferente da programação de 1999, o POA II não alocou recursos para a aquisição e/ou distribuição de preservativos femininos. Entre as outras atividades programadas para o ano de 2000, tiveram também prioridade o treinamento de professores, além de atividades de supervisão.

A avaliação das atividades dos CTA e a supervisão e acompanhamento das ações desenvolvidas por diferentes programas municipais de DST/AIDS estão entre as atividades direcionadas aos profissionais de saúde, os quais também se beneficiaram com a realização de treinamentos voltados à prevenção das DST/AIDS. A produção de materiais informativos e educativos de prevenção das DST/HIV/AIDS, por sua vez, foi programada visando alcançar a população em geral, sobretudo as mulheres. No ano de 2000, a programação da produção destes materiais voltou-se também para atender a população indígena, segmento que careceu de atividades de prevenção no ano de 1999. Também foi programada a produção de material informativo e educativo de cunho preventivo aos jovens – crianças e adolescentes – sobretudo no que tange a prevenção ao uso indevido de drogas

dentro e fora da escola. Visando atingir estes e outros objetivos, foi também programada a realização de treinamento sobre a prevenção das DST e do HIV/AIDS para professores multiplicadores de informações. Já as ações voltadas aos portadores de HIV/AIDS, segmento populacional ausente na programação de 1999, restringiram-se ao apoio às atividades e reuniões de ONGs (Quadro 7).

Quadro 7 – Subcomponentes, atividades, população-alvo e recursos de prevenção programados, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000

ATIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	POPULAÇÃO - ALVO	RECURSOS	%
1. Campanhas informativas e educativas na mídia			
a) produção e distribuição de material informativo de prevenção de DST/AIDS	geral (mulheres)	34.566,00	100,0
SUBTOTAL 1		34.566,00	2,3
2, Promoção de práticas seguras			
aquisição de preservativos masculino	geral	472.611,00	33,6
produção e distribuição de material educativo sobre DST/HIV/AIDS	geral (mulheres)	300.000,00	21,3
produção e distribuição de material informativo de prevenção de DST/HIV/AIDS	geral (população indígena)	200.000,00	14,2
produção e distribuição de material educativo e prevenção de DST/HIV/AIDS e uso indevido de drogas dentro e fora da escola	crianças, adolescentes adultos-jovens	160.000,00	11,4
realização de treinamento de prevenção as DST/HIV/AIDS para professores multiplicadores de Informações	crianças, adolescentes adultos-jovens	100.000,00	7,1
produção e distribuição de material educativo sobre DST/HIV/AIDS	geral	50.000,00	3,6
realização de supervisões para acompanhamento das ações desenvolvidas pelo Programa de DST/AIDS	profissionais de saúde	50.000,00	3,6
realização de treinamento de prevenção às DST/HIV/AIDS	profissionais de saúde	50.000,00	3,6
contratação de consultoria permanente	crianças, adolescentes adultos-jovens	13.500,00	0,9
realização de supervisões para acompanhamento das ações desenvolvidas pelo programa de DST/AIDS	crianças, adolescentes adultos-jovens	9.600,00	0,7
SUBTOTAL 2		1.405.711,00	93,8
5. Apoio a organizações não-governamentais			
a) realização de reunião	geral (portadores de HIV/AIDS)	50.000,00	100,0
SUBTOTAL 5		50,000,00	3,3
6. Serviços de saúde para prevenção das DST/AIDS			
avaliação das ações desenvolvidas pelo CTA	profissionais de saúde	4.000,00	52,6
avaliação das ações desenvolvidas pelo CTA	profissionais de saúde	3.600,00	47,4
SUBTOTAL 6		7.600,00	0,5
TOTAL		1.497.877,00	100

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000

Tabela 25 - Distribuição dos recursos programados para os subcomponentes de prevenção, segundo população-alvo, convênio Projeto AIDS II, Assessoria de DST/AIDS-SES-RJ, 2000

POPULAÇÃO-ALVO	DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS	
	R\$	%
GERAL	522.611,00	34,9
MULHERES	334.566,00	22,3
CRIANÇAS, ADOLESCENTES, ADULTOS JOVENS	283.100,00	18,8
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	107.600,00	7,2
PORTADORES DE HIV/AIDS	50.000,00	3,3
POPULAÇÃO INDÍGENA	200.000,00	13,5
TOTAL	1.497.877,00	100,0

Fonte: Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Assessoria de DST/AIDS, 2000

Da tabela (25) acima observa-se que a maioria dos recursos do POA II programados por subgrupo populacional ainda destinam-se à população em geral. Contudo, ao passo que em 1999 este montante representava 66% do total de recursos alocados ao componente prevenção, em 2000, esta porcentagem caiu para aproximadamente 35% se considerada apenas as atividades para as quais indicasse apenas população geral sem outra menção..

Às crianças, adolescentes e adultos jovens foi designado um total de R\$ 283 mil, aproximadamente 89 mil reais a mais do que em 1999, enquanto o montante destinado para atividades junto a profissionais de saúde foi de R\$107 mil, R\$ 65 mil a mais do que alocado no POA I.

Nota-se, grande diferença no total de recursos programados para realização de atividades junto à população feminina, a cujas atividades previu-se alocar cerca de R\$ 335 mil em 2000, em comparação aos R\$ 23 mil em 1999.

Em 2000 foram também incluídas na programação financeira atividades direcionadas à população indígena e aos portadores de HIV/AIDS sendo que cerca de 16,8% do total de recursos de prevenção foram destinados a estes dois subgrupos. Contudo, não se pode afirmar se estes valores estariam total e exclusivamente disponíveis à realização de atividades junto a estes segmentos populacionais – mulheres, indígenas e portadores de HIV/AIDS – dado que, na matriz do POA II, estas atividades encontram-se também indicadas como as ações preventivas direcionadas à população em geral (Quadro 7). De todo modo observa-se uma maior preocupação em fazer referência à focalização das mulheres para as atividades de prevenção

VI.3 Prestação de Contas, SOE/POA I – 1999

Segundo o Relatório Geral de Controle Orçamentário e Financeiro da ASPLAV, acessado eletronicamente através do SIAIDS, a execução físico-financeira do POA I teve início previsto para de 1999, vindo a receber os R\$316 mil referentes à primeira parcela de recursos repassada através do convênio 153/99, somente em julho daquele mesmo ano. Por sua vez, a execução das atividades programadas no POA I, com término inicialmente previsto para 31 de dezembro de 1999 foi prorrogada, através do primeiro termo aditivo do convênio, a 1º de março de 2002. A programação referente ao ano de 1999 levou, portanto, 22 meses (quase 2 anos), para ser concluída. Durante este período, foi repassado à SES-RJ, um total de aproximadamente R\$ 1,8 milhões de fonte BIRD e federal que contou com cerca de R\$ 460 mil de contrapartida estadual, totalizando R\$ 2,3 milhões para a execução das atividades do AIDS II programadas no POA I pela SES-RJ (Quadro 8).

**Quadro 8 - Dados do controle orçamentário e financeiro
POA I (1999), Assessoria de DST/AIDS-RJ período 1999-2002**

	POA I - 1999
ENTIDADE EXECUTORA	SES/RJ
NO. CONVÊNIO	153/99
INÍCIO DE VIGÊNCIA	18.05.99
FIM DE VIGÊNCIA	01.03.02
VALOR TOTAL DO REPASSE	R\$ 1.840.942,00
VALOR PRIMEIRA PARCELA	R\$ 316.209,00
VALOR SEGUNDA PARCELA	R\$ 1.524.733,00
VALOR DE CONTRAPARTIDA	R\$ 460.761,40
TOTAL DO POA	R\$ 2.301.703,40

Fonte: SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003.

Apesar de primeiro de março de 2002 ter sido a data estipulada para o término do POA I, o valor total dos gastos realizados durante o período de vigência do plano – contabilizados como mais de R\$ 2.4 milhões – foi apenas declarado em SOE, ou seja, foi apenas lançado na rede computadorizada do SIAIDS, em janeiro de 2003. Este valor representa um acréscimo de aproximadamente R\$ 149 mil reais ao valor declarado total do

POA I, o que é refletido por um percentual de execução superior a 100% para este plano (Quadro 9).

**Quadro 9 - Comparação geral programação vs. execução, POA I
Assessoria de DST/AIDS-SES/RJ**

	PLANO OPERATIVO ANUAL I
ANO POA	1999
VALOR TOTAL POA	2.301.703,40
VALOR DECLARADO SOE	2.451.086,75
DATA DECLARAÇÃO SOE	23/01/03
DESEMPENHO FINANCEIRO	106,5 %

Fonte: SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003

Observa-se que o valor total de aproximadamente R\$ 2.2 milhões que constava na matriz de programação do POA I, é diferente e inferior ao valor total declarado pela SES-RJ à ASPLAV (R\$ 2.3 milhões), e ao valor de execução do plano (R\$ 2.4 milhões) declarado pelo SOE. Deduz-se que o acréscimo de cerca de 123 mil reais de recursos repassados (fontes federal e BIRD) no valor inicialmente programado para o POA I, possa ter sido acordado entre a instância estadual e a CN-DST/AIDS após a reavaliação do plano pela mesma, visando sua extensão até o início de 2002. Por sua vez, o excedente de aproximadamente R\$ 149 mil entre o valor de execução financeira declarado através do SOE e o valor total declarado para o POA I, pode ser atribuído a rendimentos decorrentes do investimento das parcelas de recursos liberadas pelo convênio no mercado financeiro como título público⁶².

⁶² Comunicação pessoal de consultor do Programa Estadual de DST/AIDS -RJ.

Tabela 26 - Recursos programados e recursos executados por componente do POA I, 1999, da Assessoria DST/AIDS-RJ, acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 1999-2003

COMPONENTE	VALOR PROGRAMADO (R\$)	VALOR EXECUTADO (R\$)	% EXECUÇÃO
1. PREVENÇÃO	946.845,00	1.010.488,82	106,7
2. ASSISTENCIA	837.612,00	1.032.211,04	123,2
3. FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	394.586,00	408.386,89	103,5
TOTAL	2.179.043,00	2.451.086,75	112,5

Fonte: SES-RJ, POA I; ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003

Devido ao acréscimo do valor total de recursos empenhados na execução do POAI/AIDS II no estado do Rio de Janeiro, os gastos totais com cada componente também foram superiores aos programados, como se pode observar na tabela acima. De um total de R\$ 2.4 milhões declarados na execução do POA I, aproximadamente um milhão foi gasto em prevenção e mais um milhão com assistência. Isto representou um aumento de R\$ 63 mil sobre o valor programado para o componente prevenção em 1999 e um acréscimo de 195 mil reais ao valor estipulado na programação financeira do componente assistência. Foi também registrada uma quantia superior à programada para o componente 3 – fortalecimento institucional – com o qual foram gastos R\$ 408 mil em comparação aos 394 mil reais planejados. Constatase portanto, que apesar de uma maior quantia ter sido programada pela SES-RJ para o componente prevenção, o componente assistência foi o mais privilegiado na execução dos recursos para a execução do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro entre 1999-2002, com pouca ênfase voltada ao terceiro componente.

No que diz respeito à consolidação dos gastos com subcomponentes de prevenção, nota-se que a promoção de práticas seguras foi, de fato, o subcomponente ao qual destinou-se a maior quantia de recursos. Este valor – computado em mais de R\$ 826 mil – foi, no entanto, inferior em aproximadamente R\$ 52 mil ao total programado de R\$ 879 mil. Deduz-se que aquela quantia tenha sido redistribuída entre as atividades previstas nos outros subcomponentes sendo direcionada ao apoio a ONGs, cujos gastos atingiram pouco mais de R\$ 95 mil e, sobretudo, às campanhas informativas e educativas com as quais foram gastos menos de R\$ 83 mil em comparação aos R\$ 29 mil programados no POA I.

Como esperado, os gastos com serviços de prevenção às DST/AIDS foram os menores, apenas 5.9 mil reais.

Tabela 27 - Recursos programados e executados por subcomponente do POA I/99. DST/AIDS-SES/RJ, ASPLAV/CN-DST/AIDS 2002-2003

SUBCOMPONENTE	PROGRAMADO (R\$)	EXECUTADO (R\$)
1. Campanhas informativas e educativas	22.950,00	82.616,82
2. Promoção de práticas seguras	879.375,00	826.891,50
3. Apoio a ONGs	40.000,00	95.081,50
4. Serviços de prevenção das DST/AIDS	4.520,00	5.899,00
TOTAL	946.845,00	1.010.488,82

Fonte: SES-RJ, POA I; SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS

Vale esclarecer que os SOE elaborados entre 1999 e 2002 pela Assessoria de DST/AIDS da SES-RJ para comprovação da execução financeira das atividades programadas no POA I são apenas consolidados por componentes e subcomponentes, não havendo comprovação de gastos por população-alvo ou por atividades. Mesmo os gastos efetuados por componentes e subcomponentes do Projeto não são discernidos segundo fonte – BIRD, federal e estadual – tal como determinado na matriz de programação dos POA, o que impede a realização de uma análise mais profunda em termos de execução.

V.I.4 Prestação de Contas, SOE/POA II – 2000

Segundo a ASPLAV (2003), a execução da programação do POA II no Estado do Rio de Janeiro teve início previsto para dezembro de 2000, concomitantemente à execução do POA I (ainda, então, em curso). Contudo, a primeira parcela de recursos do convênio 2620/00 – totalizando pouco mais de R\$ 1.3 milhões – foi somente liberada em 30 de março de 2001, data em que foi efetivamente iniciada a execução do POA II. À primeira parcela, somaram-se R\$ 893 da segunda, constituindo um repasse total de aproximadamente R\$ 2.2 milhões referentes às fontes BIRD e federal. O valor total do POA II ficou estabelecido, portanto, em pouco mais de 3 milhões de reais, contando com uma contrapartida estadual de aproximadamente R\$ 787 mil (Quadro 10).

Quadro 10 - Dados do controle orçamentário e financeiro POA II, 2000, da Assessoria DST/AIDS-RJ, acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 2000-2003

	POA II – 2000
ENTIDADE EXECUTORA	SES/RJ
NO. CONVÊNIO	2620/00
INÍCIO DE VIGÊNCIA	30/12/00
FIM DE VIGÊNCIA	31/08/03
VALOR REPASSE	R\$ 2.241.870,00
VALOR PRIMEIRA PARCELA	R\$ 1.348.678,91
VALOR SEGUNDA PARCELA	R\$ 893.191,09
VALOR DE CONTRAPARTIDA	R\$ 787.684,00
TOTAL DO POA	R\$ 3.029.554,00

Fonte: SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003.

Dadas as re-negociações do prazo de vigência do Projeto AIDS II em todo o país, a data de conclusão da execução do POA II no estado do Rio de Janeiro foi prorrogada até dia 30 de agosto do corrente ano de 2003, o que estabelece a duração do POA II em 29 meses, ou seja, quase 2 anos e meio de execução. Visto que a execução do POA II ainda permanece em vigor, alerta-se que o total dos gastos declarados nos SOE à ASPLAV pela SES-RJ são ainda inferiores ao valor programado, tal como demonstrado nas tabelas abaixo. Isto sem dúvida prejudica a análise inicialmente prevista no projeto de dissertação ao impedir que sejam estabelecidas comparações entre programação e execução para o POA II, permitindo apenas uma aproximação. Embora estivesse previsto um atraso, salienta-se que a prorrogação da vigência do Projeto AIDS II para agosto de 2003 ocorreu somente após junho de 2003 quando parte da dissertação já estava sendo redigida.

Quadro 11 - Comparação geral programação vs. execução, POA II, 2000, da Assessoria DST/AIDS-RJ, acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 2000-2003

	PLANO OPERATIVO ANUAL II
ANO POA	2000
VALOR TOTAL POA	3.029.554,00
VALOR DECLARADO SOE	2.089.810,20
DATA DECLARAÇÃO SOE	28/04/03
DESEMPENHO FINANCEIRO	69,0%

Fonte: SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003.

Até o final de abril de 2003, os últimos dados lançados e disponibilizados no SIAIDS mostram que cerca de 70% dos recursos planejados para o POA II já haviam sido empenhados na execução do mesmo. Dos R\$ 1.49 milhões programados para o componente prevenção, 63,1% haviam sido gastos até abril deste ano, enquanto dos recursos planejados com o componente assistência haviam sido gastos 52,8%.

Mesmo sem ainda estarem 100% consolidados, até abril de 2003, o total gasto (R\$ 629 mil) com fortalecimento institucional, descentralização da gestão e vigilância epidemiológica (componente 3) foi superior ao total programado (R\$ 555 mil) no POA II para este componente, o que permite deduzir que os totais gastos com os outros dois componentes também possam vir a ser superiores aos totais programados, seguindo a mesma tendência do POA I. Contudo, dado que o atual valor declarado com gastos em prevenção é superior em R\$ 429 mil ao valor já gasto com assistência, é possível presumir que, ao término da execução do POA II, o componente prevenção terá sido priorizado em termos da alocação total de recursos sobre o componente assistência, quebrando o padrão estabelecido no POA I, onde uma maior quantidade de recursos foi gasta em assistência (Tabela 28).

Tabela 28 - Recursos programados e recursos executados por componente do POA II/00 da Assessoria DST/AIDS-RJ, acompanhamento realizado pela ASPLAV/CN-DST/AIDS, período 2000-2003

COMPONENTE	VALOR PROGRAMADO (R\$)	VALOR EXECUTADO (R\$)* (04.03)	%
1. PREVENÇÃO	1.497.877,00	944.885,21	63,1
2. ASSISTENCIA	976.527,05	515.452,21	52,8
3. FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	555.150,00	629.472,78	113,4
TOTAL	3.029.554,05	2.089.810,20*	69,0

Fonte: SES-RJ, POA II; SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003.

No que tange aos gastos por subcomponente de prevenção, ressalta-se a ausência de despesas para o subcomponente de apoio às ONGs, bem como a baixa quantia empenhada na execução de campanhas informativas e educativas de prevenção das DST/AIDS que, até o fim de abril deste ano, representava apenas 16,6% do total programado. É bem possível, portanto, que ao término do período de execução do POA II, o total gasto com este subcomponente permaneça inferior ao total programado. Já no que diz respeito aos gastos com serviços de prevenção, que embora irrisórios, em abril do ano de 2003 já correspondiam a 99% do total programado, observa-se uma tendência oposta à prevista para as campanhas informativas. É também provável no que tange à execução do subcomponente “promoção de práticas seguras” com o qual já tinham sido gastos R\$ 931.5 mil até o fim abril de 2003, que as despesas realizadas ultrapassem o total programado.

Tabela 29 - Recursos programados e recursos executados por subcomponente do POA II/00 da Assessoria DST/AIDS-RJ, acompanhamento realizado pela ASPLAV/ CN-DST/AIDS, período 2000-2003

SUBCOMPONENTE	VALOR PROGRAMADO (R\$)	VALOR EXECUTADO (R\$) (04/2003)
1. Campanhas informativas	34.566,00	5.740,00
2. Promoção de práticas seguras	1.405.711,00	931.588,86
5. Apoio a ONGs	50.000,00	0,00
6. Serviços de Prevenção das DST/AIDS	7.600,00	7.556,35
TOTAL	1.497.877,00	944.885,21

Fonte: SES-RJ, POA II; SIAIDS, ASPLAV/CN-DST/AIDS, 2003.

Segundo o Relatório de Execução Financeira do POA II da Assessoria de DST/AIDS da SES-RJ, o processo de prestação de contas deste plano operativo anual sofreu alterações em relação à prestação de contas do POA I. Os SOEs referentes ao POA II não costumam mais ser apresentados segundo componente ou subcomponente, como convenientemente ilustrado acima, mas sim de acordo com os objetivos gerais e específicos do Projeto AIDS II e com as atividades realizadas no âmbito destes objetivos, o que aponta para uma maior especificidade no processo de prestação de contas. As despesas realizadas passaram também a ser apresentadas segundo fonte. Visando a padronização da apresentação dos resultados, contudo, será feita uma equiparação entre os componentes e os objetivos gerais aos quais eles correspondem (Quadro 12) e entre os diferentes subcomponentes de prevenção e os objetivos específicos do Projeto (não ilustrado).

Quadro 12 - Correspondência entre componentes e objetivos gerais do Projeto AIDS II

COMPONENTE	OBJETIVO GERAL
PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E PREVENÇÃO	Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA	Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em DST/HIV/AIDS
FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle da epidemia

Fonte: Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2001b

A consolidação dos gastos segundo objetivo específico de prevenção permite inferir que, até o fim de abril de 2003, as atividades voltadas à promoção de práticas seguras, aos serviços de prevenção das DST/HIV/AIDS e às campanhas informativas e educativas foram os únicos subcomponentes de prevenção privilegiados pela alocação de recursos no POA II, diferente do que fora programado (Tabela 29 e 30).

Tabela 30 – Despesas* segundo fonte por subcomponente de prevenção do Projeto AIDS II

SUBCOMPONENTE	FONTE DE RECURSOS (R\$)			TOTAL (R\$)
	BIRD	FEDERAL	ESTADUAL	
1. Campanhas informativas	0,00	5.740,00	0,00	5.740,00
2. Promoção de práticas seguras	245.341,46	27.687,40	658.560,00	931.588,86
6. Serviços de Prevenção das DST/AIDS	4.000,00	3.556,35	0,00	7.556,35
TOTAL	249.341,00	36.983,75	658.560,00	944.885,21

Fonte: SES/RJ, SOE/POA II lançado no SIAIDS, ASPLAV/CN — DST/AIDS.
 (*) Dados consolidados até 04.03

Como se pode ver, os SOE referentes ao POA II também permitem definir valor total de gastos por fonte de recursos, o que representa ainda outro avanço na prestação de contas deste plano operativo anual em relação ao anterior. Percebe-se que, como esperado, o subcomponente “promoção de práticas seguras” foi o mais privilegiado dos três, sendo alocado um valor de 931 mil reais, o correspondente a 98,6% do total dos recursos gastos com prevenção até abril de 2003. A contribuição estadual de R\$ 658 mil equivaliu a 70,7% do valor total gasto com as atividades deste subcomponente. A SES contribuiu exclusivamente para este subcomponente, permitindo que ela constasse como a maior fonte de recursos das práticas seguras. Os maiores gastos das fontes BIRD e federal também foram direcionados à este subcomponente. O BIRD não financiou gastos com a campanha de informativas. Este subcomponente, custeado apenas pela contrapartida federal, representou 15,5% do total de recursos disponibilizados por esta fonte. O valor das despesas realizadas com recursos federais foi muito baixo. Apenas 9,6% dos recursos de fonte federal haviam sido gastos até abril no custeio dos serviços de prevenção das DST/AIDS, que foi ainda menos significativo no que tange o total de recursos de fonte BIRD disponibilizados para a execução do POA II.

Entre as atividades realizadas no âmbito dos subcomponentes de prevenção, destacam-se, em termos de financiamento: os projetos de prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas dentro e fora das escolas, voltados sobretudo a crianças, adolescentes e adultos jovens; a formação de comunidades informadas sobre a prevenção das DST/AIDS, voltada a população em geral (sobretudo aos segmentos empobrecidos); o treinamento de profissionais de saúde no aconselhamento em DST/HIV/AIDS, no âmbito dos CTA; e a realização de campanhas informativas de prevenção às DST/HIV/AIDS direcionadas, especialmente às mulheres.

No que diz respeito à realização de atividades preventivas no âmbito do AIDS II voltadas especialmente à população feminina do estado do Rio de Janeiro, faz-se necessário abordar brevemente a atuação das organizações não-governamentais (ONG) e da sociedade civil (OSC). Ao longo deste estudo, percebeu-se a essencialidade destes setores no combate e controle do HIV/AIDS em segmentos populacionais vulneráveis específicos, sobretudo em mulheres.

VI.5 Atuação das ONG/OSC na Implementação das Atividades de Prevenção no Estado do Rio de Janeiro

O exame da execução dos POA I e II entre 1999 e 2003 permitiu observar que, exceto pela aquisição e distribuição de preservativos femininos, outras ações de prevenção voltadas especificamente à população feminina no âmbito do Projeto AIDS II não foram diretamente realizadas pelo Programa Estadual de DST/AIDS-RJ mas sim através da implementação dos subprojetos de ONGs/OSC aprovados através do processo de concorrência descentralizada. De acordo com técnicos da Assessoria Estadual de DST/AIDS (ENTREVISTADO 4), os recursos humanos atuais não seriam suficientes para levar a prevenção a todo o estado, sendo urgente a elaboração intersetorial de propostas e a atuação integrada das instâncias governamental e não-governamental. A SES-RJ acredita na parceria com ONGs/OSC ao investir na capacitação e formação de lideranças comunitárias e da sociedade civil que sejam capazes de agir como multiplicadores de informações à um público do qual fazem parte ou estão mais próximos. Segundo o Relatório de Planejamento Estratégico da SES-RJ (2001), *“a Assessoria sempre procurou*

conjugar seus esforços às ações implementadas pelas ONG junto ao grupo-alvo envolvido... mesmo sem haver recursos financeiros destinados originalmente para os projetos". O custeio dos projetos de ONGs não está, portanto, incluído na programação físico-financeira anual (POA) do Programa de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro; o financiamento destes projetos se dá com recursos destinados ao Projeto AIDS II, porém através das já mencionadas concorrências anuais promovidas pela CN-DST/AIDS (cap.4) [ENTREVISTADO 4].

Desde a primeira Concorrência Nacional em 1993 (viabilizada pela implementação do AIDS I) até 1999 – primeiro ano de vigência do Projeto AIDS II – os projetos de ONG/OSC foram diretamente avaliados e selecionados segundo os critérios estabelecidos pelo Comitê Assessor Externo subordinado à CN-DST/AIDS, e financiados pela mesma. De acordo com a SES-RJ, o financiamento direto de Brasília aos projetos locais tendia a privilegiar ONGs/AIDS de grande porte e influência política, numa negociação que excluía a participação das autoridades responsáveis pelos programas estaduais e municipais de DST/AIDS. Segundo o depoimento de técnicos da SES-RJ, as assessorias estaduais de DST/AIDS desconheciam, naquela época, o número e o conteúdo dos projetos de ONGs/AIDS sendo implantados em seus próprios estados (ENTREVISTADO 4).

De acordo com o Relatório de Planejamento Estratégico da SES-RJ (2001), a condução do processo de concorrência de ONGs de forma centralizada pela CN-DST/AIDS *“corroborou para a sobreposição de ações, para a fragmentação de clientelas e para a desarticulação de instâncias, que deveriam atuar numa perspectiva convergente”*. Esta insatisfação não se restringia apenas à SES-RJ, estendendo-se também a outros programas estaduais consolidados de DST/AIDS no país.

Iniciou-se, então, o movimento pela descentralização técnica do processo de concorrência de projetos de ONG/OSC que incluiu membros da CN-DST/AIDS, representantes dos Programas Estaduais de seis estados (incluindo o Rio de Janeiro) e do Fórum Nacional de ONG/AIDS. Foi somente a partir do segundo semestre de 2000 que o processo de concorrência de ONGs passou a ser coordenado, porém não financiado, pelo Programa Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro. Isto significa que apesar dos projetos de ONG ainda serem financiados pela CN-DST/AIDS, sua avaliação e seleção passou a ser realizada por um Comitê Assessor Externo Estadual subordinado à SES-RJ, cuja

composição inclui a participação de membros da comunidade científica⁶³ e exclui a participação dos membros de organizações não-governamentais, visando maior neutralidade no processo seletivo⁶⁴ (ENTREVISTADO 4).

Atualmente, o processo de concorrência descentralizada é iniciado através do lançamento de um edital pela SES-RJ que, após o recebimento dos projetos, deve filtrá-los e catalogá-los seguindo os critérios de inclusão estabelecidos. Para poder participar da concorrência descentralizada, é necessário que a ONG esteja em funcionamento há pelo menos um ano e que a mesma apresente a seguinte documentação: carta oficial de reconhecimento do município-sede da ONG; carta oficial de aval do município onde a ONG pretende desenvolver seu projeto; documentos que comprovem a legalidade da instituição/ONG em questão; entre outros. Uma vez aceitas para inclusão, os projetos de ONG submetidos à concorrência deverão ser avaliados e selecionados em 5 dias úteis pelo Comitê Externo, cujos pareceres deverão ser corrigidos pela SES-RJ aos padrões oficiais da CN-DST/AIDS e enviados à mesma dentro dos prazos determinados para entrega. Só assim é formalizada a liberação dos recursos pela CN-DST/AIDS, que os transfere às contas correntes abertas pelas ONGs selecionadas (ENTREVISTADO 4).

Em 2000, 77 projetos comunitários de ONGs e outras OSC foram previamente selecionados enviados pela Assessoria de DST/AIDS-RJ à CN-DST/AIDS e apresentados para a Concorrência Descentralizada. Entre eles, 38 foram aprovados sem restrições, 6 foram aprovados sob condicionamento, 3 permaneceram em lista de espera e 30 foram reprovados pelo Comitê Diretivo Externo. Dos 47 projetos aprovados (com e sem restrições) ou em lista de espera, 15 estavam voltados à prevenção das DST/AIDS e à promoção de práticas seguras junto aos diferentes segmentos da população feminina (Quadro 13) [ENTREVISTADOS 4 e 5].

Em 2000, a grande maioria dos projetos aprovados para implementação no estado do Rio de Janeiro direcionados à população feminina, tinha como objetivo priorizar atividades preventivas junto a mulheres empobrecidas e/ou integrantes da população de rua. Alguns projetos procuraram focar jovens mães e seus filhos, enquanto outros se concentraram nas mulheres usuárias do SUS e na população homossexual feminina. Poucos

⁶³ Fiocruz, UFRJ, entre outras.

⁶⁴ Comunicação pessoal técnico do Setor de Articulação com ONGs, Assessoria de DST/AIDS, SES-RJ.

foram os projetos voltados às profissionais do sexo, ainda considerado um grupo de alto-risco e vulnerabilidade entre as mulheres. Os projetos restantes não buscaram focalizar segmentos específicos, direcionando seus esforços à população feminina em geral. Pelo título dos projetos, nota-se que entre as principais estratégias preventivas estavam atividades informativas e educativas básicas, realizadas através de jornais, vídeos e, como esclarecido pelo título de determinado projeto, através de “conversa franca, de mulher para mulher”. Buscou-se abordar questões sobre a imagem e a sexualidade da mulher e disseminar estratégias preventivas no rompimento das atuais barreiras por elas enfrentadas, como por exemplo, a negociação do sexo seguro com seus parceiros. Programou-se também desenvolver redes de apoio e associações de mulheres, visando estabelecer um espaço de diálogo onde elas possam exprimir suas dúvidas, dores, medos e mitos vindo a ser esclarecidas sobre sua condição enquanto mulher, enquanto parceiras de homens ou mulheres, enquanto mãe.

Quadro 13 - Projetos de ONG/OSC aprovados ou em lista de espera, direcionados à população feminina. Concorrência Descentralizada, Estado do Rio de Janeiro, 2000

INSTITUIÇÃO	TÍTULO	SEGMENTO-ALVO
Ass. Mulheres Morro Telégrafos	<i>Mulheres em luta</i>	Mulheres empobrecidas
Coisa de Mulher	<i>Lésbicas necessitam de prevenção</i>	Lésbicas
CAMTRA	<i>Rompendo Barreiras</i>	Mulheres trabalhadoras
CIM	<i>Mulher, Informação e Cidadania</i>	Mulheres em geral
CEDAPS	<i>Rede de Associação de Mulheres</i>	Mulheres em geral
CEDUS	<i>Mulher prevenida contribui com a vida</i>	Mulheres empobrecidas
CEPIA	sem título: reprodução de vídeos	Usuárias do SUS
DA VIDA	<i>Jornal Beijo da Rua</i>	Profissionais do sexo
EX-COLA	sem título: orientação de jovens mães e população de rua	Mulheres de rua
GESTAR	<i>Associação de mulheres e crianças portadoras de HIV/AIDS</i>	Mulheres e crianças
IBISS	<i>Na boca da noite</i>	Profissionais do sexo
REDEH	<i>Agentes da Prevenção: o saber fazer feminino</i>	Mulheres em geral
SER MULHER	<i>Responsabilidade social e estratégias compartilhadas de prevenção</i>	Mulheres empobrecidas
Instituto Cosme Salles	<i>Conversa franca: de mulher para mulher</i>	Mulheres empobrecidas
Grupo Arco-Íris	<i>Espelho de mim: abordagem a sexualidade segura para mulheres</i>	Mulheres em exclusão social

Fonte: Rio de Janeiro, SES-RJ, Assessoria de DST/AIDS, Setor de Articulação com ONGs, 2000.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo dados da UNAIDS, o número de portadores do HIV/AIDS em 2002 era de 42 milhões em todo o mundo. Acredita-se que 90% desta pandemia esteja concentrada nos países em desenvolvimento, sobretudo os que estão localizados na África subsaariana (Parker, Galvão & Bessa, 1999:7). Por sua vez, a maioria dos casos sul-americanos de HIV/AIDS encontra-se concentrada no Brasil. Estima-se que atualmente mais de 600.000 brasileiros estejam infectados pelo HIV, com 257.780 casos de AIDS tendo sido notificados ao MS até dezembro de 2002 em todo o país (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b: 28-29). Apesar de terem sido notificados casos de AIDS em todas as unidades federadas, a grande maioria (84,2 %) permanece concentrada nas regiões Sul e Sudeste, que também apresentam as maiores taxas de incidência da doença no Brasil (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b:6). É importante ressaltar que de 1999 em diante, a Região Sul passou a demonstrar taxas de incidência maiores do que as registradas para a Região Sudeste que, até então, constavam como as mais altas do país (Bastos et al, 2000:9; Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002 a:27). Constata-se, contudo, uma tendência à desaceleração do ritmo de crescimento das taxas de incidência em todo país, sobretudo nos centros urbanos de grande porte (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002 a:7).

Em oposição às cidades grandes (com mais de 500.000 habitantes) onde há, uma tendência à estabilização da epidemia, os municípios de pequeno porte (menos 50.000 habitantes) têm demonstrado altos ritmos de crescimento no que tange às taxas de incidência do HIV/AIDS. Observa-se que, quanto menor a cidade, maior o aumento das taxas de incidência em determinado período de tempo. Esta relação inversa – entre a velocidade da epidemia e o tamanho das cidades em que se difunde – permite concluir que a epidemia vem seguindo um padrão de disseminação em que se desloca dos grandes centros urbanos para municípios de porte cada vez menor (Bastos *et al*, 2000:10). Ainda que a epidemia de HIV/AIDS permaneça predominantemente concentrada nas Regiões Sul e Sudeste, nota-se também sua expansão, no sentido litoral-interior, para as Regiões Norte e Centro Oeste, evidenciando, portanto, uma tendência à interiorização da mesma. Até o fim da década de noventa, Tocantins, Acre, Amazonas e Amapá eram alguns dos poucos

estados que ainda apresentavam aceleração positiva das taxas de incidência do HIV/AIDS no Brasil (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002 a: 6).

Pode-se dizer que, ao longo dos anos, a epidemia de HIV/AIDS não tem apenas atravessando fronteiras geográficas mas também sociais. Atualmente constata-se que a AIDS não está mais restrita a segmentos minoritários da população com alto grau de escolaridade e poder aquisitivo. A AIDS não é uma “*praga ou câncer gay*”, mas sim uma doença que atinge a todos, especialmente os mais pobres. Nestes grupos, as precárias condições de moradia, a inadequação dos serviços de saúde e o baixo grau de escolaridade e de acesso a informações preventivas, geram maior vulnerabilidade à infecção por DST/HIV, sobretudo em mulheres.

As desigualdades culturais, políticas e sócio-econômicas entre homens e mulheres de uma mesma camada social contribuem, sobretudo nos estratos de baixa renda, para uma vulnerabilidade feminina acrescida face à obtenção de informações adequadas e à adoção de práticas seguras (Bastos e Szwarcwald, 2001). Contudo, o grau de vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre as mulheres varia, sendo as mulheres pobres mais vulneráveis do que as mais ricas, as mulheres mais jovens mais vulneráveis do que as mais velhas do mesmo estrato, e as trabalhadoras do sexo, sem outra opção profissional, mais vulneráveis do que as mulheres que dispõem de outras saídas econômicas (Parker e Camargo Jr, 2000). Biologicamente, as mulheres (sobretudo as mais jovens) são mais vulneráveis do que os homens à infecção pelo HIV e, além disso, a inadequação do diagnóstico e do tratamento das DST – que permanecem assintomáticas com mais frequência em mulheres do que em homens – potencializa o risco à infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV/AIDS (Bastos e Szwarcwald, 2001).

À morosidade e à má qualidade dos serviços públicos de saúde voltados ao diagnóstico das DST/AIDS e seu tratamento nas mulheres, sobretudo as mais pobres, se agregam aspectos do imaginário social dos profissionais de saúde que ainda as percebem como seres estritamente reprodutivos, frágeis e emotivos, dificultando o diagnóstico precoce do HIV/AIDS. As queixas clínicas femininas são, muitas vezes, interpretadas como fatores psicológicos associados a estados depressivos. O fato destas queixas não serem abordadas com a seriedade necessária pelos profissionais de saúde contribui para a não-identificação de doenças graves – incluindo a AIDS – em mulheres mais frequentemente do

que em homens (Diniz e Villela, 1999: 145-6). Assim, o diagnóstico do HIV/AIDS nas mulheres – sobretudo nas que não são percebidas ou não se percebem como pertencentes aos notórios grupos de risco feminino – é tardio, sendo realizado quando a doença já se encontra em fase avançada, o que afeta adversamente o tempo e a qualidade da sobrevivência da mulher soropositiva ou doente de AIDS (Diniz e Villela, 1999: 133).

Estes fatores – acoplados ao fato da epidemia de HIV/AIDS ter sido persistentemente associada à homossexualidade e a grupos sociais desviantes, sobretudo em seus primórdios – contribuíram para o crescimento latente da transmissão heterossexual da AIDS ao longo dos anos e para sua alarmante participação na atual disseminação da epidemia entre as mulheres. De uma maneira geral, o preconceito que nas duas primeiras décadas da epidemia consagrou a AIDS como *doença do outro*, poupou a inclusão das mães de família e das mulheres consideradas “não-promíscuas” nos notórios grupos de risco, uma vez que as relações heterossexuais em geral eram consideradas como comportamentos “normais”, incapazes de levar à infecção pelo HIV. Neste contexto, as relações heterossexuais *normais* chegaram mesmo a ser consideradas uma forma de prevenção à infecção por DST/HIV/AIDS, ainda que praticadas sem o uso de preservativos (Barbosa e Villela, 1994:21; Diniz e Villela, 1999:132).

A partir de 1993 (uma década após a constatação do primeiro caso de AIDS entre mulheres e da primeira ocorrência perinatal da doença), a transmissão heterossexual do HIV/AIDS passou a substituir a categoria de exposição homo/bissexuais como principal via de transmissão do HIV/AIDS em todo o país. Enquanto em 1983 a razão de casos de AIDS entre os sexos feminino e masculino era de 0.02, em 1993 esta razão pulou para 0.27, chegando a atingir 0.59 em 2001. Até dezembro de 2002, aproximadamente 150 mil casos de AIDS haviam sido notificados à CN-DST/AIDS em indivíduos maiores de 13 anos do sexo masculino, enquanto 63 mil casos foram notificados para indivíduos da mesma faixa etária do sexo feminino (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, 2002b:28-29). Esta tendência, de feminização da epidemia de HIV/AIDS, vem também sendo observada no estado do Rio de Janeiro, porém em proporções menores do que em nível nacional. Do número total de casos acumulados de HIV/AIDS notificados à SES-RJ, pouco mais de 25 mil foram registrados em homens e 9,5 mil em mulheres. A razão dos casos entre os sexos também

vem decrescendo no estado, tendo atingido seu pico em 2001, quando o número de mulheres infectadas representou 39,5% do total de casos notificados para aquele ano.

A epidemia de HIV/AIDS preocupa pelo fato da AIDS ser uma doença ainda sem cura ou vacina que afeta as faixas etárias (15-49 anos) correspondentes à população economicamente ativa e que, segundo constatado, vem afetando sobretudo os contingentes mais pobres e vulneráveis da população, com especial destaque para as mulheres.

No Brasil as estratégias de combate ao HIV/AIDS são financiadas pelo Governo Brasileiro em parceria com o Banco Mundial. Tais estratégias devem ser elaboradas em conjunto, sem qualquer imposição por parte do agente financiador, visando a promoção das políticas nacionais já existentes e a intensificação do diálogo quando da existência divergências acerca do que deve ou não ser implementado (Fontes, 1999:108). Isto se enquadra à nova postura do Banco que, ao invés de condicionar seus empréstimos à adesão pelos países tomadores, passou a ofertar idéias que constituíssem pontos de intercessão entre a agenda do Banco e as políticas nacionais em vigor (Mattos, 2001a:15).

Sendo assim, pode-se dizer que a aquisição e distribuição gratuita de antiretrovirais, dos medicamentos utilizados no tratamento de doenças oportunistas associadas ao HIV/AIDS e dos medicamentos usados no tratamento das DST pelo PN-DST/AIDS constitui um ponto de divergência entre a política nacional e a ideologia de custo-efetividade do Banco, o qual defende a expansão de intervenções preventivas em detrimento de serviços clínicos de alta complexidade e de estratégias assistenciais mais dispendiosas. Por outro lado, o financiamento de ações preventivas em HIV/AIDS constitui um ponto importante de intercessão entre estes dois parceiros. Como afirma o atual coordenador do Programa Nacional de DST/AIDS, Paulo Ricardo Teixeira, “*a prevenção e o controle das DST e AIDS são prioridades do país*” (ASPLAV, 2001b). De fato, sem “*nenhuma bala mágica na área biológica*” (Rocha, 1999: 47), a prevenção do HIV/AIDS apresenta-se como uma necessidade absoluta, como um caminho essencial a ser trilhado (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001b; Banco Mundial, 1993: 107-8). Os esforços desenvolvidos na área preventiva não devem, contudo, ser realizados de maneira singular; devem ser conjugados, sempre que possível, às ações desenvolvidas na esfera assistencial (Camargo Jr, 1999: 228), visando honrar o princípio de integralidade do SUS e proporcionar uma melhor qualidade de vida a todos, infectados ou não.

Pode-se dizer que foi somente a partir do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial e a aprovação da implementação do Projeto AIDS I no Brasil em 1993, que o PN-DST/AIDS formalmente selou seu compromisso com a prevenção do HIV/AIDS no país (Fontes, 1999:110). A realização do empréstimo com o BIRD permitiu que, pela primeira vez em sua história, o PN-DST/AIDS “*dispusesse de recursos financeiros significativos para desenvolver ações, sobretudo de prevenção, frente a epidemia*” (Galvão, 2000: 126). As ações do Projeto AIDS I, implementadas a partir de 1994, obtiveram continuidade através do AIDS II, “Segundo Projeto de Controle das DST/AIDS” a ser implantado no Brasil em parceria com o Banco Mundial. Os Projetos AIDS I e AIDS II estão entre os maiores projetos de controle do HIV/AIDS financiados pelo Banco mundialmente (Mattos, 2001a :8).

Sabe-se que o total de recursos destinados à execução do Projeto AIDS II no Brasil – US\$ 300.000.000 – excedeu a alocação de recursos para a implementação do AIDS I em 50 milhões de dólares. Dos US\$ 250 milhões destinados à execução nacional do AIDS I entre 1994-1998, 41,1% foram alocados ao componente prevenção, enquanto entre 1999-2003, 43% dos recursos alocados ao Projeto AIDS II foram destinados à prevenção, beneficiando-a em relação aos demais componentes. Ao passo que o AIDS I contou com quatro componentes essenciais para a realização de seus objetivos – prevenção, assistência, fortalecimento institucional e vigilância epidemiológica – o Projeto AIDS II fundiu as estratégias de vigilância e fortalecimento institucional num só componente. De uma maneira geral, pode-se dizer que os três componentes do Projeto AIDS II correspondem às principais linhas de ação do Programa Nacional de DST/AIDS – prevenção, assistência e desenvolvimento institucional (Galvão 2000: 146-7, ASPLAV 2001b: 7-9).

As propostas do PN-DST/AIDS para a prevenção das DST/AIDS objetivam reduzir sua incidência no Brasil através do estímulo a mudanças de comportamento, da promoção de práticas seguras e do acesso ampliado à informação. Trabalhos de intervenção que promovam a saúde em geral, difundam a adoção de práticas preventivas ao HIV/AIDS e garantam apoio aos infectados devem ser também desenvolvidos, sobretudo através do fortalecimento de redes sociais e do estabelecimento de parcerias com ONGs e associações comunitárias voltadas à prevenção das DST/AIDS em localidades específicas. Percebe-se que os subcomponentes de prevenção do Projeto AIDS II englobam estas estratégias ao

promover campanhas informativas e educativas de prevenção em DST/AIDS, a adoção de práticas seguras, o apoio a ONGs e a incorporação da prevenção das DST/AIDS aos serviços de saúde (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001 a).

Entre as principais medidas preventivas prescritas pela CN-DST/AIDS estão a realização do teste anti-HIV nos Centros de Aconselhamento e Testagem (CTA) e do diagnóstico precoce das DST na rede pública de saúde, a realização do pré-natal e do teste anti-HIV em gestantes, o uso frequente e correto de preservativos durante o ato sexual e a utilização de seringas descartáveis (entre outras estratégias de redução de danos). Em relação ao PN-DST/AIDS, o Programa Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro propõe linhas semelhantes de ação como a expansão da implantação dos CTA e o treinamento dos profissionais de saúde em prevenção e aconselhamento, bem como a distribuição de preservativos (masculinos e femininos), a realização de campanhas e a distribuição de materiais informativos/educativos. A princípio, estas e outras medidas devem estar voltadas a segmentos vulneráveis – como mulheres, crianças adolescentes, populações indígenas, entre outros – e a segmentos de risco acrescido (homo e bissexuais, usuários de drogas injetáveis, população carcerária, profissionais do sexo) à infecção pelas DST/AIDS, grupos que estão entre as populações-alvo contempladas pelo Projeto AIDS II.

A implementação destas e de outras medidas preventivas é financeiramente viabilizada pelo repasse dos recursos destinados à execução do Projeto AIDS II no Brasil, devendo ser realizada pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS e pelas ONG/OSC. No que tange aos Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS, os recursos de contrapartida internacional (BIRD) e federal (CN-DST/AIDS) são repassados às esferas locais mediante a celebração de convênios, sendo somados aos recursos de contrapartida local (estadual ou municipal) alocados para o Projeto. No que tange às ONG/OSC, a implementação de atividades preventivas é somente realizada através do repasse direto de recursos às mesmas pela CN-DST/AIDS, mediante a aprovação de projetos específicos pelo processo de Concorrência Descentralizada. De fato observa-se que, em comparação à centralização e ao engessamento que caracterizaram o Projeto AIDS I, o AIDS II pareceu demonstrar um movimento em direção à descentralização das ações⁶⁵, conferindo-se maior autonomia à esfera estadual na definição das ações a implementar. Além disso, no AIDS II,

⁶⁵ Comunicação pessoal com ex-gerente e atual colaborador do Programa Estadual de DST/AIDS.

a definição destas ações passou a incorporar o referencial teórico de vulnerabilidade em suas três dimensões – vulnerabilidade individual, social e programática – ainda que permanecendo predominantemente norteadas pelo conceito de comportamentos de risco.

Nota-se que, no estado do Rio de Janeiro, a programação e execução das atividades de prevenção previstas para o Projeto AIDS II entre 1999-2003 objetivaram a redução da vulnerabilidade individual ao HIV/AIDS sobretudo através da promoção de práticas seguras e da veiculação de campanhas informativas e educativas na mídia, as quais, acredita-se, fornecem os subsídios necessários à produção de mudanças de comportamentos considerados de risco.

Entre as atividades preventivas específicas programadas nos planos operativos anuais – POA I e POA II – da SES-RJ, encontram-se a produção e distribuição de cartazes, manuais, folders, kits e cartilhas informativas e educativas entre os profissionais de saúde e entre os multiplicadores de informações com acesso a crianças, adolescentes e adultos jovens. Observa-se também a capacitação dos DJs de rádios comunitárias e a produção de CDs com mensagens educativas em DST/AIDS para veiculação junto a populações de baixa renda. Foi também planejada a aquisição de preservativos masculinos pela SES-RJ e sua distribuição entre a população geral pelas Secretarias Municipais de Saúde e pelas ONGs cadastradas para recebimento deste insumo. Além do preservativo masculino, a aquisição de preservativos femininos e sua distribuição entre segmentos da população feminina considerados de alto risco, esteve incluída na programação do primeiro (porém não do segundo) plano operativo anual da Assessoria de DST/AIDS/SES-RJ, constando como a única ação concreta de prevenção da SES-RJ a ser direcionada especificamente às mulheres. O acompanhamento das atividades realizadas no âmbito dos CTA também consta na programação da Assessoria entre 1999 e 2003, sem que nos POA I e II houvesse menção, contudo, à implantação de novos centros e ao treinamento dos respectivos profissionais de saúde em práticas de aconselhamento.

Entre as medidas preventivas voltadas à redução das susceptibilidades coletivas que contribuem para uma maior vulnerabilidade social frente ao HIV/AIDS, pode-se mencionar o treinamento, a implementação e a coordenação de subprojetos específicos, como o Projeto AIDS no Local de Trabalho, o Projeto de Prevenção direcionado a Comunidades Empobrecidas e o Projeto Escola, através do qual planejou-se o treinamento de professores

multiplicadores de informações, a produção e distribuição de material de prevenção referentes ao uso indevido de drogas dentro e fora das escolas e a a disponibilização de preservativos entre adolescentes e adultos jovens.

Já no que diz respeito à redução da vulnerabilidade programática ou institucional frente à epidemia, nota-se a programação de supervisões para o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde associados ao Programa Estadual de DST/AIDS, o que incluiu: a avaliação das ações desenvolvidas no âmbito dos CTA, a avaliação do Projeto Escola e do subprojeto de prevenção dirigido a comunidades empobrecidas, a supervisão dos Projeto AIDS no Local de Trabalho nas diferentes localidades onde foi implantado (Macaé e Volta Redonda), supervisões referentes às atividades de prevenção realizadas em nível municipal e a contratação de consultoria permanente.

Dado que os gastos referentes às diferentes atividades de prevenção executadas no estado do Rio de Janeiro no âmbito do AIDS II passaram a ser assim consolidados apenas a partir de 2003, não foi possível constatar quais das atividades programadas nos POA I e II foram, de fato, executadas com o aporte financeiro do Projeto repassado ao estado. Foi possível, contudo, verificar o montante de recursos efetivamente gastos no estado do Rio de Janeiro com a execução de cada componente e dos diferentes subcomponentes de prevenção do Projeto AIDS II entre 1999-2003.

De um total de R\$ 2,4 milhões declarados na execução do POA I, aproximadamente um milhão foi gasto em prevenção e mais um milhão com assistência, em comparação aos R\$ 946 mil e aos R\$ 837 mil programados para cada um destes dois componentes, respectivamente. Constata-se, portanto, que apesar de uma quantia maior ter sido programada no POA I pela SES-RJ para o componente prevenção, o componente assistência foi o mais beneficiado pela execução dos recursos. O mesmo não se aplica à execução do POA II que, mesmo pendendo conclusão, demonstra ter sido gasto um total de aproximadamente R\$ 945 mil em prevenção, o que representa um desempenho financeiro de 63,1% em relação ao total de R\$ 1.5 milhões previstos para a execução do componente. Por sua vez, apenas R\$ 515 mil haviam sido gastos com assistência, o equivalente a 52,8% do total programado para este componente. Dado que o valor declarado para os gastos com prevenção até abril deste ano (2003) é superior em R\$ 429

mil ao valor já gasto com assistência, é possível estimar que, uma vez finda a execução do POA II (prevista para o fim de agosto, 2003), o componente prevenção terá sido priorizado sobre o componente assistência em termos da alocação de recursos. Uma vez que o componente assistência foi financeiramente beneficiado durante a execução do POA I e que o componente prevenção parece estar sendo priorizado na execução do POA II, não se pode afirmar que a tendência nacional – de maior alocação de recursos (43%) para a prevenção – esteja sendo necessariamente reproduzida no estado do Rio de Janeiro para a execução do AIDS II.

No que tange aos diferentes subcomponentes de prevenção do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro, pode-se dizer que a promoção de práticas seguras foi, incomparavelmente, o subcomponente priorizado tanto na alocação quanto na execução dos recursos de prevenção, representando 81,8% do total gasto com prevenção durante a implementação do POA I, e 98,6% do total de recursos gastos até agora com este componente na execução do POA II. Por sua vez, pouco mais de R\$ 95 mil foram gastos com o subcomponente de apoio a ONGs em comparação aos 40 mil reais programados para este subcomponente no POA I e aos R\$ 50 mil programados no POA II; até abril deste ano (2003) não haviam sido computados gastos para este subcomponente durante a execução do POA II. As campanhas informativas e educativas também foram claramente beneficiadas na execução do POA I dado que aproximadamente R\$ 59 mil foram gastos a mais do que o programado (R\$ 23 mil) para este subcomponente. Já na execução do POA II, até abril de 2003 os gastos – R\$ 5,7 mil – com atividades de informação, educação e comunicação (IEC) foram inferiores aos gastos computados para o subcomponente “prevenção das DST/AIDS nos serviços de saúde”, os quais representaram 0,6% do total alocado para a execução do componente prevenção no POA I e 0,8% do total executado até agora com a prevenção no POA II.

Uma vez que, somente a partir de 2003, os gastos referentes à execução dos componentes e subcomponentes do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro passaram a ser oficialmente consolidados segundo fonte de recursos – BIRD, federal e estadual – tal qual o são na matriz de programação, a análise dos gastos por fonte foi comprometida, pelo menos no que diz respeito ao POA I, cuja execução foi finalizada em 2002.

Segundo a programação financeira dos POA I e II, o BIRD deveria ser a principal fonte de recursos para a realização do Projeto AIDS II no estado do Rio de Janeiro, e para o componente prevenção, em particular. No que tange a programação de recursos do POA II para este componente, o BIRD contribuiria com 43% dos recursos, seguido da contrapartida estadual, com 31,5% e, por último, da contrapartida federal, com uma contribuição de 25%.

Na prática, constatou-se que o estado é a instância que mais vem contribuindo com o financiamento do componente prevenção durante a execução do POA II, seguido respectivamente das fontes BIRD e federal. Até o fim de abril de 2003, 69,7% (R\$ 658,5 mil) de todos os recursos já gastos (R\$ 944,9 mil) com prevenção foram provenientes da contrapartida estadual sendo investidos, em sua totalidade, na promoção das práticas seguras. De fonte BIRD, R\$ 249 mil já foram gastos com a prevenção, com um investimento de 98,4% na promoção de práticas seguras e, o restante, na prevenção das DST/AIDS nos serviços de saúde; segundo a programação financeira do POA II, os recursos do BIRD deveriam ser prioritariamente utilizados na promoção de práticas seguras e no apoio às ONGs. No que tange aos recursos de fonte federal, pode-se dizer que, até abril deste ano, aproximadamente R\$37 mil já haviam sido gastos com o componente prevenção, dos quais R\$ 27 mil foram investidos na promoção de práticas seguras sendo o restante distribuído entre as campanhas informativas e educativas e a prevenção das DST/AIDS nos serviços de saúde, o que corresponde às prioridades financeiras estabelecidas na programação.

De uma maneira geral pode-se dizer que, enquanto em nível nacional o Banco Mundial foi o maior financiador do Projeto AIDS II com um aporte de US\$165 milhões dos quais 43% foram destinados à execução das atividades elaboradas para o componente prevenção, no estado do Rio de Janeiro este padrão é mantido apenas na programação, porém não se revelou na execução. Percebe-se que a contrapartida estadual vem sendo a principal fonte de recursos para o componente prevenção durante a execução do POA II (2001-2003), contribuindo com pouco menos de 70% do total já gasto em prevenção o estado. Nota-se que, no que tange aos subcomponentes, a promoção de práticas seguras foi, e ainda vem sendo indiscutivelmente prioritária, tanto em termos da alocação quanto em termos da execução dos recursos destinados a este fim, representando aproximadamente

82% do total gasto em prevenção durante o POA I e 98% do total de recursos já gastos com este componente na execução do POA II.

Apesar do consolidado de gastos ter vindo a ser oficialmente discriminado por fonte de recursos e segundo atividades executadas apenas no início de 2003, pode-se dizer que, segundo a programação elaborada para o POA I e para o POA II, as principais atividades priorizadas em termos financeiros no âmbito das práticas seguras pela SES-RJ de 1999-2003 foram (em ordem decrescente):

1. a aquisição e distribuição de preservativos masculinos (R\$ 772 mil – POA I e II);
2. a produção de material e educativo sobre DST/AIDS destinado a população em geral, com ênfase nas mulheres (R\$ 300 mil – POA II);
3. produção e distribuição de cartilhas educativas para a população em geral (R\$ 250 mil – POA I);
4. a produção e distribuição de material informativo de prevenção a população geral, em especial aos índios guarani do estado do Rio de Janeiro (R\$ 200 mil - POA II);
5. Atividades voltadas à implementação, operação, coordenação e avaliação do Projeto Escola (R\$ 169 mil, dos quais R\$ 120 mil → distribuição de preservativos entre jovens e adolescentes, POA I);
6. a produção e distribuição de material educativo sobre prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas dentro e fora das escolas (R\$ 160 mil – POA II);
7. a realização de treinamento em prevenção das DST/AIDS para professores multiplicadores de informações (R\$ 100 mil, POA II).

Pelas atividades acima mencionadas, nota-se que há uma preocupação em atingir o público jovem sobretudo através da disseminação de informações e da distribuição de insumos (preservativos) preventivos no âmbito da escola. Isto evidencia, pelo menos em termos teóricos (dada a impossibilidade de se comprovar a execução financeira destas atividades), o reconhecimento da necessidade de elaborar estratégias para segmentos populacionais vulneráveis específicos e implementá-las através de lideranças, como por

exemplo, os educadores, que encontram-se mais próximo do grupo-alvo. Esta conscientização acerca da vulnerabilidade social acrescida de determinados grupos e da necessidade de desenvolver ações preventivas “*sob medida*” porém de forma abrangente e intersetorial, será útil na consolidação de estratégias semelhantes como, por exemplo, o Projeto AIDS no Local de Trabalho.

Percebe-se, contudo, que tanto em termos de elaboração quanto em termos da alocação e provável execução de recursos, a ênfase do Programa Estadual de DST/AIDS no que tange à implementação das ações de prevenção do Projeto AIDS II, permanece voltada à redução de vulnerabilidades individuais, sobretudo através de mudanças de comportamento que resultem na prática do sexo seguro, o que é corroborado pelo montante destinado à aquisição e distribuição de preservativos masculinos para a população geral entre 1999-2003. Apesar desta distribuição estar direcionada tanto a homens quanto a mulheres, as assimetrias que permeiam os relacionamentos amorosos e as dificuldades e/ou constrangimentos na negociação do sexo seguro (sobretudo por não ser a mulher quem veste o preservativo masculino), reduz o grau de autonomia da mulher em se proteger das DST/AIDS. De acordo com Goldstein, “*basear uma campanha de sexo seguro para mulheres na suposta responsabilidade dos homens é no mínimo ingênuo*” (1996:143).

Sendo assim, a aquisição, distribuição e disseminação do preservativo feminino representaria um avanço pelo fato do uso deste insumo preventivo poder ser controlado pelas próprias mulheres. No estado do Rio de Janeiro, verificou-se a alocação de R\$23 mil para a aquisição de preservativos femininos no POA I, sem qualquer programação para a aquisição e distribuição deste insumo no POA II. Compreende-se que o alto custo do condom feminino é um fator que limita sua aquisição nas mesmas proporções que o preservativo masculino, sobretudo quando o montante alocado para tal atividade é tão baixo. Compreende-se também que a limitação da quantidade adquirida, restringe sua distribuição entre a população feminina geral, conferindo prioridade aos segmentos de mais alto risco da população feminina: profissionais do sexo, mulheres usuárias ou parceiras de usuários de drogas injetáveis, mulheres em situação de violência sexual/doméstica e mulheres soropositivas. Contudo, é essencial que a ênfase nos grupos de risco femininos seja temporária e que, através de um melhor planejamento financeiro, a oferta deste insumo possa ser ampliada e seu uso desmistificado entre a população feminina em geral.

O fato da aquisição de preservativos femininos ter constado como a única atividade da SES-RJ especificamente voltada para a prevenção das DST/AIDS em mulheres entre 1999-2003, reflete uma insuficiência preocupante de atividades programadas e efetivamente executadas pelo Programa Estadual de DST/AIDS junto à população feminina. Isto é extremamente inquietante dado o indiscutível crescimento da epidemia entre as mulheres, vindo a revelar uma dificuldade, por parte dos atores governamentais locais, em assimilar a alta vulnerabilidade feminina para além da esfera teórica, no exercício prático do conceito. De todo modo, observa-se uma maior preocupação com a população feminina, dada sua atual inclusão, como “população-alvo”, no POA II.

Não se deve relegar, todavia, toda responsabilidade pela elaboração de estratégias e atividades voltadas à prevenção das DST/AIDS em mulheres somente aos subprojetos de ONGs, às organizações da sociedade civil ou aos programas de saúde da mulher. Visando agir de forma intersetorial, os Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS podem e devem incluir um maior número de atividades em suas programações “anuais” que tenham por objetivo oferecer espaços em que as dúvidas, medos e queixas femininas possam ser ouvidas, espaços que as permitam superar o desconhecimento de suas especificidades biológicas e emocionais e que fortaleçam sua autonomia frente aos seus relacionamentos afetivos. Campanhas publicitárias e educativas que visem trabalhar a auto-estima da mulher e sua percepção de risco frente à infecção por DST/HIV/AIDS e que levem em consideração os padrões culturais bem como o grau de acesso aos meios de comunicação de cada subgrupo, são atividades relativamente simples que podem e devem ser incorporadas ao conjunto de estratégias dos programas locais no preenchimento de seus objetivos de prevenção das DST/AIDS junto à população feminina.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome;

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ASPLAV - Assessoria de Planejamento e Avaliação

BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

CN - DST/AIDS - Coordenação Nacional de DST/AIDS

COGE - Comissão de Gestão

CRM-RJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DAPE - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

DHDS - Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS

Grupo Pela VIDDA - Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS

HIV - Human Immunodeficiency Virus;

Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem Sexo com Homens

ICV - Índice de Condição de Vida

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

OAB - Organização de Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não-Governamentais

OSC – Organizações da Sociedade Civil

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS

POA – Plano Operativo Anual

SEAIN - Secretaria de Assuntos Internacionais

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIAIDS - Sistema de Informações Gerenciais em AIDS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SOE – Statement of Expenditure

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNAIDS - United Nations Joint Programme on HIV/AIDS

UNDCP - United Nations Drug Control Programme

UNDP - United Nations Development Programme

UNICEF - United Nations Children's Fund

UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro

BIBLIOGRAFIA

AYRES, J.R.C.M. *et al*, 1997. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de AIDS II. Anais, pp. 20-37, Rio de Janeiro: ABIA.

BANCO MUNDIAL, 1993. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em saúde*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

BARBOSA, M.T.S. & STRUCHINER, C.J., 2002. Estimativa da magnitude da AIDS no Brasil: uma correção de atraso aplicada aos casos com data perdida. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 279-285.

BARBOSA, R.M. & VILLELA, W.V, 1996. A trajetória feminina da AIDS. In: Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp.17-32. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará

BASTOS, F.I., 1996. *Ruína e reconstrução – AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: ABIA: Relume-Dumará/IMS-UERJ.

BASTOS, F.I. *at al*, 2000. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1): 7-19.

BASTOS, F.I., SZWARCWALD, C.L., 2001. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 65-76 .

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- 1999 a. *Política Nacional de DST/AIDS: Princípios Diretrizes e Estratégias*.

COORDENÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, Brasília.

- 1999 b. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – manual*. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, Brasília.
- 2001a. Características do Programa Nacional de DST/AIDS, Segundo Projeto de Controle das DST e AIDS, Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. ASPLAV/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, Brasília.
- 2001b. *AIDS II : Relatório de Implementação e Avaliação - Dezembro de 1998 a maio de 2001*. ASPLAV/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST e AIDS/ MS, Brasília.
- 2002 a. *Boletim Epidemiológico – Semanas Epidemiológicas de outubro 2001 a março 2002*. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST e AIDS/ MS, Brasília.
- 2002 b. *Boletim Epidemiológico – Semanas Epidemiológicas de abril 2002 a dezembro 2002*. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST e AIDS/ MS, Brasília.
- 2003 a. www.aids.gov.br
- 2003 b. www.aids.gov.br/prevenção
- 2003 c. www.aids.gov.br/assistência

CAMARGO JR., K.R. de, 1995. A AIDS e as políticas públicas: perspectivas. In: *Seminário de Políticas Públicas de Saúde Relacionadas à AIDS* (Parker, R.G. & Galvão, J., orgs), pp. 7-9. Anais ABIA, Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ.

CAMARGO JR, K.R. de, 1999. Políticas Públicas e Prevenção em HIV/AIDS. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J. & Besser, M.S., orgs), pp. 227- 262, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.

CASTILHO, E.A. & CHEQUER, P., 1997. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: *Políticas, Instituições e AIDS* (Parker, R.G., org.), pp.17-42. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar

CONDE, M.V.F. , 1996. *O Banco Mundial e a Saúde nos anos 90: Um Novo Paradigma de Reforma Sanitária*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

COSTA, N. do R., 1998. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação*, pp. 125-145, São Paulo: Editora Hucitec.

CZERESNIA, D., 1999. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4): 701-709.

DINIZ, S.G. & VILLELA, W.V., 1999. Interfaces entre os Programas de DSt/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J. & Besser, M.S., orgs), pp.123-176, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.

DUCHIAIDE, M.P., 1995. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Os Muitos Brasis* (Maria Cecília S. Minayo, org.), pp. 14-56, Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: HUCITEC.

FONTES, M.B., 1999. Interface entre as políticas internacionais e nacionais de AIDS. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J. & Besser, M.S., orgs), pp. 91-122, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.

GALVÃO, J., 2000. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.

GOLDSTEIN, D., 1996. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp.137-152. Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará.

GUIMARÃES, C.D., 1996. “Mas eu conheço ele!”: um método de prevenção do HIV/AIDS. In: *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp.169- 177. Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará.

GUIMARÃES, K., 1996. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp. 89-113. Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará.

HINO, H., 1986. A colaboração FMI-Banco Mundial. *Finanças e Desenvolvimento*, setembro: 10-18.

MALES, M., 1996. AIDS and ethnicity. *Science*, 271: 1479-1480.

MATTOS, R.A de, 1999. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J. & Besser, M.S., orgs), pp.29-87, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34

MATTOS, R.A de, 2000. *Desenvolvendo e Oferecendo Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

MATTOS, R.A. de, 2001a. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389.

MATTOS, R.A de; JÚNIOR, V.T.; PARKER, R.G., 2001b. As Estratégias do Banco Mundial e a Resposta à AIDS no Brasil. *Coleção ABIA: Políticas Públicas e AIDS*, 1:5-20.

PARKER, R.G. et al, 1994. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ: Relume-Dumará.

PARKER, R.G. et al, 1994. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ: Relume-Dumará.

PARKER et al, 1995. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In: AIDS – Pesquisa social e educação (Czeresnia, D., Santos, E.M. dos, Barbosa, R.S & Monteiro, S. orgs) pp. 17-45. Rio de Janeiro: ABRASCO / São Paulo: HUCITEC.

PARKER, R.G & GALVÃO, J., 1996. *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ: Relume-Dumará.

PARKER, R.G; GALVÃO, J. & BESSA, M.S., 1999. *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.

PARKER, R.G & CAMARGO JR., K.R. de, 2000. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16(Sup.1): 89-102.

RIO DE JANEIRO, 2001. *Relatório de Planejamento Estratégico: análise de situação e resposta*. Assessoria de DST/AIDS/ Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). Disponível em <www.aids.gov/planejamento/>.

RIO DE JANEIRO, 2002. *Informe Epidemiológico em DST/AIDS*. Assessoria de DST/AIDS/ Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ).

ROCHA, F.M. G. de, 1999. *Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SANTOS, E.M. dos, 1996. AIDS e mulher: desafios para definições de políticas de intervenção. In: *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp.79-87. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará

SCHECHTER, M. & RACHID, M., 2001. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Revinter

SINGER, M., 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 39: 931-948.

SOUZA, M.R. de, 1994. Políticas implícitas e explícitas no combate e prevenção do HIV e AIDS. In: *A AIDS no Brasil* (Parker, R.G.; Galvão, J., orgs), pp. 331-340. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará

TEIXEIRA, P. R., 1997. Políticas públicas em AIDS. In: *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil* (Parker, R.G., org.), pp. 43-68. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar.