

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA MATILDE ZRAIK BARACAT

UMA ANÁLISE DO PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS SOB A
PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL

CURITIBA
2013

MARIA MATILDE ZRAIK BARACAT

UMA ANÁLISE DO PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS SOB A
PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre. Curso de Mestrado em Administração do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Farley Simon Mendes Nobre.

CURITIBA
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS.
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Baracat, Maria Matilde Zraik

Uma análise do Programa Brasileiro de DST/AIDS sob a perspectiva da sustentabilidade social / Maria Matilde Zraik Baracat. - 2013.

154 f.

Orientador: Farley Simon Mendes Nobre.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Administração, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas.

Defesa: Curitiba, 2013.

1. Programas de saúde - Avaliação - Brasil . 2. AIDS (Doença). 3. Políticas públicas - Brasil. 4. Desenvolvimento sustentável. I. Nobre, Farley Simon Mendes. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

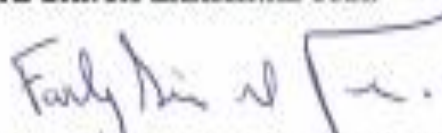
CDD 362.1969792

TERMO DE APROVAÇÃO

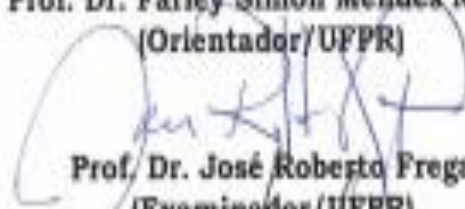
Maria Matilde Zraik Baracat

**“UMA ANÁLISE DO PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS SOB A
PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL”**


**DISSERTAÇÃO APROVADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA NO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ, PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:**



**Prof. Dr. Farley Simon Mendes Nobre
(Orientador/UFPR)**



**Prof. Dr. José Roberto Frega
(Examinador/UFPR)**



**Prof. Dr. Luiz Alberto Esteves
(Examinador/UFPR)**

25 de março de 2013

Dedico este trabalho à minha mãe,
Adélia (in memoriam),
que sempre iluminou meu caminho,
com seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por todas as graças recebidas em minha vida.

Aos meus filhos Fábio e Pedro que são a fonte de toda vontade e força que carrego comigo e que me levam a superar os desafios e, ao meu esposo Kizahy, meu companheiro de vida, por todo o apoio, carinho, compreensão e companhia ao longo desta trajetória.

Ao meu orientador Prof. Dr. Farley Simon Mendes Nobre, que soube compreender meu interesse pelo objeto do estudo, confiar e possibilitar o desenvolvimento deste trabalho, por sua valiosa orientação, especial atenção e por todos os conhecimentos transmitidos.

Aos professores do curso de Mestrado em Administração da UFPR pelo apoio e oportunidade de aprendizado.

Aos professores Andrea Paula Segatto e Glauco Gomes Menezes que participaram da banca de qualificação e aos professores José Roberto Frega e Luiz Alberto Esteves, pela participação na banca de defesa desta pesquisa, pelas valiosas contribuições, orientações, questionamentos e sugestões que foram essenciais para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho em especial ao Marcos Siqueira Campos, Elza Grell, Vladimir Antonini e Solange Borba Gildemeister pelo incentivo e compreensão ao longo destes dois anos.

Aos colegas do mestrado em especial à Gabriela, Carla, Heloisa, Rhubens e Marcelo pelo companheirismo e amizade.

A todas as pessoas que colaboraram com esta pesquisa participando das entrevistas, pela confiança, pela disposição de partilhar comigo suas experiências, expectativas e vivências que tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esta pesquisa se tornasse realidade.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal analisar de que maneira as políticas públicas de controle do HIV/AIDS no Brasil contribuem para a sustentabilidade social. Para tanto, realizou-se um estudo de caso tendo o Programa Nacional de DST/AIDS como unidade de análise. A base teórico-empírica buscou caracterizar a sustentabilidade social na perspectiva do desenvolvimento sustentável e identificar elementos para sua análise, assim como evidenciar o macro contexto e os atores envolvidos no processo de formulação, execução e avaliação das políticas públicas de AIDS. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, observação não participante e análise documental. Os dados foram examinados através da técnica de análise de conteúdo, considerando-se a triangulação entre as diferentes fontes de dados. Verificou-se que as contribuições para a sustentabilidade social ocorrem através da garantia da participação da sociedade nas definições das políticas públicas do HIV, do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento antirretroviral, e das ações efetuadas para melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A análise dos dados identificou desigualdades regionais relacionadas à estruturação e organização dos serviços no nível das secretarias estaduais e municipais de saúde, fundamentadas basicamente na heterogeneidade cultural, política e social do país. A pesquisa apontou ainda dificuldades relacionadas à descentralização de recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde o que tem inviabilizado a execução de ações e projetos locais e, também, o funcionamento de entidades da sociedade civil que atuam na luta contra o HIV/AIDS. O estudo identificou fatores, como o aumento do custo dos medicamentos antirretrovirais, que representam uma ameaça à manutenção da política de acesso universal e gratuito aos mesmos, e verificou que, apesar da existência de legislações específicas que garantem os direitos civis das pessoas vivendo com o HIV/AIDS, o preconceito e a discriminação ainda são uma realidade em alguns locais. Conclui que se deve avançar na perspectiva do controle social de fato, onde a participação social não seja apenas um recurso gerencial, mas se transforme em um recurso de poder, capaz de influenciar na decisão, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas de HIV/AIDS, pois a busca pela sustentabilidade social ocorre na medida em que há uma transformação da forma tradicional de pensamento da sociedade e da forma tradicional de lidar com a educação e a saúde.

Palavras-chave: Sustentabilidade social. Participação social. Políticas públicas. AIDS. Desenvolvimento sustentável.

ABSTRACT

The present study aimed to examine how public policies to control HIV / AIDS in Brazil contribute to social sustainability. Therefore, we performed a case study with the National STD / AIDS as the unit of analysis. The theoretical and empirical basis sought to characterize social sustainability from the perspective of sustainable development and to identify elements for analysis, as well as highlighting the macro context and the actors involved in the formulation, implementation and evaluation of public policies on AIDS. Data collection was conducted through semi-structured interviews, non-participant observation and document analysis. Data were analyzed using the technique of content analysis, considering the triangulation between the different data sources. It was found that the contributions to social sustainability by ensuring occur society participation in public policy definitions of HIV, access to prevention, diagnosis and antiretroviral treatment, and of actions taken to improve the quality of life of people living with HIV / AIDS. Data analysis identified regional differences related to the structuring and organization of services at the level of state and local health, based primarily on heterogeneity culture, politics and social development. The research also showed difficulties related to decentralization of financial resources from the National Health Fund which has made impossible the implementation of actions and projects sites and also the functioning of civil society organizations working in the fight against HIV / AIDS. The study found that factors such as the increased cost antiretroviral drugs pose a threat to maintaining the policy of universal free access to them, and that despite the existence of specific laws that guarantee the civil rights of people living with HIV / AIDS , prejudice and discrimination is still a reality in some places. We conclude that one should proceed from the perspective of social control in fact, where social participation is not only a managerial resource, but to become a power resource, able to influence the decision, monitoring and evaluation of public policies for HIV / AIDS, since the pursuit of social sustainability occurs to the extent that there is a transformation of the traditional way of thinking of society and the traditional way of dealing with education and health.

Keywords: Social sustainability. Social participation. Public policies. AIDS. Sustainable development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Componentes do Índice de Desenvolvimento Humano.....	p. 28
Figura 2- Evolução do Índice de Gini no Brasil.....	p. 46
Figura 3- Objetivo e Estratégias de Sustentabilidade Social.....	p. 77
Figura 4- Organograma do Departamento de DST/AIDS.....	p. 82
Figura 5- Desenho da Pesquisa.....	p.88
Figura 6- Triangulação de Dados.....	p.100
Figura 7- Etapas do Processo de Análise de Dados.....	p.108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.....	p. 31
Quadro 2 - Metas e Indicadores do ODM 6.....	p. 33
Quadro 3 - Dimensões do desenvolvimento sustentável.....	p. 35
Quadro 4 - Tipologia e Evolução do conceito de participação.....	p. 49
Quadro 5 - Principais Conselhos de Participação Social.....	p. 52
Quadro 6 - Parâmetros para análise da sustentabilidade social.....	p. 78
Quadro 7 - Composição da CAMS.....	p. 83
Quadro 8 - Elementos de análise operacionalizados nesta pesquisa.....	p. 90
Quadro 9 - Etapas para realização de estudo de caso.....	p. 93
Quadro 10 - Quadro representativo do estudo.....	p. 95
Quadro 11 - Entrevistas realizadas para coleta de dados.....	p.102
Quadro 12 - Resumo da observação não participante.....	p.103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Mundial.....	p. 22
Tabela 2 - Evolução da pobreza e pobreza extrema: Brasil, 2003 a 2008....	p. 26
Tabela 3 - Indicadores de saúde nos BRIC'S em 2008.....	p. 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Medicamentos Antirretrovirais
BP	Base da Pirâmide
BRIC	Brasil, Rússia, China e Índia
CAMS	Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais
CD+4	<i>Cluster of Differentiation 4</i> / Grupo de Diferenciação 4
CENAIDS	Conselho Nacional Empresarial para Prevenção ao HIV/AIDS - Brasil
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CMMAD	Comissão Mundial de Meio Ambiente e Desenvolvimento
CNAIDS	Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais
CRT	Centros de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DC	Definição Constitutiva
DO	Definição Operacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
GNP+	<i>Global Network People Living with HIV/AIDS</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida- causador da AIDS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Econômico

IDHAD	Índice de Desenvolvimento Humano associado à Desigualdade
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAM	Plano de Ação e Metas
PASEP	Fundo de Participação do Servidor
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PNCM	Programa Nacional de Controle da Malária
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Pro-Uni	Programa de Expansão das Universidades Públicas
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RDH	Relatório de Desenvolvimento Econômico
RNP	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Atenção Especializada

SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD+4/CD+8 e Carga Viral
SNC	Sistema Nacional de Cultura
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Combinada
TBL	<i>Tripple Bottom Line</i>
UDM	Unidade Distribuidora de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
VHIVER	Grupo Vhiver- Entidade de combate à AIDS no Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	p.15
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	p.15
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	p.17
1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	p.18
1.3.1 Objetivo geral.....	p.18
1.3.2 Objetivos específicos.....	p.18
1.4 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA.....	p.18
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	p.20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO- EMPÍRICA.....	p.21
2.1 CONTEXTO GLOBAL.....	p.21
2.2 SUSTENTABILIDADE SOCIAL.....	p.26
2.2.1 Desenvolvimento humano.....	p.26
2.2.2 Desenvolvimento sustentável.....	p.29
2.2.3 Objetivos de desenvolvimento do milênio.....	p.31
2.2.4 Objetivo de desenvolvimento do milênio 6.....	p.33
2.2.5 Sustentabilidade no contexto das organizações.....	p.36
2.2.6 A dimensão social da sustentabilidade.....	p.42
2.2.7 Elementos de análise da sustentabilidade social.....	p.44
2.2.8 Participação social.....	p.47
2.2.9 Experiência brasileira em participação social.....	p.50
2.3 PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS.....	p.54
2.3.1 Políticas públicas.....	p.54
2.3.2 Sistema de saúde.....	p.58
2.3.3 Panorama mundial da AIDS.....	p.62
2.3.4 Política Nacional de DST/AIDS.....	p.66
2.3.5 Sociedade civil na luta contra a AIDS.....	p.69
2.3.6 Distribuição universal e gratuita de antirretrovirais.....	p.71
2.3.7 Situação e atual e perspectivas do controle da AIDS.....	p.74
2.4 RESUMO DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	p.75
3 METODOLOGIA.....	p.80
3.1 CONTEXTUALIZANDO A UNIDADE DE ANÁLISE.....	p.80

3.1.1 Departamento de DST/AIDS.....	p. 81
3.2 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA E PERGUNTAS DE PESQUISA....	p. 86
3.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	p. 87
3.3.1 Definição das categorias de análise.....	p. 89
3.4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	p. 91
3.4.1 Abordagem do estudo.....	p. 91
3.4.2 Estratégia do estudo.....	p. 92
3.4.3 Quadro representativo do estudo.....	p. 94
3.5 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	p. 95
3.6 FONTES DOS DADOS.....	p.101
3.6.1 Dados primários.....	p.101
3.6.2 Dados secundários.....	p.103
3.7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	p.104
4 ANALISE DOS DADOS.....	p.107
4.1 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	p.108
4.1.1 Participação social – em busca do controle social.....	p.108
4.1.2 Acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV/AIDS.....	p.117
4.1.3 Qualidade de vida.....	p.128
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p.133
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.138
APENDICES.....	p.152

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Transformações de conjuntura social, organizacional, econômica e política aliadas aos avanços em ciência e tecnologia durante a Revolução Industrial e especialmente no século XX proporcionaram diversas inovações que contribuíram para acelerar a globalização e seus efeitos na sociedade. (NOBRE; WALKER; HARRIS, 2011).

Entre essas inovações, destacam-se as tecnologias de comunicação que possibilitaram uma maior e melhor aproximação entre pessoas de diferentes países, ocasionando a disseminação de informações com maior transparência, contribuindo para a expansão da democracia em todo o mundo (HART, 2006). Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2010, o progresso ocorreu num contexto de aumento da democratização formal, mas também de grandes desigualdades dentro dos países e entre eles, em algumas dimensões do desenvolvimento humano (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO- PNUD, 2010).

Adicionalmente, a população mundial cresceu em duas gerações mais do que havia crescido em milhares de anos, com reflexos diretos sobre o ritmo do desenvolvimento econômico e causando uma exploração demasiada e inadequada dos recursos naturais tornando-os cada vez mais escassos. (BLOOM; CANNING, 2006).

Segundo Hart (2006), a combinação entre crescimento populacional e aumento da desigualdade vem cada vez mais contribuindo para a decadência social e o caos político.

Sachs (1997) considera que a ligação causal entre crescimento populacional e pobreza funciona em ambas as direções e, para quebrar o círculo vicioso entre os dois, melhorando as condições sociais, a prioridade é a erradicação da pobreza. Para Rocha e Ferreira da Silva (2008), a redução da pobreza tem sido vista como uma questão de importância crescente para todas as sociedades, ultrapassando os limites individuais, empresariais e nacionais, sendo hoje uma questão global.

Nesta perspectiva, destaca-se um movimento pelo desenvolvimento sustentável cujo marco inicial ocorreu em 1987 com a publicação do relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD), conhecido como relatório Brundtland. Segundo Omann e Spangenberg (2002) o desenvolvimento sustentável apresenta como objetivo principal proporcionar a todos, em todos os lugares e, a qualquer momento, a oportunidade de uma vida digna em sua respectiva sociedade, incluindo a plena participação em um ambiente saudável.

A distribuição da riqueza gerada através do crescimento econômico é que irá propiciar o desenvolvimento, de forma a garantir o bem estar de todos no presente e no futuro. Neste sentido, torna-se cada vez mais relevante a discussão da dimensão social do desenvolvimento sustentável como enfatizam Rogers, Jalal e Boyd (2008), devido especialmente à persistência da desigualdade socioeconômica.

A AIDS, epidemia descoberta no início da década de 1980 que surpreendeu inclusive as sociedades mais desenvolvidas, devido à sua gravidade, letalidade, dificuldade de efetivar meios preventivos, falta de medicamentos eficazes, grande quantidade de doenças oportunistas e disseminação global (GRECO, 2008), é atualmente considerada uma doença de caráter crônico, devido aos avanços conseguidos no tratamento através da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como o CD4+ e carga viral para o monitoramento de sua progressão (BRASIL, 2010).

No entanto, apesar destes avanços a incidência do HIV/AIDS tem aumentado em alguns países e regiões, como a África subsaariana, alguns países da Europa oriental e Ásia central o que caracteriza este progresso conseguido no combate à AIDS como frágil e desigual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011). Algumas respostas nacionais ao HIV têm sido mal orientadas para a situação epidemiológica nacional e as intervenções não se dirigem adequadamente aos grupos mais vulneráveis (UNAIDS, 2011).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso a tratamento antirretroviral e, desde a década de 1980, o país tem implementado campanhas educativas e de prevenção (BRASIL, 2010), o que tem gerado benefícios inequívocos tanto no âmbito coletivo como

individual, além de funcionar como um exemplo do que deve ser a atuação do sistema de saúde brasileiro quanto a campanhas de conscientização, parceria com a sociedade civil e monitoramento cuidadoso (GRANGEIRO *et al.*, 2006).

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

As várias transformações sociais e econômicas atuais levam à necessidade de estratégias de inclusão social capazes de proporcionar a todos, em todos os lugares e a qualquer momento, a oportunidade de uma vida digna em sua respectiva sociedade (OMANN; SPANGENBERG, 2002; PRAHALAD, 2010). No processo de exclusão social vivenciado atualmente por segmentos populacionais mais vulneráveis, as pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS são afetadas social e economicamente, seja na inserção no mercado de trabalho, no acesso à educação e à saúde e na participação social e comunitária (BRASIL, 2012a). Após três décadas de AIDS, observa-se que o controle desta patologia, que se transformou de infecção fatal em doença crônica, continua a representar um desafio para o desenvolvimento econômico e social em diferentes continentes, além de atestar a relevância da discussão integrada dos direitos humanos em políticas sociais (CARVALHO, 2008).

Considerando que o Programa Brasileiro de DST/AIDS serve de exemplo para vários outros países e é reconhecido neste sentido por organismos internacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010), sendo um dos seus diferenciais positivos a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (GRANGEIRO *et al.*, 2006), bem como a construção de políticas públicas específicas para a área com ampla participação da sociedade civil organizada, definiu-se o seguinte problema de pesquisa para este trabalho:

Como o Programa Brasileiro de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social?

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Neste item é apresentado o objetivo geral, que representa o propósito da pesquisa e os objetivos específicos, que abordam os elementos fundamentais para atingir o objetivo geral.

1.3.1 Objetivo geral

Analisar como o Programa Brasileiro de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a sustentabilidade social no cenário do desenvolvimento sustentável e identificar elementos para sua análise no contexto de uma política pública multicêntrica¹ da área de saúde;
2. Descrever como ocorrem as contribuições do Programa Brasileiro de DST/AIDS para a sustentabilidade social a partir dos elementos identificados;
3. Analisar quais fatores podem afetar a capacidade de manutenção e desenvolvimento do Programa Brasileiro de DST/AIDS como política pública multicêntrica.¹

1.4 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

Desde o seu surgimento a AIDS tem sido objeto de pesquisa em diversas áreas. Não somente a de saúde, mas também os campos que

¹ Política Pública Multicêntrica: Segundo Secchi (2010, p. 2) uma política pública multicêntrica é elaborada a partir de diversos segmentos da sociedade como organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais e atores estatais para dar resposta a um problema público.

estudam os relacionamentos sociais e suas consequências se viram defrontados com uma nova doença que viria a modificar as relações sociais e econômicas em quase todas as partes do mundo (MONTEIRO, 2006).

Entre as grandes questões de saúde mundial, a epidemia da AIDS revela como uma única doença e suas consequências podem suscitar, num curto espaço de tempo, investimentos extensos em tecnologias (SCHEFFER, 2008).

Porém, segundo dados da Organização Mundial da Saúde ainda existem milhões de pessoas que morrem desta patologia todos os anos e a redução e/ou prevenção de sua incidência faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MOREL, 2004). Assim, a discussão sobre a capacidade de manutenção e desenvolvimento deste Programa Brasileiro que tem servido de exemplo para outros países é relevante a fim de analisar os fatores que contribuem para seu sucesso, bem como auxiliar o desenvolvimento de novas políticas públicas na área da saúde.

Embora existam diversos estudos empíricos sobre a dimensão social do desenvolvimento sustentável, a grande maioria não aborda a análise de uma política pública da área da saúde sob esta perspectiva. Dessa forma, esse trabalho também contribui para o estudo de um caso que contempla em larga escala a contribuição do governo para a saúde pública, através do Programa Nacional de DST/AIDS, além de buscar enriquecer a literatura sobre estes assuntos e inseri-los dentro das agendas de discussão de diversos setores sociais.

Os temas deste estudo se inserem em um contexto de sustentabilidade social, os quais proporcionam valores sociais para o modelo de capitalismo atual. As disparidades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento são destacadas pelo HIV/AIDS, pois embora seja uma doença que aflige ambos, 95% das pessoas HIV positivas vivem em países em desenvolvimento (CRAIG SMITH; VACHANI, 2004).

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho está estruturado em seis partes: (i) a introdução, onde é apresentado o tema, assim como o problema de pesquisa, os objetivos e as justificativas teórica e prática; (ii) o referencial teórico-empírico onde são apresentados os elementos teóricos e as pesquisas empíricas que fundamentam este projeto; (iii) a metodologia onde especificam-se o delineamento da pesquisa, as categorias de análise e os métodos de coleta e análise dos dados; (iv) análise dos dados, e (v) considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Este capítulo apresenta o embasamento teórico-empírico dos principais temas deste projeto e está dividido em três blocos que alicerçam a discussão em torno da sustentabilidade social e do Programa Brasileiro de DST/AIDS.

O primeiro bloco apresenta um panorama das principais transformações econômicas e sociais que demandam novos conceitos, estratégias e compreensões da sociedade.

Após apresentam-se a evolução dos conceitos de desenvolvimento humano, desenvolvimento sustentável, caracterizando-se a sustentabilidade social e as dimensões envolvidas no processo de sua análise.

No terceiro bloco, são apresentados os temas relacionados ao Programa Nacional de DST/AIDS como as políticas públicas e sistemas de saúde e as políticas públicas de AIDS no Brasil, contextualizando o histórico desta doença e os principais fatores que alicerçam a construção da resposta brasileira à esta epidemia. Em todos os temas apresentados procurou-se inserir a questão da epidemia da AIDS.

Ao final elaborou-se um resumo com as principais questões apresentadas neste referencial teórico.

2.1 CONTEXTO GLOBAL

Previamente à Revolução Industrial (século XVIII), os padrões de crescimento demográfico mantiveram-se bastante estáveis, com a população humana crescendo lentamente (BLOOM; CANNING, 2006). No ano de 1800 a população mundial era de aproximadamente um bilhão de habitantes, tendo alcançado o número de sete bilhões em 2011.

Rogers, Jalal e Boyd (2008) chamam a atenção para a aceleração deste crescimento demográfico, pois enquanto demoraram 130 anos para que a população da Terra atingisse a marca de dois bilhões de pessoas (ano de 1930), no ano de 1960, apenas 30 anos mais tarde foi atingida a marca de três bilhões e, 15 anos mais tarde (1975) a população chegou a quatro bilhões, conforme demonstrado na Tabela 1.

Esta grande aceleração na taxa de crescimento demográfico é um dos motivos do aumento com as preocupações a respeito do uso dos recursos naturais não renováveis.

TABELA 1- POPULAÇÃO MUNDIAL

População Mundial (em bilhões de pessoas)	Ano	Nº anos para adicionar
Um	1800	Toda a história humana
Dois	1930	130
Três	1960	30
Quatro	1975	15
Cinco	1987	12
Seis	1999	12
Sete	2011	12

FONTE: Adaptado de Rogers; Jalal; Boyd (2008, p. 31),
complementado com dados da ONU (2011).

Essas mudanças demográficas, além de progressos no transporte, informação e comunicações, tiveram impacto direto sobre a economia global, sobre os meios de organização e produção resultando numa sociedade que, conforme Ianni (1999, p. 39), apresenta “um desenvolvimento desigual e contraditório, mas apesar disto, é articulada globalmente”.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2002, p. 17) denomina de “globalização contemporânea, à crescente gravitação dos processos financeiros, econômicos, ambientais, políticos, sociais e culturais de alcance mundial sobre aqueles de caráter regional, nacional ou local”.

Sen (2002) lembra que a partir de uma perspectiva histórica a globalização tem contribuído há milênios para o progresso do mundo através das viagens, do comércio e das migrações, com a difusão da cultura, do saber e do conhecimento entre os povos.

No entanto, estamos participando em um novo contexto de globalização que se impôs no último meio século, onde a responsabilidade humana pelo globo assume um aspecto ético de garantia da possibilidade de vida futura na terra, afirma Hinkelammert (2006), sendo a terra não apenas mais um objeto a ser conquistado, com existência independente da conquista.

Para Foladori (2002, p. 105):

Esta consciência da crise ambiental moderna, além do aumento da desigualdade social, explosão demográfica, deficiências nas formas de organização social e econômica, se consolida com uma série de eventos que concluem pela necessidade de se rediscutir o modelo de

crescimento, devido aos danos que ele próprio tem gerado sobre a natureza[...].

Segundo Hart (2006), a queda dos regimes comunistas transformou o capitalismo no sistema econômico predominante, impondo uma civilização e uma economia praticamente planetárias. Hobsbawn (2010) avalia que o fracasso da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) chamou a atenção basicamente para o fracasso do comunismo soviético, ou seja, da tentativa de basear toda uma economia na propriedade universal, pelo Estado, dos meios de produção e no planejamento central que tudo abrangia, sem qualquer recurso efetivo ao mercado ou aos mecanismos de preço. Por outro lado, este mesmo autor avalia, ainda, que as economias onde os recursos eram alocados inteiramente pelo mercado sem qualquer restrição, em condições de competição ilimitada, geravam cada vez mais riqueza, mas não para todos, pois a diferença entre ricos e pobres, mesmo nos países desenvolvidos havia aumentado.

Callinicos (2006, p. 254) afirma que “[...] a pobreza em massa persiste em um contexto de crescimento mundial da desigualdade”. Apesar de décadas de longos esforços das agências de desenvolvimento para aliviar a pobreza, torna-se claro que este problema não está superado; a diferença entre ricos e pobres permanece ou continua aumentando.

Um estudo do *World Resources Institute and the International Finance Corporations* (Instituto Mundial de Recursos e Sociedades Financeiras Internacionais) mostra que os quatro bilhões de pessoas que vivem com uma renda menor que três mil dólares ao ano, correspondem a 83% da população da Ásia, 95% das pessoas que vivem no continente africano, 70% da população da América do Sul e 64% da população da Europa Oriental (HAMMOND, 2007 *apud* KANDACHAR; HALME, 2008).

Prahalad (2010, p. 35) esclarece que

[...] os quatro bilhões de pessoas que compõem a base da pirâmide econômica, representam uma extrema variedade social, variedade que se reflete em seus níveis de alfabetização, na composição rural-urbano, na mistura geográfica, nos níveis de renda, nas diferenças culturais e religiosas e em qualquer base de segmentação que se possa conceber.

Hart (2008, p. 2, tradução própria) afirma que “a base da pirâmide não representa nem um país e nem um mercado e sim uma categoria demográfica,

pois cada país tem uma base da pirâmide incluindo Estados Unidos, Japão e Europa Ocidental”. Para Sen (2002) o problema são as desigualdades internacionais e intranacionais da riqueza, a distribuição dos benefícios potenciais da globalização entre os países ricos e pobres e entre os diversos grupos de um mesmo país.

“A pobreza é mais que baixa renda [...]”, lembram Kandachar e Halme (2008, p. 4) e, ainda afirmam que “[...] deve haver uma distinção do que é a pobreza real material e a percepção cultural da pobreza”. Estes autores salientam que as pessoas não morrem pela falta de renda e sim pela falta de recursos e citam, como exemplos, comunidades que vivem em locais distantes como as montanhas do Himalaia, onde a biodiversidade não foi ainda destruída e, cuja renda é menor que US\$ 1 (um dólar) ao dia, mas que vivem bem, dentro de suas possibilidades, com acesso aos recursos de que necessitam, e que não se consideram pobres; mas, por outro lado, há pessoas com rendas maiores que cinco dólares ao dia que não conseguem ter acesso aos recursos necessários, sendo estas, sim, consideradas, pobres.

Boyle e Boguslaw (2007) ressaltam que a pobreza ocorre não apenas devido à insuficiência de rendimentos financeiros, mas também devido à falta de serviços sociais e públicos e investimentos em educação, cuidados primários de saúde, água e saneamento, transporte e energia. Neste sentido, Cotta et al. (2007, p. 278), complementam que

[...] é bem conhecida a associação entre pobreza e outros elementos promotores de sofrimento e opressão, tais como doenças, maiores índices de analfabetismo, violência, saneamento básico precário, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A pobreza é agravada por uma distribuição desigual de poder, e por limites sobre a participação política, segundo Boyle e Boguslaw (2007), os quais sugerem a criação de políticas para promoção do desenvolvimento econômico e humano que contemplem serviços sociais, como saúde e educação, além do desenvolvimento de infraestrutura básica, segurança humana e participação política democrática.

Para a CEPAL (2002), o processo de globalização, também pode representar oportunidades inéditas em áreas não econômicas como a luta pelo direito a ser diferente e a criação de mecanismos internacionais de defesa da

cidadania, da democracia, da igualdade entre os sexos e do respeito à diversidade étnica; no entanto, para isto, é necessário o rompimento de estruturas arcaicas de dominação e controle do poder.

Desde a década de 1990 a América Latina em seu conjunto vem reduzindo a desigualdade, a pobreza e a indigência (LUSTIG; LÓPEZ-CALVA, 2012) e, tem apresentado um bom crescimento econômico, apesar de grandes diferenças entre os países (CEPAL, 2012).

Lustig (2011) avalia que houve melhora nos índices médios de acesso à educação, saúde, infraestrutura básica e indicadores de nutrição e saúde, considerando os países da América Latina em seu conjunto.

Para a CEPAL (2012), as economias desta região têm demonstrado uma capacidade de resistência significativa aos efeitos da crise financeira de 2008-2009 e sua recuperação tem sido mais rápida que outras regiões do mundo, incluindo os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

No entanto, Lustig (2011) afirma que este progresso é heterogêneo, pois a pobreza extrema continua alta e a maioria dos jovens latino-americanos recebe uma educação de baixa qualidade. Além disto, persistem a ameaça de inflação, a corrupção, o narcotráfico, a violência rural e urbana e problemas de infraestrutura básica na região em seu conjunto (CEPAL, 2012).

Segundo Jimenez e Azcúnaga (2012), os países latino-americanos não são os mais pobres, porém apresentam a maior disparidade na distribuição da riqueza do mundo e, afirmam estes autores que a construção de políticas públicas destinadas a melhorar a equidade social constitui-se num imperativo ético e moral.

A tabela 2 apresenta os índices de redução de pobreza e pobreza extrema no Brasil, no período entre 2003 e 2008, evidenciando que houve uma redução significativa nestes índices o que foi conseguido devido ao incremento nos rendimentos do trabalho e ao aumento das transferências públicas para os setores mais vulneráveis (CEPAL, 2012).

TABELA 2 – EVOLUÇÃO DA POBREZA E EXTREMA POBREZA: BRASIL, 2003 a 2008

Indicadores	2003	2008	Pobreza em 2008 como porcentagem do nível em 2003
Porcentagem de pobres	39,4	25,3	64
Porcentagem de extremamente pobres	17,5	8,8	50

FONTE: Adaptado de Barros, 2009. Baseado nas estimativas produzidas a partir da pesquisa nacional de amostra de domicílios (PNAD) de 2003 a 2008. Foram utilizadas as linhas de pobreza regionalizadas considerando a média nacional para a pobreza de R\$ 187,50 e para extrema pobreza de R\$ 93,75.

No entanto, as iniquidades em saúde, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, são ainda um dos traços marcantes da situação de saúde no Brasil, devido em parte às grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população (FIOCRUZ, 2008).

Com base na problemática relatada, que emerge a partir de explosão demográfica, da desigualdade social e de deficiências nas formas de organização social e econômica, além da exploração inadequada de recursos naturais, apresenta-se a necessidade da compreensão e contextualização dos conceitos de desenvolvimento humano e sustentável os quais embasam o entendimento da sustentabilidade social e suas dimensões de análise e estão apresentados a seguir.

2.2 SUSTENTABILIDADE SOCIAL

2.2.1 Desenvolvimento humano

No ano de 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) publicou o primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), o qual realçava o desenvolvimento humano como um processo de alargamento das escolhas das pessoas, sendo as mais vitais, levar uma vida longa e saudável, receber instrução e desfrutar de um padrão de vida digno. As escolhas adicionais incluem a liberdade política, a garantia dos direitos humanos e o respeito mútuo.

O mundo atual, afirma Sen (2009), tem negado escolhas ou liberdades elementares a um grande número de pessoas, talvez mesmo até à maioria, apesar do aumento sem precedentes na opulência global. Segundo o mesmo autor, esta ausência de liberdades pode relacionar-se à pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis ou a oportunidade de se vestir ou morar de modo apropriado.

A abordagem do desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades, diferentemente da perspectiva do crescimento econômico que vê o bem estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar (PNUD, 2012). Vormitagg (2009) analisa que a expansão econômica do período pós-segunda guerra mundial trouxe a concepção de que o desenvolvimento era medido pelo grau de industrialização das economias nacionais. Porém, em alguns países, a industrialização não resultou no desenvolvimento esperado, especialmente em aspectos relacionados à saúde e educação, persistindo a desigualdade social.

Nesse raciocínio, Sachs (1986, p. 25) considera

o crescimento como condição necessária, mas de modo algum suficiente para o desenvolvimento, pois pode subentender em alguns momentos desenvolvimento e em outros o mau desenvolvimento e, como a realidade histórica é composta de ambos, a adequada avaliação de desenvolvimento não pode ser efetuada através da simples observação de ritmos de crescimento.

Para o PNUD (2012) a renda é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim.

Segundo Sachs (1993, p. 19),

são necessárias estratégias de desenvolvimento onde o crescimento não seja um objetivo, *per se*, como tem se pensado há décadas, externalizando livremente seus custos sociais e ambientais e ampliando a desigualdade econômica e social entre as nações e dentro delas.

Para Veiga (2008, p. 23): “Só há desenvolvimento quando os benefícios do crescimento servem à ampliação das capacidades humanas, entendidas como o que as pessoas podem ser ou fazer na vida”.

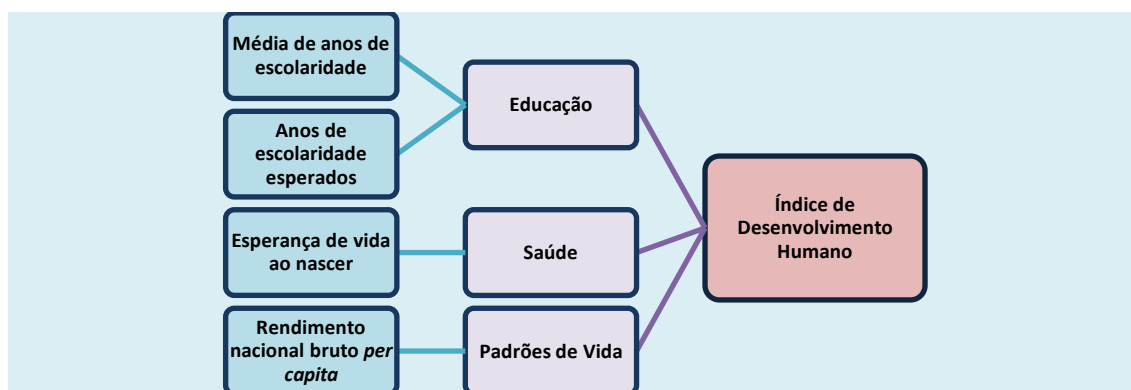
Sachs (1993) complementa que o crescimento pela desigualdade, baseado em uma economia de mercado sem controles, pode somente

aprofundar (...) a dualidade interna da sociedade e, a rigor sua tendência é exacerbar o círculo vicioso da pobreza e da degradação ambiental.

Para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana (PNUD, 2012). Este conceito constitui-se na base do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), considerado elemento estratégico utilizado para medir o progresso econômico, e que consta dos Relatórios anuais de Desenvolvimento Humano (RDH) publicados desde 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2012).

Este índice é composto de três dimensões: saúde, educação e rendimento e quatro indicadores, demonstrados na figura a seguir:

FIGURA 1- COMPONENTES DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO



FONTE: Adaptado do Relatório de Desenvolvimento Humano, (PNUD, 2010).

Como medida composta de saúde, educação e rendimento, o IDH avalia os níveis e o progresso, usando um conceito de desenvolvimento muito mais amplo do que o permitido pelo rendimento por si só. E tal como acontece com qualquer medida agregada de comparação internacional, simplifica e captura apenas uma parte do que o desenvolvimento humano envolve.

O RDH de 2010 introduziu o cálculo do IDH ajustado à desigualdade (IDHAD), que leva em consideração a desigualdade nas três dimensões do IDH (saúde, educação e padrão de vida), descontando o valor médio de cada dimensão de acordo com seu nível de desigualdade. O IDHAD é igual ao IDH quando não existe desigualdade entre as pessoas, mas diminui em relação ao IDH à medida que a desigualdade cresce (PNUD, 2011).

Segundo o PNUD, ao longo dos últimos 20 anos, o IDH recebeu uma boa dose de críticas. Alguns levantam problemas em relação à sua elaboração e composição. Outros sugerem que devia ser ampliado para incluir mais dimensões, desde a igualdade de gênero à biodiversidade. Muitas das preocupações são válidas. Mas o objetivo, segundo o PNUD, não é criar um indicador inatacável do bem-estar, mas redirecionar as atenções no sentido do desenvolvimento antropocêntrico e promover o debate sobre como fazer progredir as sociedades. (PNUD, 2010).

Almeida (2007, p. 77) analisa que

[...] a publicação anual dos Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH) desde 1990 tem suscitado a discussão e análise de objetivos globais capazes de sustentar resultados positivos ao longo do tempo especialmente no sentido de combater a pobreza e desigualdade.

Completados mais de 20 anos após a primeira publicação dos Relatórios, o RDH de 2010, destaca que o mundo enfrenta novos desafios relacionados aos danos ambientais que colocam em risco a vida no planeta e a desigualdade econômica e social que existe mesmo nos países mais desenvolvidos. Segundo Relatório do Banco Mundial (2010), a recessão global combinada com a crise de alimentação e combustível de 2008, terá um impacto negativo sobre os indicadores de desenvolvimento humano.

Não é possível separar o desenvolvimento humano do desenvolvimento sustentável (CMMAD,1991), pois este último consiste “num processo para que se conquiste o desenvolvimento humano (...) de maneira inclusiva, igualitária, interligada, prudente e segura” (GLADWIN; KENNELLY; KRAUSE, *apud* HART, 2004).

2.2.2 Desenvolvimento sustentável

Os primeiros conceitos de desenvolvimento sustentável nasceram no início dos anos 70, no ápice da ascensão da classe média nos Estados Unidos e Europa, que deram início à onda ambientalista marcada pelas preocupações com as explosões nuclear e populacional (VORMITAGG, 2009). No entanto, Barbieri *et al.* (2010, p. 147) analisam que:

A expressão 'desenvolvimento sustentável' tem na realidade uma longa trajetória, pois, as sociedades industriais ensejavam, desde o seu início, reações críticas pelas destruições que causavam. [...] Essa visão histórica tem sido em geral menosprezada nos textos de autores norte-americanos e europeus, que costumam colocar a década de 1970 como o marco inicial do movimento pelo desenvolvimento sustentável, além de menosprezarem a contribuição de autores e instituições do que na época se denominava Terceiro Mundo.

Até o início dos anos 60, segundo Veiga (2008, p. 18), “não havia a necessidade de distinguir desenvolvimento de crescimento econômico, pois as poucas nações desenvolvidas eram aquelas que haviam se tornado ricas pela industrialização”. Stiglitz (2002) afirma que o desenvolvimento representa uma transformação da forma tradicional de pensamento, das relações tradicionais da sociedade, da forma tradicional de lidar com educação e saúde e dos métodos tradicionais de produção. Para esse autor, uma das características das sociedades tradicionais é a aceitação do mundo como ele é e a perspectiva moderna reconhece a capacidade de indivíduos e sociedades realizarem mudanças.

O Relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD, 1991), denominado “Nosso Futuro Comum”, estabeleceu a definição de desenvolvimento sustentável: “O desenvolvimento sustentável é aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades”. Esta definição contém dois conceitos-chave: primeiro o de necessidades, sobretudo as necessidades essenciais que devem receber a máxima prioridade e, segundo, a noção das limitações que o estágio da tecnologia e da organização socioeconômica impõem ao meio ambiente, podendo se tornar insuficiente para atender às necessidades presentes e futuras. Isso significa que ao se definirem os objetivos do desenvolvimento econômico e social é necessário levar em conta sua sustentabilidade em todo o mundo (CMMAD, 1991).

O movimento pelo desenvolvimento sustentável parece ser um dos movimentos sociais mais importantes deste início de século e milênio (BARBIERI *et al.*, 2010). Para Nidumolu, Prahalad e Rangaswami (2009) “não há alternativa ao desenvolvimento sustentável”.

O movimento contra a degradação ambiental na atualidade é muito grande. Centenas de organizações não governamentais (ONGs) e praticamente todos os governos e órgãos oficiais do mundo lutam pelo controle da poluição e pela preservação da natureza como forma de garantir a qualidade de vida no nosso planeta (OLIVEIRA, 2002).

2.2.3 Objetivos de desenvolvimento do milênio (ODMs)

Em setembro do ano 2000, 189 países reunidos na sede da ONU em Nova York aprovaram uma lista de objetivos de desenvolvimento econômico, social e ambiental que batizaram de Declaração do Milênio, os quais são metas ambiciosas destinadas a corrigir as deformações do planeta causadas pela desigualdade social e pela utilização predatória dos recursos naturais (REZENDE, 2008). Segundo Zaidi (2010, p. 135): “Na base do paradigma dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) está a parceria mundial para o desenvolvimento, o que facilita o acesso aos recursos financeiros, aos mercados e à reestruturação da dívida, bem como o acesso a medicamentos essenciais”.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) foram idealizados com base num conjunto de valores fundamentais como a liberdade, a igualdade, a solidariedade, a tolerância, o respeito pela natureza e a responsabilidade partilhada (PNUD, 2011) e, estão apresentados no Quadro 1.

QUADRO 1- OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
1. Erradicação da Pobreza Extrema e da fome
2. Universalização do Acesso à Educação Primária
3. Promoção da Igualdade entre os Gêneros
4. Redução da Mortalidade Infantil
5. Melhoria da Saúde Materna
6. Combate à AIDS, malária e outras doenças
7. Promoção da sustentabilidade ambiental
8. Desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento

FONTE: Adaptado de Morel, C., (2004).

Estes objetivos conquistaram apoio internacional com o envolvimento ativo de atores institucionais e da sociedade civil e são ambiciosos em magnitude e alcance, só podendo ser atingidos com o estabelecimento de compromissos de aplicação de melhores práticas e conhecimentos com o envolvimento dos três atores fundamentais da sociedade: empresas, governos e sociedade civil (PNUD, 2004).

Três dos oito Objetivos do Milênio estão relacionados à saúde: especificamente os de número quatro, cinco e seis, sendo respectivamente, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna e combate à AIDS, malária e outras doenças.

Cada objetivo compreende metas e indicadores específicos, sendo que, em relação à redução da mortalidade infantil, a meta consiste em reduzir em $\frac{2}{3}$ a taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos no período entre 1990 e 2015 e a melhoria da saúde materna consiste em reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna no mesmo período (PNUD, 2011); para tanto foram estabelecidos indicadores de melhoria da atenção pré-natal e assistência ao parto com pessoal qualificado, bem como incentivo a programas de planejamento familiar, por meio do uso de contraceptivos e orientação quanto à gravidez precoce em adolescentes (CEPAL, 2012).

Os dois problemas de saúde pública constantes dos objetivos do milênio de número quatro e cinco, são considerados iniquidades em saúde, situações evitáveis e que se relacionam diretamente com a forma de organização da vida social e a condição econômica, evidenciando claramente a relação de ambas sobre a saúde e a doença (FIOCRUZ, 2008).

Segundo Zaidi (2010) é evidente a dependência entre os três ODMs que tratam da questão da saúde, pois um aumento no acesso ao tratamento da Aids está associado a uma redução das mortalidades materna e infantil. A necessidade de melhoria das condições de saúde das populações, principalmente as marginalizadas e de menor poder aquisitivo representa um desafio para os países de um modo geral, obrigando esforços e parcerias na organização de políticas nesta área (VORMITTAG, 2009).

Para Morel (2004, p. 7) “tornam-se essenciais e prioritários a pesquisa e o desenvolvimento de novas ou melhores intervenções e sua incorporação às políticas e ações de saúde” sem as quais as metas e objetivos do milênio

difícilmente poderão ser alcançados, pois há uma crescente conscientização do papel central da saúde, da ciência e da tecnologia como requisitos para o desenvolvimento econômico e social e não apenas como suas consequências.

2.2.4 ODM 6: combate à Aids, malária e outras doenças.

O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 6 é uma das três metas da saúde, e seu foco na luta contra o HIV/AIDS foi expandido para incluir a malária e outras doenças infecciosas importantes. Para Zaidi (2010, p. 132), “uma resposta efetiva ao ODM 6 vai muito além do setor da saúde, na medida em que a maioria dessas doenças é facilitada e exacerbada pelas condições de pobreza, vulnerabilidade, discriminação e marginalização ou exclusão social”. Especificamente no caso do HIV/AIDS pode-se considerar que o fato desta doença atingir com frequência indivíduos no auge do seu período produtivo econômico e reprodução sexual constitui-se numa ameaça ao desenvolvimento econômico e social (OMS, 2011).

A malária é uma doença para a qual há provas de que, na presença da pobreza, sua prevalência aumenta e diminui o acesso ao tratamento (ZAIDI, 2010).

O Quadro 2 apresenta um conjunto das metas e indicadores que são englobados pelo ODM 6:

QUADRO 2- METAS E INDICADORES DO ODM 6: COMBATE À AIDS, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

META A	Até 2015 ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual
INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS	
Indicador1	Prevalência do HIV/AIDS entre as mulheres grávidas com idades de 15 a 24 anos
Indicador 2	Taxa de utilização de anticoncepcionais
Indicador 2A	Uso de preservativos na última relação sexual de alto risco
Indicador 2B	Proporção da população entre 15 e 24 anos com conhecimentos amplos e corretos sobre o HIV/AIDS
Indicador 3	Número de crianças órfãs pela Aids
INDICADORES BRASILEIROS	
Indicador1	Taxa de incidência de AIDS, segundo região de residência por ano de diagnóstico
Indicador 2	Prevalência da infecção pelo HIV entre a população de 15 a 49 anos, por sexo
Indicador 3	Coeficiente de mortalidade por AIDS segundo região de residência por ano do óbito

META B	Acesso universal ao tratamento com antirretrovirais para todas as pessoas que necessitem (até 2010)
Indicador 4	Proporção da população portadora do HIV/AIDS com infecção avançada que tem acesso ao tratamento antirretroviral
META C	Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual
Indicador 5	Incidência e mortalidade associadas à malária
Indicador 6	Proporção de crianças com menos de 5 anos que dormem protegidos por mosquiteiros impregnados de inseticida
Indicador 7	Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre e que recebem tratamento adequado para malária
Indicador 8	Incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose
Indicador 9	Proporção de casos de tubérculos detectados e curados com tratamento de curta duração sob vigilância direta

FONTES: Elaboração própria com base nos Relatórios de Acompanhamento dos ODMs (PNUD, 2007; IPEA, 2010) e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na América Latina e no Caribe (CEPAL, 2012).

O progresso global na luta contra o HIV/AIDS, a malária e outras doenças revela que se conseguiu muito, mas que ainda não é o suficiente para reverter a trajetória da epidemia, pois, para cada duas pessoas que começaram o tratamento contra Aids, há cinco novas infecções; além disto, as desigualdades de gênero continuam a colocar as mulheres em maior risco de infecção e morte (ZAIDI, 2010). Com relação à tuberculose, o número de casos tem aumentado e há uma preocupação especial quanto aos casos desta doença resistente a múltiplos medicamentos, conforme da Organização das Nações Unidas-ONU (2010). Quanto à malária, ainda há uma grande preocupação, especialmente no continente africano, pois há carência de mosquiteiros necessários para que se alcance uma cobertura universal, definida como um mosquiteiro para cada duas pessoas (ONU, 2010).

Buscando respostas mais objetivas e efetivas em relação ao atendimento do ODM 6, o governo brasileiro atua através dos Programas Nacionais de DST/AIDS e Hepatites Virais, Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e da Hanseníase (PNCH), (IPEA, 2010).

Em essência, o desenvolvimento sustentável é um processo de transformação no qual a exploração dos recursos, a direção dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional se harmonizam e reforçam o potencial presente e futuro, a fim de atender às

necessidades e aspirações humanas (Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e desenvolvimento (CMMAD, 1991).

Segundo Bezerra e Bursztyjn (*apud* Barbosa, 2008) “o desenvolvimento sustentável é um processo de aprendizagem social de longo prazo, que por sua vez, é direcionado por políticas públicas orientadas por um plano de desenvolvimento nacional”.

Sachs (1993, pp. 25-6), discutindo a questão do desenvolvimento sustentável, aponta “cinco dimensões de sustentabilidade dos sistemas econômicos que devem ser observadas para se planejar o desenvolvimento: social, econômica, ecológica, espacial e cultural”.

QUADRO 3- DIMENSÕES DA SUSTENTABILIDADE SEGUNDO SACHS

DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE	OBJETIVO
Social	Melhorar os níveis de distribuição de renda, reduzindo a exclusão social e a distância (econômica) que separa as classes sociais.
Econômica	Aumentar a eficiência do sistema quanto à gestão e alocação de recursos.
Ecológica	Preservar o meio ambiente sem comprometer a oferta de recursos naturais necessários à sobrevivência do ser humano.
Espacial	Equilibrar a ocupação rural e urbana, melhorando a distribuição territorial das atividades econômicas e dos assentamentos humanos.
Cultural	Alterar os modos de pensar e agir da sociedade, despertando uma consciência ambiental capaz de reduzir o consumo de produtos causadores de impactos ambientais negativos.

FONTE: Elaboração própria com base em Sachs, 1993, pp. 25-6

Considerando-se essas dimensões, na visão de Sachs (1993), consegue-se atingir o desenvolvimento sustentável.

Como se observa, existe uma variedade de aspectos relacionados às diferentes dimensões da sustentabilidade e, ainda que o ponto de partida destas abordagens seja distinto, há um reconhecimento de que existe um espaço de interconexão ou interseção entre os diferentes campos (BELLEN, 2007).

Yunnus (2008) afirma que a livre expansão dos mercados para além das fronteiras nacionais pode trazer muitos benefícios no sentido de redução da exclusão social, mas para que isto ocorra são necessárias diretrizes e supervisão capazes de regulação do mercado, pois do contrário poderá haver um aumento da pobreza, da poluição e da desigualdade. Alcançar o progresso

em direção á sustentabilidade é claramente uma escolha da sociedade, das organizações, das comunidades e dos indivíduos. Como envolve diversas escolhas, a mudança só é possível se existir grande envolvimento da sociedade o que representa um desafio às instituições contemporâneas (BELLEN, 2007). A discussão do desenvolvimento sustentável passa, portanto sob a necessidade de uma discussão do contexto das organizações frente às novas demandas e necessidades de uma sociedade globalizada.

Tendo em vista que a unidade de análise deste projeto de pesquisa é o Programa Brasileiro de DST/AIDS é importante ressaltar que, a exemplo das discussões efetuadas no contexto organizacional, as políticas públicas revestem-se de preocupação quanto à sua sustentabilidade no sentido de sua manutenção enquanto prioridade nas agendas setoriais de discussão, assim como as organizações não governamentais (ONGs), as quais dependem de financiamento para sua existência, deparando-se com a necessidade de desenvolvimento organizacional com o objetivo de seu fortalecimento institucional visando sua continuidade com eficácia e eficiência gerenciais (Brasil, 2001).

Considerando o exposto, apresentam-se a seguir algumas propostas de incorporação de práticas e princípios organizacionais capazes de responder aos desafios da busca pela sustentabilidade.

2.2.5 Sustentabilidade no contexto das organizações

Segundo Vellani e Ribeiro (2009, p. 190): “As sociedades nascem e se desenvolvem por meio de organizações, instituições e empresas que operam para atender às necessidades das pessoas”. Portanto, a construção do desenvolvimento sustentável pode significar organizações, instituições e empresas atuando em suas regiões para satisfazerem as necessidades da população presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações em satisfazerem suas próprias necessidades.

A sustentabilidade qualifica tudo aquilo que se pode manter. Sustentar pode ter muitos significados; um deles pode ser atributo a algo ininterrupto,

cíclico, com perspectiva de continuidade (VELLANI; RIBEIRO, 2009). Segundo a Wikipedia o termo "sustentável" provém do latim *sustentare* (sustentar; defender; favorecer; apoiar; conservar; cuidar).

Hart e Milstein (2004, p.) afirmam que: “Uma empresa sustentável é aquela que contribui para o desenvolvimento sustentável ao gerar, simultaneamente, benefícios econômicos, sociais e ambientais, conhecidos como os três pilares do desenvolvimento sustentável”.

A busca de uma linguagem capaz de expressar a expansão da agenda ambiental para a sustentabilidade e a necessidade de tratar os negócios a partir das perspectivas social, ambiental e econômica resultou na introdução da expressão *Triple Bottom Line* (TBL) por Elkington em 1994 (Elkington, 1994), que prevê “a integração entre as dimensões econômicas, humana e ambiental com o propósito de prestar atendimento de forma equilibrada às pessoas, ao planeta e ao lucro” (Ipiranga, Godoy; Brunstein, 2011, p. 14).

Para Barbieri *et al.* (2010), a sustentabilidade de um negócio pode ser entendida como a capacidade de gerar recursos para remunerar os fatores de produção, repor os ativos usados e investir para continuar competindo. Se a sustentabilidade dos negócios for entendida como uma contribuição efetiva para o desenvolvimento sustentável, os resultados obtidos devem ser econômicos, sociais e ambientais.

Segundo Hart e Milstein (2004), a ideia de sustentabilidade vem sendo representada pela elevação das expectativas em relação ao desempenho social e ambiental e, neste contexto estes autores propõem a criação de valor sustentável para a empresa, a partir da ideia de que os desafios globais associados à sustentabilidade, quando considerados sob a ótica dos negócios, podem ajudar a identificar estratégias e práticas que ao mesmo tempo em que sejam capazes de contribuir com um mundo mais sustentável também aumentem o valor para o acionista.

Nidumolu, Prahalad e Rangaswami (2009) afirmam que muitas empresas ainda tem noção de que ao aderir à sustentabilidade irão obter como resultado a redução da competitividade além de ficarem em desvantagem frente àquelas que não adotarem os mesmos princípios. Esses autores estudaram as iniciativas de sustentabilidade de 30 grandes corporações durante algum tempo e sua pesquisa demonstra que a sustentabilidade é

propulsora de inovações organizacionais e tecnológicas, capazes de reduzir custos na utilização de insumos e gerar receitas adicionais a partir da produção de bens e serviços melhores ou pela criação de novos negócios. A conclusão dos mesmos é que as abordagens tradicionais de negócios entraram em contradição com as necessidades de sustentabilidade e as empresas devem desenvolver soluções inovadoras o que irá acontecer somente quando houver o reconhecimento de que a sustentabilidade pode ser resultante e propulsora de inovações (NIDUMOLU; PRAHALAD; RANGASWAMI, 2009).

Em uma linha semelhante de raciocínio, Porter e Kramer (2011) propõem a criação do valor compartilhado como uma forma de capitalismo inclusivo, que envolve a criação de valor econômico, através de práticas e políticas operacionais, capazes de melhorar a competitividade da empresa e, ao mesmo tempo criam valor social compartilhado, no sentido de melhorias concretas para a sociedade em seu âmbito de atuação.

Segundo Porter e Kramer (2011), os mesmos princípios de valor compartilhado podem ser aplicados para governos e organizações sem fins lucrativos, os quais terão melhor desempenho se pensarem em termos de valor, considerando os benefícios em relação ao custo e foco nos resultados alcançados. Para estes autores, a partir da perspectiva da sociedade não importa qual o tipo de organização que irá criar o valor; o que importa são os benefícios entregues por aquelas organizações ou combinações de organizações a partir do uso adequado de seus recursos.

Considerando as proposições de Porter e Kramer (2011), a sustentabilidade deve ser um valor presente nas organizações independentemente de seu porte ou sua área de atuação ou vinculação junto à sociedade.

A organização sustentável, considerando os três pilares da sustentabilidade (econômico, social e ambiental) irá contribuir para o desenvolvimento sustentável de sua comunidade ou país. Uma das questões mais preocupantes para se alcançar este objetivo é o aumento da desigualdade social (RODRIGUES *apud* OLIVEIRA, 2002) e, frente a este contexto, Prahalad (2010, p. 48,) propõe “[...] a criação conjunta de uma solução para o problema da pobreza”. Para este autor, as oportunidades na base da pirâmide não se farão viáveis enquanto grandes e pequenas

empresas, governos, organizações da sociedade civil, agências de desenvolvimento e as próprias pessoas que compõem a base da pirâmide (BP) não conseguem trabalhar lado a lado, fundamentados em uma agenda compartilhada.

Rodrigues e Barbieri (2008) salientam que a base da pirâmide é uma forma usual de representar uma sociedade dividida em classes sociais, na qual a pequena parcela da população situada na cúpula detém a maior parte da riqueza e renda, enquanto a maior parcela situada na base detém a renda mais baixa, sendo esta chamada de base da pirâmide.

Baseando-se na proposição de Prahalad (2010), desenvolveu-se o Projeto M, abreviatura de *Masiluleke*, que significa “dar uma mão”, em zulu, o qual utiliza a tecnologia de telefonia móvel para auxiliar no combate à disseminação da AIDS na África do Sul, onde algumas regiões apresentam taxas de contaminação da ordem de 40% da população. Este projeto foi desenvolvido através de parcerias entre diversas organizações do setor privado, profissionais de saúde locais e organizações não governamentais e, consiste na sensibilização para o uso de um kit de teste rápido para o HIV (de baixo custo e de fácil manuseio, desenvolvido especialmente para este público), além de disseminar cuidados de saúde, comportamentos preventivos e oferecer assistência aos usuários depois de efetuado o diagnóstico. O fato de cerca de 90% da população da África do Sul possuir aparelhos celulares auxilia neste projeto (FROG DESIGN, 2010). Para Castillo (2009),

[...] como a AIDS é uma doença sujeita a preconceitos sociais, isso faz com que muitas pessoas, especialmente homens, evitem fazer o teste e, em muitos casos, aceitem o tratamento da doença, em caso de diagnóstico positivo. O sistema foi concebido a partir do uso de tecnologia de telefonia móvel com três objetivos claros: encorajar o uso de kit de diagnóstico de baixo custo; convidar aos pacientes a fazerem o teste; e orientá-los a seguir um tratamento adequado, caso sejam diagnosticados com a doença.

Outro exemplo, citado por Prahalad (2010) de parceria entre diversos segmentos da sociedade é a “Voxiva- Alerta de Saúde para Todos”, que também se baseia na tecnologia de telefonia móvel para possibilitar a comunicação rápida de casos de doenças infecciosas entre centros regionais e centros locais de saúde. Inicialmente implantado no Peru, conforme Meyer (2012, p. 358),

[...] este sistema opera em treze países da África, Ásia e Américas do Sul e do Norte, empregando mais de 150 pessoas e, atualmente, entre outros serviços de utilidade, implantou o 'Vidanel', onde o paciente portador do vírus HIV recebe lembretes de medicação, consultas, acessa informações e conselhos sobre o convívio com a doença, acompanhando o progresso de seu tratamento, através de telefonia celular.

Outra resposta para a pobreza global foi o desenvolvimento da responsabilidade social por parte das empresas, o que ocorreu, segundo Yunnus (2008) pela pressão das ONGs, ativistas sociais e políticos para que as corporações modificassem suas políticas relativas a trabalho, meio ambiente, qualidade do produto, precificação e comércio justo.

Alguns autores, no entanto, têm críticas à responsabilidade social corporativa afirmando que a solução não está em efetuar filantropia como forma de compensar os danos provocados por estratégias convencionais de negócios e, sim na criação de novas formas de empreendimento utilizando-se os recursos e a capacidade tecnológica da economia formal com o conhecimento nativo (PRAHALAD; HART, 2002).

Para García-Marza (2004), a responsabilidade social nada mais é do que um instrumento para alcançar maiores benefícios econômicos para a empresa, através da isenção de impostos, fidelização da comunidade ou outros mecanismos. Friedmann (1970) em seu trabalho intitulado *The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits* (A responsabilidade social do negócio serve para aumentar o lucro) reconhece claramente que, por detrás de muitas decisões empresariais, há uma espécie de “fraude da responsabilidade social”, pois a finalidade da empresa não é outra senão aumentar seus lucros. Para Yunnus (2008) alguns líderes empresariais têm demonstrado real preocupação quanto às questões de meio ambiente, trabalho infantil, proliferação do vírus da AIDS, direitos da mulher e outras que fazem parte do cenário globalizado de injustiça social, mas uma parte das corporações ainda vê a responsabilidade social corporativa como uma forma de efetuar filantropia.

Por outro lado, Craig Smith e Vachani (2004) afirmam que a responsabilidade social empresarial tem implicações importantes para as decisões de preços em alguns mercados e, citam como exemplo o preço dos medicamentos antirretrovirais o qual tem sido considerado um obstáculo ao

tratamento da AIDS, pois os altos preços praticados demonstram a falta de compromisso da indústria farmacêutica com o “preço socialmente responsável”.

O PNUD (2008), afirma que, sob condições de mercado favoráveis, o setor privado pode reduzir a miséria e contribuir para o desenvolvimento humano de diversas maneiras. Em uma economia de mercado, empresas e famílias interagem entre si e com o governo. Entretanto, a eficácia do setor privado em promover o desenvolvimento depende do equilíbrio do Estado e da qualidade das instituições políticas, sociais e econômicas.

Gupta e Taliento (*apud* CRAIG; SMITH; VACHANI, 2004, p. 5) salientam que “há uma responsabilidade moral, estratégica e financeira por parte das empresas que buscam se beneficiar da globalização”.

Em 1998, através da Portaria Ministerial 3717/G.M. o Ministério da Saúde criou o Conselho Nacional Empresarial para Prevenção do HIV/AIDS (CENAIDS) com o objetivo de mobilizar o setor empresarial para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS (CENAIDS, 2012). Em seu planejamento estratégico do ano de 2012, este Conselho busca estimular a adoção de programas de prevenção à AIDS discutindo questões de gênero, sexualidade, saúde reprodutiva, respeito à diversidade sexual e direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS (CENAIDS, 2012).

Considerando o impacto do HIV e da AIDS sobre o mundo do trabalho que dificultam a consecução do trabalho decente e o desenvolvimento sustentável, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) criou a Recomendação 200, no ano de 2010, cujo objetivo é atuar na prevenção do HIV/AIDS e também evitar a discriminação ou estigmatização de trabalhadores que pertencerem a regiões do mundo ou a segmentos da população tidos como de maior risco ou de mais vulnerabilidade à infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2010).

A preocupação com a sustentabilidade das Organizações não governamentais tem sido referenciada e, neste sentido, Ramos (2001) analisa que, ao transpor a noção de sustentabilidade para uma organização não governamental, deve-se garantir, através de ações técnica e politicamente adequadas, o enfrentamento das demandas dos grupos sociais beneficiados e, ao mesmo tempo, viabilizar a inclusão social, as demandas ambientais e a sua manutenção financeira.

O desenvolvimento com inclusão social pressupõe o atendimento às demandas sociais como saúde, educação, moradia e oportunidades de trabalho entre outras, tornando-se imperativa a discussão da dimensão social da sustentabilidade.

2.2.6 A dimensão social da sustentabilidade

O conceito de sustentabilidade social tem gerado muitas polêmicas teóricas ao longo dos últimos trinta anos e ainda não há um consenso sobre o mesmo (DILLARD; DUJON, 2009; LITTIG; GRIEBLER, 2005). Até a década de 1990 duas temáticas concentravam esta discussão: a pobreza e o crescimento populacional. Segundo Foladori (2002, p.106):

“Reduzir a pobreza e limitar o crescimento populacional constituíam os objetivos de todo programa de sustentabilidade social. Obviamente questões como equidade, qualidade de vida, entre outros, estavam presentes, porém, aqueles eram os temas centrais em nível mundial”.

Para Harris e Goodwin (*apud* DILLARD e DUJON 2009), um sistema socialmente sustentável alcança a equidade na distribuição e oportunidades, o fornecimento adequado de serviços sociais incluindo saúde e educação, igualdade de gênero e a responsabilidade política e participação. Nesta definição são incorporados alguns elementos como a igualdade de gênero, participação social e responsabilidade política, os quais vão além da questão da redução da pobreza e melhor distribuição de renda.

No entanto, Rogers, Jalal e Boyd (2008, p. 219, tradução própria) afirmam que “[...] é universalmente reconhecido que a erradicação da pobreza é o fator mais importante que rege a dimensão social do desenvolvimento sustentável”.

Para Sachs (1993, p. 25) a sustentabilidade social significa a promoção de uma sociedade com maior equidade na distribuição de renda, garantindo direitos e condições de uma vida digna à população diminuindo a distancia entre ricos e pobres, consolidando um processo de desenvolvimento que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população como um todo.

Neste sentido, o desenvolvimento deve ser considerado em sua multidimensionalidade, abrangendo todo o espectro de necessidades materiais e não materiais, como enfatiza o PNUD (2011) no relatório sobre o desenvolvimento humano. Para o caso de países com problemas de desigualdade e de inclusão social, implica a adoção de políticas distributivas e a universalização de atendimento a questões como saúde, educação, habitação e seguridade social. Dillard e Dujon (2009) acrescentam que devem haver programas sociais capazes de gerar saúde social e bem estar agora e no futuro.

Nesta mesma linha de pensamento, Foladori (2002) afirma que, a partir do surgimento da consciência da problemática ambiental nos anos 1960, desenvolveram-se várias concepções da relação entre pobreza e degradação ambiental, as quais concluem pela necessidade de definição de políticas públicas dirigidas a combater a pobreza em diferentes frentes, como políticas de geração de emprego, moradia, educação e saúde, visando garantir às futuras gerações uma melhor qualidade de vida no sentido da busca pelo desenvolvimento humano.

Littig e Griebler (2005) caracterizam a sustentabilidade social como uma qualidade das sociedades, considerando a satisfação das necessidades humanas, preservação da natureza e das capacidades reprodutivas, além do atendimento de reivindicações como justiça social, dignidade humana e participação.

Para Rogers, Jalal e Boyd (2008) existem dez dimensões de caráter social que devem ser discutidas dentro da perspectiva de desenvolvimento sustentável: a redução da pobreza, a participação social na discussão das políticas sociais, a construção de consenso entre os *stakeholders* envolvidos nos processos de discussão das políticas sociais, a função das organizações não governamentais, a promoção da igualdade de gênero, planejamento habitacional, a melhoria das condições de vida dos povos indígenas, políticas de inclusão social, projetos de impacto social positivo considerando infraestrutura básica como transporte, saneamento e abastecimento de água e, por último, a construção de indicadores de desenvolvimento social.

Omann e Spangenberg (2002) sugerem que um dos indicadores utilizados para medir a sustentabilidade social seja a medida da capacidade e

da satisfação com a participação política, não apenas com o voto, a partir da clareza destes autores de que a participação dos cidadãos nas decisões capazes de afetar suas vidas pode ser considerada um dos elementos centrais da medida da sustentabilidade social.

O Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 1993 (PNUD, 1993) efetuava esta análise e concluía que a participação social tornava-se uma questão central, considerando a transição democrática de muitos países e salientava que a participação é um processo e não um evento, processo este com velocidades diferentes entre os países e as regiões, entre sua forma e extensão e que é importante medir não apenas o nível de participação, mas também se a participação está aumentando. Neste sentido entende-se participação como a capacidade das pessoas de intervir estreitamente em seus processos econômicos, sociais, culturais e políticos que afetam suas vidas. E assim, o RDH de 1993 enfatizava que a participação é um elemento essencial do desenvolvimento humano.

Estes argumentos são reiterados no RDH de 2004 (PNUD, 2004) que salienta que o desenvolvimento depende da maneira como os recursos gerados pelo crescimento econômico são utilizados. Veiga (2008, p.86) complementa que “[...] resultados humanos, como a participação democrática na tomada de decisão ou igualdade de direitos para homens e mulheres, não dependem dos rendimentos”.

2.2.7 Elementos de análise da dimensão social da sustentabilidade

A partir da complexidade que envolve a conceitualização da sustentabilidade social, Bellen (2004) analisa que, na medida em que não há consenso relativo sobre o conceito, verifica-se uma disparidade nas discussões referentes à sua avaliação.

Para Omann e Spangenberg (2002, p. 3, tradução própria), “faltam indicadores capazes de medir a sustentabilidade social e os poucos apresentados são baseados em sistemas de indicadores de medidas de

sustentabilidade empresariais, os quais são dirigidos prioritariamente às análises ambientais e econômicas das organizações”.

No contexto das estratégias de sustentabilidade, a principal função dos indicadores é monitorar as políticas relevantes afirmam Littig e Griebler (2005). Estes autores sugerem um conjunto de três indicadores sociais para avaliar a dimensão social da sustentabilidade:

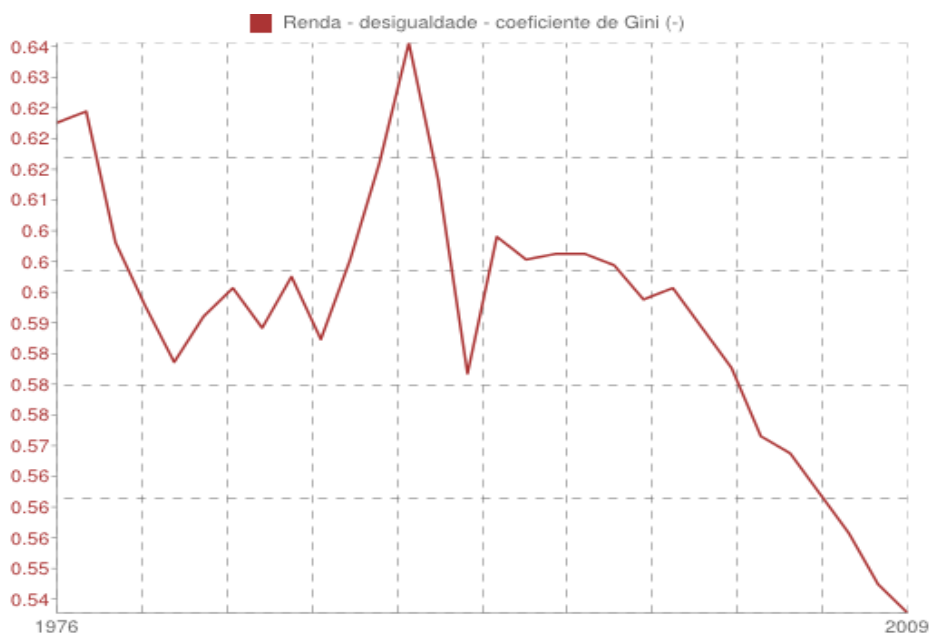
- a) satisfação das necessidades básicas e melhoria da qualidade de vida;
- b) igualdade de oportunidades e justiça social;
- c) envolvimento em atividades voluntárias e solidariedade.

Os próprios autores reconhecem a dificuldade de incorporação destes indicadores às estratégias práticas de sustentabilidade.

O RDH de 2003 salienta que devem ser formuladas políticas públicas capazes de abranger a redução da pobreza e o crescimento populacional, as quais devem aumentar o nível da eficiência e da equidade de investimentos em saúde básica, educação, água e saneamento.

A medida da desigualdade na distribuição de renda ou do grau de concentração de renda tem sido efetuada através do Índice de Gini, criado pelo matemático Conrado Gini. Este índice aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a completa igualdade, ou seja, todos tem a mesma renda e, o valor um corresponde à situação oposta, isto é, uma pessoa detém toda a renda (IPEA, 2007). A figura 2 apresenta, por meio de uma representação gráfica, a evolução do Índice de Gini para o Brasil no período de 1976 a 2009, evidenciando que houve uma melhoria na distribuição de renda no período analisado.

FIGURA 2- EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE GINI NO BRASIL



FONTE: BRASIL, 2011.

O nível de desigualdade varia muito ao redor do mundo; as economias emergentes são mais desiguais que os países desenvolvidos. Os países escandinavos possuem as menores disparidades de renda, com um coeficiente de Gini em torno de 0,25, portanto quase metade do índice do Brasil que, apesar de haver melhorado, apresenta ainda um índice de Gini em torno de 0,54 (BRASIL, 2011).

A desigualdade de rendimento tem uma relação direta com os índices de saúde e educação; a saúde afeta a capacidade funcional das pessoas, impedindo-as de produzir e contribuir socialmente. O RDH de 2010 evidenciou que a desigualdade em saúde diminuiu, medida pela esperança de vida que aumentou de um modo geral, porém os ganhos foram menores em países com maior Índice de Gini e naqueles mais atingidos pela pandemia da AIDS como a África subsaariana (PNUD, 2010).

Segundo Bellen (2007) existem alguns exemplos de indicadores relacionados com a dimensão social da sustentabilidade e, dentre estes merece destaque a medida da longevidade, do conhecimento e do padrão de vida decente, desenvolvidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Foladori (2002, p.112) ressalta que,

[...] apesar da falta de consenso sobre um conceito de sustentabilidade social, houve nos últimos anos, uma evolução no sentido de realçar a importância da participação social e também do aumento das qualidades e das potencialidades das pessoas na construção de um futuro mais justo.

Para Stiglitz (2002), no contexto da compreensão do desenvolvimento, a participação não se refere apenas ao voto; o processo participativo deve ocasionar um diálogo aberto e um amplo engajamento cívico e requer que os indivíduos tenham voz nas decisões que os afetam. Bellen (2007) acrescenta que podem existir meios de se definir o desenvolvimento social utilizando-se o conceito de capital social, o qual para Coleman (1988 *apud* Bellen, 2007) representa a habilidade das pessoas de trabalharem juntas para um fim comum em grupos ou dentro das organizações.

Zaidi (2010, p. 138) ressalta que a “participação é necessária e essencial para a expressão da ação humana, fundamental para a autodeterminação, e permite que o indivíduo desafie a exclusão sociopolítica, econômica e outras, principalmente nas decisões e processos que afetam a saúde”.

Apesar da dificuldade no desenvolvimento de indicadores capazes de medir o bem estar social e conseqüente análise da dimensão social da sustentabilidade, existem estudos que apontam a correlação entre o capital social e o bem estar social em termos de padrões qualitativos e não numéricos (BELLEN, 2007).

A partir da perspectiva de construção coletiva das políticas públicas, onde a participação social é estratégica, o que tem sido evidenciado de uma forma bastante relevante na construção das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente quanto ao combate do HIV/AIDS, apresenta-se uma revisão teórica e após uma contextualização da participação social em nosso País.

2.2.8 Participação social

A participação tem sido colocada, desde a década de 1980 por agências internacionais e ONGs como um objetivo necessário dos programas de desenvolvimento e sustentabilidade (FOLADORI, 2002).

O direito do cidadão de participar ativamente em todas as instâncias da sociedade em que está inserido, segundo Omann e Spangenberg (2002) é um dos elementos da sustentabilidade social. Pretty em 1995 já enfatizava que havia um numero crescente de estudos comparativos de projetos de desenvolvimento que mostravam que a participação era um dos elementos essenciais do sucesso (PRETTY, 1995).

Na visão de Rogers, Jalal e Boyd (2008, p. 228, tradução própria) “[...] a participação social contribui para a sustentabilidade, pois se um projeto é desenvolvido coletivamente, em consulta com as partes interessadas, existirá maior chance do mesmo ser sustentável”. Nesta mesma linha de pensamento, Stiglitz (2002) argumenta que para uma transformação eficaz da sociedade rumo ao desenvolvimento, a participação é um processo necessário, pois a partir dela há o compromisso, que acarreta o esforço conjunto a fim de que os projetos tenham êxito.

Para Valla (1998, p. 9), a participação social compreende “as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social”.

Jacobi (1999, p. 38) entende a participação como

[...] um processo continuado de democratização da vida municipal, cujos objetivos são: 1- promover iniciativas a partir de programas e campanhas especiais visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; 2- reforçar o tecido associativo e ampliar a capacidade técnica e administrativa de associações e 3- desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais.

Para Cotta, Cazal e Rodrigues (2009, p. 420):

A participação da sociedade deve transcender a extensão executiva e burocrática, passando a ser pensada como um processo contínuo de democratização, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, onde o sujeito-cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde.

Foladori (2002, p. 110) afirma que: “O conceito de participação social foi mudando com o tempo, desde uma participação simplesmente informativa até o que hoje se conhece pela palavra *empowerment*, que supõe que os participantes dos projetos discutam as próprias diretrizes estratégicas”.

O quadro 4 apresenta a evolução do conceito de participação, a partir da tipologia desenvolvida por Pretty (1995).

QUADRO 4- TIPOLOGIA E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO

TIPOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Participação passiva	Representantes não eleitos e sem poder. Contribuem com recursos (materiais ou de trabalho).
Participação Funcional	Agências externas exigem participação para reduzir custos ou outros objetivos. Podem eventualmente participar de pequenas decisões, uma vez que as principais já foram definidas.
Participação interativa	Participação conjunta em análise e desenvolvimento de planos. Fortalecimento de instituições locais. Os grupos auxiliam e determinam a utilização dos recursos.
Mobilização Própria <i>Empowerment</i>	Participação para mudar sistemas com independência das instituições externas. Buscam assessoria externa, mas mantém o controle sobre os recursos; se houver apoio de governos e ONGs a participação evolui para a discussão estratégica do projeto ou política.

FONTE: Adaptado de Foladori (2002) com base em Pretty (1995).

Valla (1998, p. 9) salienta que a “[...] participação popular consiste em uma participação política das entidades representativas da sociedade civil, em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social”; resume afirmando que esta participação consiste numa força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias. Stotz (2008 *apud* Pereira, 2010) salienta, no entanto, que onde a participação popular não tem tradição de luta e organização esta pode apenas ser uma forma de legitimar os atos dos gestores, geralmente voltados para a liberação de recursos financeiros.

Rogers, Jalal e Boyd (2008) utilizam a expressão desenvolvimento participativo, definindo-o como um processo através do qual as partes interessadas influenciam ou compartilham as iniciativas de desenvolvimento, decisões, recursos, e resultados. Na ausência de vontade política e conscientização pública, é difícil implementar o desenvolvimento participativo de um país ou de uma região. É importante mencionar que, segundo Chaui (2001), a democracia participativa é um processo de construção onde há igualdade política, onde todos os cidadãos tem igual participação no poder, nas decisões e execução.

O controle social é uma forma de participação social, onde a sociedade civil se apropria dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações, isto é, atua sobre os processos de gestão dos recursos públicos (COTTA, CAZAL e RODRIGUES, 2009). Neste sentido, Pereira e Nichiata (2011) ponderam que a legitimação das políticas públicas e o poder de reivindicação exercido pelo controle social estão diretamente relacionados com o grau de autonomia e com a politização dos representantes da sociedade.

A noção de participação popular está associada, desde os anos 60, ao debate internacional sobre o desenvolvimento. Teve maior repercussão nos anos 70, quando do fortalecimento das propostas alternativas de desenvolvimento e da desilusão com relação à própria capacidade do Estado de controlá-lo e planificá-lo (JACOBI, 1999).

O RDH de 2003 ressalta a importância de grupos da sociedade civil, desde organizações comunitárias a associações profissionais, passando por grupos de mulheres e redes de organizações não governamentais, os quais tem um papel fundamental nos processos participativos, mas exigem mobilização popular. Exemplos significativos têm ocorrido na formulação de políticas públicas voltadas à área da saúde, como é o caso do combate à AIDS, tuberculose e malária, como cita o referido RDH.

Zaidi (2010, p. 138) salienta que “em termos de ODM 6, participação implica não somente um envolvimento ativo das pessoas que vivem com HIV e das comunidades afetadas no estabelecimento da agenda e na tomada de decisões, mas também a contestação de hierarquias de poder nas comunidades e sociedades em geral”.

2.2.9 Experiência brasileira em participação social

No Brasil, com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi prevista a participação da sociedade na construção das políticas públicas (GUIMARÃES, 2007). Para Mateos (2011, p. 20), “[...] a participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas ganhou amplitude sem precedentes, contribuindo para aumentar tanto

a eficácia e abrangência das ações públicas, como a capacidade de formulação dos movimentos sociais”.

Conforme Avritzer (2008, p. 43),

[...] o Brasil possui hoje o que se pode denominar de uma infraestrutura da participação bastante diversificada na sua forma e no seu desenho, a qual foi sendo construída ao longo destes últimos anos a partir das experiências positivas de orçamento participativo e como resultado do processo constituinte, quando a participação popular na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas ganha institucionalidade.

Dagnino (2004, p. 97), pontua que a “[...] Constituição de 1988 é o marco formal que consagra o princípio da participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e as políticas públicas”. Guimarães (2007), afirma que a sociedade conquistou o direito de, além de ser objeto das políticas públicas, tornar-se co-gestor na sua elaboração e implementação.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa econômica Aplicada (IPEA), citados em Mateos (2011, p. 20) “[...] vários assuntos tem sido discutidos e deliberados como saneamento e habitação, políticas de geração de renda, reforma agrária, reforma urbana, direitos humanos, política científica e tecnológica entre outros além de problemas específicos como saúde indígena ou a defesa dos direitos das minorias sexuais”. Esta participação vem se transformando em um referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos (JACOBI, 1999).

Para estes amplos diálogos e negociações, foram criados ou ampliados diversos canais de interlocução do Estado com os movimentos sociais: conferências, conselhos, ouvidorias. Com formato congressual, algumas conferências começam com debates por bairro ou escola; todas têm etapas municipais, que discutem teses de um documento base e elegem representantes para o encontro regional ou estadual, de onde saem os delegados para a conferência temática nacional. Em todos os casos, os ministérios ou secretarias municipais e estaduais através de seus delegados também participam dos grupos de trabalho e das plenárias (MATEOS, 2011, p. 21).

Até o ano de 2011 foram realizadas 73 conferências nacionais temáticas que envolveram cerca de cinco milhões de pessoas e cujas deliberações aprovadas já se tornaram decretos, portarias ou projetos de lei aprovados ou em tramitação no Congresso Nacional, conforme explicita o mesmo autor.

O quadro 5 apresenta os principais conselhos nacionais de participação social:

QUADRO 5 – PRINCIPAIS CONSELHOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Conselho Nacional		Criado em	Número de membros	
			Soc. civil	Governo
1	Saúde	1937	40	8
2	Defesa dos Direitos da Pessoa Humana	1964	5	8
3	Turismo	1966	37	32
4	Meio Ambiente	1981	30	76
5	Direitos da Mulher	1985	28	16
6	Curador do FGTS	1990	12	12
7	Previdência Social	1991	9	6
8	Direitos da Criança e do Adolescente	1991	14	14
9	Assistência Social	1993	9	9
10	Educação	1995	10	14
11	Ciência e Tecnologia	1996	14	13
12	Recursos Hídricos	1997	18	39
13	Esporte	1998	15	7
14	Desenvolvimento Rural Sustentável	1999	19	19
15	Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência	1999	19	19
16	Direitos do Idoso	2002	14	14
17	Transparência Pública e Combate à Corrupção	2003	12	8
18	Desenvolvimento Econômico e Social	2003	90	12
19	Aquicultura e Pesca	2003	27	27
20	Economia Solidária	2003	37	19
21	Promoção da Igualdade Racial	2003	22	22
22	Segurança Alimentar e Nutrição	2003	38	19
23	Cidades	2003	49	37
24	Comissão Nacional de Desenvolvimento dos Povos e Comunidades Tradicionais	2004	15	15
25	Combate à Discriminação	2005	12	11
26	Juventude	2005	40	20
27	Política Cultural	2005	26	26
28	Políticas sobre Drogas	2006	13	10
29	Política Indigenista	2006	22	13
30	Brasileiro do Mercosul Social e Participativo	2008	40	20
31	Segurança Pública	2009	20	28

FONTE: Mateos, S. B. Desafios do Desenvolvimento, IPEA, 2011, p. 22.

É importante destacar que o Programa Nacional de Habitação, o plano de expansão das Universidades Públicas, o Pro-Uni e o Programa Minha Casa Minha Vida, são exemplos de políticas definidas a partir dos canais criados

para a participação popular na elaboração, discussão e implementação de políticas públicas no Brasil (IPEA, 2011).

Analisando-se a tabela acima se verifica que o primeiro conselho nacional com participação social foi o de saúde, criado em 1937, mas foi somente a partir da criação das Leis Orgânicas de Saúde (8080/90 e 8142/90) que houve a concretização da participação social nas conferências e conselhos de saúde, como instâncias deliberativas e permanentes (COTTA, CAZAL e RODRIGUES, 2006).

A partir daí, os conselhos de saúde tornam-se espaços de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (SALIBA *et al.*, 2009).

Estas instâncias protagonizam a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde e articulam atores sociais portadores de interesses diferentes e olhares distintos sobre a realidade, nem sempre convergentes, onde as disputas de poder estão presentes, embora os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público resolutivo e equânime (ASSIS; VILLA, 2003 *apud* COTTA, CAZAL e RODRIGUES, 2009).

Os conselhos de saúde representam a sociedade civil organizada de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais e trabalhadores do setor (SALIBA *et al.*, 2009). Os conselhos hoje trazem para o cenário político um potencial transformador em dois planos: o do estado e o da própria sociedade. A análise das relações de poder em um conselho de saúde permite um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, quais os pontos de inflexão, os tipos de resistências encontrados, qual a topografia dos atores que lá atuam.

Na área da cultura, Guimarães (2007) analisa que a construção do Sistema Nacional de Cultura (SNC) busca ampliar a participação social, incluindo novos atores sociais na discussão sobre as políticas de cultura, buscando com isto o emponderamento da sociedade, mas ao mesmo tempo questiona se esta participação mais ativa da sociedade consegue ser efetivamente um recurso de poder da sociedade ou se apenas, mantém-se enquanto mais uma estrutura gerencial que se orienta pela ideia de política como troca entre governantes e governados.

2.3 PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/AIDS

As políticas de combate e prevenção à AIDS estão compreendidas no macro contexto das políticas públicas, do sistema de saúde, portanto este capítulo inicia-se com uma revisão sobre estes temas. A seguir é apresentado um panorama da AIDS no cenário global e, posteriormente as políticas específicas construídas no Brasil para responder à emergência da epidemia da AIDS.

2.3.1 Políticas públicas

As políticas públicas são processos resultantes do conjunto de decisões que se traduzem em ações, estrategicamente selecionados dentro de um conjunto de alternativas conforme uma hierarquia de valores e preferências dos interessados. (RUA, 2009). A dimensão é pública devido ao tamanho do agregado social sobre o qual incide, mas sobretudo por seu caráter imperativo, já que está revestida de autoridade legítima e soberana do poder público (MONTEIRO, 2006).

Para Secchi (2010, pg. 2): “Uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante”. Nesta perspectiva, Monteiro (2006) afirma que as políticas públicas resultam das demandas originadas no interior do sistema político e tentam atender reivindicações de amplos setores da sociedade ou de alguns grupos específicos quando o atendimento das necessidades requer a ação do Estado.

Nelson e Winter (2000) afirmam que as políticas devem ser definidas para que incidam em setores e atividades econômicas particulares e a este respeito o problema político essencial consiste em melhorar ou redesenhar as instituições. Neste sentido, a política nacional de DST/AIDS entende que os desafios apresentados pela epidemia da AIDS devem ser situados de forma nacional, em sentido amplo, mas de forma específica no setor da saúde.

As políticas públicas, portanto, requerem a existência de um problema reconhecido, que sejam tomadas decisões com respeito às ações a serem seguidas, que sejam executadas estas decisões e é preciso avalia-las como atividade necessária para o reconhecimento dos resultados que estão sendo obtidos (MONTEIRO, 2006).

Uma política pública expressa a articulação entre os atores do estado e da sociedade civil envolvidos nas negociações que resultam na formulação de diretrizes para dar resposta a uma demanda determinada (SECCHI, 2010). Guimarães (2007) entende que a construção das políticas públicas é um campo de disputa na relação entre o Estado e a sociedade civil, onde a construção das políticas públicas, suas ações e a participação social são os elementos que estão em jogo.

A sociedade civil é formada por sujeitos sociais que se organizam em diferentes estruturas como sindicatos, ONGs e movimentos sociais por categoria de trabalho (BRASIL, 2001). Portanto, uma pluralidade de atores protagoniza o enfrentamento do problema público, caracterizando que a essência conceitual de políticas públicas é o problema público, ou a intenção de responder a um problema público (SECCHI, 2010).

Neste contexto, as políticas públicas devem ser explicitadas de forma a: tornar públicas e expressas as intenções do governo; permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião, em particular, à discussão das propostas de governo; orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades; funcionar como orientadoras da ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis (ALENCAR, 2007).

As políticas públicas, mesmo buscando apaziguar as tensões, não conseguem eliminar o conflito social. O conflito existe e dele se mantém a dinâmica social, daí a relevância da contínua negociação de interesses dos diversos segmentos sociais, e conseqüentemente do controle social e da participação e organização da sociedade civil (SAMPAIO; ARAUJO, 2006). O processo de formulação de uma política pública envolve diversos atores, com interesses distintos e, embora tratem de um problema comum, coletivo, estabelecem-se relações de disputa de poder e de posição, onde as habilidades sociais são decisivas no processo de formulação das novas

práticas sociais, no caso as políticas públicas (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

O estabelecimento de organismos tripartites, compostos pelos representantes do estado, trabalhadores da área e sociedade civil tornou-se um instrumento amplamente empregado na elaboração de políticas educacionais, econômicas e sociais (MONTEIRO, 2006).

Na literatura de estudos de políticas públicas, segundo Secchi (2010):

Alguns autores e pesquisadores defendem a abordagem estatista, enquanto outros defendem abordagens multicêntricas no que se refere ao protagonismo no estabelecimento de políticas públicas. A abordagem estatista (*state-centered policy-making*) considera as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais. Segundo essa concepção, o que determina se uma política é ou não “pública” é a personalidade jurídica do ator protagonista. Em outras palavras, é política pública somente quando emanada de ator estatal. A abordagem multicêntrica, contrariamente, considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas. Autores da abordagem multicêntrica atribuem o adjetivo pública a uma política, quando o problema que se tenta enfrentar é público.

É importante salientar que, na formulação e na implementação de uma determinada política pública, entram em jogo questões objetivas como a alocação de recursos e equipamentos e questões teóricas como a cidadania e inclusão social; ambas são relacionadas e juntas irão refletir o perfil da administração pública (SAMPAIO; ARAUJO JR., 2006).

Os recursos destinados a uma determinada política podem favorecer outras tantas que estejam relacionadas, como no caso da AIDS, onde seu financiamento se articula com políticas de saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do trabalhador e outras. Um exemplo para se entender esta relação é a distribuição de preservativos que tanto é efetuada pelos programas de planejamento familiar quanto pelos programas de prevenção de DST/AIDS. (SAMPAIO; ARAUJO JR., 2006).

No Brasil, até a década de 1980, as políticas sociais vigentes cabiam, exclusivamente, ao Estado; embora houvesse uma rede de organizações filantrópicas nas áreas de assistência social e saúde, beneficiárias de incentivos fiscais e recursos do Estado, o período da ditadura militar trouxe consigo uma concentração de poderes que se refletiu justamente no

predomínio do padrão estatal na prestação de serviços e na ausência de um diálogo entre Estado e sociedade (PAIM *et al.*, 2011). Encarar o sujeito ao qual se destina a política como um mero receptor fornece à política um caráter pouco democrático e muitas vezes ineficiente. Apenas dialogando com os sujeitos, compreendendo suas necessidades, possibilidades e vulnerabilidades é que se torna possível construir estratégias de intervenção que tenham maior grau de efetividade, pois tenderão a ser pactuadas, coletivamente protegidas e, conseqüentemente, com maiores possibilidades de serem estruturadas (SAMPAIO; ARAUJO JR, 2006).

Na construção democrática após o fim da ditadura militar nos anos 1980, o Brasil precisou incorporar as demandas da sociedade civil em todos os campos, no estabelecimento das políticas governamentais (MONTEIRO, 2006).

Os anos 1980 foram marcados por um amplo processo de transição política e reconfiguração da Federação Brasileira, propiciando mais autonomia para Estados e Municípios (SOUZA *et al.* 2010), o que favoreceu a criação de estruturas descentralizadas que tornaram-se a base da implantação dos Sistema Único de Saúde (SUS) e desencadearam a criação de mecanismos de tomada de decisão ampliados com a participação social e construção de alianças entre os atores envolvidos, como os Conselhos de Saúde e os comitês Inter gestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) (PAIM *et al.*, 2011). Estas estruturas representam uma inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitem que um maior número e uma maior variedade de atores participe dos processos de tomada de decisão e implementação das políticas da área de saúde.

Ávila (2001, p. 59),

refere-se ao conceito de sustentabilidade de políticas públicas, esclarecendo que é importante considerar que se trata não somente das fontes de recursos físicos, humanos e financeiros para execução de políticas e ações em saúde. Sustentar significa dar o apoio, a base o suporte fundamental para o reordenamento desses recursos tão necessários. A sustentação das políticas públicas de saúde significa assegurar-las como prioridade, significa reconhecê-las como uma estrutura com elementos inalienáveis e, por fim, significa defendê-las dos movimentos de fragmentação e desmobilização destes elementos.

2.3.2 Sistema de saúde

De acordo com Gadelha e Maldonado (2007, p. 1),

[...] numa análise apressada se poderia selecionar os Estados Unidos, a Índia ou mesmo a China como casos extremamente exitosos de avanço na área da saúde, em função da constituição de uma base empresarial inovadora ou capaz de absorver criativamente os conhecimentos gerados em âmbito internacional.

Porém, esses mesmos autores salientam que, ao mesmo tempo, estes países possuem sistemas de saúde iníquos e extremamente excludentes, sendo casos destacados negativamente de desigualdades sociais, em seus respectivos grupos econômicos.

Segundo Porter (2007, p. 19): “O sistema de saúde dos Estados Unidos é conhecido pelo seu alto custo, o que os americanos, por tradição, presumem ser o preço da excelência, mas nas duas últimas décadas tornou-se uma das preocupações mais prementes no país”. Segundo esse autor o custo tem chegado a cerca de dois trilhões de dólares anuais e, à medida que este custo aumenta, mais e mais americanos deixam de ter acesso a seguro de saúde sendo que a qualidade geral da saúde tem se deteriorado, pois não há nenhum tipo de assistência primária ou preventiva coberta através do Estado.

Na América Latina, para Horst e Soler (2010), a metade de uma população de cerca de 560 milhões de habitantes não está coberta por mecanismos de proteção social. Além disso, mais de 100 milhões de pessoas não têm acesso aos serviços de saúde, nem mesmo a água potável e saneamento básico, por razões econômicas ou geográficas. As tentativas dos sistemas e serviços de saúde de assegurar o acesso aos insumos essenciais se confrontam com problemas de concentração de renda que se estendem ao acesso aos serviços de saúde.

Nos últimos anos, Brasil, Rússia, Índia e China, países que passaram a ser conhecidos sob a sigla BRIC's, pelo fato de que suas economias têm crescido nos últimos anos a taxas maiores que a média mundial, tem efetuado esforços no sentido de implantar políticas de saúde universais, visando à eliminação de doenças associadas à pobreza e a criação de sistemas de saúde eficientes (MEDICI, 2011). Estes países têm características culturais, geográficas, indicadores socioeconômicos e demográficos distintos, os quais

se refletem nas suas condições de saúde, o que é demonstrado na tabela 3, de acordo com as estatísticas do Banco Mundial.

TABELA 3 – INDICADORES DE SAÚDE NOS BRIC's EM 2008

País	Expectativa de vida ao nascer (anos)	Taxas de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade Materna (por 100mil nascidos vivos)	Gasto Público per capita com saúde (US\$ PPC)
Brasil	72,4	17,3	58	252
Rússia	67,8	11,1	39	316
Índia	63,7	50,3	230	10
China	73,1	16,6	38	48

FONTE: Adaptado de Mé dici, (2011).

De acordo com a análise de Mé dici (2011), a Índia apresenta as piores condições de saúde. A Rússia, com investimentos públicos elevados em saúde, apresenta baixas taxas de mortalidade infantil e materna, mas sua esperança de vida é menor que a da China e do Brasil. A China, por sua vez, com gastos públicos em saúde menores que os do Brasil e da Rússia, têm a maior expectativa de vida e a menor taxa de mortalidade materna entre os quatro países, apresentando melhores resultados no que se refere à saúde básica.

Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde - SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais da constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000). O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade, através dos conselhos de saúde, em todos os níveis de governo (PAIM *et al.*, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS é a maior política de inclusão social do povo brasileiro e, representa em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos e, é composto pelo conjunto de todas as ações e serviços

de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000).

É fruto de uma luta popular pela democracia e pelo direito à saúde, com os seguintes princípios norteadores: universalização do acesso com equidade e integralidade da atenção e, as diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização, municipalização e participação da comunidade (CAMPOS, 2008).

A universalização do acesso à saúde é um direito de todos e um dever do poder público prover os serviços e ações necessários para tanto. Porém, a universalização não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde; ela coloca também o desafio da oferta desses serviços e ações de saúde a todos que delas necessitem (BRASIL, 2000).

A descentralização é entendida como a transferência de recursos e a delegação de funções entre os níveis de governo (federal, municipal e estadual), compreendendo que os serviços de saúde podem ser melhor coordenados e atender de modo mais preciso aos anseios e necessidades dos usuários através da municipalização (SOUZA; COSTA, 2010). Conforme Campos (2008), antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as competências de estados e municípios não eram previstas ou regulamentadas o que gerava fragmentação e desorganização de todo o sistema.

Souza e Costa (2010) esclarecem que o financiamento é efetuado através das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e a execução dos serviços fica por conta dos municípios. Esse processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal.

Os municípios brasileiros apresentam situações distintas em termos de arrecadação financeira e, alguns dispõem de capital para o setor da saúde advindo quase que exclusivamente através desse repasse, não apresentando condições de prover sua área territorial com todas as ações e serviços necessários para a atenção integral de sua população. Segundo Souza e Costa (2010), por isso a regionalização é importante a fim de que as pessoas possam buscar soluções aos seus problemas de saúde nos municípios-polo, mesmo que distantes do seu local de moradia.

Um segundo princípio do SUS é a equidade, tema que segundo Teixeira (2011) tem sido discutido em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. Para Travassos (1997) a equidade é um princípio de justiça social. O ponto de partida da equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas destas desigualdades são injustas e devem ser superadas (TEIXEIRA, 2011). Escorel (2012), complementa que a equidade é o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação. O sentido da equidade é a proposição de sistema igualitário em uma sociedade desigual. A busca da equidade se articula com a integralidade.

A integralidade que se constitui no terceiro princípio do SUS diz respeito ao conjunto de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência aos doentes (TEIXEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, Pierantoni (2008) considera que um modelo de atenção integral à saúde deve dispor de estabelecimentos e unidade de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à execução das ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas até ações de assistência e recuperação, incluindo o diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação.

Souza e Costa (2010) complementam que a integralidade corresponde a um dos grandes desafios do SUS e significa tratar cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade, que necessita de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda, à esta integração das ações de saúde acrescenta-se a continuidade do atendimento e o cuidado dos usuários em seus diversos níveis, com controle e regulação através das unidades prestadoras de serviço.

Além dos princípios da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e regionalização, outra diretriz importante do SUS é a participação da comunidade que tem como finalidade o controle pela sociedade da elaboração e execução das políticas de saúde. Essa participação da comunidade na gestão do SUS, por meio do controle social, amparada pela Lei 8.142 de 990 (Brasil, 1990), diz respeito à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde, seja nas Unidades de

Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem oportunamente nas três esferas de governo.

Segundo Pierantoni (2008, p. 1), “o SUS vem-se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos, independentemente de governos e partidos políticos, expansões e contrações no seu financiamento ou mudanças de modelo na gestão governamental”.

A partir dos princípios básicos do SUS (Sistema Único de Saúde): universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde do indivíduo, estabeleceram-se os Programas de Saúde, cujo desempenho implica na construção de práticas inovadoras de gestão, planejamento e processos de trabalho. Esses programas têm desfechos e desempenhos diferentes, mas todos são compostos por um conjunto de regras e metas a serem cumpridas dentro de uma estrutura lógica, normativa, hierárquica, com dimensões horizontais, dadas as especialidades profissionais que aí se incluem, verticais, dados os níveis gerenciais (GOMIDE; GROSSETI, 2010).

Segundo Campos (2008), apesar de o SUS só começar a se institucionalizar a partir de 1988, é possível afirmar que as primeiras respostas para a AIDS já continham essa concepção de saúde pública, com os valores e estratégias trazidos pelo SUS, e que desde o início dos anos 1980 já estavam inseridos na pauta dos movimentos sociais.

2.3.3 Panorama mundial da AIDS

Em discurso proferido durante a sessão especial da Assembléia Geral da ONU sobre HIV/AIDS em 2001, o então secretário geral da entidade, Kofi Annan proferiu as seguintes palavras: *“The global HIV/AIDS epidemic is an unprecedented crisis that requires an unprecedented response. In particular it requires solidarity - between the healthy and the sick, between rich and poor, and above all, between richer and poorer nations”*, (A epidemia global de HIV/AIDS é uma crise sem precedentes que exige uma resposta sem precedentes. Em particular, exige solidariedade: entre o saudável e o doente,

entre ricos e pobres e sobretudo entre as nações ricas e pobres. (NAÇÕES UNIDAS, 2001, tradução própria).

A epidemia da AIDS surgiu num momento em que os países industrializados acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e pela evolução da medicina moderna (GRECO, 2008).

Sua gravidade, letalidade, e o envolvimento de diversos aspectos das relações humanas abriram novas discussões sobre a saúde pública, envolvendo alocação de recursos financeiros para pesquisas, produção e distribuição de medicamentos. (MONTEIRO, 2006; GRECO, 2008).

Em 1981 a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi descrita pela primeira vez, sem, contudo ser nomeada cientificamente e, em 1984 o retrovírus, considerado agente etiológico da patologia foi descoberto. Devido à sua rápida transmissibilidade em 1982 a AIDS já foi encontrada em 14 países e, em 1983 em 33 países, segundo o histórico do Programa Nacional de DST/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Organização Mundial da Saúde classifica a AIDS entre as doenças negligenciadas, que são doenças existentes em países ricos e pobres, mas com muito maior prevalência nos últimos, fato este que justifica sua inclusão como um dos objetivos de desenvolvimento do milênio (MOREL, 2005).

Segundo o Relatório Global sobre a epidemia da AIDS no mundo 2011, cerca de 34 milhões de pessoas vivem com a doença em todo o mundo e, um total de 2,5 milhões de óbitos foi evitado em países de renda baixa e média desde 1995 devido à intensificação da terapia antirretroviral. Estima-se que 700 mil óbitos relacionados à AIDS tenham sido evitados apenas no ano de 2010. Quase a metade das pessoas (47%) com indicação de terapia antirretroviral já estão em tratamento (UNAIDS, 2012).

Os números mais recentes de tratamento da AIDS mostram um aumento de 16 vezes no número de pessoas que recebem terapia antirretroviral entre 2003 e 2010 (BRASIL, 2010). No entanto, cerca de 8 milhões de pessoas que eram elegíveis para a terapia ainda não a receberam em 2010, e, segundo Grangeiro et al. (2006) “entre os fatores que atuam como barreiras para a ampliação ao acesso dos medicamentos estão inadequadas estruturas dos países para a oferta de serviços de saúde e, a insuficiência de recursos para a aquisição e produção de medicamentos”.

De acordo com Portela e Lotrowska (2006, p. 71)

[...] dois aspectos principais são importantes segundo a ONU: o primeiro é o fortalecimento dos sistemas de saúde para a provisão da terapia antirretroviral segura e efetiva e do melhor cuidado para a prevenção e tratamento de doenças oportunistas. O segundo é o desenvolvimento e implantação progressiva de estratégias abrangentes de cuidado e suporte inclusive psicossocial a indivíduos, família, e comunidades afetadas pelo HIV/ AIDS, com base familiar ou comunitária ou no âmbito dos sistemas de serviços de saúde.

Greco (2008) enfatiza que “[...] na maioria dos países em desenvolvimento, a AIDS vem se somar a uma grande lista de doenças endêmicas ou emergentes como a tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, malária”.

Uma das questões fundamentais na discussão sobre a prevenção e tratamento da AIDS diz respeito à terapia antirretroviral composta atualmente por mais de uma dezena de medicamentos, além daqueles utilizados para o tratamento das infecções oportunistas quando ocorrem. Para Lopes dos Santos (2010) o acesso a medicamentos é um aspecto fundamental para a eficiência de um sistema de saúde pública e essencial para se fazer valer o direito à saúde, além de significar melhorias nas condições dos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes. Também, salvam vidas e evitam gastos mais onerosos para o sistema de saúde no futuro.

Segundo Craig Smith e Vachani (2004) as multinacionais, governos, organizações não governamentais e organismos multinacionais tem uma responsabilidade conjunta no estabelecimento do preço socialmente responsável, o que significa criar condições de acesso aos medicamentos para populações com reduzido poder aquisitivo.

De acordo com Greco (2008), os custos adicionais aos cuidados de saúde impostos pela epidemia da AIDS são diretos (medicamentos, acompanhamento ambulatorial, hospitalizações) e indiretos (educação, prevenção, perda de anos de trabalho). Sob essas perspectivas, entende-se que a questão do tratamento medicamentoso quando necessário e as políticas de prevenção são fatores fundamentais para a estabilização e posterior erradicação da AIDS.

Por outro lado, Lopes dos Santos (2010) conclui que a simples existência dos medicamentos no mercado não significa que as pessoas estejam tendo acesso a eles. Medicamentos devem estar disponíveis a um

preço acessível conforme a renda das pessoas a quem se destinam. Este mesmo autor cita uma análise da Organização Mundial da Saúde onde a falta de acesso a medicamentos nos países da África e Ásia atinge quase metade da população.

A partir destas análises torna-se mais evidente a relação entre as questões de saúde e o desenvolvimento econômico e social, pois a disseminação de doenças devido à falta de políticas de prevenção adequadas, aliadas à dificuldade de acesso aos medicamentos e tratamentos, mesmo quando disponíveis, elevam os gastos financeiros com saúde e geram prejuízos diretos e indiretos devido ao absenteísmo, internamentos e perda de produtividade.

O Brasil tem adotado uma estratégia internacional que além de influir no contexto global, possibilitou o fortalecimento da resposta à epidemia dentro do próprio país. Entre as diretrizes se destacam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis (GRANGEIRO *et al.*, 2009). As políticas preventivas com estilo marcado pela criatividade, tolerância social e ousadia, além de imprimirem uma marca diferenciada, também conferem destaque ao Brasil no cenário internacional, afirma ainda GRANGEIRO *et. al.*, (2009).

Segundo pesquisa do IPEA (MATEOS, 2011), nosso País tem influenciado de maneira decisiva nos fóruns internacionais para ampliar e melhorar o formato da cooperação multilateral para o combate à AIDS, aumentando o protagonismo dos países beneficiários nos programas. Ainda, cita o mesmo autor, o Brasil é o idealizador do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, criado pela ONU em 2001. Desde então, com recursos obtidos dos países desenvolvidos o fundo já financiou dezenas de projetos e iniciativas voltadas a garantir o acesso aos medicamentos, como parte da Estratégia Mundial sobre Inovação, Propriedade Intelectual e Saúde Pública na Organização Mundial da Saúde.

Deve ainda ser mencionado que desde meados da década de 2000, a cooperação técnica internacional oferecida pelo Brasil para países do Sul passou a ser entendida como parte da agenda estratégica do país no âmbito global, onde o tema da AIDS tem merecido destaque (LIMA; CAMPOS, 2010).

Ranzani (2006) pontua que, em 2001 o Brasil foi determinante na articulação da convocação de uma Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, cujo tema “Crise Global, Ação Global” espelhou a urgência no endereçamento de soluções para a pandemia de AIDS em todo o mundo. O resultado dos debates foi a aprovação de uma resolução contendo metas e prazos a serem cumpridos em nível global, regional e nacional, com vistas a aliviar o sofrimento de milhares de pessoas infectadas.

De acordo com Mateos (2011, p. 52):

A cooperação internacional do Brasil para o combate à AIDS teve início com os países de língua portuguesa da África, para os quais foi organizado um curso para o planejamento, implementação e avaliação de programas. Segundo os técnicos que atuam na área não se trata de exportar o modelo brasileiro, mas de aproveitar as lições da experiência nacional. Neste sentido, a cooperação vai do planejamento conjunto das ações de prevenção à capacitação de recursos humanos locais, gerenciamento e avaliação. Atualmente o Brasil mantém projetos de cooperação internacional de combate ao HIV em oito países do continente africano: Serra Leoa, Libéria, Gana, Quênia, Tanzânia, Zâmbia, Moçambique e Botsuana. Destes, o de maior abrangência é o de Moçambique, país que está entre os dez mais afetados no mundo pela epidemia da AIDS, com um índice de prevalência da doença de 15% entre adultos.

2.3.4 Política nacional de DST/AIDS

A Política Nacional de DST/AIDS orienta as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde, da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS, da prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas que vivem com o HIV/AIDS e, ainda orienta o desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais dos programas e projetos na área (BRASIL, 1999).

As ações desta política têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, preservando-se a autonomia das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) na execução desta política (BRASIL, 1999).

Segundo Ávila (2001), desde o surgimento da epidemia da AIDS, tanto no mundo como no Brasil, foi-se reconhecendo que nenhuma resposta efetiva dar-se-ia sem uma visão integral da saúde do ser humano. Sem esta visão integral, não seria possível a implantação de planos e ações voltadas à promoção e proteção da saúde e, principalmente sem a participação da sociedade estes dois primeiros aspectos não se concretizariam (ALENCAR, 2007).

Para Costa-Couto (2008) o fato de o Brasil dispor de um Sistema Único de Saúde, de uma rede de serviços com profissionais treinados em diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV/AIDS são elementos fundamentais para o êxito apresentado pelo país no combate à epidemia da AIDS. Para estes autores os aspectos logísticos de um país com a dimensão territorial do Brasil devem ser considerados, pois, conforme Portela e Lotrowska (2006) a interiorização é um desafio no que diz respeito a garantir que os resultados dos principais centros urbanos sejam também encontrados no interior do país e em todas as regiões.

Na área da saúde, Gallo e Coelho (2005) ressaltam a importância das políticas de regulação, pensadas não no sentido estrito da saúde (assistência, atenção ou necessidades), mas em toda a sua complexidade, com visão global e que abrange um conjunto de setores da economia e das políticas institucionais, que têm impacto na produção da saúde, como exemplos, estão práticas de regulação econômica, tais como as políticas de preços e de proteção industrial e patentes.

No caso específico da prevenção e redução da incidência de pessoas infectadas pelo vírus HIV, o papel do Estado, segundo pesquisa de Lago e Costa (2009), é especialmente relevante para a indústria farmacêutica, pois os medicamentos antirretrovirais produzidos são todos adquiridos pelo Governo Federal. Esta situação específica envolve a formulação de políticas públicas em diversas áreas que não são de assistência direta, tais como as condições de política industrial e regulação pública de questões sanitárias e de propriedade intelectual.

O Programa Nacional de DST/AIDS foi instituído através da Portaria Ministério da Saúde (MS) nº 236, de 02 de maio de 1985, com o objetivo de conter a disseminação do vírus HIV e a proliferação da AIDS no Brasil (MS,

2012). Lopes dos Santos (2010) ressalta que num primeiro momento suas ações baseavam-se na realização de campanhas publicitárias de prevenção e esclarecimento sobre a doença, além do registro e do acompanhamento dos casos da doença, que passou a ser de notificação obrigatória a partir daquele ano.

Segundo Miranda (2007) o Programa Nacional de DST/AIDS se consolidou em 1988, no mesmo ano em que é criada a Comissão Nacional de AIDS, sendo que a sociedade contribuiu integrando comissões e grupos de trabalho específicos para auxiliar na implantação e monitoramento das políticas públicas.

Os indicadores epidemiológicos da AIDS no Brasil, ao final da década de 1980, eram muito semelhantes aos do continente africano; as análises apontavam para o risco da epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde (GRANGEIRO *et al.*, 2010). Este temor, que não ocorreu, justificava-se pela velocidade de crescimento da doença no Brasil, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais, pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis, além do aparecimento da doença em hemofílicos e indivíduos que haviam recebido transfusão de sangue contaminado (HASENCLEVER, 2004 *apud* LOPES DOS SANTOS, 2010).

Para Mendonça, Alves e Campos (2010) a política brasileira de HIV/AIDS resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos, desde profissionais de saúde do serviço público, da igreja católica, de associações de ativistas de direitos humanos e de grupos de risco (gays, travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo), cuja mobilização desencadeou a inclusão da questão do HIV/AIDS na agenda política nacional. Greco (2008) afirma que a participação das pessoas com HIV/AIDS em todos os fóruns possíveis, incluindo conferências internacionais, organizações de AIDS nacionais e internacionais e agências regulatórias, na luta por seus direitos é um exemplo a ser seguido, pois este fato fez uma grande diferença em todos os aspectos da luta pelo controle dessa epidemia.

Considerando que segundo Parker (1993, *apud* MIRANDA, 2007) é impossível imaginar a resposta brasileira à AIDS sem o fornecimento de serviços essenciais pelas ONGs ou sem sua função de controle social exercida

sobre a ação estatal no combate à epidemia, apresenta-se uma breve exposição a seguir da organização da sociedade civil na luta contra AIDS.

2.3.5 Sociedade civil na luta contra a AIDS

Durante os anos 1980, a conscientização de parte da sociedade civil, juntamente com o engajamento de importantes figuras públicas que haviam contraído a doença, tornou-se um forte elemento de pressão junto às diferentes esferas governamentais para a adoção de ações voltadas a dar tratamento adequado aos pacientes e combater a discriminação (HASENCLEVER *apud* LOPES DOS SANTOS, 2010).

Neste período, marcado pelo fim da ditadura militar, surgem as primeiras ONGs (Organizações não Governamentais) no Brasil, caracterizando-se pela luta em favor da democracia e do desenvolvimento (BRASIL, 2001); atendendo ao contexto social da época alguns grupos passam a se autodenominar ONGs/AIDS, e passam a desenvolver um trabalho mais próximo do cotidiano das pessoas que vivem com HIV/AIDS e de outras populações vulneráveis, que não acessam espontaneamente o serviço público de saúde ou não encontram respostas adequadas para suas necessidades (CAMPOS, 2008). Estas ONGs/AIDS apresentam reivindicações que vão além das demais ONGs e passam a influir nas pesquisas médicas, a efetuar denúncias e protestos peculiares, construindo uma relação distinta entre o governo, os grupos de ajuda e os movimentos sociais (BRASIL, 2001). Miranda (2007, p. 78), em sua pesquisa conclui que a “ação do movimento de luta contra a AIDS possui dupla direção: a política baseada nos princípios de justiça social e de equidade de direitos e a simbólica, contra a homofobia, racismo, marginalidade e morte civil”.

Campos (2008), por sua vez, esclarece que a literatura descreve um “modelo brasileiro” para compreender a relação institucional entre as ONGs/AIDS e o poder público no Brasil que resulta na formulação e execução da política pública nacional de combate à epidemia da AIDS. As ONGs/AIDS são consideradas mais próximas ao cotidiano das pessoas vivendo com

HIV/Aids e de outras populações vulneráveis, as quais não acessam espontaneamente o serviço público de saúde ou não encontram respostas adequadas para suas necessidades. Oferecem, ainda, serviços à população e trazem iniciativas muitas vezes consideradas mais resolutivas e inovadoras do que proposições iniciais governamentais ou de setores médicos convencionais (ÁVILA, 2001).

Para Miranda (2007), o trabalho das organizações que atuaram e atuam na luta contra a AIDS foi determinante para a construção de uma efetiva resposta ao desafio de prevenção e controle do HIV/AIDS, sendo que as ações brasileiras neste sentido são marcadas por uma estreita relação entre o Estado e a sociedade, seja no desenvolvimento de ações conjuntas, seja no confronto político pelo reconhecimento e garantia dos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

As organizações da sociedade civil trouxeram o discurso da solidariedade, do direito à vida e da luta contra o preconceito de maneira muito forte (CAMPOS, 2005).

Retomando um pouco os dados da história da epidemia da AIDS, no ano de 1988, mesmo ano da reforma constitucional e da criação do SUS, a Organização Mundial da Saúde instituiu o primeiro de dezembro como dia internacional da luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global (RANZANI, 2006). Neste mesmo ano o Congresso Nacional aprovou a Lei 7670/88, que estendeu aos portadores de HIV/AIDS os benefícios previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais, como a liberação dos fundos do Programa de Integração Social (PIS), Fundo de participação do servidor (PASEP) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Na mesma linha a Lei 7713/88, isentou portadores de HIV/AIDS do imposto de renda sobre a aposentadoria (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Em 1993 através da Lei 8742/93 estabeleceu-se a garantia de um salário mínimo mensal a pacientes sem condição de trabalhar e, posteriormente, em 2002 foi aprovada a Lei 11199/02 que estabelecia a proibição da discriminação contra portadores de HIV/AIDS e, neste sentido alguns estados da federação criaram legislações específicas com o mesmo propósito (MS, 2012).

Pereira e Nichiata (2011) enfatizam que estas conquistas somente foram possíveis devido a uma correlação de forças favorável entre Estado e sociedade e a mobilização política da sociedade civil. Segundo Miranda (2007), a atuação do movimento gay, trazendo à tona o preconceito e a discriminação que acompanhavam a doença foi decisiva para as conquistas dos direitos civis das pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

Sampaio e Araújo Jr. (2006), afirmam que os movimentos sociais, no caso da AIDS, são fortemente estruturados e possuem maciça representatividade em diversos espaços de controle e pressão social, o que tem sido evidenciado em diversos momentos como, por exemplo, a sua contribuição na luta pela implantação da distribuição de medicamentos antirretrovirais. Conforme aponta Campos (2009), pesquisas tem demonstrado que os índices de sobrevivência das pessoas que vivem com AIDS no Brasil têm sido os mesmos dos países desenvolvidos, principalmente como resultado do acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais. Apresentam-se a seguir os principais aspectos envolvidos nesta política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARV).

2.3.6 Distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais

Em 1996, através da Lei 9.313/96, de modo inovador e pioneiro, o governo brasileiro estabeleceu a obrigatoriedade de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais para os portadores do vírus HIV e doentes de AIDS (PORTELA; LOTROWSKA, 2006). Em 1988 havia iniciado a distribuição de medicamentos para o tratamento das doenças oportunistas e, em 1991 a distribuição da zidovudina, que foi o primeiro medicamento aprovado para uso no tratamento da AIDS (BRASIL, 2010).

Este fato foi encarado com ceticismo pela comunidade internacional, pois não viam o Brasil em condições de gerenciar um programa que implicava na implementação de sofisticadas terapias em dezenas de milhares de pacientes (MATEOS, 2011).

No entanto, contrariando as previsões, o Brasil passou a adotar uma postura dinâmica intervindo nas discussões dos preços destes medicamentos a nível global (NUNN *et al.*, 2009). Esta atitude proporcionou ao País o papel de líder mundial na defesa e garantia dos direitos de indivíduos infectados por HIV/AIDS, política esta que tem gerado benefícios inequívocos segundo Grangeiro *et al.*, (2006) tanto no âmbito coletivo como no individual. De acordo com Lago e Costa (2010) dentre os resultados positivos, evidenciam-se reduções tanto nos índices de mortalidade por AIDS quanto no número de hospitalizações pela doença. Esses resultados estão associados a um aumento de dez vezes na sobrevivência após o diagnóstico de AIDS (de seis para 58 meses).

Segundo Cassier e Correa (2007), o fato mais original é que o governo brasileiro não ficou apenas no papel de distribuir medicamentos. Tornou-se também um “empreendedor da saúde” através do trabalho dos laboratórios farmacêuticos estatais, que deram início à produção local de antirretrovirais, a partir de um acordo efetuado com o Ministério da Saúde onde, os laboratórios efetuariam cópias dos medicamentos antirretrovirais, precisamente com o objetivo de reduzir o preço desses medicamentos, que absorviam uma enorme proporção do orçamento do Ministério.

Meiners (2008, p. 1473) salienta que “o país soube fazer uso da capacidade industrial instalada para produzir genéricos e similares de qualidade, assim como negociar com as indústrias o fornecimento de antirretrovirais de marca a preços reduzidos”.

Cassier e Correa (2007) concluem que o resultado foi a revitalização da produção de medicamentos em laboratórios farmacêuticos públicos, através de investimentos em pesquisa, aquisição de equipamentos e contratação de técnicos especializados. No entanto, Ranzani (2006) ressalta que mesmo os medicamentos fabricados internamente dependem de insumos importados para sua síntese, fato que demonstra, segundo Meiners (2008, p. 1475) “[...] a necessidade de investimentos financeiros no desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, tanto no que diz respeito à engenharia inversa quanto à capacidade inovadora”.

Lopes dos Santos (2010) pesquisou os custos com aquisição e produção de medicamentos antirretrovirais e concluiu que a manutenção desta política

está seriamente ameaçada, pois os custos aumentam em números absolutos, a cada ano, comprometendo cada vez mais o orçamento anual do Programa Nacional de DST/AIDS. Neste sentido, Ranzani (2006) acrescenta que pesquisadores da Agencia Nacional de Pesquisa em AIDS da França já alertavam, em 2003 que a sustentabilidade do PN estava em risco em razão da perspectiva de países como Índia e China que comercializam princípios ativos ao Brasil a preços mais reduzidos terem de se adequar ao acordo comercial de patentes.

O sucesso da terapia antirretroviral depende de vários fatores, sendo a oferta dos medicamentos apenas um deles; dentre as questões que mais têm preocupado pesquisadores está a adesão ao tratamento antirretroviral, pois segundo Rocha *et al.* (2010) estudos indicam que é necessária a utilização de pelo menos 95% das doses de medicamentos recomendadas para o sucesso terapêutico.

Sob esta perspectiva de análise, Malta *et al.* (2005) salientam que fatores como hábitos e rotinas dos pacientes, o numero elevado de medicamentos a serem utilizados diariamente, a grande quantidade de efeitos adversos relatados e, ainda, o tempo insuficiente durante a consulta médica para se orientar adequadamente o paciente contribuem para que a adesão ao tratamento antirretroviral seja menor que os índices esperados para a eficácia terapêutica dos medicamentos no sentido de redução da carga viral.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a adesão é um tema transversal que perpassa todas as ações em saúde, e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde nos serviços de saúde. Adesão ao tratamento é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento (BRASIL, 2010).

Apesar de alguns problemas, no entanto, vários estudos salientam que a política de acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil tem trazido benefícios do ponto de vista econômico, seja pela redução da mortalidade, redução do absenteísmo, aumento da sobrevida dos pacientes após o diagnóstico e redução das hospitalizações devido à menor incidência de complicações advindas do vírus HIV (CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008; GRANGEIRO *et al.*, 2006; GRECO, 2008; LAGO; COSTA, 2010).

2.3.7 Situação atual e perspectivas do controle da AIDS

Após 30 anos de AIDS, o Brasil tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2012b). Desde o início da epidemia até junho de 2011, foram notificados cerca de 600.000 casos de AIDS no País. Apesar da estabilização do número de novos casos ao longo dos últimos doze anos observa-se que na região sudeste houve redução, porém nas demais houve aumento da incidência, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 2012b).

Segundo Grangeiro *et al.* (2009), a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV/AIDS aumentou cinco vezes desde a introdução da terapia antirretroviral e, as taxas de mortalidade caíram em média 50%.

Dentre as medidas de prevenção adotadas na política nacional de controle do HIV/AIDS está o uso de medicamentos antirretrovirais durante a gestação e o trabalho de parto, o que tem controlado a transmissão vertical, além da realização de parto-cesárea para as mulheres com carga viral elevada ou desconhecida (BRASIL, 2010). Para o recém-nascido a recomendação é a substituição do leite materno por formulações lácteas infantis e o uso de medicamentos antirretrovirais. As campanhas de distribuição de preservativos tem tido sucesso especialmente junto à população jovem, embora a prevalência da infecção em jovens gays apresente tendência de aumento (BRASIL, 2012b).

Retomando os dados do Boletim Epidemiológico AIDS e DST (BRASIL, 2012b) é importante ressaltar que há uma tendência de queda nos casos em crianças menores de cinco anos, o que demonstra a eficácia da política de redução da transmissão vertical (mãe para filho). No entanto, em relação aos jovens, os dados evidenciam que embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV, o que vem reforçar as ações de prevenção para esta faixa etária (17 a 20 anos de idade).

É importante salientar que, segundo Campos (2005), os acordos (em nº de 3) de empréstimo para a política de HIV/AIDS com o Banco Mundial foram

decisivos para a estruturação da mesma e para a formação de parcerias de suporte técnico e financeiro junto às ONGs, programas estaduais e municipais, além de universidades.

Entre as ações de sucesso deste programa, além da distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais e da articulação com a sociedade civil, está o fato deste programa funcionar como um paradigma do que deve ser a atuação do sistema de saúde brasileiro quanto a campanhas de conscientização, parceria com a sociedade civil, fornecimento de insumos e monitoramento cuidadoso (PORTELA; LOTROWSKA, 2006; GRANGEIRO *et al.*, 2006).

Atualmente o Programa Nacional de DST/AIDS é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS. Suas principais ações estão voltadas para o planejamento e coordenação de estudos, campanhas publicitárias, registros de notificações e dos pacientes, elaboração do consenso terapêutico, aquisição de testes diagnósticos, e aquisição e distribuição dos medicamentos antirretrovirais, entre outras (MS, 2012).

Mantendo o pioneirismo nas ações de controle da propagação do vírus da AIDS, em 2012 o Ministério da Saúde está ampliando a indicação de uso do tratamento com antirretrovirais, a partir de um novo consenso terapêutico, que visa a administração precoce do medicamento, com o objetivo de reduzir o risco de infecções oportunistas como a tuberculose, minimizar a transmissão do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV. Outra ação recém-implantada é a ampliação da testagem rápida, a partir de um exame que utiliza apenas uma gota de sangue e fica pronto em apenas 30 minutos (BRASIL, 2012c).

2.4 RESUMO DO REFERENCIAL TEÓRICO

Esta dissertação aborda dois temas, especificamente: a sustentabilidade social e as políticas públicas de AIDS no Brasil, as quais estão representadas através de um programa nacional, coordenado por meio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Com a finalidade de esclarecer as principais problemáticas que envolvem esta pesquisa e facilitar a compreensão dos elementos que contribuem para responder às perguntas que norteiam este trabalho, este capítulo do embasamento teórico empírico foi dividido em três blocos.

Inicialmente apresentou-se um contexto global evidenciando a questão do crescimento demográfico, da desigualdade social e o fato de que apesar de todo o avanço tecnológico e produção de riqueza material, as desigualdades socioeconômicas tem permanecido ou até aumentado em alguns locais, as quais contribuem para que problemas de saúde como algumas doenças infecciosas, que poderiam ser evitadas persistam e ainda causem sérias ameaças ao próprio desenvolvimento econômico e social.

O segundo bloco inicia com os conceitos de desenvolvimento humano e desenvolvimento sustentável, contextualiza os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) e, em especial o de número 6 (combate à AIDS, malária e outras doenças) demonstrando que a busca de uma resposta efetiva para o mesmo está muito além da questão da saúde, na medida em que estas doenças são facilitadas pelas condições de pobreza e exclusão social. Esse bloco ainda relaciona algumas propostas de incorporação de práticas e princípios organizacionais capazes de responder ao desafio da busca da sustentabilidade no âmbito corporativo, considerando que as sociedades se desenvolvem através dos diversos tipos de organizações, independente de seu vínculo público ou privado.

O segundo bloco também procurou caracterizar a dimensão social da sustentabilidade, através dos seus diversos objetivos e estratégias, demonstrando a visão de vários autores.

A conquista do desenvolvimento sustentável sob a perspectiva social visa a melhoria da qualidade de vida da população como um todo, na perspectiva da sustentabilidade da geração presente e das futuras gerações, segundo Sachs (1993).

Para tanto, segundo os autores referenciados, vários fatores devem ser considerados e, buscando uma visão geral destes e ao mesmo tempo de fácil compreensão, procurou-se resumi-los na figura 3, onde no eixo central consta o objetivo da sustentabilidade social e, lateralmente foram elencados os fatores

capazes de interferir na sua conquista, segundo os autores do referencial teórico desta pesquisa.

É importante salientar que estes fatores são inter-relacionados e interdependentes, pois as políticas de distribuição de renda irão relacionar-se com as políticas de habitação, emprego, inclusão de minorias étnicas, por exemplo.

FIGURA 3 – OBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE SUSTENTABILIDADE SOCIAL



FONTE: Elaboração própria a partir do referencial teórico.

A partir destas estratégias e, visando à busca de elementos capazes de possibilitar a coleta dos dados deste estudo, cujo objetivo geral é entender como o Programa Nacional de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social e, ainda, considerando que um dos objetivos específicos trata de identificar parâmetros que possam avaliar a sustentabilidade social no contexto de uma política pública multicêntrica, procurou-se, a partir dos fatores que contribuem para a sustentabilidade social, elencados na figura 3, identificar através das proposições apresentadas pelos diversos autores, os parâmetros capazes de, na visão dos mesmos, contribuir para esta análise.

Sob esta perspectiva elaborou-se o quadro 6, onde constam os diversos parâmetros de análise relacionados com os autores e ano de proposição.

QUADRO 6- PARÂMETROS PROPOSTOS PARA ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Estratégia/Parâmetro proposto para análise da Sustentabilidade Social	Autor/ano
Equidade na distribuição e oportunidades Fornecimento adequado de serviços sociais (saúde e educação) Igualdade de gênero Responsabilidade política e participação	Harris e Godwin (2001) <i>apud</i> Dillard e Dijon (2009)
Políticas públicas para combater a pobreza (emprego, moradia, saúde, educação) Participação Social Aumento das qualidades e potencialidades das pessoas	Foladori (2002)
Satisfação das necessidades humanas Preservação da natureza e das capacidades reprodutivas Justiça social Dignidade Humana Participação	Littig e Griebler (2005)
Redução da pobreza Participação social na discussão de políticas sociais Construção de consenso entre os stakeholders envolvidos na discussão das políticas sociais Função das ONGs Igualdade de gênero Melhoria das condições de vidas dos povos indígenas Políticas de inclusão social Projetos de impacto social positivo (transporte, saneamento, abastecimento de água) Indicadores de sustentabilidade social	Rogers, Jalal e Boyd (2008)

FONTE: Elaborado pela autora com base no referencial teórico

Com relação ao quadro 6 vale ressaltar que todos os autores citam a participação social enquanto elemento de análise da dimensão social da sustentabilidade, bem como as políticas de inclusão social, ainda que elencadas com distintas denominações. Considerando, portanto, os objetivos desta pesquisa, definiu-se que um dos elementos utilizados para a análise da sustentabilidade social será a participação social, na perspectiva desta constituir-se em um recurso de poder capaz de interferir na decisão, no acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ou, considerando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a participação social na perspectiva do controle social.

O terceiro e último bloco do referencial teórico desta dissertação tratou do programa Nacional de DST/AIDS, abordando aspectos gerais de formulação de políticas públicas, contextualizando o sistema de saúde e mais especificamente o SUS, além de apresentar um panorama geral da epidemia da AIDS incluindo aspectos relevantes quanto à sua história e epidemiologia.

Especificamente, em relação à resposta brasileira aos desafios de controle da AIDS, evidenciou-se a importante e relevante participação dos movimentos sociais através de suas diversas organizações e a distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais para todos os pacientes, além das conquistas sociais para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

Visando complementar os elementos que serão utilizados para a análise da sustentabilidade social nesta pesquisa e considerando que a política brasileira de acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais trouxe melhorias na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, além de reduzir a mortalidade e as internações decorrentes de complicações da doença, e ainda considerando que as estratégias de prevenção, assim como o amplo acesso aos meios diagnósticos do HIV/AIDS tem contribuído para a redução da incidência epidemiológica no País, definiu-se que o segundo elemento de análise nesta pesquisa é o acesso aos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS.

O terceiro e último parâmetro de análise utilizado neste trabalho diz respeito à qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS considerando-se, neste caso, a universalidade (enquanto garantia de acesso imediato às ações e serviços de saúde), a equidade (na perspectiva de acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação) e as políticas de inserção social para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

O capítulo seguinte aborda os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste trabalho, onde serão retomados o problema e os objetivos da pesquisa para que se possa considerar o tipo de abordagem metodológica, as categorias de análise e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

3.0. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta inicialmente, a unidade de análise escolhida para esta pesquisa, com o objetivo de contextualizar o ambiente onde este estudo será realizado e, posteriormente apresentam-se o conjunto de perguntas que compõem esta pesquisa, as categorias de análise e os procedimentos metodológicos que servirão de instrumentos para responder às perguntas de pesquisa.

3.1 CONTEXTUALIZANDO A UNIDADE DE ANÁLISE

A escolha da unidade de análise, segundo Godoy (2006), estabelece os limites de interesse da pesquisa, decidindo em que ambientes o estudo será realizado, quando os dados serão coletados, qual o tempo estimado para essa coleta, quais atores serão envolvidos e quais situações fazem parte do caso. Segundo Martins (2006), nesta estratégia de pesquisa (estudo de caso), busca-se, criativamente, aprender a totalidade de uma situação, identificando a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso e descrever, discutir e analisar sua complexidade.

Yin (2010, p. 51) afirma que “os estudos de caso tem sido realizados sobre decisões, programas, processo de implantação e mudança organizacional”. Para esta pesquisa definiu-se como unidade de análise única o Programa Brasileiro DST/AIDS, considerando que se trata de uma política pública de êxito na área de saúde.

O Programa Brasileiro de DST/AIDS existe desde a década de 1980 e tem se destacado em todo o mundo devido a algumas ações inovadoras como a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais a todas as pessoas que deles necessitam fazer uso e a realização de estratégias de prevenção criativas, com resultados bastante positivos em relação ao controle de transmissão do vírus HIV, tratamento das pessoas infectadas e redução do índice de mortalidade (BRASIL, 2012, GRANGEIRO *et al.*, 2006). Além disto, também representa um exemplo quanto à articulação entre governos e

organizações da sociedade civil na construção de uma política pública (PORTELA; LOTROWSKA, 2006).

Apesar de todo o avanço tecnológico em termos de prevenção e tratamento, a AIDS ainda representa um problema grave de saúde pública em muitos países, relacionando-se diretamente com as condições socioeconômicas da população, o que a coloca como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ZAIDI, 2010). Por outro lado, o Brasil é um país que não apresenta uma tradição de sucesso em políticas públicas na área de saúde, o que torna esta política em especial um caso que necessita ser estudado e compreendido em suas diversas dimensões (ALENCAR, 2007).

A proposta desta pesquisa é uma análise longitudinal, com critérios temporais estabelecidos após a coleta dos dados.

A seguir descreve-se a estrutura organizacional do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, órgão responsável pela condução da formulação e implementação das políticas públicas de AIDS no País.

3.1.1 Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

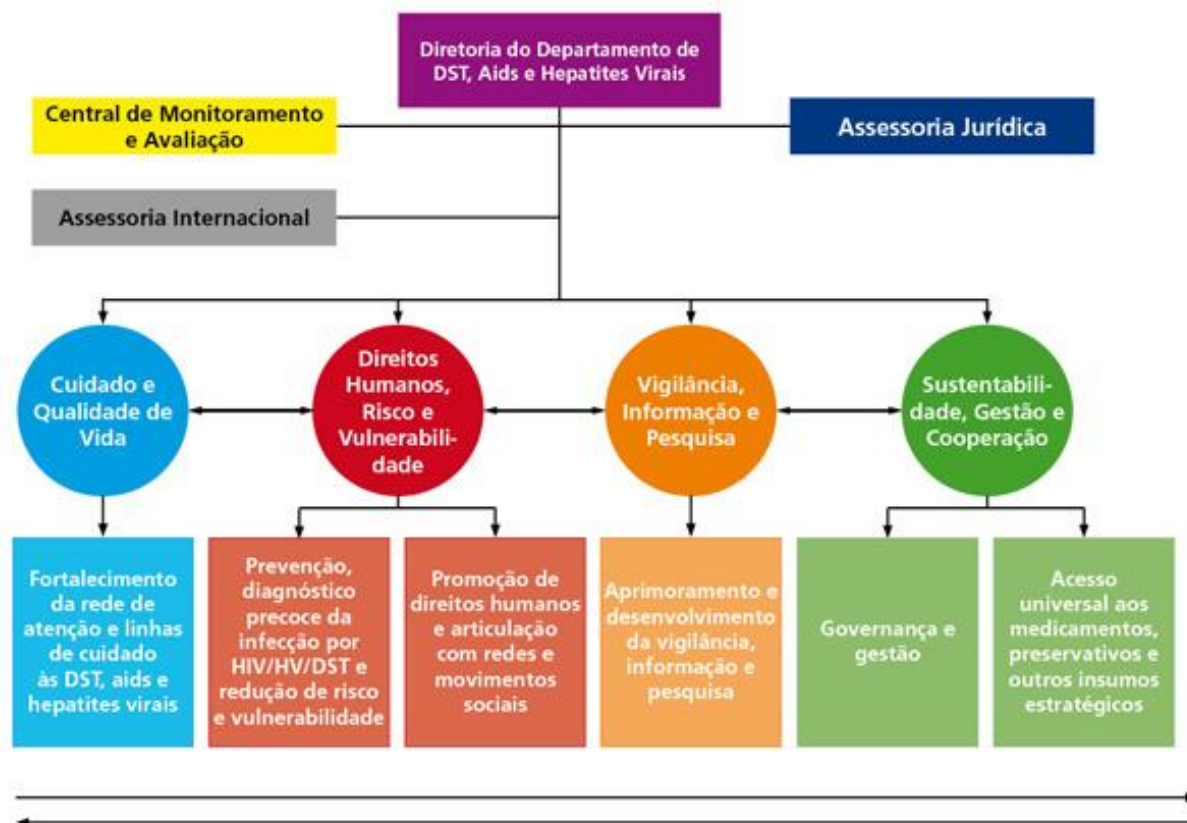
De acordo com informações disponibilizadas em sua página na internet, (MS, 2012), o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais foi criado em 1986 e, está ligado oficialmente à estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e, possui dois grandes objetivos:

- a) reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e das hepatites virais;
- b) melhorar a qualidade de vida das pessoas com DST, HIV, AIDS e hepatites virais.

A missão do Departamento é: “Formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/AIDS e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS”.

A Figura 4 evidencia o organograma do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

FIGURA 4 – ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS



FONTE: MS, (2012).

Conforme visualizado, o Departamento é composto por uma diretoria, duas assessorias e quatro coordenações, as quais atuam de forma interligada, considerando seis eixos prioritários para que seja possível atingir os resultados propostos para a sociedade.

Além desta estrutura formal o Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais conta com duas comissões assessoras:

- 1) Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (CNAIDS): esta comissão assessora o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnicos para o controle da AIDS e coordena a produção de documentos técnicos e científicos. Desde a criação da CNAIDS, em 1986, as organizações da sociedade civil tiveram sua representatividade garantida. Em 1994, a CNAIDS, começou a contar com pelo menos cinco representantes de organizações não governamentais, possibilitando que a sociedade civil colabore com as discussões e atividades de competência da CNAIDS. Esses membros são indicados pela sociedade civil a partir da

eleição promovida durante os Encontros Nacionais de ONG/AIDS, realizados a cada dois anos. A CNAIDS é constituída, portanto por representantes da sociedade civil, do governo, da comunidade técnica científica e de membros natos;

- 2) Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS): esta comissão foi criada para constituir um espaço formal de articulação, consulta e participação dos principais atores da sociedade civil que trabalham em parceria com o Departamento de DST, Aids e hepatites Virais e tem um caráter consultivo à formulação das políticas de prevenção e controle do HIV/Aids. Sua composição respeita os critérios de representação geográfica do País, bem como as instancias representativas das ONGs/Aids, pessoas vivendo com HIV/Aids e movimentos sociais, sendo que cada segmento é responsável pela indicação de seu representante, a partir de eleições efetuadas durante os encontros nacionais e reuniões. O quadro 7 demonstra a composição desta comissão.

QUADRO 7 – COMPOSIÇÃO DA CAMS

Movimento Social	Nº Representantes
Fóruns de ONG/Aids	10
RNP+ Brasil	01
Movimento Negro	01
Movimento Popular	01
Movimento de Populações Indígenas	01
Movimento da rede de Profissionais do Sexo	01
Movimento Homossexual	01
Movimento de Travestis, Transexuais e Transgêneros	01
Movimento de Redutores de Danos e Usuários de Drogas	01
Movimento de Mulheres	01
Movimento de Estudantes Jovens	01
Movimento de Hepatites Virais	02

FONTE: Elaborado pela autora com base em <http://www.aids.gov.br/pagina/membros-0>

A participação da sociedade civil ocorre oficialmente nestas duas Comissões, nos Conselhos de Saúde e, também nos inúmeros grupos de movimentos sociais. Para uma melhor compreensão de todas estas entidades, apresentam-se as definições que o Departamento de DST/AIDS adota para os distintos grupos representativos dos movimentos sociais, incluindo o Conselho Nacional de Saúde:

- a) o **Conselho Nacional de Saúde** é um órgão do Ministério da Saúde que formula a Política Nacional de Saúde e controla sua execução, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Também promove o controle social em toda a sua amplitude, nos setores público e privado. Constitui-se na instância máxima de deliberação do SUS. Sua composição conta com representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários (os quais correspondem a 50% dos membros), sendo que estes últimos são representados por distintos grupos de movimentos sociais. A escolha dos membros ocorre através de cada segmento de representação (usuários, trabalhadores e gestores), na conferência nacional de saúde, que acontece a cada dois anos. Os conselhos de saúde existem ainda a nível municipal, estadual, distritais (por distritos sanitários) e locais (por local de prestação de serviço de saúde, por exemplo, hospitais, unidades de saúde). Sua composição mantém sempre a mesma proporcionalidade (50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores) e a eleição ocorre a cada dois anos durante a realização da conferência de saúde correspondente (local, distrital, municipal ou estadual). Constituem-se, portanto, em importantes instâncias de controle social dos serviços de saúde;
- b) **organizações de sociedade civil (OSC)** são grupos, redes, fóruns, ONGs e movimentos sociais que atuam em diversas áreas, inclusive no combate à epidemia da aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis. Parceiras históricas do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, essas organizações representam a sociedade nos processos de análise e discussão das políticas públicas do setor no país. A participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas contribui para o exercício da cidadania e para o controle social;
- c) **Rede Nacional de Pessoas Positivas:** A RNP+ Brasil (Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids) surgiu em 1995, tendo como modelo a GNP+ (*Global Network People Living with*

HIV/Aids). Sua atuação é a de proporcionar aos portadores do vírus HIV/AIDS a oportunidade de se tornarem os principais protagonistas da história de luta contra a AIDS no país, conhecendo seus direitos e deveres enquanto cidadãos e também os mecanismos de políticas públicas de saúde. Seu trabalho tem como base sua carta e princípios e um dos principais mecanismos de atuação são os grupos de ajuda mútua. Constitui-se de um colegiado nacional formado pela Secretaria Nacional e cinco representantes regionais. Atualmente conta com representações estaduais nos principais estados do país e núcleos em vários municípios brasileiros;

- d) **ONGs de AIDS:** os Fóruns de ONG/AIDS e/ou articulação AIDS são espaços de representação das ONG e movimentos sociais com atuação em HIV/AIDS no âmbito de um estado. Uma das características desse espaço é a troca de experiência entre as diferentes organizações da sociedade civil, visando o fortalecimento das mesmas e deliberações conjuntas sobre assuntos e estratégias que envolvem o enfrentamento da epidemia da AIDS. Os Fóruns nasceram a partir de 1996, quando foi criado o Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo. Atualmente existem 27 Fóruns de ONG/AIDS, um em cada unidade da federação.

Neste tópico é relevante uma explicação sobre a sigla **PVHA** que significa pessoa vivendo com HIV/AIDS. Trata-se de uma denominação que considera as pessoas afetadas pela AIDS como sujeitos de direito e, esta tem sido a denominação unificadora que se harmoniza com a noção de solidariedade (BRASIL, 2012a).

Os Estados e Municípios integram a rede de atenção às PVHA, a partir da implantação dos Programas Estaduais e/ou municipais de DST, AIDS e hepatites virais e estruturam - se conforme as seguintes unidades (BRASIL, 2012a):

- a) **Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA):** serviços de saúde que promovem a equidade, o aconselhamento, o

acompanhamento e o diagnóstico do HIV. Suas ações têm como prioridade os segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade;

- b) **Serviços de Atenção Especializada (SAE):** são unidades ambulatoriais com equipe multiprofissional e suas atividades estão voltadas para a atenção integral, com realização do diagnóstico, aconselhamento, oferta de insumos de prevenção e medicamentos, além de total assistência clínica e psicossocial às PVHA;
- c) **Centros de Referência e Treinamento (CRT):** são unidades de referência para a atenção integral às PVHA e para a multiplicação de conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência. Além das mesmas atividades dos SAE, os CRT também realizam as seguintes atividades: acompanhamento do pré-natal da gestante com HIV; prevenção e tratamento de afecções odontológicas, abordagem nutricional e avaliação física e aconselhamento para a prática de exercícios físicos.

Como pode ser observado, há uma rede de atenção para a implementação das políticas públicas de AIDS, a nível nacional, estadual e municipal, vinculada ao SUS, ou seja, as unidades e serviços citados são estruturados dentro de uma rede maior de atenção à saúde, nos níveis, primário, secundário e terciário, compreendidos dentro dos serviços prestados através do SUS.

Esta rede deve pautar-se em arranjos de ações e de serviços de saúde distintos, mas que integrados buscam garantir a integralidade do cuidado e, ainda contar com a colaboração da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, as quais atuam muitas vezes como voluntárias junto a estes serviços.

3.2 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA E PERGUNTAS DE PESQUISA

O problema de pesquisa deste estudo é:

- **Como o Programa Brasileiro de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social?**

A partir deste problema de pesquisa e dos objetivos citados anteriormente foram definidas as seguintes perguntas de pesquisa:

- 1- Como a sustentabilidade social se caracteriza no contexto do desenvolvimento sustentável?
- 2- Quais elementos podem ser utilizados na análise da sustentabilidade social, no contexto de uma política pública multicêntrica da área da saúde?
- 3- Como ocorrem as contribuições do Programa Brasileiro de DST/AIDS para a sustentabilidade social a partir dos elementos identificados?
- 4- Quais fatores podem afetar a capacidade de manutenção e de desenvolvimento do Programa Brasileiro de DST/AIDS quando classificado como política pública multicêntrica?

3.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias de análise constituem as variáveis dos estudos qualitativos. Segundo Triviños (1994, p. 107), “[...] na pesquisa quantitativa, a variável deve ser medida; na pesquisa qualitativa, a variável é descrita [...]”.

De acordo com Creswell (2010, pg. 77), uma variável,

[...] refere-se a uma característica ou a um atributo de um indivíduo, grupo ou organização, podendo ser medida e observada, e que varia entre as pessoas ou organizações que estão sendo estudadas.

Neste sentido, Martins e Theóphilo (2007), entendem o construto como uma variável, ou conjunto de termos, de conceitos e de variáveis.

Para Triviños (1994, p. 108),

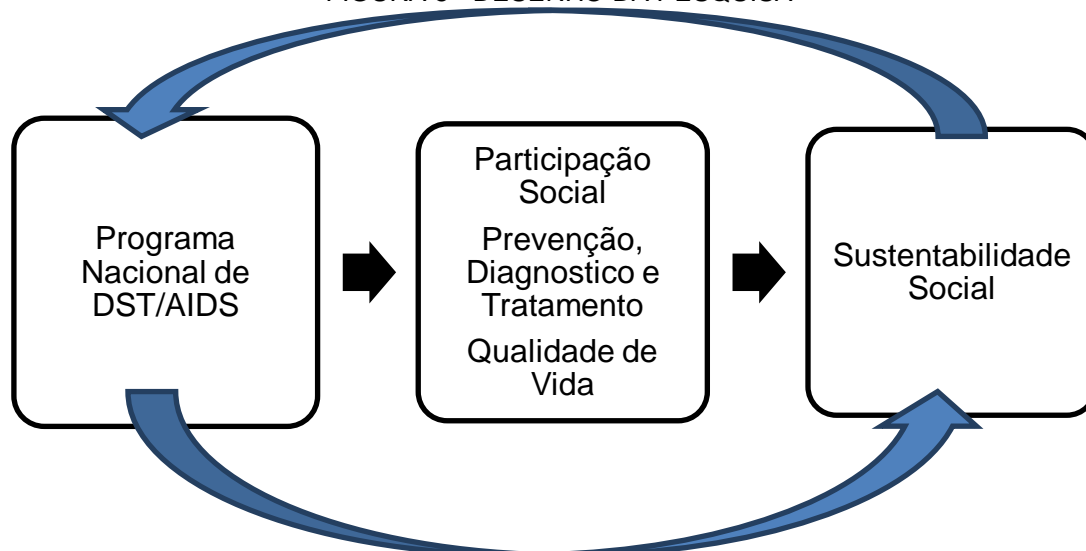
[...] as variáveis estão constituídas por conceitos. Estes conceitos têm definições gerais que é preciso, em primeiro lugar, esclarecer de forma precisa. Mas em geral estas definições são ambíguas, além de ser abstratas. Por isso, o investigador deve “operacionalizar” estes conceitos, dando-lhes um sentido, um conteúdo prático. Noutras palavras, a operacionalização das variáveis consiste em dar às variáveis um sentido facilmente observável.

Martins e Theóphilo (2007) acrescentam que as categorias de análise, isto é, as variáveis são os objetos de investigação que devem ser conceituadas e operacionalizadas através das respectivas definições constitutivas e operacionais. Construto possui um significado construído intencionalmente a partir de um determinado marco teórico, devendo ser definido de tal forma que permita ser delimitado, traduzido em proposições particulares e mensuráveis (MARTINS; THEÓPHILO, 2007).

Com o objetivo de auxiliar no entendimento das categorias envolvidas nesta pesquisa, elaborou-se a Figura 5, com base na afirmativa de Flick (2009), para quem o desenho da pesquisa deve ser um processo reflexivo que opera em cada etapa do projeto e dá uma orientação para o planejamento e a realização da pesquisa.

Neste projeto o desenho da pesquisa evidencia que as contribuições do Programa Nacional de DST/AIDS (unidade de análise desta pesquisa) para a sustentabilidade social serão analisadas a partir da participação social, do acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV/AIDS e da qualidade de vida.

FIGURA 5 - DESENHO DA PESQUISA



Fonte: Elaboração própria com base no referencial teórico

3.3.1 Definição das categorias de análise (DC e DO)

“Para conduzir os conceitos de nível teórico e abstrato para o empírico e o observacional, a ciência utiliza-se das definições”, (MARTINS, 2006, p. 70), que significam a tradução das afirmativas teóricas (do conceito teórico) em uma relação com o mundo real, baseada em fenômenos observáveis e mensuráveis (MARTINS; THEÓPHILO, 2007).

Para Martins (2006, p. 70):

A definição deve esclarecer o fenômeno sob investigação e permitir uma comunicação não ambígua. [...] Definir consiste em determinar a extensão e a compreensão de um objeto ou abstração, enunciar [...] os atributos essenciais e específicos do definido, tornando-o inconfundível.

Kerlinger (2007) afirma que existem dois tipos de definição: nominal ou constitutiva e operacional. Para Freitas (2012, p. 122): “A definição constitutiva de uma categoria de análise compreende a sua descrição conceitual, centrada na teoria levantada, e tem como finalidade esclarecer o entendimento que se faz uso a respeito do aspecto abordado sobre um fenômeno”.

Martins (2006) salienta que as definições constitutivas são insuficientes para os propósitos científicos, pois podem trazer imprecisões ou ambiguidades o que leva à necessidade de estabelecer definições operacionais, a qual irá atribuir significado concreto ou empírico a um conceito, ou variável especificando atividades ou operações necessárias para medi-lo ou manipulá-lo.

Tendo em vista o exposto acima são apresentadas a seguir as definições constitutivas (D.C.) e as definições operacionais (D.O.) das categorias de análise envolvidas neste estudo: sustentabilidade social e Programa Nacional de DST/AIDS.

- **Sustentabilidade Social**

DC: Sustentabilidade social significa equidade na distribuição e oportunidades; fornecimento adequado de serviços sociais incluindo saúde e educação, igualdade de gênero; responsabilidade política e participação social (Harris; Goodwin *apud* Dillard; Dujon, 2009).

DO: Foi operacionalizada a partir de três elementos conforme o quadro 8:

QUADRO 8 – ELEMENTOS DE ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL OPERACIONALIZADOS NESTA PESQUISA

Elemento de análise da sustentabilidade social	Operacionalização
Participação da sociedade no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de AIDS.	Foram analisados documentos e relatos dos atores envolvidos na formulação das políticas públicas de AIDS sobre a participação social, visando o controle social.
Acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS.	Foram ouvidos gestores, profissionais de saúde e participantes de movimentos sociais sobre os desafios da implementação das políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS, sistema de compras, produção e distribuição dos medicamentos e os desafios de manutenção desta política; foram ainda analisados documentos, dados dos sistemas de monitoramento oficial de diagnóstico e tratamento e efetuada observação não participante.
Qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS.	Foram analisados documentos e relatos dos atores do estado, sociedade civil e profissionais de saúde sobre a universalidade, equidade e políticas de inclusão social para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS

FONTE: Elaborado pela autora

- **Programa Nacional de DST/AIDS**

DC: O Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) foi criado a partir da publicação da Portaria nº 236, em maio de 1985. Tem como objetivo atuar na prevenção e tratamento das pessoas portadoras de HIV/AIDS. A compreensão da estrutura do PN DST/AIDS, suas atividades principais são também objetos de compreensão para uma adequada análise viabilizando a resposta à pergunta de pesquisa deste estudo.

DO: Foi operacionalizada a partir do levantamento das políticas públicas nacionais de controle do HIV/AIDS, que fornecem as diretrizes para as ações desenvolvidas através do Programa Brasileiro de DST/AIDS. Foi identificado o macro contexto, isto é a dimensão setorial desta política, considerando as esferas política, econômica e social e os atores que se relacionam direta ou indiretamente com estas políticas pública, a partir da análise documental, observação e das entrevistas semiestruturadas.

3.4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O objetivo da metodologia, segundo Martins e Theóphilo (2007) é o aperfeiçoamento dos procedimentos e critérios utilizados na pesquisa. Método (*do grego métodos*) é o caminho para se chegar a determinado fim ou objetivo. Para este mesmo autor, a metodologia é equiparada a uma preocupação instrumental: a ciência busca captar a realidade; a metodologia trata de como isso pode ser alcançado.

A abordagem metodológica a ser utilizada em um estudo científico depende da natureza do problema de pesquisa, assim como da especificidade das categorias a serem analisadas (MARTINS, 2006) e permite organizar uma sequência lógica da pesquisa para, conforme Yin (2010), conectar os dados empíricos às questões de pesquisa iniciais do estudo e, em última análise, às suas conclusões, validando o estudo realizado.

Serão apresentadas, a seguir, a abordagem e a estratégia utilizadas para esta pesquisa.

3.4.1 Abordagem do estudo

Esta dissertação caracteriza-se como pesquisa qualitativa considerando, segundo Martins (2006, p. xi), que esta “é caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos, em contrapartida à avaliação quantitativa onde predominam mensurações”. Creswell (2010, p. 26) complementa que “a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Para Godoy (2006, p.90), “a pesquisa qualitativa abrange várias formas de pesquisa e nos ajuda a compreender e explicar o fenômeno social com o menor afastamento possível do ambiente natural”.

Creswell (2010) alerta que a pesquisa qualitativa envolve diferentes concepções filosóficas, estratégias de investigação, métodos de coleta, análise

e interpretação de dados, onde o pesquisador assume um papel fundamental na coleta pessoal dos dados e na criação de seus próprios padrões de análise indutiva dos dados coletados. Triviños (1994, p. 126) salienta que existem marcadas diferenças nas questões de pesquisa qualitativas e a pesquisa quantitativa.

Retomando Godoy (2006), essa autora ressalta que neste cenário não se buscam regularidades e sim a compreensão e interpretação dos fatos. Creswell (2010) complementa que, neste sentido, toda pesquisa qualitativa é sempre interpretativa, considerando que o pesquisador faz uma interpretação do que vê, ouve e entende e, esta interpretação será influenciada por sua origem, história, contextos e entendimentos.

Triviños (1994, p.109) ressalta que “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”. Neste sentido, o pesquisador planeja o estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja.

3.4.2 Estratégia do estudo

Esta pesquisa utiliza a estratégia de estudo de caso, a qual é própria para a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, em profundidade, com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno (MARTINS, 2006; YIN, 2010).

No estudo de caso, o trabalho de campo deverá ser precedido por um detalhado planejamento, a partir de ensinamentos advindos do referencial teórico e das características próprias do caso (MARTINS, 2006). As suposições teóricas assumidas no início do estudo de caso devem ser vistas apenas como versões preliminares da compreensão do objeto, pois elas devem ser reformuladas e aperfeiçoadas durante o desempenho da pesquisa (GODOY, 2006).

Nesta perspectiva, Creswell (2010, p. 208) salienta que “os pesquisadores utilizam a teoria como uma lente que proporciona uma orientação que molda os tipos de questões a serem formuladas e informa como os dados serão coletados e analisados”.

Uma pesquisa efetivada a partir da estratégia de estudo de caso será realizada a partir de um detalhado planejamento como dito anteriormente e composta de várias etapas, conforme evidenciado no quadro 9:

QUADRO 9 – ETAPAS PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE CASO

ETAPAS DA PESQUISA	ATIVIDADE
1ª Etapa	Revisão Bibliográfica para construção da plataforma teórica da pesquisa.
2ª Etapa	Planejamento da pesquisa com elaboração das questões de pesquisa, fixação de parâmetros, elaboração de protocolo, estratégias de coleta de dados e análise dos resultados.
3ª Etapa	Coleta dos dados através de entrevistas, observação ou outro mecanismo que seja adequado à metodologia e às perguntas da pesquisa.
4ª Etapa	Análise dos resultados através do exame minucioso, classificação e categorização das informações coletadas. Poderá ser utilizada a técnica da triangulação de dados, onde os resultados são comparados entre fontes distintas de coleta de dados.

FONTE: Elaborado pela autora a partir de Martins, 2006.

É importante salientar que, nesta estratégia de pesquisa, o pesquisador não tem controle sobre as variáveis e os eventos, buscando capturar a totalidade de uma situação descrevendo, compreendendo e interpretando a complexidade de um caso real (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). Godoy (2006) complementa que no estudo de caso não se procuram manipular variáveis nem antecipar os resultados esperados por meio de hipóteses estabelecidas no formato *se-então*. Assim o pesquisador não se limita a um conjunto de variáveis, o que lhe dá oportunidade de encontrar variáveis e relações não imaginadas.

A partir da natureza dos objetivos do estudo de caso, o mesmo pode ser descritivo, interpretativo ou avaliativo, segundo Godoy (2006). Este estudo de caso está classificado como interpretativo, pois contém uma rica descrição do fenômeno estudado, busca encontrar padrões nos dados e desenvolver categorias conceituais que possibilitem ilustrar, confirmar ou opor-se a situações teóricas, entendendo teoria neste caso como a organização e o

desenvolvimento de um conjunto integrado de conceitos e do relacionamento entre eles (GODOY, 2006).

Martins (2006) ainda destaca que, em um trabalho científico com abordagem metodológica de estudo de caso, os critérios para torná-lo digno de expressividade, significância, enfim, qualidade, são extremamente rigorosos e necessariamente devem incluir validade e confiabilidade. Para este autor, a validade é um critério de eficácia de uma pesquisa, ou instrumento de medidas, referindo-se ao grau em que os achados, as respostas às questões da pesquisa, realmente expressam os objetivos da pesquisa. E a confiabilidade de uma pesquisa, é a sua coerência, determinada através da constância dos resultados, ou seja, refere-se ao grau em que repetidas aplicações nas mesmas situações produzem resultados iguais (CRESWELL, 2010).

De toda forma, o sucesso de um estudo de caso, segundo Martins (2006, p.3), “[...] depende da perseverança, criatividade e raciocínio crítico do investigador para construir descrições, interpretações, enfim, explicações originais que possibilitem a extração cuidadosa de conclusões e recomendações”.

3.4.3 Quadro representativo do estudo

Com o objetivo de uma visualização geral desta pesquisa apresenta-se um quadro descritivo da mesma onde consta o problema de pesquisa, objetivogeral e objetivos específicos, abordagem metodológica, e as categorias de análise.

QUADRO 10 – QUADRO REPRESENTATIVO DO ESTUDO

Caracterização da Pesquisa	Problema de Pesquisa	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Categorias de Análise	Elementos de Análise
Pesquisa qualitativa Estudo de caso Interpretativo Nível exploratório	Como o Programa Brasileiro de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social?	Analisar como o Programa Brasileiro de DST/AIDS contribui para a sustentabilidade social	Caracterizar a sustentabilidade social no cenário do desenvolvimento sustentável e identificar elementos para sua análise no contexto de uma política pública multicêntrica da área de saúde	Sustentabilidade Social	Participação Social
			Descrever como ocorrem as contribuições do Programa Brasileiro de DST/AIDS para a sustentabilidade social a partir dos elementos identificados		Acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS
			Analisar quais fatores podem afetar a capacidade de manutenção e desenvolvimento do Programa Brasileiro de DST/AIDS como política pública multicêntrica	Programa Nacional de DST/AIDS	Qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS

FONTE: Elaborado pela autora

3.5 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Esta pesquisa é um estudo de caso qualitativo, portanto é importante salientar que a pesquisa qualitativa é multimétodo por excelência, utilizando diversas fontes de informação (GODOY, 2006). Yin (2010) reforça este princípio afirmando que a evidência de um estudo de caso pode vir de diferentes procedimentos de coleta de dados.

Este autor cita seis tipos de fontes de dados: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Godoy (2006) reúne as fontes de evidências citadas por Yin em três grupos principais: observação, entrevistas e documentos. Creswell (2010) utiliza a mesma classificação de fontes de dados citada por Godoy (2006) e acrescenta a utilização de materiais audiovisuais, como fotografias, objetos de arte e filmes, entre outros.

Além do cuidado quanto às fontes de dados alguns princípios são importantes na realização dos estudos de caso, segundo Yin (2010):

- a) múltiplas fontes de evidências (duas ou mais fontes, convergindo sobre os mesmos fatos ou descobertas);
- b) banco de dados do estudo de caso (estrutura formal de evidência, distinta do relatório final do estudo de caso); e,
- c) encadeamento de evidências (vínculos explícitos entre as questões formuladas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou).

Este estudo utilizou evidências a partir de três tipos de fontes de dados, entrevistas semiestruturadas, observação e documentos, com a finalidade de possibilitar a triangulação dos dados, procedimento que será descrito adiante, mas que tem a função de validar os resultados encontrados no estudo (MARTINS; THEÓPHILO, 2007).

Segundo Yin (2010), a escolha da entrevista como fonte de dados é justificada na pesquisa qualitativa, pois os entrevistados não apenas fornecem ao pesquisador as percepções e interpretações sobre o assunto, como também podem sugerir outras fontes de evidências corroborativas ou contrárias.

“Na entrevista semiestruturada o entrevistador busca obter informações, dados e opiniões por meio de uma conversa livre, com pouca atenção a prévio roteiro de perguntas” (MARTINS, 2006, p. 27). Para Godoy (2006), este tipo de entrevista tem como objetivo principal compreender os significados que os entrevistados atribuem às questões e situações, sendo adequada para quando o pesquisador tem a intenção de apreender a compreensão do mundo do entrevistado. Triviños (1994) salienta que, numa pesquisa com enfoque qualitativo, a entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador, além de oferecer todas as perspectivas possíveis

para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

A realização de uma entrevista semiestruturada exige habilidade por parte do entrevistador, sendo um processo de coleta mais demorado e custoso, do que a aplicação de questionários, pontua Martins (2006). Deve, no entanto estar ancorada em um referencial que dá suporte teórico ao estudo complementa o mesmo autor, preocupação esta igualmente válida para a técnica da observação. Yin (2010) observa que, ao longo do processo de entrevista, o pesquisador tem duas tarefas. A primeira é seguir a própria linha de investigação, de acordo com o protocolo do estudo de caso. A segunda é interpretar as questões reais de uma conversação de maneira não tendenciosa, porem atendendo às necessidades da linha de investigação.

Outra fonte de evidências utilizada neste estudo foi a observação. Triviños (1994) afirma que observar é destacar de um conjunto algo especificamente, prestando atenção em suas características; na pesquisa qualitativa emprega-se usualmente a observação livre do desenvolvimento de determinada situação, satisfazendo as necessidades principais deste tipo de pesquisa.

Segundo Godoy (2006, p. 133) “[...] a observação tem um papel essencial no estudo de caso qualitativo” e nesta categoria segundo a mesma autora incluem-se as observações realizadas durante visitas de reconhecimento do local, observações de reuniões, observações efetuadas por ocasião da realização de entrevistas e outras situações para as quais o pesquisador tenha sido convidado.

Para Martins (2006, p. 23): “A observação, ao mesmo tempo em que permite a coleta de dados de situações, envolve a percepção sensorial do observador, distinguindo-se, enquanto prática científica, da observação da rotina diária”. É importante ressaltar que o observador deve ter competência para observar e obter dados e informações com imparcialidade, sem contamina-los com suas próprias opiniões e interpretações, sendo necessárias paciência, imparcialidade e ética, complementa o mesmo autor.

A terceira fonte de evidências utilizada nesta pesquisa foram os documentos. “A pesquisa documental se assemelha à pesquisa bibliográfica, todavia não levanta material editado, e sim cartas, memorandos, relatórios,

estudos e outros” (MARTINS, 2006, p. 46). Godoy (2006) entende a palavra “documentos” de uma forma ampla, incluindo os materiais escritos, as estatísticas e outros tipos de registros organizados em bancos de dados.

Segundo Yin (2010, p. 128), “[...] para os estudos de caso, o uso mais importante dos documentos é para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes”. Conforme Creswell (2010), ainda, os documentos representam a coleta de dados criteriosos uma vez que foram elaborados com atenção. As buscas sistemáticas de documentos relevantes são importantes em qualquer plano de coleta de dados; no entanto, alerta Yin (2010), todos os documentos foram escritos com algum objetivo específico e para algum público específico devendo, portanto o pesquisador analisar este contexto buscando corretamente a interpretação do conteúdo dessa evidência.

A análise de conteúdo consiste numa técnica de análise de dados que vem sendo utilizada com frequência nas pesquisas qualitativas no campo da administração (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Seu objetivo é estudar e analisar a comunicação de maneira objetiva e sistemática, onde se buscam inferências confiáveis de dados e informações a respeito de determinado contexto (MARTINS, 2006, p. 33).

Esta técnica de análise busca a essência de um texto nos detalhes das informações, dados e evidências disponíveis, trabalhando com detalhes do contexto, buscando entender a mensagem contida no todo da comunicação (MARTINS; THEÓPHILO, 2007). Flick (2009, p. 291) afirma que a análise de conteúdo “é um dos procedimentos clássicos para analisar o material textual, não importando qual a origem deste material”. Martins e Theóphilo (2007) complementam que a análise de conteúdo não trabalha apenas com o texto *per se*, mas também com detalhes do contexto. O interesse não se restringe à descrição dos conteúdos. Buscam-se entendimentos sobre as causas e antecedentes da mensagem, bem como seus efeitos e consequências.

As pesquisas científicas devem cumprir critérios de confiabilidade e validade, segundo Richardson (1999, *apud* Mozzato e Grzybovski, 2011). Para este autor, confiabilidade “indica a capacidade que devem ter os instrumentos utilizados de produzir medições constantes, quando aplicados a um mesmo fenômeno”. Creswell (2010, p. 224) salienta que “[...] a confiabilidade qualitativa significa que a abordagem do pesquisador é consistente entre diferentes

pesquisadores e diferentes projetos”. Para Yin (2010), o propósito da confiabilidade é minimizar os erros e vieses de um estudo e, neste sentido esse autor recomenda a documentação de todos os passos dos procedimentos da pesquisa.

Com esta perspectiva, o tratamento, análise e interpretação das evidências deste estudo de qualitativo foi realizado por meio da comparação do conteúdo obtido nas entrevistas, da análise dos documentos e da observação livre realizada durante as visitas, acompanhamento de atividades e participação de reuniões nas entidades e organizações onde foram efetuadas as entrevistas. Estes dados estão relatados no próximo capítulo desta dissertação. Desta forma é possível avaliar a confiabilidade da investigação, pois, segundo Martins (2006), a confiabilidade de um estudo de caso poderá ser garantida pela utilização de várias fontes de evidências, sendo que a significância dos achados terá mais qualidade ainda se as técnicas forem distintas.

A validade, para Creswell (2010, p. 225) é um dos pontos fortes da pesquisa qualitativa e se baseia na determinação se os resultados são precisos do ponto de vista do pesquisador, do participante ou dos leitores de um relato. Este autor recomenda a utilização de estratégias capazes de verificar a precisão dos resultados. Uma destas estratégias é a triangulação de diferentes fontes de informação de dados.

Segundo Triviños (1994, p. 138) “[...] a técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo[...]. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com a realidade social.

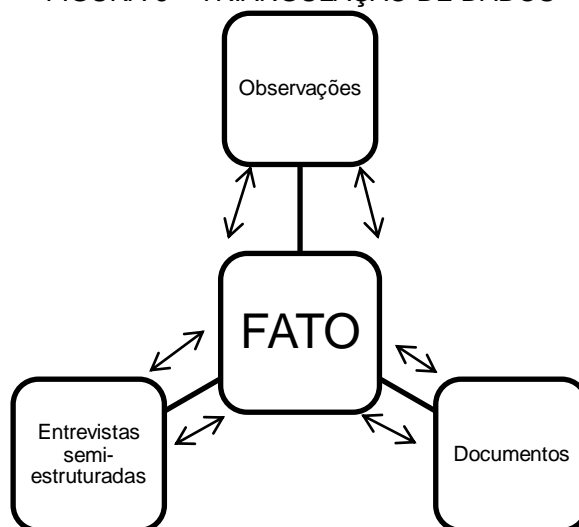
A triangulação, para Yin (2010), é desenvolvida a partir do uso de múltiplas fontes de evidência capazes de desenvolver linhas convergentes de investigação.

Creswell (2010) orienta que se efetue a triangulação das diferentes fontes de informação examinando suas evidências e utilizando-as para criar uma justificativa coerente para os temas. Segundo este autor, se os temas forem estabelecidos com base nesta convergência de várias fontes de dados,

pode-se dizer que esse processo está contribuindo para a validação da pesquisa.

Na análise dos dados obtidos a partir da pesquisa de campo deste projeto utilizou-se a triangulação entre as três fontes de dados: entrevistas, observação e pesquisa documental, conforme demonstrado na figura abaixo:

FIGURA 6 – TRIANGULAÇÃO DE DADOS



FONTE: Elaborado pela autora com base em MARTINS (2006, p. 81); YIN (2010, p.144)

Quando há convergência das diversas fontes de evidências, no caso deste estudo, documentos, observação e entrevistas semiestruturadas, tem-se um fato que pode ser tratado como uma descoberta ou como uma conclusão (MARTINS, 2006).

Para Mayan (2001 *apud* Bocchi, Juliani e Spini 2008) para que uma pesquisa qualitativa apresente validade, as conclusões da pesquisa precisam ser corroboradas pelos dados; a validade é julgada a partir da precisão com que as descrições dos eventos representam os dados.

Conforme já exposto, a partir deste encadeamento de dados evidenciado através da triangulação, busca-se o aumento da confiabilidade e da validade da pesquisa realizada.

3.6 FONTES DE DADOS

Este tópico descreve o processo de coleta dos dados desta pesquisa. É importante lembrar que a pesquisa qualitativa é multimétodo por excelência e utiliza várias fontes de informação (GODOY, 2006, p. 133). A pesquisa bibliográfica e a análise de documentos possibilitaram um prévio conhecimento do campo, bem como a identificação de especificidades capazes de conduzir a elaboração dos instrumentos utilizados para a condução da coleta de dados, que baseou-se nas entrevistas semiestruturadas e observação não participante, as quais forneceram os dados primários e na pesquisa documental que originou os dados secundários desta pesquisa.

3.6.1 Dados primários

Na pesquisa qualitativa a seleção dos participantes que melhor ajudarão o pesquisador a entender o problema e as questões da pesquisa são intencionais (CRESWELL, 2010). A finalidade da amostra neste tipo de pesquisa é a compreensão do fenômeno de interesse o que leva à escolha proposital dos sujeitos que irão contribuir com a coleta de dados, diferentemente da pesquisa quantitativa onde o objetivo é a generalização dos resultados à população da qual a amostra foi extraída (MAYAN, 2001, *apud* BOCCHI; JULIANI; SPINI, 2008).

Neste sentido, efetuaram-se contatos telefônicos com a Coordenação Geral do Programa de DST/AIDS, para quem foram esclarecidos os propósitos do estudo e solicitada a realização de entrevistas com os gestores, os quais, utilizando-se o critério de Martins (2006, p. 27), foram considerados “[...] informantes chave, isto é, elementos fundamentais capazes de fornecer percepções e interpretações de eventos [...]”.

Com esta mesma perspectiva de amostra intencional buscaram-se os profissionais de saúde da área e participantes de Organizações não Governamentais (ONGs) que desenvolvem atividades relacionadas com a AIDS e ativistas da Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/AIDS (RNP),

visando a obtenção de uma amostra representativa, não no sentido estatístico, mas sim, capaz de representar a relevância do fenômeno em estudo, conforme recomenda Flick (2009).

Optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas devido à possibilidade de obtenção de informações, dados e opiniões de maneira mais espontânea e conseqüentemente enriquecer o processo de coleta dos dados. Foram efetuadas dezenove (19) entrevistas semiestruturadas no período de julho a novembro de 2012. Utilizou-se um roteiro preestabelecido (APÊNDICE A), elaborado com base no conhecimento prévio do campo adquirido pela pesquisadora e buscando a obtenção de elementos capazes de responder às perguntas da pesquisa.

O quadro 11 resume os dados referentes às entrevistas realizadas.

QUADRO 11 – ENTREVISTAS REALIZADAS PARA COLETA DOS DADOS

ENTREVISTADO/Função	Número de entrevistados	Duração Total da entrevista
Gestores do PN DST/AIDS	3	4h40min
Gestores Regionais ou Municipais do PN/DST AIDS	4	3h10min
Profissionais técnicos da área	4	3h20min
Participantes das ONGs ou RNP	8	9h15min
TOTAL	19	20h25min

FONTE: Elaborado pela autora

É importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas pela própria autora da pesquisa, após esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que em caso de alguma dúvida ou esclarecimentos posteriores foram realizadas ligações telefônicas de curta duração aos entrevistados. O número de entrevistados não foi definido *a priori*, tendo sido a coleta interrompida com a saturação das categorias analisadas. Para definição dessa interrupção, os dados foram tratados e analisados durante a coleta, sendo que a saturação ocorreu quando houve repetição e nenhum fato novo foi acrescentado à coleta de dados, seguindo o proposto por Godoy (2006, p. 136): “Cabe ao pesquisador decidir quando ocorreu a saturação dos dados, ou seja, um ponto a partir do qual a aquisição de informações se torna redundante”.

Os dados primários nesta pesquisa foram, ainda, obtidos através da observação não participante, conforme denominação de Godoy (2006, p. 133), “[...] onde o pesquisador atua apenas como observador atento, procurando ver e registrar o máximo de ocorrências capazes de auxiliar na realização do trabalho”. Nesta pesquisa a observação foi efetuada por ocasião da realização das entrevistas, do acompanhamento ao atendimento a pacientes em um serviço ambulatorial especializado, em um centro de testagem e aconselhamento, acompanhamento de dispensação de medicamentos antirretrovirais em uma unidade farmacêutica referenciada e do acompanhamento de reunião realizada entre um grupo de profissionais de saúde e pacientes com o objetivo de orientação sobre a utilização de medicamentos antirretrovirais, onde os dados considerados relevantes foram registrados. A observação, neste contexto serve de complemento adicional às demais fontes de dados. O quadro 12 demonstra um resumo dos eventos acompanhados que resultaram em anotações de campo através do processo de observação não participante.

QUADRO 12 – RESUMO DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Evento	Número de pessoas participantes	Duração Total do evento
Atendimento a pacientes sob acompanhamento médico e terapêutico	9	2h45min
Acompanhamento do atendimento em um Centro de Testagem e Aconselhamento Municipal	6	2h
Acompanhamento da dispensação de medicamentos antirretrovirais em uma Unidade farmacêutica referenciada	4	1h20min
Reunião sobre orientação quanto ao uso adequado de medicamentos antirretrovirais	5	1h40min

FONTE: Elaborado pela autora.

3.6.2 Dados secundários

Para a obtenção dos dados secundários desta pesquisa foram analisados diversos documentos, os quais estão relacionados a seguir:

- a) documentos, relatórios oficiais e boletins epidemiológicos do Programa Nacional de DST/AIDS;
- b) leis e decretos emitidos pelo Governo Federal e organismos internacionais que se relacionam com a AIDS;

- c) *folders* de campanhas educativas diversas de âmbito municipal e federal sobre prevenção de AIDS e outras DST;
- d) notícias e documentos dos *sítes* das ONGs GAPA, VHIVER, Grupo pela vida, ABIA e Viomundo;
- e) notícias veiculadas na internet através do *blogs*saude.gov, *agencia* aids, Unaid-Brasil;
- f) foram visualizados e analisados vídeos disponíveis na internet sobre campanhas educativas de prevenção e controle do HIV/AIDS;
- g) consultados dados dos Sistemas de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD+4/CD+8 e Carga Viral (SISCEL).

3.7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

As escolhas relacionadas à realização da pesquisa implicam em algumas limitações metodológicas (CRESWELL, 2010). Podem ser considerados fatores limitantes para elaboração desta pesquisa: o fato de ser um estudo de caso único e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

A seleção dos participantes das entrevistas foi intencional, conforme recomenda Creswell (2010, p. 212): “a ideia que está por trás da pesquisa qualitativa é a seleção intencional dos participantes ou dos locais (ou dos documentos ou do material visual) que melhor ajudarão o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa”. Devido a problemas de agenda, distância física e disponibilidade de alguns atores selecionados previamente, os quais não puderam participar do processo de coleta dos dados devido aos motivos expostos acima, houve a necessidade de uma adequação. Para esta adequação, isto é, a substituição de entrevistados, contou-se com o auxílio de atores que já haviam sido entrevistados os quais sugeriram novos nomes, sendo que esta situação não representou prejuízo em termos de informações obtidas.

Com relação à análise documental é necessário mencionar que existem muito materiais documentais disponíveis sobre as políticas públicas de AIDS, tanto na forma impressa quanto em meio eletrônico para livre acesso. Sendo assim, utilizou-se um critério de análise baseado no conhecimento prévio da pesquisadora sobre o tema, nas orientações de alguns atores chave entrevistados e ainda procurou-se utilizar documentos oficiais, ou de organizações de abrangência nacional na luta contra a AIDS. No entanto, mesmo assim não se pode deixar de mencionar como uma das limitações desta pesquisa a visão teórica da pesquisadora.

Há que se considerar que, como toda técnica de pesquisa, as entrevistas apresentam limites, sendo que alguns são característicos da própria interação social que tem seu curso nas entrevistas (CRESWELL, 2010). Porém, conforme este mesmo autor recomenda em que pesem estas limitações, a entrevista certamente foi a melhor técnica para se abordar o objeto do estudo e a coleta de valiosas informações.

Segundo Godoy (2006, p. 122), “os estudos de caso adotam um enfoque indutivo na análise dos dados” o que pode representar uma limitação metodológica. Relativamente à análise dos dados as limitações inerentes foram superadas com a triangulação de diferentes métodos de coleta dos dados. Isso possibilitou a checagem da consistência dos dados e, no caso específico desta pesquisa como foram entrevistados atores distintos que se relacionam com as políticas de AIDS, sejam na qualidade de usuários, trabalhadores ou gestores, pode-se verificar que muitas vezes as percepções verificadas eram bastante semelhantes, o que levou a uma triangulação também entre os próprios entrevistados.

Esta pesquisa é um estudo de caso único, cujas conclusões não são generalizáveis estatisticamente, apenas analiticamente. Contudo, as informações obtidas e os resultados foram tão valiosos que podem servir de exemplo para outras políticas públicas, assim como para o planejamento desta mesma política.

Para Martins (2006, p. 142), “[...] em uma pesquisa qualitativa o pesquisador interage intensamente com o ambiente e com seus atores e, em todo o processo se depara com diversas questões éticas, metodológicas e políticas capazes de influenciar os resultados e a validade da pesquisa[...]”.

A metodologia escolhida para esta pesquisa apresenta limitações, mas levando-se em consideração a proposta deste estudo, os critérios metodológicos adotados foram aqueles que se mostraram mais adequados aos objetivos propostos por esta pesquisa, além disso, todas as especificidades de rigor metodológico recomendadas procuraram ser seguidas, assim considera-se que as limitações inicialmente mencionadas foram superadas.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo apresenta simultaneamente os dados coletados no estudo e sua análise, visando responder às perguntas de pesquisa. Inicialmente, especificam-se de forma detalhada, conforme recomendação de Creswell (2010), as etapas que foram desenvolvidas durante o processo de análise dos dados.

Conforme já descrito no capítulo da metodologia, a coleta de dados para este projeto de pesquisa ocorreu a partir de três fontes de evidências: entrevistas semiestruturadas, observação não participante e análise de documentos. Segundo Creswell (2010, p. 216) “o processo de análise dos dados na pesquisa qualitativa envolve uma reflexão e uma interpretação, buscando sentido no seu conteúdo e a construção de explicações para o entendimento do fenômeno em estudo”.

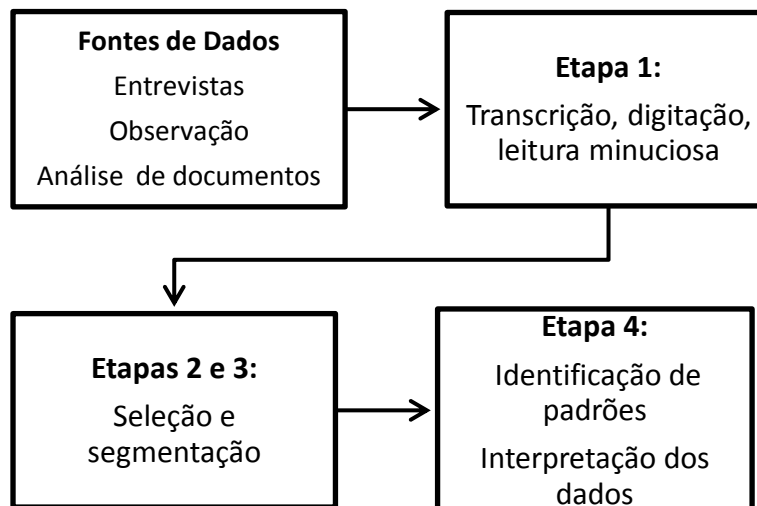
Portanto, e seguindo as orientações metodológicas de Martins (2006) e Creswell (2010), inicialmente realizou-se a transcrição das entrevistas e digitação das anotações das observações realizadas em campo e dos aspectos considerados relevantes dos documentos (Etapa 1).

As informações coletadas foram então submetidas a uma minuciosa leitura e, então selecionadas e segmentadas (Etapas 2 e 3), com o objetivo de organiza-las para a identificação de padrões viabilizando a comparação e a construção das conclusões.

Na última e quarta etapa da análise de dados efetuou-se a interpretação dos mesmos visando à busca de significados e explicações capazes de responder às questões propostas nesta pesquisa. Através do processo de triangulação dos dados primários e secundários, o qual está descrito no capítulo da metodologia, buscaram-se evidências com a finalidade de validar os resultados do estudo.

A figura 7 demonstra o processo de análise dos dados desta pesquisa.

FIGURA 7 - PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS



FONTE: Elaborado pela autora

4.1 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A questão de pesquisa que norteou este estudo trata de como as políticas públicas de HIV/AIDS no Brasil contribuem para a sustentabilidade social. Optou-se por avaliar a sustentabilidade social através da participação da sociedade na formulação, implementação e avaliação destas políticas públicas, na busca pelo controle social, das ações de melhoria de qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS e do acesso ao diagnóstico, tratamento e prevenção do HIV/AIDS.

4.1.1 Participação social- em busca do controle social

A participação social compreende, segundo Valla (1998, p. 9), “as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos de saúde”. Na perspectiva do Programa Nacional de DST/AIDS, esta participação ocorre formalmente a partir da CNAIDS, CAMS, conselhos local, estadual ou nacional de saúde, além de diversos grupos dos

movimentos sociais que se organizam em inúmeras organizações não governamentais que atuam especificamente, ou não, no combate ao HIV/AIDS.

Os gestores entrevistados esclarecem que o Departamento Nacional de DST, AIDS e hepatites virais preconiza as diretrizes e articula com os estados e os municípios a efetiva implementação das ações e projetos definidos. Portanto a sociedade civil participa num primeiro nível, das definições e formulações gerais da política de AIDS e, num segundo nível, de sua implementação nos estados e municípios, através dos programas regionais e municipais de DST, AIDS e hepatites virais.

Segundo os gestores, esta implementação é viabilizada através de um instrumento de planejamento de programação anual - Plano de Ação e Metas (PAM), o qual é definido no plano municipal ou estadual, com a participação da sociedade civil, respeitados os graus de autonomia, capacidade de execução e responsabilidades nos diversos níveis de governo.

O PAM, após definido e aprovado pelo conselho de saúde local, é apresentado pelo gestor de saúde e qualificado para recebimento de incentivo financeiro através de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, conforme Portaria Ministerial nº 2313 (MS-2002). Resumindo, cada Plano de Ação e Metas (estadual e/ou municipal), definido a partir das diretrizes nacionais, será viabilizado após o recebimento dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, conforme descrito.

Há, portanto, uma descentralização dos recursos financeiros e um processo de compartilhamento de responsabilidades entre os gestores estadual, federal e municipal para viabilizar as ações e projetos definidos em cada PAM, os quais são também monitorados através de um sistema próprio que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos e a evolução dos indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS.

No nível de estados e municípios existem, porém dificuldades na condução destes processos, conforme constatado nesta pesquisa, através de alguns relatos de atores da sociedade civil:

O processo de descentralização de recursos financeiros burocratizou o acesso aos fundos [...] hoje vai pro município pra ser mais adequado à realidade local, só que daí as ONGs não conseguem pegar o dinheiro [...] (E15)

A burocracia estatal é um problema para o acesso aos recursos financeiros. (E 19)

Preocupação semelhante foi também relatada por profissionais da saúde que atuam na gestão municipal:

[...] falta articulação lá em cima, para que as coisas aconteçam aqui embaixo. O município tem muita dificuldade de usar os recursos financeiros. (E 11)

É importante esclarecer que os recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são utilizados para as ações e projetos de controle do HIV, executados não apenas pelos estados e municípios, mas também através das organizações não governamentais, cujos projetos são previamente aprovados e, portanto tem direito ao recebimento do recurso financeiro.

Constataram-se ainda dificuldades de entendimento entre os níveis municipal e estadual sobre o uso de recursos financeiros, o que resulta em problemas diversos que vão desde a não participação das pessoas dos movimentos sociais em eventos da área, a não realização de eventos específicos para conscientização de populações vulneráveis, até o encerramento de atividades de algumas ONGs, conforme relatos de algumas entrevistas:

[...], há falta de entendimento entre o estado e o município e o governo federal sobre a utilização dos recursos dos PAM ocasionando que este dinheiro não chega para a ONG [...]. (E 12)

[...] Eles (Secretaria Estadual de Saúde) só liberaram o ônibus pra ir pro Encontro Nacional de ONGs/AIDS depois que o pessoal do Programa de outro estado [...] ligou e disse que tinha que liberar porque era importante que a gente fosse. (E 16)

É uma realidade segundo análise documental que algumas organizações não governamentais cujo foco principal de atuação é a defesa dos direitos das PVHA estão fechando as portas por falta de recursos financeiros, refletindo a “crise mais severa já enfrentada pelas ONGs/AIDS”, segundo relato de ativista do movimento.

Alertam ainda que sem recursos financeiros para as ONGs não há como garantir o controle social e muitas ONGs estão agora preocupadas com sua sobrevivência, não conseguindo pagar as contas de água, luz e isto tem um

reflexo direto no acompanhamento, acolhimento das PVHA e na assessoria jurídica.

Ressalte-se que, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), e portanto, das políticas públicas de AIDS o controle social significa a participação plena da sociedade na decisão, no acompanhamento e na avaliação das ações e projetos desenvolvidos (COELHO, 2012). Ou seja, quando se fala em controle social entende-se a plena participação da sociedade.

Algumas ONGs dependem exclusivamente do governo e outras têm subsídios externos mas, segundo os entrevistados, o grande problema está na burocracia do estado e na figura do coordenador estadual ou municipal.

Sob o ponto de vista da sociedade há uma crise no diálogo entre a sociedade civil e o estado, crise que se revela, segundo estes atores através do bloqueio da participação da sociedade civil, sendo que alguns chegam a afirmar categoricamente o fim do controle social.

Esta preocupação traduziu-se ainda na afirmação de que

[...] nas esferas municipal, estadual e federal, a AIDS tem sido desmantelada. (E 18)

Ou ainda, para outros atores, a concepção de que a AIDS é uma doença controlada, prejudica a obtenção de financiamento internacional para a sobrevivência de algumas ONGs.

Assim, alguns depoimentos relatam que:

A AIDS não é doença crônica; [...] continua matando. (E 14)

[...] A política pública de AIDS esta engessada na concepção de melhor política do mundo. (E 13)

Os gestores, por outro lado, avaliam que ocorreram mudanças no perfil epidemiológico da doença, mas conforme informação de um gestor de nível nacional, o controle da AIDS continua sendo prioritário:

A AIDS não é a mesma dos anos 80, existe uma estabilidade da epidemia, mas ainda tem muitos óbitos, [...], ela continua sendo prioritária. (E 3)

Pereira e Nichiata (2011, p. 3253) esclarecem que a concepção de doença controlada deve-se ao fato de que “as profilaxias e os tratamentos

atualmente disponíveis permitem que as pessoas com HIV permaneçam indefinidamente na condição de portadores, sem preencherem os critérios de definição de casos de AIDS”. As pessoas passam a viver com HIV, sem necessariamente manifestar a doença.

Observou-se de forma muito forte a questão da crise nas relações entre o Estado e a sociedade civil, conforme os seguintes depoimentos:

[...] Há banalização e arrogância do governo em relação à sociedade civil. (E 19)

As pessoas não estão tendo voz no conselho estadual de saúde, [...] não há parceria com o estado. Não há mais controle social. (E 13)

Neste sentido ainda alerta a sociedade civil que na sua visão, o movimento contra a AIDS foi estatizado, pois os recursos e a agenda têm sido determinadas pelo governo; as demandas da sociedade civil não tem sido ouvidas.

Duas outras questões que preocupam os atores da sociedade civil foram ainda relatadas: a primeira diz respeito à interferência de setores políticos com características mais conservadoras que traduzem ações discriminatórias na implementação de algumas decisões de nível federal e, neste sentido salientaram a questão do veto à campanha do carnaval de 2012, orientada para os homossexuais jovens (onde a incidência da AIDS cresce) e a não distribuição do kit antihomofobia, material composto de filmes e guia de orientação aos professores, que o Ministério da Educação-MEC ia distribuir em escolas públicas com o objetivo de acabar com o preconceito e a discriminação no ambiente escolar.

Na fala de um dos entrevistados:

O Brasil está mais conservador em suas posições nacionais. (E 12)

Especificamente, em relação a estas questões, tanto do kit antihomofobia, quanto da campanha de mídia do carnaval de 2012, ambas foram verificadas através de notícias veiculadas na mídia eletrônica e através da visualização do vídeo de campanha proibido e constatou-se que os problemas relatados realmente ocorreram.

A segunda questão preocupante para os movimentos sociais diz respeito ao processo eleitoral, no caso, as eleições municipais, devido ao período da coleta dos dados, onde se registrou a preocupação de que

[...], dependendo de quem ganhar a eleição, vai mudar o secretário, o coordenador e, tudo vai mudar, [...] (E 17)

Na coleta de dados, no entanto, não ocorreram apenas manifestações de problemas. Em alguns locais, a participação social na discussão do PAM, no conselho local de saúde é um fato, existindo, segundo a sociedade civil deste local, o controle social efetivamente. Porém, este tipo de relato foi minoria dentre o total de depoimentos ouvidos e documentos analisados.

Chama a atenção o fato de algumas organizações não governamentais de expressão na luta contra AIDS estarem fechando as portas, conforme constatado na coleta dos dados; assim a discussão do financiamento remete à análise do processo de descentralização dos recursos financeiros o qual foi mencionado como problema por alguns atores entrevistados, em documentos analisados e, observado durante as visitas realizadas às entidades.

Os gestores nacionais, por outro lado, observam que:

[...], o Ministério da Saúde não tem poder de interferir na autonomia do estado ou do município; [...] são 27 brasís, onde as diferenças regionais são muito grandes; cada um tem um problema; a região sul é diferente do sudeste, por exemplo [...]. (E 3)

Esta manifestação também não significa a falta de preocupação dos gestores nacionais com o que ocorre em nível dos estados e dos municípios; pelo contrario: observou-se grande preocupação com as diferenças regionais e com a condução de alguns programas que apresentam dificuldades em apresentar resultados efetivos.

Durante as entrevistas efetuadas com os representantes dos movimentos sociais verificou-se uma perfeita compreensão da sua função e do seu papel junto à sociedade na construção das respostas conjuntas à epidemia da AIDS, através dos seguintes relatos:

[...] O controle social é construir juntamente com o governo as políticas publicas e fiscalizar e monitorar e cobrar [...]. (E 12)

[...] Há anos batemos na tecla de que a prevenção custa mais barato, é mais fácil de se aplicar, e não tem aquele estigma pesado da

assistência aos portadores do HIV. Isto é: falta encarar de frente a prevenção, cair na real de que ela não é feita somente distribuindo preservativos, mas carece de uma política bem engendrada, publicitariamente bem armada, tendo como consultores assistentes sociais, psicólogos, sociólogos e a consulta imprescindível do jovem, que é a bola da vez. Só assim acertaremos em uma prevenção maduramente eficaz. (E 19)

Os atores dos três segmentos (gestores, sociedade civil e, profissionais de saúde) foram unânimes em afirmar que, na construção das políticas brasileiras de AIDS, o grande diferencial é o controle social efetivo; relatam que, se o programa de AIDS brasileiro é um dos melhores, é devido à atuação firme das ONGs/AIDS, as quais conseguem chegar onde o estado não chega, tendo um papel fundamental para acessar determinadas populações.

Os gestores consultados tem a mesma opinião, afirmando que:

[...], as políticas de AIDS são do estado e tem se mantido ao longo dos anos, apesar das mudanças de governo, justamente pelo fato de serem construídas a partir da participação do cidadão, do usuário. (E 2)

Como exemplo de que as políticas de controle do HIV/AIDS são prioritárias, os gestores citam o orçamento anual destinado ao Programa que chega a 10 milhões de reais, além de enfatizarem que o que há de melhor nesta política é justamente o controle social.

Para Stiglitz (2002), no contexto do desenvolvimento sustentável, o processo participativo deve ocasionar um diálogo aberto e requer que os indivíduos tenham voz nas decisões que os afetam. Sendo assim, garantir espaços de discussão onde as pessoas consigam manifestar suas posições e visões, de forma clara, ainda que divergentes, é imprescindível para a construção de uma democracia participativa. Formalmente, no caso em análise, das políticas públicas de AIDS, estes espaços existem por meio das diversas Comissões, Comitês, Conselhos e outros fóruns de discussão.

No entanto, há uma fragilidade nesta estruturação que é demonstrada pelas diferenças existentes principalmente nos níveis estadual e municipal, dependentes do gestor local e seu entendimento do processo de participação da sociedade na efetivação da política de controle do HIV/AIDS.

Visando à compreensão deste fenômeno, procurou-se a literatura consultada e verificou-se que Campos (2008), analisando as perspectivas do processo de descentralização de recursos financeiros iniciado a partir da

política de incentivo implementada através da portaria 2313/2002, alertava para uma resistência dos gestores locais e das ONGs ao processo de descentralização, o que poderia estar relacionado “a uma maior dificuldade de negociação no nível local e pelas novas competências transferidas ao gestor local, que passou a ser responsável pela maneira de incorporar o trabalho das ONGs à sua política de combate ao HIV/AIDS”.

Avalia-se que esta preocupação era procedente, pois conforme relatado no início desta análise o Programa Nacional (PN) é responsável por definir as diretrizes, as quais são implementadas em nível de estados e municípios, por meio de Planos de Ação e Metas (PAM) específicos. Assim, cada PAM depende de cada gestor municipal/estadual e sua compreensão e seus interesses e, da sociedade civil de cada estado e/ou município e sua capacidade de articulação e organização no sentido de garantir que a política municipal ou estadual reflita as diretrizes da política nacional. Seguramente, são muitas variáveis e, considerando a diversidade social, política e cultural do Brasil, resultados muito distintos podem ser esperados.

Assim, se as diretrizes definidas nacionalmente contemplam as demandas da sociedade civil, a sua efetivação local demonstra fragilidades evidenciadas através do processo de descentralização dos recursos financeiros que aliadas a características dos gestores locais e o nível de organização da sociedade civil localmente, podem comprometer a sua implementação.

Se, por um lado, é necessária a implantação de mecanismos de controle rígidos capazes de garantir o uso adequado e racional dos recursos financeiros do sistema público, por outro lado a capacitação adequada para a formulação de projetos dos usuários destes recursos é tão imprescindível quanto o controle de sua liberação. Nesta perspectiva é importante ressaltar que alguns gestores locais manifestaram sua preocupação quanto à necessidade desta capacitação.

Este tema remete a outra questão que consegue desequilibrar as forças na discussão envolvendo atores do estado e da sociedade civil e que diz respeito ao acesso às informações. Somente com conhecimento adequado o debate poderá ocorrer em um mesmo nível, o que é essencial, pois a construção de respostas efetivas às demandas sociais somente se dará a partir do amplo debate e de olhares diversos sobre o mesmo problema.

Sampaio e Araújo Jr. (2006) apontam para a existência de conflitos sociais nas discussões de políticas públicas e, segundo estes autores, é este conflito que mantém a dinâmica social. Os atores que participam destes processos de discussão são portadores de interesses e olhares distintos sobre a realidade, nem sempre convergentes e as disputas de poder estão presentes (ASSIS; VILLA, 2003 *apud* COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

Deve-se ressaltar que a participação é uma conquista da sociedade e deve ser assegurado o direito de cada um se expressar, ser ouvido e considerado e exercer oposição quando necessário. Stotz (2008, *apud* PEREIRA, 2010) salienta que, onde a participação popular não tem tradição de luta e organização, esta pode ser apenas uma forma de legitimar os atos dos gestores. A garantia desta participação se dá por meio da estruturação e representatividade dos movimentos sociais e, principalmente, de sua autonomia em relação ao Estado, ainda que sua sobrevivência enquanto organização ocorra na dependência dos recursos financeiros estatais.

Zaidi (2010, p. 138), analisando a questão dos direitos humanos em relação às políticas de controle do HIV/AIDS, afirma que a participação no caso do HIV/AIDS significa a contestação de hierarquias de poder nas comunidades e sociedades em geral.

A implementação dessa participação tem ocorrido devido à capacidade de mobilização, articulação e organização da sociedade através de seus movimentos como a Rede Nacional de Pessoas que vivem com o HIV/AIDS ou através das ONGs. Estas organizações garantem a realização do debate, possibilitam o avanço que se dá a partir de olhares distintos e legitimam as políticas públicas, contribuindo para que as mesmas atendam às reais necessidades da sociedade e do público a que são destinadas, podendo-se afirmar que a participação da sociedade na construção das políticas públicas de AIDS no Brasil tem sido um dos elementos capazes de contribuir para a construção de uma sociedade com maior justiça social.

4.1.2 Acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV/AIDS

Após 30 anos de AIDS, o Brasil tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade, como usuários de drogas ilícitas, mulheres profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, sendo que nesta última categoria a principal preocupação está concentrada na faixa etária de 15 a 24 anos de idade, e, em algumas regiões do País, segundo dados que constam do Boletim Epidemiológico AIDS-DST de 2011 (BRASIL, 2012b).

As ações desenvolvidas no nível de prevenção e diagnóstico são baseadas nos dados epidemiológicos, segundo informação do Ministério da Saúde através dos gestores. Assim, de uma maneira mais clara, as campanhas de prevenção, por exemplo, são dirigidas em especial às populações que apresentam maior vulnerabilidade à doença, o que é definido através dos levantamentos epidemiológicos publicados semestralmente.

A testagem laboratorial para o diagnóstico da AIDS é gratuita em todo o território nacional e disponibilizada em todo o sistema público de saúde. Desde 2005 foi implementada a realização do teste “rápido” em todo o país: com apenas uma gota de sangue, o resultado do teste sai em 30 minutos e a pessoa recebe aconselhamento antes e depois do exame.

Nas unidades de saúde visitadas e segundo informações coletadas através dos profissionais de saúde e participantes de ONG/AIDS, há bastante procura espontânea para fazer o teste, ocasionando até o fato de não haver mais demanda em alguns locais. Segundo estes relatos ainda, em locais onde os serviços de atenção à saúde são organizados não existe subnotificação, isto é, todos os casos de HIV/AIDS, a princípio, devem estar diagnosticados. Conforme dados do Ministério da Saúde desde o início da realização do teste rápido em 2005, houve um aumento de 430% no número de testes ofertados (528.000 testes em 2005 para 2,8 milhões de testes em 2012).

No entanto, apesar destes números e da informação de que não há subnotificação, em 2012 houve uma ampliação maior ainda da testagem rápida, através de uma ação do Ministério da Saúde denominada “Fique Sabendo”, cuja meta é possibilitar às pessoas que vivem com HIV e não sabem

disso ainda, a realização do teste para o diagnóstico precoce; este público, segundo levantamento do Ministério da Saúde está estimado em 150.000 pessoas em todo o país.

Esta ação justifica-se segundo os gestores entrevistados, pois:

[...] A AIDS mudou de cara e entrou em lugares aonde a prevenção e a informação não chegam; [...] estas ações têm sido pautadas pela epidemiologia [...], hoje homens que fazem sexo com homens, jovens e usuários de drogas ilícitas. (E 2)

Ou ainda:

[...] Ações de mídia são superimportantes para estes casos; [...], foco da campanha tem mudado para direcionar onde está aumentando a incidência. (E 4)

Existe a preocupação manifestada por outro entrevistado de que a maior dificuldade consiste no acesso às populações mais vulneráveis à doença:

[...] Novamente, existe o teste, acesso espontâneo ao diagnóstico, mas a dificuldade ainda é grande com as populações mais vulneráveis [...]. (E 6)

Além da realização dos testes rápidos, existe a distribuição de insumos para prevenção, como os preservativos e materiais informativos sobre as DST, AIDS e hepatites virais. Estas atividades geralmente ocorrem nas unidades de saúde, hospitais, centros de testagem e aconselhamento, ou em praças públicas, feiras ou ainda em eventos realizados com esta finalidade.

As ações de mídia são também desenvolvidas e dirigidas a públicos específicos, conforme tem modificado a incidência dos casos de HIV/AIDS. Neste sentido, as campanhas de prevenção da AIDS efetuadas anualmente para o período do carnaval têm sido discutidas e, em alguns momentos, são alvo de críticas por alguns setores.

Um dos relatos expõe a seguinte preocupação:

[...], campanha de prevenção busca de exames tem que ser população específica [...], não adianta falar se a população não vai ouvir [...], propaganda tem que ser dirigida. (E 7)

Este depoimento é uma crítica a campanhas que não são específicas para as populações vulneráveis, como é o caso da campanha realizada no carnaval de 2012 e que foi veiculada através da mídia, lembrando que a campanha original dirigida a homens que fazem sexo com homens foi vetada por setores conservadores da política nacional.

Quanto à questão da realização do teste rápido o alerta dos profissionais de saúde é no sentido de que ampliar a testagem apenas não adianta, deve haver capacidade de absorção da nova demanda.

(E 5) [...] Não se pode ampliar o diagnostico precoce e perder o paciente.

A consulta após o resultado positivo é necessária; segundo relatos este não tem sido um problema.

[...] Agendar a consulta tem sido relativamente fácil [...]. (E 7)

A solicitação do exame também pode ser independente de qualquer consulta:

É só chegar e falar com a enfermagem e pedir para fazer o exame,[...], mas não é só oferta de exame, tem que ter entrega do resultado e o convencimento do que aquele resultado significa para o paciente; [...], aí explicar da consulta, prevenção evitar se expor e tocar a vida. (E 6)

Esta fala traduz a preocupação não apenas com a oferta do exame diagnostico em si, mas com a existência de toda uma rede de atenção à saúde estruturada para dar o suporte psicológico e terapêutico para o paciente com resultado positivo.

Nesta mesma linha de pensamento algumas ONGs se manifestaram publicamente:

[...] A estratégia politica para a prevenção do HIV/AIDS, a partir do incentivo do teste, implica na estruturação de uma rede que possa garantir o efetivo acesso da população à testagem, o direito do sujeito desejar ou não se submeter ao teste, trabalhos de aconselhamento pré e pós teste, sistema de referencia e contra referencia, [...], além do sigilo do resultado. Sem tais garantias, a oferta do teste pode tornar-se sem efeito. (E 15)

Este atendimento em rede como citado envolve não apenas a realização do teste, da consulta, do aconselhamento, dos exames de acompanhamento diagnóstico, mas também a garantia de leitos hospitalares no sistema público de saúde para os casos de internamento. Ocorreram vários relatos da dificuldade de internamento hospitalar devido à redução de leitos destinados a atender os pacientes de HIV/AIDS. Esta foi uma questão de unanimidade, ou seja, todos os segmentos envolvidos especificaram a dificuldade de internamento hospitalar.

Outra preocupação relatada diz respeito à existência de serviços precários de saúde em vários municípios, e à falta de profissionais de saúde

qualificados para o atendimento especializado. Nesta mesma linha de pensamento, os gestores alertam que muitas vezes os profissionais de saúde são treinados através de cursos dirigidos e organizados especificamente para capacitar multiplicadores em locais chaves e, logo em seguida, após treinados, ao retornar para seu município de origem o profissional é transferido de setor:

O estado investe na capacitação de profissionais através dos multiplicadores [...], e ele se capacita hoje e amanhã muda de setor, (E. 2)

referindo-se ao treinamento oferecido pelo Departamento de DST/AIDS e hepatites virais e a mobilidade interna de servidores dos quadros das secretarias municipais e estaduais de saúde.

No ano de 2012, além da ampliação da testagem rápida o Ministério da Saúde efetuou uma nova recomendação de uso precoce dos antirretrovirais, antecipando o início do tratamento visando evitar a possibilidade de transmissão entre parceiros fixos discordantes (um parceiro é portador do vírus e o outro não) e, também devido à aprovação de um novo consenso terapêutico. Nesta ampliação do tratamento serão atendidos mais 35000 pacientes, portadores do vírus e que com esta medida dificilmente irão apresentar a doença, pois iniciam o uso do medicamento precocemente. Segundo o Ministério da Saúde (MS) esta medida foi tomada com base nos dados epidemiológicos e tem como objetivo combater a alta prevalência do HIV em populações específicas, como usuários de drogas ilícitas, jovens homossexuais e profissionais do sexo (BRASIL, 2012c).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso aos medicamentos antirretrovirais; segundo dados do MS um dos grandes benefícios resultantes desta política foi a redução do coeficiente de mortalidade por AIDS no Brasil que em 1996 era de 9,6/100.000 habitantes e, em 2005 havia reduzido para 6,0/100.000 habitantes (BRASIL, 2012b).

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Fundamentada neste contexto, em 1996 foi editada a Lei nº 9313/96 (BRASIL, 2012a) garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais no âmbito do SUS.

A disponibilização do medicamento envolve um ciclo que começa com a padronização, produção, aquisição, distribuição e controle do uso do medicamento. Assim, considerando a relevância da distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais para o êxito da política de controle do HIV/AIDS no Brasil, durante a coleta dos dados procurou-se entender todo este ciclo.

Segundo o MS (BRASIL, 2010), o tratamento com medicamentos antirretrovirais segue recomendações elaboradas por comitês assessores formados por especialistas da área, representantes da sociedade civil e de sociedades médicas. Essas recomendações são revistas e atualizadas à medida que novas drogas são registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou que novas evidências demonstrem necessidade de revisão, sempre na perspectiva do uso racional desses medicamentos.

O tratamento com antirretrovirais reduziu não apenas a mortalidade como também contribuiu para a melhoria da qualidade de vida das PVHA, segundo dados do Manual de adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). No entanto, uma das questões que mais tem preocupado, senão o maior desafio quanto à questão dos medicamentos antirretrovirais, é a adesão do paciente ao tratamento, ou seja, a efetiva e adequada utilização do medicamento prescrito.

Segundo o Manual de Adesão ao tratamento antirretroviral a adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida, mas constitui um dos maiores desafios na atenção das PVHA, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas e o uso de diversos medicamentos por toda a vida. Esta questão foi bastante relatada nas entrevistas como uma grande preocupação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos ativistas dos movimentos.

Segundo informações dos gestores nacionais o orçamento global para a política de distribuição universal e gratuita dos antirretrovirais (ARV) chega a 800 milhões de reais anualmente, valor que tem crescido à medida em que aumentam os custos de importação de alguns insumos não produzidos no Brasil ou da aquisição de medicamentos não produzidos nacionalmente, o que pode comprometer a manutenção desta política.

Ainda, segundo os gestores, a política de ARV é no sentido do país tornar-se autossuficiente na produção destes medicamentos, sendo que hoje o

Brasil consegue produzir onze dos quinze medicamentos utilizados no chamado “coquetel” contra a AIDS. Ressalte-se que para a produção nacional é necessária a aquisição dos insumos no exterior, uma vez que nosso país não efetua a síntese química destes compostos, conforme explicações da equipe técnica do MS.

Apesar de ainda não produzir a totalidade dos medicamentos alguns procedimentos adotados visam a redução do custo, como a compra centralizada pelo próprio Ministério da Saúde e a protocolização dos medicamentos de alto custo (liberação através do aval de um especialista-medico referencia); este critério de protocolização também visa a proteção, ou melhor a reserva de tratamento dos medicamentos de alto custo para casos em que aqueles de primeira linha já tenham sido usados anteriormente, sem resultado.

Segundo as explicações dos técnicos da área quando o paciente é “não aderente” ao tratamento por períodos prolongados alguns medicamentos desenvolvem uma “resistência” não apresentando resultados satisfatórios, sendo necessário utilizar-se de outros produtos de custo mais alto em detrimento daqueles de custo mais acessível. Estes produtos de alto custo chegam ao valor de cinco mil dólares por paciente o que representa um aumento maior ainda no gasto total com os medicamentos.

Outra estratégia adotada pelo MS no sentido de reduzir o custo com medicamentos é a negociação com a própria indústria e ainda, a concorrência entre dois medicamentos mesmo que não contenham os mesmos princípios ativos, mas de equivalência terapêutica. Isto é: no processo de negociação faz-se uma concorrência entre os fornecedores até que um deles baixe o preço. Isto é efetuado com medicamentos que são equivalentes no protocolo de tratamento (ex: lopinavir e atazanavir) e chama-se de concorrência indireta. Considerando que a compra é centralizada e, portanto as quantidades são muito grandes, envolvendo um alto valor financeiro esta estratégia tem dado resultados bastante positivos, segundo as informações dos técnicos da área no MS.

Um das estratégias descritas como das mais eficientes que o governo brasileiro adotou, segundo os técnicos da área, foi com relação à utilização do acordo internacional de patentes em que o país soube utilizar mecanismos

favoráveis de não reconhecimento de patentes o que possibilitou um impulso à produção nacional dos medicamentos antirretrovirais.

A logística de distribuição dos medicamentos, considerando as dimensões de um país como o Brasil é muito complexa, por isto as compras são efetuadas com um estoque de segurança de cinco meses e o monitoramento é efetuado a partir do próprio MS, com cobranças regulares das Unidades Distribuidoras de Medicamentos (UDM) no sentido de alimentar o sistema informatizado (SICLOM) para que o mesmo mantenha a informação de estoque e de dispensação ao paciente em tempo real.

O controle de uso dos medicamentos antirretrovirais é efetuado através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), o qual foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais e, permite que o PN mantenha-se atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, nas varias regiões do país. Estas informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínicas e laboratoriais dos pacientes em tratamento. Atualmente, em todo o País e segundo dados do MS, existem 715 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) antirretrovirais cadastradas, sendo que, destas, 639 estão aptas à dispensação dos medicamentos.

Assim que ocorre a prescrição do medicamento, o paciente é cadastrado no sistema (SICLOM), sendo que os medicamentos são dispensados para um período de um mês ou dois no máximo e, há um controle do uso através da data de retirada destes medicamentos; assim é possível saber exatamente se o paciente interrompeu o tratamento, não apenas pela data da retirada da medicação, mas também através dos resultados dos exames de carga viral que se alteram pela falta do uso adequado do medicamento prescrito.

Portanto a verificação da adesão do paciente ao tratamento é imediata; segundo informações de profissionais de saúde existem pacientes que utilizam medicamentos antirretrovirais há vinte anos.

Conforme constatado, eventualmente ocorrem algumas faltas de medicamentos. Nesta situação muitas vezes o profissional de saúde efetua trocas com medicamentos disponíveis desde que equivalentes no protocolo.

Esta ocorrência não é aceita de forma tranquila segundo os profissionais de saúde, pois alguns pacientes se revoltam e não querem aceitar a troca. No entanto, algumas ONGs relataram que esta situação é mais frequente do que na visão dos profissionais de saúde, e que muitas vezes as próprias ONGs efetuam trocas dos medicamentos entre elas tentando auxiliar para manutenção do tratamento dos pacientes que poderiam ser prejudicados.

É importante salientar que os medicamentos ARV não estão disponíveis no mercado para compra, sendo o acesso igual e irrestrito para todas as pessoas e, apenas através do sistema público de saúde portanto qualquer indivíduo que efetue um teste diagnóstico e necessite de tratamento com medicamentos deverá ser cadastrado no SICLOM e retirar de forma gratuita os medicamentos em uma Unidade dispensadora de medicamentos (UDM).

Assim, segundo um profissional de saúde:

[...] Nossa clientela vai desde o carrinheiro até o executivo e, todos são tratados da mesma maneira,[...]. (E 7)

Conforme descrito na revisão teórica o tratamento com a terapia antirretroviral (TARV) possibilita tanto o aumento da qualidade de vida dos portadores de HIV quanto a diminuição das internações hospitalares, decorrentes de infecções oportunistas e, conseqüentemente, a diminuição da mortalidade por AIDS (BLATT *et al.*, 2009). Assim, a adesão ao tratamento antirretroviral, conceituada como o efetivo uso da medicação segundo o prescritor consiste num desafio para que a política de controle e prevenção do HIV tenha êxito. Por isto foi uma das questões avaliadas na coleta de dados desta pesquisa.

Foram identificados através das entrevistas com profissionais de saúde, do acompanhamento de reuniões e do atendimento ambulatorial diversos fatores de não adesão ao tratamento, como:

- a) paciente estar assintomático e assim, não entender a razão de continuar utilizando os medicamentos;
- b) utilizar muitos medicamentos ao dia e atrapalhar-se com horários;
- c) apresentar muitos efeitos colaterais e com isto desestimular o uso;
- d) uso de drogas ou álcool e o paciente interrompe o tratamento;

- e) mobilidade urbana- paciente muda de uma cidade para outra e não se apresenta para cadastro na localidade da nova residência;
- f) falta de esclarecimento sobre a importância do tratamento;
- g) falta de vale transporte para ir a farmácia pegar o remédio;
- h) medo de ir a um lugar (no caso a Unidade de Saúde) e ser reconhecido como paciente de AIDS.

Nesta questão observou-se de forma bastante intensa a preocupação dos profissionais de saúde envolvidos solicitando capacitação da equipe multiprofissional de saúde para a adequada orientação fármaco terapêutica e relatam a falta de tempo para uma atenção maior, especialmente àquele paciente não aderente ao tratamento.

Enfatizam também a importância dos grupos de apoio ou grupos de adesão com a finalidade de reunir vários pacientes ao mesmo tempo em reuniões específicas para discussão das questões que envolvem a utilização dos medicamentos antirretrovirais e compartilhar esta discussão e orientação, pois o acolhimento e a solidariedade são fundamentais e tem reflexo direto na adesão do paciente ao tratamento, conforme Melchior *et al.*, (2007).

Por outro lado, alguns profissionais de saúde relatam que há casos de pacientes que efetuam o exame, recebem o resultado positivo e não buscam acompanhamento; estes pacientes apresentam negação à doença ou à condição de portadores do HIV e, embora não tenham sido disponibilizados dados oficiais neste sentido, a experiência dos profissionais entrevistados aponta para uma média de 10% de resultados positivos com os quais este fato ocorre.

Segundo Malta *et al.* (2005), vários fatores são descritos como predisponentes à não adesão terapêutica, tais como os relacionados ao regime terapêutico, ao paciente, e ao sistema de saúde, sendo destacados principalmente o grande número de medicações envolvidas, a complexidade terapêutica do regime de doses e a baixa tolerabilidade dos doentes em relação à terapia antirretroviral.

Esta pesquisa evidenciou que para o paciente cadastrado no sistema todo o acompanhamento ocorre de forma adequada. No entanto há ainda pacientes que fazem o teste, tomam conhecimento do resultado positivo e não

voltam ao sistema para tratamento. Portanto, segundo palavras de um profissional de saúde:

[...] Tem teste, tem exame, tem medicamento, mas tem que ter o indivíduo consciente e preparado para o contexto, o conjunto [...], tem que saber o que é ter AIDS, porque que precisa tratar, [...] e isso você só consegue se fizer um aconselhamento na hora da testagem. (E 9)

A preocupação dos profissionais que atuam no atendimento direto ao paciente com a questão da adesão ao tratamento pode ser também traduzida nos seguintes relatos:

[...] Tem que trabalhar adesão; [...], o que acontece com o cidadão que não pega o remédio? (E 8)

[...], paciente recebe a consulta, todos os remédios que ele precisa, pra triglicerídeos, antibiótico, [...], não é só o custo do HIV é também o custo da sua hipertensão e todas as suas outras doenças; [...] mais os exames de carga viral, mais CD3 e CD4". (E 11)

[...], tem que ir atrás do indivíduo para saber por que ele não pega o remédio e não faz o exame; [...], paciente que desaparece tem que levar uma "dura"; [...], não pode fingir que toma remédio. (E 9)

Houve ainda uma grande preocupação com a questão da manutenção da política de distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais, devido ao alto custo financeiro envolvido, o qual conforme já mencionado nesta análise de dados chega aos 800 milhões de reais anuais. Neste sentido houve uma manifestação de que as políticas de tratamento de diabéticos e hipertensos, como exemplos, custam menos que a AIDS e, que sob o ponto de vista da saúde pública outras doenças poderiam ser tratadas com este montante financeiro, sendo que se trata de um investimento muito alto para uma só doença.

Algumas sugestões como a criação de instrumentos de busca do paciente não aderente ao tratamento, ou instrumentos de merecimento, como a assiduidade às consultas e aos exames, para a continuidade do recebimento gratuito dos medicamentos, considerando que se pode chegar a um momento em que não haverá a possibilidade de continuidade desta política de distribuição universal e gratuita foram efetuadas.

Porém, os gestores nacionais afirmam que a meta do Programa Nacional é buscar a autossuficiência na produção não apenas de medicamentos, mas também de preservativos e de testes de diagnóstico, garantindo a manutenção desta política por muito tempo. Nesta perspectiva, as

medidas evidenciadas principalmente em relação à busca pela racionalidade da padronização dos medicamentos através dos protocolos, a aquisição dos medicamentos centralizada através do próprio Ministério da Saúde, a concorrência entre a própria indústria e os mecanismos de controle e monitoramento de uso dos mesmos, constituem-se em fatores efetivos e capazes de manter esta política enquanto necessário.

Um sistema socialmente sustentável tem como objetivo, entre outras questões, o fornecimento adequado dos serviços de saúde; conforme evidenciado em relação aos serviços que envolvem a prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS existe atualmente uma rede de atenção estruturada capaz de garantir o adequado monitoramento do número de casos, assim como de cada paciente cadastrado no sistema.

No entanto, algumas dificuldades foram evidenciadas como a questão do paciente que não utiliza efetivamente o medicamento prescrito, ou seja a não adesão ao tratamento e que pode ocorrer devido a diversos fatores.

Para Blatt *et al.* (2009), as dificuldades relacionadas aos efeitos colaterais, apesar de importantes, são insuficientes para explicar a não adesão ao tratamento. Por outro lado, parece mais difícil encontrar soluções técnicas para as relacionadas aos fatores sociais, como o estigma, uma vez que fazem parte de uma dinâmica social mais ampla.

Especificamente, com relação à questão da adesão ao tratamento torna-se necessário investir em mecanismos capazes de melhorar a atenção dispensada ao paciente, tais como os grupos de adesão ao tratamento, e possibilitar que os profissionais de saúde do SUS consigam dedicar mais tempo ao diálogo e atenção individual ao paciente, orientando sobre a importância e os prejuízos, não apenas pessoais, mas também sociais, da não adesão ao tratamento. É importante ressaltar que estas sugestões foram fornecidas pelos próprios profissionais de saúde que atuam na área o que demonstra seu conhecimento e sua preocupação com as políticas de HIV/AIDS.

4.1.3 Qualidade de vida

Conforme informações obtidas por meio de documentos analisados e da página oficial do Departamento de DST, AIDS e hepatites virais, em 1989, profissionais de saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, documento que foi aprovado, naquele mesmo ano, no Encontro Nacional de ONGs que trabalham com AIDS realizado na cidade de Porto Alegre. Esta Declaração especifica o direito à informação, à assistência e ao tratamento, proíbe qualquer tipo de discriminação ou restrição de liberdade ou de qualquer direito civil, incluindo o emprego, a participação em atividades coletivas, escolares e militares às pessoas que vivem com o HIV/AIDS. A Declaração ainda assegura a privacidade do portador do vírus em todos os serviços médicos e assistenciais e, proíbe a realização de teste de HIV/AIDS compulsoriamente, além de assegurar a continuidade da vida civil, profissional, sexual e afetiva às pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

Alguns estados brasileiros reforçam a proibição de qualquer tipo de discriminação em razão do HIV/AIDS, através da criação de legislação específicas, como é o caso do: Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo.

Existem legislações específicas também que garantem ao portador do vírus o direito de manter em sigilo sua condição sorológica no ambiente de trabalho, como também em exames admissionais, periódicos ou demissionais.

Outros benefícios conquistados foram o saque integral do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), a concessão do auxílio doença sem o prazo mínimo de contribuição, além da aposentadoria por invalidez, desde que confirmada através de exame de perícia médica.

Dentre as legislações específicas ainda, alguns estados da federação concedem gratuidade no transporte coletivo para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

No entanto, apesar destas legislações específicas conquistadas ao longo dos anos, devido à intensa participação das entidades de defesa dos

direitos civis das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, a discriminação e o preconceito ainda é uma realidade para estas pessoas.

[...] Ainda há estigma das pessoas que vivem com o vírus. (E 13)

[...] Alguns pacientes pedem para trocar o carimbo no atestado, [...], pra não aparecer infectologista, com medo de, na empresa, reconhecerem que ele tem AIDS [...]. (E 8)

Uma das questões levantadas ainda, na coleta dos dados em setembro de 2012, é a falta de equidade no atendimento, manifestada pelo depoimento de que:

[...] Quando uma travesti vai à Unidade de Saúde ela é chamada pelo nome jurídico e não pelo nome social [...].(E 19)

Com relação a este tema, em janeiro de 2013, através de notícia veiculada por meio do site oficial do Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, houve o anuncio por parte do Ministério da Saúde de que o cartão SUS, a partir de 28 de janeiro de 2013, utilizará o nome social das travestis e transexuais, numa ação de reconhecimento da legitimidade de gênero dessa população.

Com relação à inclusão social no mercado de trabalho, evidenciou-se nesta pesquisa que muitas ONGs fornecem cestas básicas, pois, há casos de PVHA que necessitam de auxílio para sua sobrevivência, as quais não apresentam nenhum rendimento financeiro.

Conforme relato de um representante das pessoas que vivem com HIV/AIDS:

[...] Assistência para as PVHA não tem nada [...]. (E 17)

Relato de ativista de uma ONG sobre este tema:

Algumas instituições aqui fazem este papel (inclusão social e inserção no mercado de trabalho), mas de forma ainda muito artesanal, precária, onde o que predomina é a boa vontade e o amor ao próximo. [...] Da parte do governo, seja municipal, estadual ou federal, o que se vê são discursos, reuniões, seminários [...] mas nada de palpável frutifica. (E 14)

Por outro lado outros depoimentos salientaram que:

Há pessoas que ao serem diagnosticadas querem se aposentar e permanecer nesta condição e outras, que estão superenquadradas, trabalhando, estudando, procurando emprego. (E 11)

Segundo informações dos gestores do Programa Nacional existe uma ação formal no sentido de inclusão no mercado de trabalho por meio de discussões do Conselho Empresarial do HIV/AIDS; além da atuação conjunta com este mesmo Conselho na promoção da prevenção do HIV e do acolhimento à PVHA no ambiente de trabalho, e a promoção junto às Centrais Sindicais da difusão da resolução 200 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O Programa Nacional atua ainda em conjunto com o Ministério do Trabalho e outras secretarias de políticas afirmativas, como é o caso da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial e com o Ministério da Educação através de programas de saúde e prevenção da AIDS nas escolas.

Especificamente em relação à atuação em conjunto com o Ministério da Educação, é interessante lembrar que, na análise da participação social efetuada anteriormente nesta pesquisa, constatou-se que foi elaborado um kit antihomofobia para distribuição nas escolas públicas e que não foi distribuído devido à pressão por parte de setores políticos conservadores.

A análise de documentos revelou que algumas grandes empresas não levam em conta a Resolução 200 da OIT e que não há patrocínio nenhum por parte das mesmas para eventos que visam a promoção da prevenção do HIV para sua comunidade interna.

A falta de recursos financeiros não apenas tem sido responsável pelo encerramento de atividades de algumas ONGs, mas também tem prejudicado seriamente as pessoas que vivem com o HIV/AIDS, pois atividades como a orientação sobre os direitos, a realização dos grupos de apoio psicológico e terapia ocupacional não podem ser efetivadas.

Apesar da falta de recursos financeiros, em alguns locais gestor e ativistas se unem e efetuam diversas atividades como a realização de palestras nas Semanas de Prevenção de Acidentes (SIPAT) de empresas, cursos periódicos com cabeleireiras, eventos em escolas e atividades de prevenção e informação junto a profissionais do sexo. Estas atividades são resultado de determinação, algum recurso financeiro e do trabalho voluntário das Pessoas que vivem com HIV/AIDS e dos próprios profissionais de saúde que trabalham além de sua jornada normal.

Segundo informações a participação da sociedade civil em nível de planejamento e elaboração das diretrizes é bastante efetiva, com espaço para argumentar e questionar, mas no entanto, algumas organizações preocupam-se mais com o seu projeto específico, sem olhar a questão da saúde como um todo. Crítica esta que também foi efetuada por um ativista do movimento RNP com a afirmação de que algumas ONGs representam um braço social do governo.

O Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais desenvolve um banco de dados específico, denominado Sistema de Monitoramento e Avaliação de Violações de Direitos Humanos em HIV/AIDS, para cadastro de denúncias de violações de direitos humanos relacionados às pessoas vivendo com HIV/AIDS, e às populações vulneráveis o qual pretende gerar indicadores quanto ao estigma e à discriminação, além de contribuir para o planejamento das ações.

A busca pelo desenvolvimento sustentável envolve a melhoria da qualidade de vida da população e, neste sentido as legislações específicas que garantem o direito à plena cidadania das pessoas vivendo com o HIV/AIDS contemplam as condições de emprego e renda e discriminação e preconceito, entre outras. Atendem, ainda, a noção de equidade, a qual, para Costa e Lionço (2006), pressupõe a adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade, garantindo, assim, o preceito constitucional de saúde enquanto direito universal.

Segundo Grangeiro *et al.* (2009) dentre as diretrizes de destaque na resposta brasileira à epidemia da Aids está o combate à discriminação e a promoção da equidade aos grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis.

O que se observou é que formalmente as diretrizes estão definidas claramente porém, quando se trata de sua implementação no nível dos estados e dos municípios, evidenciam-se as diferenças de compreensão, organização e articulação entre os atores do Estado e da sociedade civil.

Muitas conquistas foram conseguidas ao longo dos anos com relação à inclusão social, equidade e acesso universal ao sistema de saúde para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; no entanto, a fragilidade está evidenciada

quando estes direitos são colocados em prática, seja pela estruturação diferenciada dos serviços de saúde nos diversos municípios e estados, seja pelas diferenças de entendimentos dos gestores de saúde nestes níveis e, ainda pelas dificuldades de organização em alguns locais da sociedade civil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar de que maneira as políticas públicas de controle do HIV/AIDS no Brasil contribuem para a sustentabilidade social. Para tanto, realizou-se um estudo de caso tendo o Programa Nacional de DST/AIDS como unidade de análise.

Os objetivos específicos inicialmente propostos foram atendidos no decorrer do trabalho, evidenciando-se que políticas de redução da desigualdade social, de inclusão de minorias étnicas, de gênero e sociais, políticas públicas de saúde, educação, habitação e emprego, além da participação da sociedade nas definições que afetam as suas vidas são características da sustentabilidade social no contexto do desenvolvimento sustentável. Dentre estas se identificaram os elementos utilizados nesta pesquisa para analisar especificamente uma política pública multicêntrica sob a perspectiva da sustentabilidade social.

Foram também elencados fatores capazes de afetar a capacidade de manutenção e desenvolvimento do Programa Brasileiro de DST/AIDS, além de caracterizar-se o macro contexto em que as políticas de controle do HIV/AIDS estão inseridas, bem como os atores que atuam no processo de sua formulação, execução e avaliação.

Outra pergunta respondida nesta pesquisa relaciona-se com as contribuições para a sustentabilidade social do Programa Nacional de DST/AIDS, e, apontou que estas ocorrem através da garantia da participação da sociedade nas definições das políticas públicas do HIV, do acesso ao tratamento gratuito e universal aos medicamentos antirretrovirais quando necessário, do acesso aos meios diagnósticos, tais como o teste rápido para o HIV que é disponível em toda a rede pública de saúde, do acesso aos meios de prevenção do HIV e, também através de legislações que garantem os direitos civis das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, incluindo o emprego e a participação em atividades escolares, militares e quaisquer atividades coletivas, proibindo qualquer tipo de discriminação ou restrição de liberdade.

No entanto, esta pesquisa também apontou para algumas dificuldades relacionadas com desigualdades regionais, no nível das secretarias de estado e/ou municípios quando se trata da implementação das diretrizes das políticas

de controle do HIV/AIDS. É importante ressaltar que o Programa Nacional de DST/AIDS tem dois objetivos básicos que são impedir a transmissão do HIV e promover a saúde das pessoas que vivem com o HIV/AIDS e, para efetivá-los conta com uma rede descentralizada de prestação de serviços inserida no sistema único de saúde (SUS), cujas ações são executadas nos municípios e estados.

As desigualdades mencionadas e identificadas nesta pesquisa estão relacionadas com diferenças estruturais destes serviços, devido à insuficiência de pessoal e/ou falta de equipes capacitadas para o atendimento, diferenças de conhecimento e envolvimento dos gestores locais de saúde quanto aos programas desenvolvidos, o que ocasiona a interrupção de ações e projetos específicos e, problemas no recebimento dos incentivos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde.

Em nível regional, identificaram-se, também, dificuldades quanto à questão do acesso aos meios diagnósticos e preventivos, falta de leitos disponíveis para internamento, problemas de adesão dos pacientes à terapêutica medicamentosa e ainda deficiências na implementação das políticas que garantem a inserção social e a garantia dos direitos civis das PVHA.

A pesquisa demonstra que a descentralização de recursos financeiros para estados e municípios, cuja intenção era atender às demandas locais de maneira mais ágil, não vem ocorrendo da forma como deveria, pois, além de muitas das ações planejadas em nível local não serem executadas, algumas organizações que atuam na defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS estão encerrando suas atividades, fato este que compromete não apenas as atividades de apoio jurídico e social desenvolvidas, como também compromete sua participação nos fóruns de discussão, gerando uma crise na relação entre o estado e a sociedade civil organizada que atua no combate à disseminação do HIV/AIDS.

Este trabalho aponta, também, deficiências quanto à obtenção de informações por parte dos atores da sociedade civil, o que reduz a condição destes de participar em nível de igualdade de conhecimentos com os demais atores das discussões e definição de ações e projetos.

Neste sentido, é importante salientar que a participação da sociedade não deve servir apenas para legitimar os atos dos gestores, pois o avanço na formulação das políticas públicas ocorre a partir da discussão efetuada entre todos os segmentos da sociedade. Ou seja, as políticas não serão efetivas se não houver a participação do cidadão, trazendo a sua demanda e contribuindo com seu conhecimento e sua experiência. Buscando aprofundar o conhecimento específico sobre este tema, sugere-se a realização de pesquisas futuras que tratem da construção do capital social relacionado às políticas de HIV/AIDS.

Outro objetivo deste estudo era a identificação de fatores capazes de afetar a capacidade de manutenção desta política e, nesta perspectiva, os achados demonstram que um dos fatores capazes de comprometer sua viabilidade refere-se ao custo dos medicamentos antirretrovirais, o qual tem aumentado nos últimos anos devido, em parte, à dependência do Brasil em relação à importação de insumos farmacêuticos, o que aponta a necessidade de investimentos em capacitação tecnológica, sobretudo quanto à síntese de matérias primas farmacêuticas.

Outro fator que contribui para o aumento com o custo dos medicamentos antirretrovirais refere-se à sua própria eficácia, pois na medida em que aumenta a sobrevivência dos pacientes, aumenta a expansão da cobertura. Sendo assim, medidas como a intensificação do diagnóstico precoce são fundamentais para a prevenção da doença e redução da demanda por tratamentos novos.

Na perspectiva de racionalizar o uso dos medicamentos antirretrovirais, evitando o aumento de custos com os mesmos, vários mecanismos de controle de uso e da adesão ao tratamento, monitoramento de exames laboratoriais e negociações com a indústria farmacêutica têm sido implementados em nível nacional mas, considerando as diferenças regionais de efetivação destas ações, tornam-se necessários investimentos na capacitação das equipes de saúde da atenção básica, capazes de garantir uma uniformidade nas ações em toda a rede de atenção à saúde. A relação entre a variável adesão ao tratamento antirretroviral e a variável capacitação das equipes de saúde e/ou estruturação do serviço local de saúde podem ser temas de pesquisas futuras.

Os dados epidemiológicos analisados neste estudo ressaltam que alguns grupos populacionais apresentam vulnerabilidade à doença, o que evidencia ainda, dentro das desigualdades regionais levantadas nesta pesquisa a necessidade de acesso aos serviços de saúde de forma igual, sem qualquer tipo de discriminação ou preconceito e, também a importância da participação do usuário, do cidadão, pois ele é quem tem acesso às populações vulneráveis.

As dificuldades mencionadas fundamentam-se basicamente na heterogeneidade cultural, econômica, política e social do país e, considerando que o sucesso desta política deve-se em grande parte à participação do usuário, do cidadão, deve-se trabalhar na perspectiva de garantir espaços de discussão onde as pessoas consigam manifestar suas posições, ainda que divergentes, e capacitar o usuário no conhecimento dos mecanismos de utilização de recursos públicos. Deve-se avançar na perspectiva do controle social de fato, onde a participação não seja apenas um recurso gerencial, mas se transforme em um recurso de poder, capaz de influenciar na decisão, no acompanhamento e na avaliação desta política, pois é neste contexto da participação social que se constrói a sustentabilidade social.

Esta pesquisa utilizou o método qualitativo, e algumas limitações relativas ao método devem ser mencionadas, tais como a impossibilidade de generalização dos resultados, a possibilidade de influência de uma visão teórica da pesquisadora, bem como variáveis relativas aos dados coletados, no sentido da escolha da amostra, da formulação das perguntas, da escolha dos documentos analisados ou ainda de uma possível interpretação parcial do fenômeno em análise.

Além das sugestões de futuras pesquisas já mencionadas, poderão ser efetuados estudos que busquem aprofundar a compreensão das relações de poder existentes entre os atores que participam das discussões de formulação das políticas de AIDS no Brasil. Sugere-se ainda a extensão desta pesquisa para outras políticas públicas da área da saúde, assim como a continuidade deste estudo buscando uma análise quantitativa, a partir de uma coleta de dados que consiga abranger todas as regiões do País.

Esta pesquisa não tem a pretensão de criar um julgamento sobre o Programa Nacional de DST/AIDS, mas sim contribuir com uma visão da

mesma sob a perspectiva do desenvolvimento sustentável, o qual, conforme Joseph Stiglitz (2002), economista do Banco Mundial, representa uma transformação da forma tradicional de pensamento, uma transformação das relações tradicionais da sociedade, da forma tradicional de lidar com a educação e a saúde.

O estudo realizado permitiu responder ao problema de pesquisa proposto, e acredita-se que sua contribuição para a ampliação do conhecimento científico sobre o tema, estimule novos estudos para o aperfeiçoamento e discussão das dificuldades regionais mencionadas na implantação das políticas públicas de HIV/AIDS, da participação da sociedade na formulação de políticas públicas e da perspectiva destas políticas sob a ótica do desenvolvimento sustentável.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, R.S. **Medicamentos no Brasil: uma análise crítica da dinâmica técnica-setorial** (1996-2006). Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável). Brasília: Centro de Desenvolvimento Sustentável, UnB, 2007. 167p.

ALMEIDA, F. **Os Desafios da Sustentabilidade: uma ruptura urgente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 6ª reimpressão, 280p.

AVILA, S. **Sustentabilidade em DST/AIDS: caminhos para uma saúde possível**. In: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Aids e Sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil: Brasília, 2001.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião**, v. 14, n. 2, 2008. 43-64 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v14n1/02.pdf>>. Acessado em: 19 out. 2012.

BANCO MUNDIAL. **Relatório de Desenvolvimento**, publicado em 2010. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/6911301/approutl.pdf>>Acessado em:27 nov. 2012.

BARBIERI, J. C. et al. Inovação e sustentabilidade: novos modelos e proposições. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 50, n. 2, jun 2010. 146-154 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902010000200002&lng=en&tlng=pt>. doi.org/10.1590/S0034-75902010000200002. Acessado em: 14 abr. 2012

BARBOSA, G. S. O Desafio do Desenvolvimento Sustentável. Revista **Visões**, 4ªed., nº 4, v. 1, jan/jun, 2008.

BARROS, R. P. **Sobre a evolução recente da pobreza e da desigualdade**. IPEA, set. 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/090924_ComPres30Ricardo.pdf> Acessado em: 17nov.2012.

BELLEN, H. M. Desenvolvimento sustentável: uma descrição das principais ferramentas de avaliação. **Ambiente & Sociedade**, v. VII, n. 1, jan/jun, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v7n1/23537.pdf>> Acessado em: 14 nov. 2012.

_____, H. M. **Indicadores de Sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 2ª edição, reimpressão, 256p.

BLATT, C. R. et al. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. vol.42, n.2, pp. 131-6, 2009. ISSN 0037-8682.

BLOOM, E. E.; CANNING, D. Booms, Busts, and Echoes. How the Biggest Demographic Upheaval in History is Affecting Global Development. **Finance & Development**, september 2006; 8-13. Disponível em: <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/09/bloom.htm>>. Acessado em: 14 mar. 2012.

BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. **Métodos Qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão**. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Unesp, 2008. Disponível em: <http://www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/enfermagem/pesquisa_qualitativa_2008.pdf>. Acessado em 06 dez. 2012.

BOYLE, M. E.; BOGUSLAW, J. Business, poverty and corporate citizen ship: naming the issues and framing solutions. **Journal of Corporate Citizenship**, 2007. 101-122p. Disponível em: <<http://www.sba.pdx.edu/faculty/scottm/smaccess/GlobalSustainability/Day%202%20Readings/Business,%20Poverty%20and%20Corporate%20Citizenship%20-20Boyle%20and%20Buguslaw%20JCC.pdf>>. Acessado em: 07 set. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS: Princípios, diretrizes e estratégias**, 1999. 92p. Disponível em: < http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf>. Acessado em: 12 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da saúde, 2000, 44p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acessado em: 18 jan, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aids e sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 132p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aids_sustentabilidade.pdf. Acessado em: 25 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto ATAR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 408p.

_____. **Indicadores de economia, 2011**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/economia/indicadores/disoc_rdcg/indicadorview>. Acessado em 28 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental**

nos serviços especializados em DST/AIDS/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 128p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, 2012b. 159p. ISSN 1517-1159

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Notícias e Mídias em destaque.**(2012c) Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2012/destaques-na-midia-221112>> Acessado em: 05 dez. 2012.

CALLINICOS, A. Igualdade e capitalismo. In: BORO, A.; AMADEO, J. GONZALEZ, S. (Orgs.). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas.** São Paulo: Expressão popular, 2006.

CAMPOS, D. P. **Efeito do critério diagnóstico da Aids e da adesão ao tratamento antirretroviral na progressão clínica em HIV/AIDS.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. 163p.

CAMPOS, L. C. M. **Estado e Terceiro Setor na Prestação de Serviços Públicos: o Programa Nacional de DST/AIDS 1994-2005.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). São Paulo: Escola de Administração de Empresas, FGV, 2005. 233p.

_____. ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 48, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 abr. 2012.

CARVALHO, G. dos S. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: vivências do tratamento antirretroviral.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Londrina: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UEL, 2008. 99p.

CASSIER, M.; CORREA, M. Propriedade intelectual e saúde pública: a cópia de medicamentos contra HIV/Aids realizada por laboratórios farmacêuticos brasileiros públicos e privados. **RECLIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.83-91, jan.-jun., 2007. Disponível em: <www.reciis.cict.fiocruz.br>. Acessado em 03 jun. 2011.

CASTILLO, L. Inovação em Design para a Base da Pirâmide. **9º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em design.** Disponível: <<http://blogs.anhembi.br/congressodesign/anais/artigos/69125.pdf>>, Acessado em: 24 mar. 2012.

CENAIDS. Conselho Empresarial Nacional para Prevenção do HIV/AIDS. Página oficial. Disponível em: < <http://www.cenaid.com.br/index.asp>>. Acessado em: 30 dez. 2012.

CEPAL. O caráter histórico e multidimensional da globalização. In: **Globalização e Desenvolvimento**, 2002. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/10029/Apresentacao-Globalizacion.pdf>>. Acessado em: 23 mar. 2012

CEPAL. **Perspectivas Económicas de América Latina 2012**: Transformación del Estado para el Desarrollo, OECD Publishing, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/leo-2012-es>>. Acessado em: 19 nov. 2012. ISBN 978-92-64-12543-8.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 11ªed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHAVES, G. C.; VIEIRA, R.; REIS, R. Acesso a Medicamentos e Propriedade Intelectual no Brasil: Reflexões e Estratégias da Sociedade Civil. **Sur-Revista Internacional de Direitos Humanos**, nº8, p. 170-98, 2008. Disponível em: <www.surjournal.org> Acessado em: 08 jun. 2011

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saude soc.**, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO (CMMAD). **Nosso Futuro Comum**. Rio de Janeiro: FGV, 1991. 430p.

COSTA, A.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200006>.

COSTA-COUTO, M. H.; NASCIMENTO, A.C. Assimetria nas relações internacionais, propriedade industrial e medicamentos anti-aids. **Ciência&SaúdeColetiva**, 13(6): 1869-1877, 2008.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200010>

CRAIG SMITH, N; VACHANI, S. Socially Responsible Pricing: Lessons from the Pricing of AIDS Drugs in Developing Countries. **California Management Review**, 47, p. 117-144, 2004.

CRESWELL, L. W. **Projeto de Pesquisa: métodos, qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2ªed., 2007.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: Mato, D. (org), **Políticas de cidadania y sociedade civil em tempos de globalizacion**. Caracas: FACES, 2004

DILLARD, J. F.; DUJON, V. **Understanding the social dimension of sustainability**. Books.google.com, 2009. Disponível em: <http://books.google.com.br/books/about/Understanding_the_Social_Dimension_of_Su.html?id=Hh-aAWT47pEC&redir_esc=y>. Acessado em: 28 abr. 2012.

ELKINGTON, J. Enter the triple bottom line., 1994. Disponível em: <<http://kmhassociates.ca/resources/1/Triple%2520Bottom%2520Line%2520a%2520history%25201961-2001.pdf>>. Acessado em: 27 set. 2012.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>> Acessado em: 05 dez. 2012

FIOCRUZ. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 220p.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009. 3ªed. 408 p.

FOLADORI, G. Avanços e limites da sustentabilidade social. **R. paran. Desenv.**, n. 102, 2002. 103-113p. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/viewFile/214/176>>. Acessado em: 28 abr. 2012.

FREITAS, C. C. G. **Tecnologia social e desenvolvimento sustentável: um estudo sob a ótica da adequação sóciotécnica**. Tese (Doutorado em Administração). Curitiba: Programa de Pós-graduação em Administração, UFPR, 2012. 238p.

FRIEDMAN, M. The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits. **The New York Times Magazine**, September 13, 1970. Copyright @ 1970 by The New York Times Company. Disponível em: <<http://www.colorado.edu/studentgroups/libertarians/issues/friedman-soc-resp-business.html>>. Acessado em: 25 abr. 2012.

FROG DESIGN. The Future of Healthcare is in Your Hand(set). In: **Frog Design: Global Innovation Firm**, 2010. Disponível em: <<http://www.frogdesign.com/work/project-m.html>> Acessado em: 10 abr. 2012

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. **A Indústria farmacêutica no contexto do complexo industrial e do sistema de inovação em saúde**. Redesist. Disponível em: <http://brics.redesist.ie.ufrj.br/nt_brics.php?projeto=br11>, Acessado em: 10 abr. 2012.

GALLO, E.; COELHO, I. Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde: O Papel do Ministério da Saúde. In: BUSS, P.M., TEMPORÃO, J.G. ; CARVALHEIRO, J.R.(org.) **Vacinas, Soros e Imunizações no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GARCÍA-MARZÁ, D. La Responsabilidad social de la empresa: una definicion desde la ética empresarial. **Revista Valenciana de Economía y Hacienda (RVEH)**, Valencia, n.12, III/2004, P. 86. Disponível em: <http://portales.gva.es/c_economia/web/rveh/pdfs/n12/debate3_12.pdf> Acessado em: 25 abr. 2012.

GODOY, C.K. et al. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: saraiva, 2006.

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenho de programas. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, 20(3), p. 873-893, 2010.

GRANGEIRO, A. et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40 (Suppl.), p.60-9, 2006.

_____; LAURINDO DA SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam. de Salud Publica**, 26(1) p. 27-94, 2009.

_____; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12):2355-2367, dez, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/14.pdf>>. Acessado em 18 nov. 2012.

GRECO, D. B. A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, v.22(64), p.73-94, 2008.

GUIMARÃES, R. G. A Participação da Sociedade na Construção das Políticas Públicas Culturais no Brasil: um recurso gerencial ou de poder? VI Conferencia Regional de ISTR para América Latina e Caribe, Salvador, 2007. **Anais**. Disponível em: <<http://www.google.com.br/#hl>> Acessado em 28 nov. 2012.

HART, S.L. **O Capitalismo na encruzilhada: as inúmeras oportunidades de negócios na solução dos problemas mais difíceis do mundo**. Porto Alegre: Bookman, 2006. 232p.

_____. Foreword, in: Kandachar, P. ;Halme, M. **Sustainability Challenges and Solutions at the Base of the Pyramid: business, technology and poor**. Greenleaf, 2008.

_____ & MILSTEIN, M.B. Criando Valor Sustentável. **RAE executivo**, v. 3, n.2, p.65-79, maio/julho 2004.

HINKELAMMERT, F.A Globalidade da Terra e a Estratégia da Globalização. In: Boro, A.; Amadeo, J. & Gonzalez, S. (orgs.) **A Teoria Marxista Hoje: Problemas e Perspectivas**. São Paulo, Expressão popular, 2007, 488p.

HOBSBAWM, E. **Era dos Extremos: o breve século XX 1914-1991**. São Paulo, Companhia das Letras 2ªed., 43ª reimpressão, 2010. 598p.

HORST, M.M.L L. ; SOLER, O. Fundo Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde: mecanismo facilitador para melhorar o acesso aos medicamentos. **Rev. Panam Salud Publica**. V.27(1)-43-8, 2010.

IANNI, O. **A Sociedade Global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 7ªed.,1999.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Índice de Gini**. Revista Desafios do Desenvolvimento, 2007a. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23>Acessado em: 28 nov. 2012.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: Ipea : MP, SPI, 2007b. 152p.ISBN858617099. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/3_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acessado em: 28 nov. 2012.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010.184p.ISBN 857811043-9. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acessado em: 28 nov. 2012.

IPIRANGA, A. S. R.; GODOY, A. S.; BRUNSTEIN, J. Editorial. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 12, n. 3, ed. especial, 2011.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, 8(1), 1999, 31-48 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/04.pdf>> Acessado em: 28 out. 2012.

JIMENEZ, J. P.; AZCÚNAGA, I. L. ¿Disminución de la desigualdade en América Latina? El rol de la política fiscal. **WorkingPaper Series** No. 33, 2012. Berlin: desiguALdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America. Disponível em: <http://edocs.fu-berlin.de/docs/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDOCS_derivate_00000002105/33_WP_Jimenez_Online.pdf?hosts> Acessado em: 20 nov. 2012.

KANDACHAR, P. ;HALME M. **Sustainability Challenges and Solutions at the Base of the Pyramid – business, technology and the poor.** (ed.) Sheffield-UK: Greenleaf Pub. Ltd., 2008.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual.** Tradução de Helena Mendes Rotundo. 10. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA., 2007.

LAGO, R.F.; COSTA,N.R. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.15, suppl. 3, pp.3529-3540, 2010.ISSN 1413-8123.

LIMA, T.G.F.M.S. ; CAMPOS, R. P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **RECLIS- Rev. Eletr. De Com. Inf. Inv. Saúde**, v. 4 (1), p. 119-133, 2010.e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <www.reciis.cict.fiocruz.br>. Acessado em 13 dez. 2011.

LITTIG, B.; GRIEBLER, E. Social Sustainability: a catch word between political pragmatism and social theory. **Int. J. Sustainable Development**, v.8, n.1/2, 2005. 65-79p.

LOPES DO SANTOS, R. S. **Sustentabilidade do Programa Nacional de DST/AIDS: Análise da Capacidade de oferta e preços dos medicamentos antirretrovirais.** Dissertação. (Mestrado em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento). Rio de Janeiro: Instituto de Economia, UFRJ, 2010, 227p.

LUSTIG, N. **Pobreza, desigualdad y Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe**, setembro, 2011. Disponível em: <<http://www.cancilleria.gov.co/vicumbredelasamericas/assets/files/DocsSoporte/Inter-American%20Dialogue-Pobreza,%20desigualdad%20y%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20del%20Milenio%20en%20America%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>>. Acessado em: 20 nov. 2012.

_____; LÓPEZ-CALVA, L. F. **El mercado laboral, el Estado y la dinámica de la desigualdade em America Latina: Brasil, Mexico y Uruguay**, 2012. Disponível em: <<http://www.pensamientoiberoamericano.org/xnumeros/10/pdf/pensamientolberoamericano-194.pdf>>. Acessado em 20 nov. 2012.

MALTA, M. et al. Adherence to antirretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública** [online]. Vol. 21, n. 5, pp. 1424-1432, 2005. ISSN 0102-311X.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

_____; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2007.

MATEOS, S. B. A construção da democracia participativa. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, n.8, v.65, p. 18-33, 2008.

_____. Ajuda ao próximo e ao distante. *Desafios do desenvolvimento-IPEA*, Ano 8 nº 65, p.45-55, 2011.

MEDICI, A. C. A Saúde nos BRICs: progresso e perspectivas para 2011. **Diagn. Tratamento**, 16(1): 39-41, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586194&indexSearch=ID>>. Acessado em 05 mar. 2012.

MEINERS, C. M. M. A. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento antirretroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, July 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700002>.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol. 41, suppl.2, pp. 87-93, 2007. ISSN 0034-8910.

MENDONÇA, P. M. E.; ALVES, M. A.; CAMPOS, L. C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, São Paulo, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482010000100007&lng=en&nrm=iso>Acessado em: 25 abr. 2012.

MEYER, P. Voxiva: Alertas de Saúde para Todos. In: PRAHALAD, C. K. **A Riqueza na Base da Piramide: erradicando a pobreza com o lucro**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de DST/AIDS e hepatites virais. Direitos civis. Legislação sobre trabalho, 2010. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/recomenda%C3%A7%C3%A3o-sobre-o-hiv-e-aids-e-o-mundo-do-trabalho>>. Acessado em: 26 set. 2012.

_____. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/>> Último acesso em 29 dez. 2012.

MIRANDA, A. A. **Movimentos sociais, aids e cidadania: a construção social do direito à saúde no Brasil**. Dissertação.(Mestrado em Direito). Brasília: Mestrado em Direito, UnB, 2007, 149p.

MONTEIRO, A. L. de O. **Relação Estado e Sociedade Civil no Processo de Formulação e Implementação de Políticas Públicas**. Análise do Programa

Nacional de DST/AIDS (1980-2006). Dissertação. (Mestrado em Gestão Social e Trabalho). Brasília: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), 2006, 141p.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):261-270, 2004.

_____. A internacionalização de agendas de pesquisa: desafios e perspectivas. **Cienc. Cult.** [online]. 2005, vol.57, n.1, pp. 39-41. ISSN 0009-6725.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acessado em: 30 nov. 2012.

NAÇÕES UNIDAS (UN). **Press Release**, SG/S</7865, de 27 de junho de 2001. Disponível em: <http://www.un.org/News/Press/docs/2001/sgsm7865.doc.htm>. Acessado em: 13 abr. 2012.

NELSON, R; WINTER, S. "En busca de uma teoria útil de la innovacion", **Cuadernos de Economía**, v. XIX, n. 32, Bogotá, 2000. p. 179-223

NIDUMOLU, R.; PRAHALAD, C. K. ; RANGASWAMI, M. R. Why Sustainability is Now the Key Driver of Innovation? **Harvard Business Review**, sep., 2009.

NOBRE, F. S.; WALKER, D.; HARRIS, R. **Technological, Managerial and Organizational Core Competencies: Dynamic Innovation and Sustainable Development**. New York: IGI Global, 2011.

NUNN, A. S., et al. Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. **PLoS Med**, 4(11), 2007. e305. doi:10.1371/journal.pmed.0040305

OLIVEIRA, G. B. de. Uma Discussão sobre o Conceito de Desenvolvimento. **Revista FAE**, Curitiba, v.5, n.2, pg 37-48, mai/ago, 2002.

OMS (Organização Mundial da Saúde), **Estratégias AIDS 2011- 2015**, 2011. Disponível em: < http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/. Acessado em 4 nov. 2012.

OMANN, I.; SPANGENBERG, J.H. Assessing social sustainability. In: BIENNIAL CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR ECOLOGICAL ECONOMICS,7, mar. 2002, Sousse, Tunisia. **Anais**.

ONU (Nações Unidas no Brasil). **A ONU e a população mundial**. 2010. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-a-populacao-mundial/>>. Acessado em: 17 nov. 2012.

_____. **Chegando a zero.** 2010a. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf> Acessado em 03 dez. 2012.

PAIM, J. et. al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: <www.thelancet.com>, publicado online em 09 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acessado em 25 mar. 2012.

PEREIRA, A. J. **A sociedade civil organizada no enfrentamento da aids no município de São Paulo.** Dissertação. (Mestrado em Ciências). São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 2010, 119p.

_____, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. Vol. 16, n. 7, 2010, pp. 3249-3257. ISSN 1413-8123.

PIERANTONI, C.R. 20 Anos do Sistema de Saúde Brasileiro: o Sistema Único de Saúde. *Physis*, **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(4):617-624, 2008.

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40 (Supl.), p. 70-9, 2006.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.

_____; KRAMER, M. R. Creating Shared Value. How to reinvest capitalism- and unleash a wave of innovation and growth. **HBR**, jan/feb 2011, p.1-17.

PRAHALAD, C. K. **A Riqueza na Base da Pirâmide: erradicando a pobreza com o lucro.** Porto Alegre: Bookman, 2010.

_____; HART, S. L. The Fortune at the Bottom of the Pyramid. **Strategy+Business**, i. 26, p.1-14, firstquarter, 2002, e-Doc.

PRETTY, J. N. Participatory Learning for Sustainable Agriculture. **World Development**, v. 23, n. 8, 1995. 1247-1263p. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0305750X9500046F>> Acessado em: 23 out. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano 1993.** Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1993/>>. Acessado em: 27 out. 2012.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2003.** Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2003/>>. Acessado em: 27 out. 2012.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2004.** Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/hdr04_po_complete.pdf> Acessado em: 05 out. 2012

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2010.** Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/pt/>>. Acessado em: 13 out. 2012

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2011.** Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/pt/>> Acessado em: 15 set. 2012.

_____. **Desenvolvimento Humano. 2012.** Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li_DH>Acessado em: 18 set. 2012.

RAMOS, A. **Sustentabilidade Institucional: o desafio das organizações não governamentais.** In: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Aids e Sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil: Brasília, 2001.

RANZANI, C. S. **O descompasso entre o interno e o externo numa era de interdependência: o caso do acesso a medicamentos para HIV/Aids no Brasil.** Dissertação. (Mestrado em Administração). São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FGV, 2006; 135p.

REZENDE, M. J. Os objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU: alguns desafios políticos da co-responsabilização dos diversos segmentos sociais no combate à pobreza absoluta e à exclusão. **Investigacion y Desarrollo**, v. 16, n. 2, 184-213 p. 2008. ISSN-0121-3261. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26816208>>. Acessado em: 26 ago. 2012.

ROCHA, A. ; FERREIRA DA SILVA, J. Inclusão social e Marketing na Base da Pirâmide: uma agenda de pesquisa. **RAE eletrônica**, v. 7, n.2, jul/dez. 2008. ISSN 1676-5648.

ROCHA, G. M. et al. Adesão ao Tratamento Antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RODRIGUES, I.; BARBIERI, J.C. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. **Rev. Adm. Pública** (online) vol.42 nº6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2008. ISSN 0034-7612

ROGERS, P. P.; JALAL, K. F.; BOYD, J. A. **An introduction to sustainable development**. London: Earthscan, 2008.

RUA, M.G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2009.

SACHS, I. **Espaços, Tempos e Estratégias de Desenvolvimento**. São Paulo: Edições Vertice, 1986.

_____. **Estratégias de Transição para o Século XXI- Desenvolvimento e Meio Ambiente**. São Paulo: Studio Nobel, 1993.

_____. Desenvolvimento numa economia mundial liberalizada e globalizante: um desafio possível? **Estudos Avançados**, v.11, n. 30, 1997. 213-242p

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, 1369-1378 p., nov/dez 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>>. Acessado em: 29 set. 2012.

SAMPAIO, J.; ARAUJO JR, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, Sept. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000300010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 abr. 2012.

SCHEFFER, M. C. **Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008, 255p.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SEN, A. Globalmente resignados. **Revista de Economia Institucional**, v. 4, n. 6, 2002. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/article/reiecoins/v_3a4_3ay_3a2002_3ai_3a6_3ap_3a222-226.htm>. Acessado em: 22 out. 2012.

_____, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 8ª reimp., 2009.

SOUZA, B. M. B. et al. A política de Aids no Brasil: uma abordagem histórica. **J. Manag. Prim. Health Care**, v.1, n. 1, 2010: 23-6. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/5>> Acessado em: 29 nov. 2012.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

STIGLITZ, J. E. Participation and development: perspectives from the comprehensive development paradigm. **Review of Development Economics**, v. 6, n. 2, 2002. 163-182p. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/14549_5869557_1_061803.pdf> Acessado em: 22 out. 2012.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema único de saúde**. Conferencia Municipal de Saúde, Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acessado em: 05 dez. 2012.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. **Cad. saúde pública**, opinião, v. 13, n. 2, Rio de Janeiro, abr/jun, 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

UNAIDS – **Relatórios Epidemia AIDS**. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/arquivos/FS-Global.pdf>, acessado em 04/04/2012.

UNAIDS/ONUAIDS. **Estratégia UNAIDS/ONUAIDS 2011-2015**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf> ISBN 978-92-9173-883-0>. Acessado em: 27 nov. 2012.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde pública**. V. 14, sup. 2, 7-18, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>. Acessado em: 22 nov. 2012.

VEIGA, J. E. **Meio Ambiente e Desenvolvimento**. 2ªed. São Paulo: Senac, 2008.

VELLANI, C. L. ;RIBEIRO, M. S. Sustentabilidade e Contabilidade. **Rev. Contemporânea de Contabilidade**. UFSC, ano 6, v. 1, nº 11, pg. 187-206, jan/jun, 2009. ISSN- 1807-1821.

VORMITAG, E. M. P. A. A. **Saúde na Sustentabilidade**. TCC. São Paulo: Escola de Administração de Empresas- FGV-EAESP, Especialização em Gestão de Sustentabilidade-GVPEC, 2009, 104p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 4ªed., 2010.

YUNNUS, M. **Um Mundo sem Pobreza; A empresa Social e o Futuro do Capitalismo**. São Paulo: Ática, 2008.

Wikipedia- consulta sustentabilidade. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sustentabilidade>, acessado em 07/04/2012

ZAIDI, S. Objetivo 6 do desenvolvimento do milênio e o direito à saúde: contraditórios ou complementares? **SUR**, v. 7, n. 12, jun 2010, p. 129-151. Disponível em: <<http://www.surjournal.org/conteudos/pdf/12/07.pdf>>. Acessado em: 28 nov. 2011.

APENDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

Projeto de Dissertação: Programa de DST/AIDS e Sustentabilidade Social

Mestranda: Maria Matilde Zraik Baracat

Orientador: Prof. Dr. Farley Simon Mendes Nobre

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1- Em sua opinião os princípios da universalidade e da equidade estão sendo garantidos através das estratégias e ações que são implementadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS ?
- 2- Em sua opinião os processos de formulação das políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS tem sido pautadas pela participação da sociedade?
- 3- Em sua opinião quais os maiores desafios para a implementação das ações de prevenção e assistência considerando-se as diferenças regionais do Brasil?
- 4- Como tem se articulado as ações do Programa Nacional de DST/AIDS com outras políticas como a saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da criança e do adolescente, entre outras.
- 5- Existem políticas de inclusão social das pessoas que vivem com AIDS no mercado de trabalho e ou escolas, considerando-se as diversas faixas etárias?
- 6- Em sua opinião quais as perspectivas de sustentabilidade da atual política de acesso universal aos ARVs no Brasil?
- 7- Como é o sistema de compras dos ARVs e suas vantagens e desvantagens?
- 8- Qual é a capacidade do Brasil de produção dos ARVs?
- 9- Qual a política de negociação do MS com os produtores e a relação com a pesquisa (incentivo)?
- 10-Em sua opinião o licenciamento compulsório dos ARVs pelo governo brasileiro, foi fator decisivo para a atual política de acesso universal aos ARVs?
- 11-Em sua opinião a indústria farmacêutica tem estabelecido preços adequados à realidade socioeconômica da nossa população?

APENDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) como parte da pesquisa de campo do projeto de dissertação intitulado “**Uma Análise do Programa de DST/AIDS sob a perspectiva da Sustentabilidade Social**”, desenvolvido pela mestranda Maria Matilde Zraik Baracat. Esta pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Farley Simon Mendes Nobre.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para a pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____