

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Autor: Carlos Alberto Ebeling Duarte

**O PARADOXO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO FINANCIAMENTO PARA AS
AÇÕES DE DST/AIDS: VISÃO DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS DO
MOVIMENTO SOCIAL EM MUNICÍPIOS SELECIONADOS DO RIO GRANDE DO
SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do
certificado de Especialização em saúde Pública

Orientador: Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre – RS
junho/2008

AGRADECIMENTOS

Para a realização desta pesquisa fez-se necessário o auxílio e o apoio de muitos. Gostaria de registrar meus especiais agradecimentos àqueles que foram de fundamental valia para a produção deste trabalho:

Ao meu companheiro, **ALENOR ALVES DOS SANTOS**, pela sua infinita paciência em meus momentos de maior estresse.

Ao meu pai, **LUIZ JOSÉ VARO DUARTE**, pelas mais diversas influências exercidas ao longo de minha vida.

Ao orientador **ROGER DOS SANTOS ROSA**, por orientar, incentivar e apoiar de maneira incansável e paciente.

À amiga de muitas horas, **PATRÍCIA WERLANG**, pelo apoio e incentivo.

Ao **FÓRUM DE ONG/AIDS DO RIO GRANDE DO SUL** e todas as organizações que dele participam sem as quais este trabalho não seria possível.

À **DORA**, que com certeza entendeu os momentos em que não pude dar a atenção que ela solicitava.

RESUMO

Este trabalho procura analisar o processo de descentralização das ações em DST/HIV/aids sob a visão das Organizações Não-Governamentais que trabalham com aids – ONG/aids em municípios selecionados do Estado do Rio Grande do Sul e a percepção delas sobre a Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids.

A proposta é de um estudo de caráter exploratório com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias. Foi aplicado um questionário semi-estruturado em entrevistas com a população alvo. Também foi realizada uma revisão bibliográfica sobre descentralização e políticas de incentivo, bem como ações desenvolvidas pelas ONG/Aids ao longo dos anos de epidemia.

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização, com direção única em cada esfera de governo. No entanto a definição das políticas de saúde muitas vezes é feitas através de Políticas de Incentivo Federais. Apesar de existir uma Política Nacional de DST/aids, as ações desenvolvidas nos municípios variam muito de acordo com as determinações políticas, sociais e culturais dos gestores e dos grupos sociais mais influentes muitas vezes não levando em conta as necessidades específicas das populações mais atingidas pela aids e historicamente discriminadas.

Os resultados apontam para a dificuldade da sociedade civil de ter suas demandas transformadas em ações concretas junto aos Planos de Ações e Metas – PAM e de garantir ações para as populações mais atingidas pela epidemia de aids. As populações historicamente excluídas continuam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde em função do preconceito e da discriminação de que são vítimas.

Unitermos:

Descentralização, SUS, AIDS, ONG, Participação Comunitária

ABSTRACT

Decentralization is one of the principles of the Brazilian National Health System (SUS) to be managed by each governmental level. However the definition of health policies is often made by federal policies of incentive. Although there is a National Policy on STD/AIDS, the actions undertaken in the districts vary widely according to the political, social and cultural determinations. Also, the local managers and also the most influential social groups often do not take into account the specific needs of the populations most affected by AIDS who are historically discriminated against it.

This exploratory study aims to analyze the process of decentralization of actions in STD/HIV/AIDS under the vision of non-governmental organizations which work with AIDS (NGOs/AIDS) in selected districts of the state of Rio Grande do Sul and their perception about the Policy of Incentive of the National Program of STD/AIDS.

It has been performed a literature review on decentralization, incentive policies and actions undertaken by NGOs/AIDS over the years of the epidemic. A semi-structured questionnaire was applied in the interviews (8 NOGs/AIDS) with the target population.

The results point to the difficulty of civil society to take their demands turned into concrete actions expressed on the Action Plans and Goals (Plano de Ações e Metas - PAM) and actions to ensure the people most affected by the AIDS epidemic. The historically excluded populations continue having difficulties to access health services due to the prejudice and discrimination they face.

Keywords:

Decentralization, SUS, AIDS, NGOs, Community Participation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABGLT** – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas Travestis e Transexuais
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês)
- CES/RS** – Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- ENONG** – Encontro Nacional de ONG/aids
- FEPPS** – Fundação Estadual de Produção em Pesquisa em Saúde
- FHC** – Fernando Henrique Cardoso
- GLBT** – Gays, Lésbicas, Bissexuais e Travestis
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês)
- MS** – Ministério da Saúde
- OG** – Organizações Governamentais
- ONG** – Organizações Não Governamentais
- ONG/aids** – Organizações não governamentais que trabalham no enfrentamento da epidemia de aids
- OSC** – Organizações da Sociedade Civil
- PAM** – Plano de Ações e Metas
- PN-DST/AIDS** – Programa Nacional de DST/aids
- PRD** – Programa de Redução de Danos
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- PVHA** – Pessoas Vivendo com HIV/aids
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UDI** – Usuários de drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1. Introdução.....	07
1.1. Definição do problema.....	07
1.2. Justificativa.....	08
1.3. Objetivos.....	09
1.3.1. Objetivo geral.....	09
1.3.2. Objetivos específicos.....	09
2. Procedimentos metodológicos.....	11
3. Desenvolvimento de conteúdo.....	15
3.1. Revisão teórica.....	15
3.2. Apresentação e discussão dos resultados finais.....	20
3.2.1. Caracterização das Organizações Não Governamentais que trabalham com AIDS – ONG/AIDS participantes	22
3.2.2. Descentralização do SUS.....	23
3.2.3. Estratégias de articulação.....	30
3.2.4. Participação em Instâncias de Controle Social no SUS.....	34
3.2.5. Facilidades e dificuldades na elaboração dos Planos de Ações e Metas – PAM	39
4. Conclusões/Considerações finais.....	51
Referências Bibliográficas.....	56
Anexos.....	59
Anexo 1.....	59
Anexo 2.....	60

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definição do problema

A presente pesquisa busca conhecer como as Organizações Não-Governamentais que trabalham no enfrentamento da epidemia de aids – ONG/aids no Rio Grande do Sul estão percebendo o momento de reestruturação das ações de saúde em DST/HIV/aids no Sistema Único de Saúde – SUS.

A implantação da Portaria 2.313/02 do Ministério da Saúde, que trata da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids junto a estados e municípios selecionados, repassa recursos “carimbados” e responsabilidades aos estados e municípios habilitados, para incentivar a execução das políticas locais para enfrentamento das DST/aids, inclusive no que se refere ao relacionamento com as ONG.

Este estudo busca perceber como estas ONG/aids estão se mobilizando frente às mudanças decorrentes da descentralização proposta por esta portaria, no estabelecimento das articulações locais tanto com gestores como com outros grupos influentes na definição das prioridades em saúde e na manutenção das ações de enfrentamento da epidemia de HIV/aids e outras DST, principalmente no que diz respeito às populações mais vulneráveis, excluídas e estigmatizadas.

A elaboração do Plano de Ações e Metas – PAM, exigido pela mesma portaria, deve ser elaborado em conjunto com a sociedade civil, tendo sua fiscalização, acompanhamento de execução, monitoramento e avaliação também feita em conjunto. Estes PAM devem passar por discussão e aprovação junto aos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis de gestão.

Conforme o contexto político local, esta participação ocorre de maneira diversa, com as propostas das ONG sendo incorporadas ou não ao PAM. O respeito às necessidades e especificidades das populações mais vulneráveis ao HIV/aids e outras DST podem variar bastante de acordo com a realidade sócio-cultural local.

Dentro do contexto do Pacto pela Saúde, as ações de saúde para HIV/aids e outras DST não estão relacionadas nas prioridades do Pacto pela Saúde, no entanto, o financiamento através da Política de Incentivo está mantido dentro do Pacto de Gestão junto ao Bloco de Financiamento para Vigilância em Saúde.

Existe uma tendência a médio prazo de que as ações de saúde em DST/aids passem a incorporar as ações da atenção básica deixando de ser um recurso específico e compondo um bloco de financiamento único. Neste caso, as ações de saúde em DST/aids deverão estar nas prioridades definidas pelo gestor local em parceria com a comunidade nas instâncias de participação social do SUS.

A Portaria 325 do Ministério da Saúde, de 25 de fevereiro de 2008, passa a incluir a questão da aids nas prioridades pactuadas dentro do Pacto pela Vida. Em seu art. 1º inciso IV a aids e a hepatite passam a fazer parte das doenças emergentes e endêmicas que devem ter respostas fortalecidas.

1.2. Justificativa

Este estudo busca contribuir para um melhor entendimento por parte da sociedade civil sobre a importância das articulações locais na definição das prioridades em saúde dentro da conjuntura de descentralização proposta pelo SUS.

As relações construídas entre OG e ONG estão consolidadas em relação ao PN-DST/Aids. Ao longo destes 20 anos de Programa Nacional as relações com a Sociedade Civil foram construídas de forma segura. Muitos ativistas do Movimento Aids e/ou gestores sub nacionais que se destacaram por suas atuações ocuparam e/ou ocupam cargos importantes dentro do PN-DST/aids o que facilita muito estas relações.

Também a estrutura do PN-DST/aids tem mudado muito pouco nestes anos, independente das mudanças no governo ou no Ministério da Saúde.

No momento em que as relações são repassadas para Estados e Municípios, uma nova etapa tem que ser vencida com o fortalecimento das articulações em nível local, inclusive em relação às prioridades e entendimentos das diversas representações que epidemia de aids possui.

As mudanças de gestão nos níveis sub nacionais, principalmente nos municípios, ocasiona uma maior troca de equipe, muitas vezes com posições distintas com relação às prioridades em saúde e sobre o imaginário social, diversas nuances e diversidades que envolvem o enfrentamento desta epidemia.

A definição das prioridades nas ações em saúde no nível local, pelo gestor e pela comunidade, em função das características socioculturais locais mais ou

menos conservadoras pode dificultar a implantação de políticas de saúde que respeitem a diversidade e especificidade das populações mais vulneráveis ao HIV/Aids e outras DST.

O PN-DST/aids determina suas prioridades e apresenta as mesmas tanto para os gestores sub nacionais quanto para a Sociedade Civil. O PAM do Estado e dos Municípios deve ser elaborado a partir do diagnóstico e da realidade local da epidemia, porém também devem estar atento as prioridades definidas nacionalmente.

A retomada de discussão de temas determinantes no enfrentamento da epidemia, em nível local, muitas vezes pode parecer um retrocesso, principalmente com relação ao comprometimento do gestor e de grupos sociais mais conservadores e influentes.

Como as ONG/Aids estão trabalhando para a manutenção destas ações, quais as articulações que estão sendo feitas no nível local, quais as influências que o recurso “carimbado” tem na priorização destas ações, de que forma as prioridades definidas no nível federal são apreendidas, transportadas e relacionadas com a realidade local são algumas das perguntas que podem ser feitas neste momento.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Analisar o processo de descentralização das ações em DST/HIV/aids a partir da implantação da política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids (Portaria 2313/02) sob a visão das Organizações Não Governamentais que trabalham com DST/aids na cidade de Porto Alegre e outros municípios selecionados no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

1.3.2. Objetivos específicos

i. Identificar a percepção das ONG/aids sobre a política de descentralização do SUS e principalmente da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids;

ii. Apontar as estratégias de articulação das ONG/aids com o gestor e outros movimentos sociais de saúde na proposição, implementação e fiscalização destas ações em nível local;

iii. Descrever como se dá a participação das ONG/aids nas instâncias de controle social no SUS;

iv. Apreender as facilidades/dificuldades encontradas pelas ONG/aids na proposição de ações de saúde enfrentamento da epidemia de aids e outras DST após a descentralização das ações, principalmente com relação às populações mais vulneráveis, discriminadas e estigmatizadas;

v. Identificar como as ações apontadas pelas ONG/aids estão presentes nos Planos de Ações e Metas – PAM.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo de caráter exploratório com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias. O modo exploratório visa levantar questões e hipóteses para futuros estudos, por meio de dados qualitativos.

Segundo Gil (1999), “pesquisas exploratórias são desenvolvidas como objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado quando o tema proposto é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”. São as que apresentam menor rigidez no planejamento e envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudo de casos.

A população alvo da pesquisa consiste em oito organizações não governamentais que trabalham no enfrentamento da epidemia de DST/HIV/aids (ONG/aids) no Estado do Rio Grande do Sul, sendo quatro organizações da capital e quatro organizações do interior.

Porto Alegre foi escolhida por ser a capital do Estado e por possuir o maior número de casos de aids do Estado. Em Porto Alegre, as ONGs foram escolhidas em função das populações preferencialmente atendidas e as especificidades destas populações bem como a sua vulnerabilidade frente à epidemia de aids. Desta forma foram convidadas organizações que trabalham preferencialmente com as populações de travestis e transexuais; homossexuais, homens que fazem sexo com homens e outros gays; profissionais do sexo feminino; moradores de rua e profissionais do sexo masculino.

No interior do Estado foram selecionadas quatro cidades entre os 39 municípios qualificados na Política de Incentivo no Âmbito do PN-DST/aids do Ministério da Saúde, sendo elas: Santana do Livramento, Santo Ângelo, Pelotas e Rio Grande. Os critérios de seleção utilizados na escolha dos municípios foram o de ter ONG atuante e participante do Fórum de ONG/aids do Rio Grande do Sul e atuação desta ONG em Conselhos Municipais de Saúde ou Comissões de DST/aids.

Para contatar com as organizações selecionadas, primeiramente foi realizado um contato com a coordenação do Fórum de ONG/aids do Rio Grande

do Sul, apresentado o projeto de pesquisa e solicitado a participação desde pesquisador numa reunião plenária deste fórum. Esta reunião ocorreu no dia 21 de fevereiro de 2008 onde o projeto de pesquisa foi apresentado e também foram contatadas as diversas ONGs presentes. Posteriormente foi encaminhado um convite as ONGs selecionadas juntamente com cópia do questionário semi estruturado a ser aplicado.

Não houve dificuldades com a participação da maioria das organizações convidadas. As entrevistas com as organizações do interior foram realizadas em Porto Alegre em dia anterior a reunião do Fórum do ONG/aids no dia 27 de março ou em horários vagos da reunião no dia 28 de março. As entrevistas com as ONGs de Porto Alegre foram agendadas para as suas sedes conforma disponibilidade e todas foram realizadas até o dia 07 de maio.

Não foi possível realizar entrevista com a ONG que trabalha com profissionais do sexo feminino por questões de agenda das pessoas responsáveis por esta organização. Além do convite formal por escrito, diversos contatos foram realizados com a coordenação da organização, porém sem sucesso.

Lamentamos a não inserção das especificidades das organizações que trabalham com as profissionais do sexo feminino na pesquisa, por ser uma população historicamente afetada pela epidemia de aids com um histórico de exclusão, preconceito e discriminação sendo uma das populações mais vulneráveis as DST e aids. Desta forma a mesma foi substituída por organização que atua preferencialmente junto à população de adolescentes.

Entendemos, no entanto, que as questões relativas às especificidades populacionais foram já bem desenvolvidas nas outras entrevistas e que o prejuízo desta ausência não afetará a pesquisa, até porque, por esta ser uma das populações historicamente afetadas pela epidemia de aids, algumas das organizações entrevistadas, tanto do interior quanto da capital, também desenvolvem ações junto as profissionais do sexo feminino. Da mesma forma, a inclusão de uma organização que atua com um segmento populacional não estigmatizado contribui para a ampliação do trabalho.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram tanto para dados primários quanto para dados secundários. Foi aplicado um questionário semi-estruturado em entrevistas com representantes indicados pela ONG convidada. As

entrevistas foram gravadas em MP3 e depois degravadas por este pesquisador. Também foram coletados dados junto aos PAM dos municípios selecionados bem como do PAM do Estado ano base 2008.

As categorias de análise utilizadas são a descentralização do SUS, estratégias de articulação, participação das ONG/aids nas instâncias de controle social do SUS, facilidades /dificuldades e plano de ações e metas – PAM.

Inicialmente previmos como uma das limitações deste estudo o conhecimento prévio que o pesquisador tem com os entrevistados, o que poderia gerar distorções nas respostas, já que tanto as ONGs quanto os seus representantes apresentam boa relação com o entrevistador. Este fato, na verdade, mostrou-se como um facilitador para o entendimento e aceitação da pesquisa bem como para o desenvolvimento da entrevista.

Uma questão que se apresentou durante as entrevistas e que não havia sido levantado anteriormente é o fato de que algumas organizações foram criadas ou tiveram a sua atuação ampliada após a implantação da política de Incentivo no Âmbito do PN-DST/aids do MS, não possuindo parâmetros anteriores para comparação. Porém este fato não gerou maiores dificuldades uma vez que o objetivo não consistia em contrapor a centralização com descentralização e sim fazer uma análise do momento atual das políticas de saúde no contexto da descentralização.

A inserção de algumas destas organizações em outros espaços de movimentos sociais nacionais de maior abrangência e com maior tempo de atividade contribui para uma percepção mais ampla do momento atual, permitindo inclusive, inferir sobre as mudanças ocorridas a partir da troca de experiências e vivências ocorrida nestes espaços.

Algumas organizações indicaram mais de uma pessoa para participar da entrevista. Como a participação era de caráter institucional não foi entendido como dificuldade, porém em alguns momentos surgiram divergências entre os entrevistados e também foi observado certo receio por parte dos entrevistados de responderem determinadas questões que não estivessem bem acordadas.

Uma questão que trouxe limitações ao estudo é a pouca bibliografia encontrada sobre a percepção das ONG/aids sobre o SUS, seus princípios e diretrizes e principalmente sobre a descentralização proposta pelo PN-DST/aids.

Como se trata de uma pesquisa que envolve a produção de dados primários através de uma entrevista e da aplicação de um questionário semi-estruturado foi necessário a assinatura de um termo de consentimento livre esclarecido por parte dos entrevistados.

As possíveis implicações éticas do estudo se referem à garantia do sigilo das informações e da preservação da identidade dos entrevistados. Por se tratar de pesquisa junto a ONGs que trabalham com populações específicas a identificação das mesmas pode ser natural.

Quando questionadas com relação a esta questão, em nenhum momento as organizações entrevistadas solicitaram a omissão de seus nomes, até por entenderem que as questões colocadas fazem parte das ações cotidianas do exercício do controle social. Entretanto este pesquisador entendeu que os nomes das mesmas deveriam ser omitidos sendo substituídos por ONG/aids a, b, c... , procurando evitar conflitos institucionais.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1. Revisão teórica

3.1.1. Estrutura

A revisão bibliográfica foi estruturada nos seguintes eixos:

- Participação das ONG/aids na política de enfrentamento da epidemia
- Descentralização no Brasil
- Descentralização no SUS
- Descentralização das ações em DST/HIV/aids
- Visão das ONG/aids

É inegável o pioneirismo da sociedade civil organizada na resposta brasileira a epidemia de aids no início dos anos 80. Segundo Galvão (1997), as primeiras iniciativas de combate à epidemia surgiram através de grupos de defesa dos direitos dos homossexuais (Grupo “Outra Coisa”, Somos e GGB – Grupo Gay da Bahia).

Ao mesmo tempo Teixeira (1997) relata que a primeira resposta oficial de enfrentamento desta nova doença surge na cidade de São Paulo por pressão destes mesmos grupos. Esta pressão encontrou resposta imediata por parte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo o que pode ser explicada pelo cenário político vigente, onde predominava o movimento sanitarista mais progressivo e por um grupo de profissionais com experiência em trabalho com Hanseníase, uma enfermidade também bastante estigmatizante.

Neste momento surgiram também movimentos contrários ao enfrentamento da aids, inclusive entre os próprios profissionais de saúde que não viam na enfermidade uma questão de saúde pública.

Em 1985 é criada em São Paulo a primeira organização não-governamental com trabalho exclusivo no enfrentamento da aids (ONG/aids), o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids de São Paulo – GAPA/SP, em um momento de mudanças políticas sociais e econômicas vividas pelo Brasil e onde a nova doença era vista como um problema de “veados ricos”. Segundo Wildney (2000) eram muitas as dificuldades para se trabalhar com a doença, pois no imaginário social, “pessoas normais” estariam livres do HIV. E também porque o enfrentamento da aids

envolve trabalhar com muitos dos tabus que permeiam a sociedade moderna, como a sexualidade, culpa, prazer, vida e morte.

A partir da formação do GAPAs/SP outras ONG/aids (este termo surgiu em resposta à falta de ações governamentais há época) foram criadas em vários locais do Brasil. Muitos outros GAPAs também foram fundados existindo hoje 16 GAPAs em funcionamento em diversos estados brasileiros formando uma rede de luta contra a epidemia e pelo direito das pessoas atingidas pela aids. Desde o início da epidemia foi entendido que seria preciso brigar para além das políticas de saúde no seu enfrentamento. Era preciso resgatar a luta pelos direitos humanos, intensificada a partir da aprovação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Em 1989 começa a construção de uma rede brasileira de ONG/aids integrada por grupos e entidades de diferentes inclinações políticas e ideológicas. Esta diversidade trouxe muitos conflitos e alianças, rupturas e uniões que marcaram estes vinte anos de luta e que transformaram o movimento de luta contra aids em um movimento social respeitado.

O movimento aids por ser formado por instituições ligadas a outros movimentos sociais (homossexual, feminista, pessoas vivendo com HIV/aids, prostitutas, etc) com estruturas organizacionais distintas e com instâncias nacionais de deliberação diversas, reúne em torno de uma causa comum, diferentes tipos de atuação, o que exige uma grande capacidade de articulação (SILVA, 2006).

Através desta articulação muitas foram às conquistas do movimento na defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids e para a sociedade como um todo. Podemos citar a pressão exercida no final dos anos 80 que resultou na aprovação da Lei 7649 de 1988 que torna obrigatório a triagem sorológica para o HIV em todo o sangue transfundido no Brasil. Outras medidas de caráter legal relativas à aids só se tornaram eficazes quando contaram com o respaldo popular e da opinião pública, através da atuação deste movimento.

Segundo Miguel Darcy apud Galvão (1997, p.103) "... as ONG/aids não têm representatividade social expressiva... somos atores legítimos, mas falamos muito mais em nome de nós mesmos do que de uma pretensa sociedade civil

estruturada”. Esta pode ser uma das causas da pouca renovação dos quadros do movimento.

No início dos anos 80 a descentralização foi entendida como uma forma de redemocratizar o poder concentrado durante a ditadura militar. Com relação aos serviços públicos acreditava-se que a descentralização os tornariam mais democráticos e mais eficientes. Porém o que torna as decisões mais democráticas não é onde a decisão é tomada (nível central ou local), mas sim a natureza das instituições onde elas são tomadas (ARRETCHE, 1997).

Segundo Falleti (2006) “a descentralização é um processo de reforma do estado composta de um conjunto de políticas que transfere responsabilidade, recursos ou autoridade de níveis mais elevados de governo para níveis inferiores no contexto de um tipo específico de governo”. A descentralização também pressupõe uma expansão seletiva das funções do governo central fortalecendo sua capacidade administrativa na regulação das políticas descentralizadas.

Pode ser de três tipos: política, administrativa ou fiscal e a ordem de combinação destes três tipos definem as medidas subseqüentes. A forma como é feita à descentralização depende muito do alinhamento dos políticos com o governo central ou com os governos sub nacionais.

Para Madel (2000) duas questões têm que ser analisadas: centralização x descentralização e concentração x desconcentração. Na descentralização é importante definir responsabilidades de quem sobre que função e na desconcentração se a mesma é administrativa ou com controle de recursos.

Após o período dos anos 80 onde se discutiu a desconcentração e descentralização, principalmente na área da saúde, vem a política neoliberal de Collor e FHC que adotam medidas de privatização dos serviços públicos defendendo a retração do Estado como provedor de direitos sociais.

Na saúde, os princípios da universalidade e da integralidade defendidos pelo SUS, são obstaculizados pelos princípios neoliberais vigentes (FERREIRA e ROCHA, 2006).

A descentralização dos governos neoliberais é de transferência de funções para os governos sub nacionais, cobrando responsabilidades sobre as funções delegadas com o mínimo dispêndio político e financeiro. Ocorre descentralização, mas não desconcentração, porém a tendência é que ocorra maior

descentralização com desconcentração, por força política dos municípios (NADEL, 2000).

A descentralização na saúde aparece já na 3ª Conferência Nacional de Saúde durante governo de João Goulart, como forma de garantir uma qualidade maior de vida e assistência à população brasileira distribuída por um país tão grande.

Este processo foi retomado nos anos 80 e 90 e seu resultado foi afetado pela grande municipalização ocorrida então. A pouca capacidade administrativa e financeira da grande maioria dos municípios brasileiros desenhou um duplo sistema de saúde no Brasil. Um SUS dependente dos repasses federais e outro SUS autônomo, onde as receitas próprias são maiores que as transferidas. No entanto esta diferença não impede as iniquidades do sistema, que podem até ser maiores no SUS autônomo, onde a nova pobreza e os novos riscos e desigualdades sociais podem ser mais intensas (GERSHMAN e VIANNA, 2005).

A descentralização na saúde pode ser analisada por duas tendências diferentes: da autonomia, isolamento do município ou pela co-responsabilidade, solidariedade entre municípios. Para a maioria dos municípios é impossível compor em seu território todos os serviços necessários de saúde e também a municipalização não pode gerar diversos sistemas de saúde. A solidariedade entre municípios deve criar regiões de saúde como condição para a constituição de um sistema público e universal, sob a coordenação do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, porém nem um nem outro possuem hoje condições para tal (WAGNER, 2005).

A quantidade de recursos repassados pelo Ministério da Saúde através das políticas de incentivo vem prejudicando a autonomia dos municípios desconsiderando o perfil epidemiológico e a realidade da região redefinindo prioridades nas ações apontadas pelo planejamento local (MENDES e MARQUES, 2003).

Ainda segundo Wagner (2005) “a descentralização por si somente não é potente o suficiente para construir novo diagrama de forças no cenário nacional”. A gestão do SUS ainda é atravessada pela lógica partidária e pela manutenção do poder e a sua descentralização e o volume de atribuições e responsabilidades

repassadas são incompatíveis com a responsabilidade fiscal e o ajuste econômico vigente.

Junto ao Programa Nacional de DST/aids e sua política de enfrentamento da epidemia, a descentralização é tratada como foco de sustentabilidade e institucionalização da resposta brasileira. A capacidade de articulação do PN-DST/aids é importante condição para viabilizar as alternativas de sustentabilidade.

Pires (2006) ressalta que, segundo alguns autores, a descentralização promove um fortalecimento do nível federal. Assim aconteceu com o PN quando da assinatura dos acordos internacionais com o Banco Mundial e a indução das ações por parte do nível central a partir de então.

Ao analisar as políticas públicas em relação às ações de prevenção em aids, Sampaio e Araújo (2006) inserem esta política em um cenário macro (implantação do SUS e ajuste econômico) e micro (distribuição de preservativos ou política de redução de danos). Ressaltam que na formulação e implantação de uma política é fundamental a articulação entre todos os atores envolvidos (os propositores, os executores e os recebedores), caso contrário pode não ser bem aceita e tender ao fracasso. Concluem dizendo que é importante compreender porque uma política que prioriza a equidade, a universalidade e a defesa das minorias é marcada em sua prática por ações que intensificam a discriminação e a exclusão social de certos grupos inviabilizando o acesso aos serviços oferecidos.

Com a política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids, houve uma mudança substancial na forma de repasse de recursos do MS para os estados e municípios. A modalidade de convênio foi utilizada até 2002, e a de incentivo passou a ser utilizada a partir de 2003.

Segundo Taglietta (2006) a substituição da forma de repasse foi positiva, pois ampliou a execução físico-financeira em dois municípios de São Paulo estudados. Aponta que no caso das ações de DST/aids o financiamento via incentivo é relativo como indutor de políticas públicas. Considera ainda importante a interferência exercida por setores ligados a área financeira na área técnica e pressupõe que no contexto do “Pacto pela Saúde” uma relação de dependência entre o fundo municipal de saúde e as áreas financeiras da prefeitura pode ser um dificultador na execução de recursos (conflito de prioridades).

O estudo realizado por Silva (2006) constatou que os municípios analisados não executaram integralmente as ações previstas nos PAM e que as dificuldades apontadas foram as equipes técnicas reduzidas, baixa qualificação dos profissionais de saúde, morosidade nos processos solicitados e baixo grau de governabilidade por parte dos gerentes. Além destes fatores, e confirmando Sampaio e Araújo, o estudo verificou que o programa é dependente da ação dos profissionais que executam as atividades e estes devem estar incluídos no processo de elaboração do PAM.

Para Fonseca et al (2007), a descentralização dos recursos desloca a disputa por financiamentos para as arenas estaduais e municipais aumentando o poder destes governos a cerca de que projetos devem ou não ser financiados e também ampliam o constrangimento político e as pressões de grupos e lideranças mais ou menos conservadores na priorização das ações. Citam como exemplo o retrocesso na política de prevenção e redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro.

Não foram encontradas bibliografias que expressem a participação da sociedade civil – ONG/aids e sua opinião sobre a forma de construção das políticas públicas, principalmente do PAM e da descentralização proposta pelo PN-DST/aids. Nenhum dos trabalhos encontrados relata como os PAM foram construídos e de que forma as ações ali delineadas foram priorizadas. Segundo a portaria 2313/02 a participação da sociedade civil organizadas é prevista na elaboração e fiscalização das ações, porém em nenhum momento foi relatado como se deu esta participação.

3.2. Apresentação e Discussão dos Resultados

A seguir apresentamos algumas das discussões realizadas durante as entrevistas buscando atender o objetivo principal bem como os objetivos específicos da pesquisa.

O combate a epidemia de aids se caracteriza pela amplitude de ações necessárias ao seu enfrentamento em função da diversidade das populações atingidas. A epidemia de aids atingi prioritariamente populações vítimas de preconceitos e discriminação, marginalizados pela sociedade, estigmatizados e com necessidades bastante específicas de políticas públicas, nas mais diversas

áreas, reafirmando o conceito de saúde defendido na Constituição Federal de 1988 como sendo o estado de bem estar físico, mental e social.

Desta forma, o movimento nacional de luta contra aids foi formado ao longo de mais de vinte e cinco anos de epidemia pela agregação de diversos movimentos que de diferentes formas se sentiram atingidos pela aids. Assim, movimento homossexual, feminista, de redução de danos, de defesa dos direitos das minorias, trabalhadores, religiosos, de luta pela cidadania, saúde vêm atuando na construção de políticas sociais que atendam as necessidades das pessoas que vivem com HIV/aids.

Muitas vezes a defesa das especificidades dos diferentes movimentos mistura necessidades com desejos e principalmente avançam sobre questões que vão além do que podemos chamar políticas públicas confundindo direitos com privilégios.

Com poucas exceções, percebe-se uma dificuldade para que os integrantes do movimento aids enxerguem para além do que é específico e mais imediato. As políticas de saúde para aids não conseguem ser vistas dentro de uma visão mais ampla de saúde pública, de sistema de saúde, resumindo-se as ações individuais.

Talvez esta seja uma das características dos movimentos que lutam por saúde e que tem concentração em uma determinada patologia: a especificidade das reivindicações. O movimento de luta contra aids não é diferente.

O SUS, Sistema Único de Saúde, é uma das lutas que deveriam ser ampliadas pelo movimento aids. No entanto, o que ainda hoje se vê é um entendimento muito particular das necessidades das pessoas vivendo com aids.

Existe pouco entendimento da amplitude que o SUS se propõe e da necessidade de ampla mobilização e articulação de luta para garantir as políticas de saúde de forma integral, universal, equânimes. O movimento aids ainda se coloca como um movimento a parte do todo, lutando por afirmações muito mais individuais do que por conquistas que possam representar avanços para um coletivo muito maior.

Estas questões podem ser percebidas quando movimentos lutam por políticas que incluem acesso a determinados procedimentos específicos, que

alguns defendem como políticas afirmativas de determinadas populações, mas que podem ser entendidos como políticas discriminatórias para outras.

3.2.1. Caracterização das Organizações Não Governamentais que trabalham com AIDS – ONG/AIDS participantes

No quadro I encontram-se algumas das características das organizações pesquisadas. Duas organizações indicaram mais de uma pessoa para participar das entrevistas, desta forma, 11 pessoas responderam o questionário. Ocorreu uma predominância de mulheres nas entrevistas, com grau de formação superior e diversas áreas de atuação, predominantemente das áreas sociais.

As populações preferencialmente atendidas estão dentro das consideradas com vulnerabilidade acrescidas em relação as DST/aids. Mesmo as organizações com trabalhos específicos afirmam não restringirem seus atendimentos a uma população e que o público atendido varia muito de acordo com as atividades e ações propostas.

É importante salientar as diversas datas de início das atividades das organizações entrevistadas, o que pode interferir diretamente na percepção sobre as mudanças ocasionadas a partir da implantação da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde.

Quadro I

Organização	População preferencial	Cidade	Entrevista/formação	Área de atuação	Início das atividades
ONG/A	HSH e outros Gays	Porto Alegre	Direito Relações Públicas	Saúde, sexualidade, direitos humanos, comunicação	2001 com maior atuação a partir de 2004
ONG/B	Travestis e transexuais	Porto Alegre	Enfermagem	Saúde, direitos humanos, cidadania, prevenção as DST/aids	1999
ONG/C	População em geral e em especial jovem, adolescente e mulheres	Santana do Livramento	Educação Física	Saúde e prevenção as DST/aids	2004

ONG/D	População em geral	Pelotas	Acadêmico de Educação	Medidas sócio educativas, assistência social e prevenção as DST/aids	2003
ONG/E	População em geral e especial a GLBT e prostitutas	Santo Ângelo	Nível Médio	Prevenção as DST/aids e apoio as PVHA	1997
ONG/F	População de difícil acesso, usuários de drogas, pescadores, caminhoneiros, GLBT e profissionais do sexo	Rio Grande	Bibliotecária	Prevenção as DST/aids	1991
ONG/G	População em geral e em especial com histórico de exclusão, profissionais do sexo (masculino, feminino e travestis), moradores de rua	Porto Alegre	Psicologia Administração de empresas Acadêmica de Assistência Social	Prevenção as DST/aids, atenção as PVHA, controle social	1989
ONG/H	Crianças, adolescentes e jovens adultos	Porto Alegre	Direito	Cidadania, saúde, meio ambiente, cultura e atualidade	1922 com atuação no enfrentamento da aids a partir de 1999

3.2.2. Descentralização do SUS

Com esta categoria de análise procuramos entender a percepção que as organizações não governamentais que trabalham com aids (ONG/aids) tem do processo de descentralização no SUS e em particular do processo de descentralização proposto pela política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde, e de como esta descentralização causou impactos no trabalho desenvolvido por eles.

Quando falamos do princípio da descentralização do SUS e o entendimento que o movimento tem sobre a sua importância nas ações de enfrentamento da epidemia, percebem-se alguns entendimentos diversos sobre a questão.

A descentralização é vista como necessária por algumas organizações entrevistadas. A aproximação da esfera de decisão com a execução das ações traz perspectivas de melhor entendimento da situação local e de um enfrentamento melhor da epidemia e suas conseqüências. A forma como a descentralização esta sendo proposta ou conduzida é que traz algumas críticas.

“A gente percebe muito positivamente, pois ela permite assim serem atendidas as necessidades locais, então muito positiva a gente vê”. (ONG/aids “C”)

“... na verdade a política de descentralização é vista sempre como positiva. A gente mantém a utopia de que na ponta, quanto mais próximo estiver, melhor a gente vai poder planejar e mais de acordo vão estar às políticas que a gente conseguir delinear, mas na prática as coisas não são tão fáceis, não acontecem da forma como a gente imaginou... Agora a gente tem falhas que estão presentes tanto no espaço das OGs quanto no próprio movimento para conseguir pautar suas demandas...” ONG/aids “G”)

“Dentro da visão do que se propõe é uma coisa linda... mas, efetivamente a gente não consegue acompanhar isto, porque quando se pensou nisto não se criou mecanismos, formas de desenvolver isto, porque tem falhas lá na ponta onde justamente tu querias priorizar...” (ONG/aids “H”)

Existe também o entendimento de que o processo de descentralização expõe as diferenças existentes entre as instâncias sub nacionais, e que esta diferença dificulta uma abordagem única.

Pires (2006) se questiona se em relação à epidemia de aids o processo de descentralização pode ser homogêneo e efetivo em todo país ou mesmo dentro de um estado. “Onde ficam as disparidades regionais?”

“...na prática a gente vem percebendo com diferenças entre estados e municípios, com resultados diferentes e que ela está sendo difícil de ser gerenciada.” (ONG/aids “G”)

Esta afirmação também vem ao encontro do que afirma Arretche (1997) quando esta diz que com a descentralização o município passa ter maior autonomia, porém as possibilidades financeiras e administrativas distintas aliadas à disposição políticas diferentes representam resultados diferentes em diferentes momentos.

A descentralização é muitas vezes percebida como parcial, pois depende dos recursos transferidos pela União e é influenciada diretamente por campanhas pontuais definidas pela instância nacional e que as necessidades locais são diretamente influenciadas pelas prioridades definidas em nível central e ao recurso existente.

Pode-se fazer aqui um paralelo com o que foi verificado por Mendes & Marques (2003) com relação as prioridades definidas pelos municípios e os recursos repassados pelo governo federal.

*“... o próprio Ministério entrou numa onda assim, que a cada 1º de dezembro tem uma campanha tipo “campanha da fraternidade” agora, mulheres, este ano vovozinhos, e isto evidentemente repercutem nos municípios e estados”.
(ONG/aids “A”)*

*“... A gente acha que ele é parcialmente descentralizada. Ele é descentralizado para umas coisas e para outras é completamente dependente.”
(ONG/aids “F”)*

Ao mesmo tempo e contraditoriamente, a descentralização provoca influências locais nem sempre positivas, pois variam de acordo com as tendências culturais, políticas, religiosas, éticas, podendo diferenciar a percepção das necessidades locais de acordo com o entendimento que o gestor tem de saúde e de suas prioridades.

Fonseca (2007) levanta a hipótese de que o constrangimento político e os obstáculos interpostos por grupos religiosos ou lideranças conservadoras refratárias a algumas práticas, provocam retrocesso em algumas políticas de prevenção como, por exemplo, nas políticas de redução de danos.

As questões quando predominantes em um dado momento são determinantes na proposição das ações em saúde, principalmente, quando estas ações estão descentralizadas. Nem sempre a prioridade na proposição e execução destas ações, como veremos mais adiante, estão pautadas com base

no diagnóstico da epidemia na região ou consideram as necessidades avaliadas localmente

“Por exemplo, no município onde temos um secretário de saúde que é evangélico, que por questões morais e éticas dele, não vai atender gays, lésbicas, travestis, putas e não faz nada. O ministério também não faz nada... Como fica esta descentralização, cada um faz o que quer?” (ONG/aids “A”)

Em alguns momentos a descentralização é entendida como um dificultador do processo de controle social, pois repartiu responsabilidades e cria um jogo de “empurra, empurra”. Ora é o Município o responsável por alguma questão, ora é o Estado e ora é a União. Para alguns entrevistados, não é uma questão de definição de responsabilidades e sim de assumir as responsabilidades, de cumprimento de pactuações estabelecidas.

“Eu tenho uma opinião sobre isto. Na verdade eu entendo como uma estratégia para dificultar o controle social. Talvez ela tenha algum benefício, mas principalmente ela dificulta muito o controle social.” (ONG/aids “A”)

“... os municípios não dão conta, o próprio estado não dá conta e fica naquele empurra, empurra, aí o Estado diz que não faz a coisa porque o PN não repassa recurso e não é só financeiro, de suporte, de nada, aí o município não faz porque o Estado não repassou, o Estado não passou porque o nacional não passou e o nacional porque... ninguém sabe porque, porque não respondeu.” (ONG/aids “H”)

“... Não, acho que as responsabilidades estão colocadas, só que não são cumpridas, não são obedecidas e não são cobradas... O ministério manda as diretrizes. Na hora de pactuar, as ações são pactuadas, mas não são cumpridas. Falta experiência dos gestores, falta responsabilidade...” (ONG/aids “A”)

Também o fato de que a lei determina “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” entendida como independência entre esferas, dificulta o cumprimento destas pactuações, sem que haja uma possibilidade direta de cobrança ou responsabilização sobre as ações em saúde.

Aqui referimos Falleti (2006), quando expõe que cabe aos governos centrais fortalecer a regulação das políticas descentralizadas através da expansão seletiva de suas funções. Entretanto, para Wagner (2005), nem o

Ministério da Saúde nem as Secretarias Estaduais de Saúde possuem hoje condições para tal.

No entanto, a percepção da descentralização pelo movimento social concentra-se basicamente nas ações em DST/aids e nos processos de repasse de recursos para as ONGs através das concorrências de projetos. Algumas organizações percebem a descentralização apenas em relação ao desenvolvimento de suas ações o que impede, num primeiro momento, que a descentralização seja percebida no âmbito das políticas de saúde de forma mais ampla.

“... Eu acho que antes tu tinhas mais incentivo do Programa Nacional. Tinha mais projetos. Hoje a gente é mais monitorada, mais cobrada, mas tem menos apoio”. (ONG/aids “B”)

“Bom para nós não houve nenhuma modificação com a descentralização... a única coisa que está mais acessível é que a gente sempre teve aquele contato e que as pessoas acham que a Coordenação Estadual de aids nos dá um respaldo maior a respeito de projetos...” (ONG/aids “E”)

“Quando eu ouvi falar pela primeira vez sobre isto foi justamente naquela capacitação em 2003... Quando era a questão dos editais, vamos dizer, saía em nome da União, do governo federal, nós não participávamos neste período, a gente participou a partir da descentralização...” (ONG/AIDS “D”)

“Pois é, eu coloquei aqui uma colinha para a gente discutir... A gente acha que é parcialmente descentralizada... É parcialmente descentralizada na hora do monitoramento, é parcialmente na hora que tu pedes para fazer algum ajuste de projeto, agora é totalmente dependente financeiramente”. (ONG/aids “F”)

Desta forma muitas questões são focalizadas na divisão e diminuição dos recursos, na qualidade dos projetos propostos, no monitoramento dos mesmos e no impacto que este causaram nas ações desenvolvidas pela ONG.

“... teve impacto e este impacto não foi bom, porque antes nós tínhamos possibilidade de através de uma política de financiamento centralizada, pela gama de populações que nós atendemos, de ter projeto específico para cada população. Hoje a gente não tem mais porque hoje, dentro de um edital de projeto de prevenção, a gente vai ter que elencar quem vai ser a população que nós vamos buscar um financiamento...” “... após a descentralização, num edital tu

podes ter um projeto aprovado. Tem-se um projeto de seleção e tu tens população em situação de rua, profissionais do sexo, usuários de drogas, tu vais ter que escolher uma população para escrever o projeto...”(ONG/aids “G”)

“... a minha visão é que houve uma redução em todos os investimentos na área, inclusive em DST/aids e principalmente no segmento da prevenção...” (ONG/aids “H”)

“Aí piorou a qualidade dos projetos, o número de projetos para estas populações de gays, lésbicas, prostitutas e travestis caiu muito... E aí caiu a qualidade dos projetos, porque o tempo de execução dos projetos aqui no estado era de oito, seis meses,... Como tu vais fazer um trabalho de prevenção neste tempo?... Com trinta mil reais?... Quando tu estas vinculando a população acabou o projeto...” (ONG/aids “A”)

“Se nós tínhamos 15 projetos, hoje nós temos 11 projetos. E tem mais ainda, pois tu não podes concorrer com dois projetos em prevenção. Hoje tu só podes concorrer com um projeto para prevenção, um para assistência e outro para casas de apoio. Hoje nós só temos dois projetos, pois não temos casa de apoio. Aí se eu coloco para caminhoneiros eu não posso colocar para pescador, como se não existissem problemas...” (ONG/aids “F”)

“... Como é que tu consegues pensar prevenção dentro deste incentivo e da forma como ele é colocado, quer dizer, ele precisa de projetos inovadores, com novas tecnologias, que tenham sustentabilidade e que o Estado financia por 12 meses com um recurso de R\$ 30.000,00 ou R\$ 50.000,00. Isto é impossível... Porque ele não pode ser de continuidade? Tu podes fazer um projeto de continuidade com novas tecnologias. Agora isto não é possível... se cria algo que é inviável, pois no meio de um processo, quando a gente está conseguindo acessar, conseguindo fazer vínculo, conseguindo aprovar a metodologia e ela ter impacto, termina” (ONG/aids “G”)

“... Causou impacto enquanto facilitador de nosso monitoramento. O Estado está presente. O acesso a informação, a autorização é por e-mail, é tomalá-dá-cá. Quando era o PN tu esperavas três, quatro dias, uma semana até um técnico te responder por que ele estava atendendo 3500, 5000 projetos”. (ONG/aids “F”)

Outra questão abordada por alguns entrevistados é o aumento do número de ONGs que disputam o mesmo recurso, causando impacto nas ações desenvolvidas pela sociedade civil.

“... por um tempo no Estado, por quase dois anos, os projetos foram de R\$ 30.000,00 em um acordo feito entre as ONG e o Estado para uma maior divisão de recursos. Todos nós sabíamos que isto não era bom e constatamos isto e solicitamos ao Estado que nos últimos editais voltasse a ter projetos de R\$ 50.000,00...” (ONG/aids “G”)

“Vamos pensar em alguma coisa para visualizar. Se tu tens uma bacia cheia de água, tu consegues ver um volume de água ali. Aí eu tiro um copo para um, um copo para outro... Agora se eu pego e crio cem canos ligados nesta bacia. A água vai se escoando por estes canos, e aí é muito difícil eu conseguir tirar um copo d'água dali... Porque se tu recebias 100, agora tu recebes 25, porque outra recebe 25, e outra, e outra... Agora com 100 tu conseguias fazer uma ação, com 25 tu não consegues fazer quatro ações...” (ONG/aids “H”)

“... eu não tenho comparativo se fosse com recursos continuando vindo do PN, obviamente não tem como ver isto... Na verdade, aí é que eu digo. Como seria se não tivesse a política, como seria o aporte de recursos. A gente tinha uma realidade antes e outra agora... dentro deste recurso nós tivemos um aumento significativo de ONG que passaram a ter legitimidade técnica e temporal para acessar estes recursos... pulverizou... eu não sei se esta política não fosse implantada, para o Rio Grande do Sul, para as populações seriam só este mesmo recurso, eu não sei” (ONG/aids “G”)

É possível fazer um paralelo entre o processo de municipalização acentuada ocorrida na década de oitenta e noventa ocorrido no Brasil e que afetou a descentralização das ações em saúde, com a pulverização das ONG/aids nos anos noventa e que também afetou diretamente a descentralização das ações em DST/aids, pois encontrou as organizações menos politizadas e com dificuldade de entendimento de seu papel de controle social sobre as políticas públicas.

“... Se a gente tivesse uma política de descentralização há alguns anos a gente encontraria um movimento social mais ideológico, mais militante, mais maduro, e o que a gente tem hoje é um movimento frágil, um movimento

individualizado, que não consegue muitas vezes pela forma como surgiu perceber o seu papel dentro deste contexto...” (ONG/aids “G”)

Pires (2006) faz uma breve análise sobre o financiamento de projetos para a sociedade civil via concorrência pública desde 1993 com financiamento centrado no Programa Nacional. Relata o início da descentralização destas concorrências em 2000 primeiramente para oito Estados e posteriormente a ampliação a todos os Estados a partir da política de Incentivo em 2003.

Vale ressaltar que, segundo Pires (2006), esta descentralização atende a uma demanda do gestor estadual que procurava um maior envolvimento com os projetos executados pelas ONGs. Nesta época grande parte das coordenações estaduais desconheciam ou conheciam somente burocraticamente, o perfil dos projetos desenvolvidos no seu território. Pires (2006) registra ainda que “salvo engano, a descentralização do financiamento dos projetos executados pelas organizações não governamentais, não foi uma resposta a uma reivindicação por elas colocada. A reivindicação pela sustentabilidade não se combinava nesse caso, com a questão da descentralização”.

No documento final do XIV Encontro Nacional de ONG/aids - ENONG, versão preliminar, realizado em Goiânia em novembro de 2007, traz em sua proposta 26 a “Criação de um grupo de trabalho multidisciplinar que estude, busque e crie alternativas de linhas de financiamento para as ONG/AIDS, independente dos recursos do Programa Nacional, Programas Estaduais e Programas Municipais de DST/AIDS”, demonstrando preocupação com a diminuição dos recursos para financiamento das atividades das ONG/aids e a necessidade de sustentabilidade financeira para além dos recursos públicos.

3.2.3. Estratégias de articulação

O objetivo desta categoria de análise é apontar as estratégias de articulação utilizadas pelo movimento social de luta contra aids na proposição de políticas públicas para as populações por eles atendidas tanto na esfera da saúde como em outras políticas intersetoriais, tanto com outros movimento sociais como no enfrentamento com o gestor local frente as dificuldades de manutenção e ampliação destas ações.

De certa forma podemos contrapor as falas dos entrevistados com as observações feitas por Silva (2006) que relata a necessidade da grande necessidade de capacidade de articulação do movimento por reunir instituições com diferentes tipos de atuação, e também a de Miguel Darcy apud Galvão (1997) que analisa a representatividade social das ONG/aids.

“O problema é que esta articulação não tem força. A gente trabalha com o movimento de combate a violência da mulher, com o movimento negro, movimento pelo deficientes físicos, porque tem esta articulação. Pelotas tinha passe livre para nove mil pessoas... todo mundo perdeu... passou para trezentos e pouco... A gente começou um movimento na cidade... para conquistar este direito de volta” (ONG/aids “D”)

“... este é um problema seriíssimo que temos no movimento aids... nós temos esta disputa política muito grande... quanto mais micro as questões vão ficando, mais forte o embate fica... quanto mais a bacia se pulveriza em coisinhas... eu acho que a articulação acaba sendo muito prejudicada por esta pulverização das ações... eu não consigo ver o movimento se unir... a gente agora esta tentando fazer esta articulação na cidade, a dificuldade que esta sendo, foram meia dúzia de gente... Como é que tu vais cobrar do gestor se a gente não consegue fazer isto dentro da própria casa... tu não podes fazer controle social só para fora... as pessoas se vêem muito mais como pessoas, como indivíduos do que como coletividade, eles não enxergam a instituição...e isto é claro enfraquece toda a articulação, eu tenho uma séria crítica a isto, porque desta forma tu não constrói...e o gestor aproveita para puxar para o que ele quer...” (ONG/aids “H”)

“Eu acho que a gente ainda está muito frágil nas articulações. Ainda falta maturidade nas articulações, principalmente entre as ONG, principalmente para fazer valer um poder maior de pressão e de conquistas maiores. Entendo que muitas vezes as coisas se dão individualmente, aí é a organização x que consegue...” (ONG/aids “G”)

“... as organizações que você esta entrevistando são organizações já com suas missões bem definidas e já com seu caminho bem traçado, o que eu sei é que a gente consegue junto a articulações com o Fórum, como o conselho e até no diálogo com as coordenações municipal e estadual e trabalhar isto com as

frente parlamentares de aids ou GLBT, trabalhamos com a questão do judiciário...mas aí eu fico pensando nas organizações pequenas que tem este trabalho... Eu entendo que nós temos procurado muito o judiciário...e a imprensa que a gente utiliza para denúncias... Acho que falta sim uma articulação intersetorial, acho que a gente nunca fez isto, não temos esta prática...” (ONG/aids “A”)

“... a gente sabe que tem que articular e a gente tenta articular, só que está difícil de fazer... nós temos uma base voluntária, um número de pessoas limitado, nós somos convidados para estarmos em muitas instâncias, nós não damos conta de tudo... porque nós estamos aqui em um serviço burocrático, que cada vez faz as coisas ficarem mais difíceis...” (ONG/aids “G”)

“... As pessoas entendem ainda parceria como cooptação, e parceria não é cooptação... se o municípios me financia alguma coisa e se eu vou entrar no edital do Estado é outro problema. Agora, como é que se dão as relações e como é que as pessoas constroem isto é que tem fragilizado muito o movimento social”. (ONG/aids “G”)

As articulações locais são consideradas importantes, no entanto existem divergências e/ou dificuldade no entendimento do que sejam estas articulações na busca de construção de políticas públicas sólidas que venham a garantir direitos para além das articulações pessoais.

As articulações citadas são muito mais em nível pessoal, na busca de favorecimentos individuais (da ONG ou da população específica) e não coletivos (universal). Isto é claramente identificado quando as articulações se estabelecem em cima dos conhecimentos pessoais e da “respeitabilidade” conquistada ao longo dos anos de trabalho. Este conhecimento pessoal “*abre portas e fura filas*” na defesa do acesso de determinada população em detrimento de outras.

“... é assim, a gente tem toda a facilidade. Eles jamais vão imaginar que eu vou lá pedir um exame, furando fila de pessoas que estão esperando, se não for para uma pessoa com HIV. Eu tenho que me preocupar com o grupo que eu trabalho...” (ONG/aids “F”)

“... pela amizade e credibilidade que nós temos como profissionais... se eu sentir a dificuldade de ir lá e encaminhar uma determinada pessoa a um dentista

ou a outro órgão, a gente tem a credibilidade para fazer e a gente esta fazendo...” (ONG/aids “C”)

Luz (2000) afirma que o centralismo brasileiro se coaduna com o regionalismo corporativista dos interesses sociais e locais. Podemos fazer aqui uma relação quando ela afirma existir confusão entre os interesses individuais e coletivos: “Perante as normas todos são iguais, mas alguns são mais iguais que outros”.

Estas são questões difíceis de serem percebidas como prejudiciais dentro de uma política pública universal e inclusiva como o SUS. A ação particular na garantia de um direito individual em detrimento do coletivo é entendida como uma solução.

As ações individuais em alguns momentos prevalecem sobre as ações coletivas e este fator parece ocorrer com maior intensidade quando o contato com o gestor/executor da política torna-se mais próximo. A descentralização tende a contribuir para esta permissividade nas relações pessoais.

Esta é uma temática que merece ser mais bem estudada para um melhor entendimento de como as necessidades particulares se sobrepõe as necessidades coletivas, avaliando se é uma questão geral do movimento ou restrita a algumas organizações, momentos e/ou regiões.

No entanto, determinadas populações são extremamente estigmatizadas, ocorrendo em algumas situações que o preconceito e a discriminação prevalecem sobre o bom senso e o bom acolhimento, inclusive sobre a legislação vigente. Neste momento é necessário utilizar-se de conhecimentos pessoais ou da respeitabilidade conquistada para garantir direitos já adquiridos e que devem ser reafirmados a todo momento.

“... as travestis que estão morrendo de aids e não conseguem uma baixa, não conseguem hospital, aí te ligam e tu tens que dizer que é da ONG tal e perguntar se não tem uma vaga para fulana de tal”. (ONG/aids “B”)

“... Há pouco tempo teve uma transexual que já tinha feito cirurgia, mas não tinha documentação... ela baixou o hospital... em uma ala masculina... Aí tu tens que entrar e tentar resolver... Liguei para o hospital que é público... “Não, mas está fulano de tal, é o nome dele”... o médico ainda disse: “o quê que tu quer? Ele esta aqui com esta doença... Depois eu fui ao hospital... Me apavorei.

Não trocaram ela de leito, deixaram na ala masculina. Eu fiz a denúncia no Ministério Público. O procurador do Ministério Público nem precisou entrar com uma ação... Liguei para o hospital e... Parece que em tudo que é lugar tu tens que estar lá... Usando “teu jogo de cintura” (ONG/aids “B”).

Este é um aspecto que reforça Sampaio e Araújo (2006) porque confirma a dificuldade de articulação entre todos os atores envolvidos, principalmente os executores, e também que a discriminação e a exclusão social é uma realidade, apesar da política de saúde de enfrentamento da aids priorizar a equidade, a universalidade e a defesa das minorias.

De outra forma, vários locais de articulação política são percebidos e utilizados para estabelecer as articulações, como podemos citar os espaços de movimentos como Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais – ABGLT, os Fóruns de ONG/aids, ou as comissões consultivas criadas pelos gestores para ampliação de diálogos com as ONG, como por exemplo a CAMS – Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais e ou Comissões de Aids ligadas a gestão e não aos conselhos de saúde e também com outros movimentos sociais como movimento negro e de violência contra a mulher.

3.2.4. Participação em Instâncias de Controle Social no SUS

Como o PAM proposto pela gestão deve ser construído com a participação das ONG/aids para posterior apresentação e aprovação nos Conselhos de Saúde no nível de gestão correspondente, conforme a portaria 2313 de dezembro de 2002, a forma como esta questão se concretiza passa a ter importância para o entendimento das articulações locais.

Este tema não é abordado nas dissertações de conclusões de mestrado analisados e referenciados na bibliografia como Pires (2006), Silva (2006) e Taglietta (2006). Estes trabalhos analisam a política de descentralização do Programa Nacional de DST/aids do ponto de vista da gestão e parecem não fazer referência a participação da sociedade civil nem tão pouco do papel dos Conselhos de Saúde na elaboração, proposição, fiscalização e monitoramento destas ações.

Nas entrevistas realizadas encontramos os mais diversos entendimentos do papel dos conselhos e também da participação das ONGs nestes espaços e do significado do que venha a ser controle social.

Sabe-se de antemão que os Conselhos de Saúde estão passando por conflitos provocados pela falta de compreensão do seu papel, do entendimento de sua composição e dos segmentos que o compõe e da visão que tanto o gestor quanto os demais segmentos tem do que vem a ser o controle social sobre as políticas de saúde.

Carvalho (2007) afirma que devemos enfatizar o termo Participação da Comunidade como consta na CF e na Lei Orgânica da Saúde – LOS. Segundo ele, “este termo tem conteúdo muito mais amplo, abrangente e profundo que o simples controle social, o qual trata apenas de uma das funções da participação”.

Assim sendo, não é exclusividade do movimento aids a desinformação ou confusão em relação ao controle social o seu papel junto aos Conselhos de Saúde. Em alguns locais inclusive encontramos divergência sobre o segmento no qual as ONG/aids se incluem, atuando ora como usuários do sistema, ora como prestadores de serviços.

“... lá no nosso município a gente tem dificuldades dentro do conselho porque eles não identificam as ONGs como usuários e sim como prestadores de serviço... A nossa representante ocupa vaga como usuária porque ela é portadora... mas a instituição entraria como prestadora...” (ONG/aids “D”)

“... Nós somos um dos primeiros Conselhos de Saúde do interior... nós participamos desde a criação do conselho... Agora na última conferência de saúde... nós passamos a ser prestadores de serviço e não mais usuários... mas nos convém ser prestadores de serviços, pois na época nós abrimos outra vaga para a instituição que é das pessoas soropositivas... E foi bom, pois enquanto os usuários brigavam por vagas hoje para representar o conselho, nós prestadores de serviços, não, pois nós só somos três... mas no ano que vem, durante a próxima conferência, nós voltaremos a ser usuários”. (ONG/aids “F”)

“... nós estamos tentando uma vaga no CMS desde a fundação de nossa instituição, mas até hoje a nossa luta continua uma luta... tem sindicato de tudo que é espécie e aí quando se refere a uma ONG que trabalho unicamente com prevenção, principalmente na área de HIV/aids nós não estamos conseguindo...”

Os conselhos são muito polêmicos e esta polêmica a gente não quer. A gente quer trabalhar pela saúde geral de todos...” (ONG/aids “C”)

“... nós começamos como ouvintes em 1999 e dali foram 2 longos anos que daí a gente conseguiu esta cadeira. Hoje eu sou uma titular do CMS, freqüente, assisto todas as reuniões discutindo políticas públicas e em todas eu estou lá...”(ONG/aids “E”)

“Nós não temos assento nos conselhos de saúde, acho que é uma falha gravíssima, pois deveríamos ter... É uma falha porque trabalhamos tanto a formação do cidadão... em algum momento nós deixamos isto em segundo plano... Mas a gente tem se colocado sempre presentes nas comissões de DST/aids destes conselhos.” (ONG/aids “H”)

“Formalmente não, mas nós estamos desde 2004 participando da Comissão de DST/aids do CES/RS sem ter uma cadeira, até ser aprovado o novo regimento interno e a gente ser incluído como membro efetivo.” (ONG/aids “A”)

“Desde a sua fundação. Eu ousou dizer que nós ajudamos a fundar os Conselhos de Saúde. Nós somos de 1989 e os conselhos são de data posterior. Nós ajudamos a formar os conselhos e as comissões de DST/aids destes conselhos.” (ONG/aids “G”)

A partir das informações colhidas, não se pode avaliar, e nem era este o objeto de nosso estudo, a qualidade das participações das ONG/aids nos espaços de controle social do SUS; no entanto, é possível inferir que esta participação só é possível através das articulações locais com outros movimentos que compõe os Conselhos uma vez que esta participação está respaldada por uma eleição ou indicação entre pares. Estas articulações nem sempre são referidas ou percebidas claramente, nem pelas próprias ONGs.

A percepção do que é controle social ou a forma como as algumas ONGs percebem sua inserção nos espaços de exercício formal de controle social muitas vezes é relatado como dificuldade na efetivação, ampliação e qualidade destas articulações.

Segundo Carvalho (2007) “o ser humano, cidadão e político, tem uma tríplice função na sociedade. Participa nela de três maneiras. Pela ação, proposição e o controle. Esta tríade da Participação da Comunidade deve substituir nosso enfoque errado e distorcido de falarmos exclusivamente no

controle social. É muito mais que Controle: é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos”.

“... As ONGs em sua maioria não estão fazendo controle social. É muito difícil fazer controle social. Não tem entendimento do que é controle social. A maioria presta serviços ao Estado. E a nossa luta aqui é fugir disto, de ser mero prestador de serviços do estado. Porque a gente muitas vezes incomoda, a gente não quer fazer este papel.” (ONG/aids “A”)

“... hoje o movimento social com a política de Incentivo Fundo a Fundo, com o processo de descentralização, ele parece um pouco cooptado, um pouco tímido em relação a algumas questões. Então assim, vamos reivindicar, vamos monitorar, mas o que isto pode significar pode-se perder apoios, já que hoje eu tenho que negociar direto com o gestor que eu vou pressionar, que eu vou denunciar, que eu vou... Enfim, se perdeu um pouco do ativismo, da militância e de se perceber naquele espaço enquanto movimento social e de qual é o seu papel naquele espaço...” (ONG/aids “G”)

Porém, é inegável a existência das articulações uma vez que as ONGs, nas mais diversas localidades, participam de outros conselhos de construção de políticas públicas e de controle social ampliado. A inserção efetiva nestes espaços, como por exemplo, nos Conselhos de Assistência Social, Direitos da Mulher, do Idoso, da Criança e Adolescente ou de Direitos Humanos entre outros, na intensão de construir políticas públicas que atendam as demandas e necessidades das populações por eles atendidas, demonstra isto.

“Pelo menos assim. Eu tento participar de tudo... toda instância que a gente possa estar. Aonde a gente tem pernas a gente participa. Na comissão de aids do Conselho... Eu sou a presidente do Conselho Municipal de Direitos Humanos.” (ONG/aids “B”)

“Agente tem feito acompanhamento na área de assistência social, criança e adolescente, direitos humanos, Conselho Municipal de Direitos da Mulher... Fórum de ONG aids, Fórum Metropolitano de Redução de danos... Comitê Comunitário de Acompanhamento em Pesquisa (CCAP), Comitê de Ética em Pesquisa da FEPPS, do Hospital Conceição e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre”. (ONG/aids “G”)

“Participamos do Fórum Metropolitano de Combate a Tuberculose, Conselho Municipal de Direito Humanos, ABGLT, Conselho Municipal de Assistência Social, Fórum Latino Americano de ONGs que trabalham com HIV/aids, Fórum de ONG/aids do RS...” (ONG/aids “A”)

“A gente participa do Conselho de Assistência Social, Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente, e do Conselho Municipal de Direitos da Mulher. Nestes conselhos nós participamos desde a data de fundação deles”. (ONG/aids “H”)

“Já fazemos parte da cadeira 24 do Conselho Municipal de Assistência Social e para nós está sendo muito bom, né! Nós participamos da Comissão Municipal de DST/aids, inclusive um de nossos conselheiros é presidente da comissão. Ela é paralela ao Conselho e assim a gente se sente super bem...” (ONG/aids “C”)

“A gente tem uma cadeira no Conselho Municipal de Assistência Social e no Conselho Municipal de Saúde. Eu coordeno a Comissão de Políticas Públicas Dentro do Conselho de Assistência Social e a nossa representante dentro do Conselho de Saúde atua junto a Comissão de DST/aids. A gente ainda tem um GT de DST/aids que é do município e que nós também atuamos... tem o Conselho do Idoso e também o da Mulher.” (ONG/aids “D”)

“Nós temos cadeira no Conselho Municipal de Saúde, no Conselho Regional de Saúde e no Conselho Municipal de Assistência Social, só que neste eu sou suplente”. (ONG/aids “E”)

A atuação das ONG/aids nestas diversas instâncias de participação social contrapõe a informação de que não existem articulações intersetoriais com outros movimentos para além da saúde ou mesmo dentro dela. Ou pelo menos reforça a falta de compreensão do que sejam estas articulações

Esta ampla participação em diversos espaços pressupõe um entendimento da dimensão social que a epidemia de aids vem alcançando e também um grande respaldo social, pois em quase todas estas instâncias existe disputa por vaga ou por uma indicação, como reconhecimento da importância do trabalho realizado.

A dimensão social que a epidemia de aids alcança para além da área da saúde é enfatizada pela participação das ONG/aids nas diversas instâncias de

participação social para além da saúde e confirma o que Contreras (2000) e Silva (2006) já afirmavam.

3.2.5. Facilidades e dificuldades na elaboração dos Planos de Ações e Metas - PAM

A elaboração dos Planos de Ações e Metas dos Municípios e do Estado segundo a Portaria 2313 de 19 de dezembro de 2002 do Ministério da Saúde, em seu anexo 1, apresenta critérios de seleção para municípios, estados e distrito federal incluindo entre eles: *“compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde” (Portaria 2313/02 MS).*

Esta variável busca apreender como está sendo efetivada a participação da sociedade civil no cumprimento deste compromisso pactuado junto as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite quando da qualificação dos Estados e Municípios nesta política proposta pelo Ministério da saúde.

Em nenhum momento foi feita uma análise dos PAMs no sentido de reconhecer na sua estrutura as ações propostas pelas ONGs. A intensão desta pesquisa foi no sentido de identificar como as organizações enxergam sua participação neste processo.

As facilidades e dificuldades percebidas pelas ONGs relacionadas com o planejamento do PAM são relatadas ao longo das entrevistas, no entanto as maiores dificuldades referidas dizem respeito ao processo de avaliação e monitoramento da execução das ações propostas.

Notou-se com relação as organizações do interior afirmações predominantes de boas relações com o gestor local, de grande articulação e respeito mútuo, porém no decorrer da entrevista algumas desinformações, conflitos e dificuldades se revelaram.

Estas questões aparecem claramente relacionadas com a articulação para proposição de ações no PAM municipal, na execução destas ações, no seu

monitoramento, avaliação ou no repasse de informações a respeito da política de incentivo e a construção da mesma.

Com a ONG/aids “C” fica claro no momento em que é questionado sobre a articulação com o gestor local e é colocado que:

“... muito, nós temos um bom relacionamento. Eu diria que nós somos uns grandes parceiros...”

Porém mais adiante quando questionada sobre a participação na elaboração do PAM a mesma ONG/aids “C” responde:

“... a elaboração do PAM nós não participamos... quem elabora na verdade é a coordenadora. É ela que elabora todo... até eu acho que não é que ela não queira que participe. Eu acho que nunca sentiu que tenha que ter mais esta afinidade...” “A gente questionou esta pergunta lá no grupo: Como a organização percebe o atendimento de suas demandas necessidades dentro do PAM do seu município? Nós não participamos da elaboração do PAM. Coloca aí, nós ainda não participamos da elaboração do PAM.”

Fica mais claro ainda a desinformação com relação a esta elaboração quando é perguntado a este pesquisador pela mesma ONG/aids “C” sobre a periodicidade de elaboração do PAM :

“O PAM é anual?”

Com outra organização, a ONG/aids “E”, fica evidente a falta de articulação com a coordenação visto que as informações não são repassadas e existe grande confusão no entendimento do que venha a ser o PAM, quais as ações propostas e na aplicação dos seus recursos.

A desarticulação também se dá pelo despreparo da própria organização (ONG/aids “E”) para atuar no controle social e no próprio entendimento do que venha a ser parceria. Apesar de participar do Conselho Municipal de Saúde não tem informação sobre qual o valor total dos recursos aplicados no PAM, quais as ações propostas e também não participa da elaboração das mesmas. Percebe-se sua dificuldade até mesmo no entendimento com relação aos recursos recebidos pela ONG para realizar determinadas ações, e de como o Conselho faz o acompanhamento da execução do PAM. Sua preocupação se restringe a realizar suas ações e prestar contas do recurso recebido.

“Então como eu tinha te falado, nós recebemos esta verba de R\$ 1.200,00... e nós até solicitamos as regras do PAM, porque dentro do município nós não temos... É assim, este dinheiro vem do PAM Estadual, mas o município coloca mais um pouco em cima, não é claro. Nós recebemos R\$ 1.200, 00, mas não é claro... É um projeto que nós desenvolvemos... Assim, por exemplo, a coordenadora, lá em fim de outubro que tem que ta com o concreto do PAM, ela diz que a preocupação é que tinha que elaborar o projeto até o dia 30/10... passado pelo conselho e tudo para aprovação do projeto. Daí a gente elabora o plano, aquele projeto... Ela diz: “é R\$ 1.200,00 que tu podes usar nisto, nisto e naquilo. Vocês ficam com os 10% que é direito de vocês”. Mas a gente não sabe, porque não tem um papel que diz assim... Isto não é claro para nós. É só para desenvolver o projeto..., nós não sabemos o resto do recurso se vem, senão vem ou pra onde vai.” (ONG/aids “E”)

Esta confusão não se restringe a uma única organização, pois durante a entrevista com a ONG/aids “F” a confusão em relação à aplicação dos recursos do PAM torna difícil compreender as respostas. Por mais que fosse questionado sobre a participação na elaboração das ações, a resposta se restringia ao valor definido para repasse as ONGs.

“Consegue. Assim este ano o PAM tem 10 mil reais para as ONGs... Sim, PAM municipal, dentro dos 10% que vem para a sociedade civil... Não lá só tem o PAM Estadual... O Município tem seu PAM, mas não com recursos para HIV... É tudo contrapartida, medicação, atenção básica, e o dinheiro entra de outra forma... Mas tem a outra parte do PAM que entra também... Que é a parte municipal e tem a parte estadual... Não, nós não temos os 10% do PAM para a sociedade civil no município... O PAM do município é de R\$ 212 mil, eu acho... Tanto que nas parcerias com OSC tem 10 mil... O que eu quero te dizer assim, a descentralização, como a gente tem nossos projetos próximos, se eu chegar para a coordenação e propuser uma ação, eu vou conseguir, até dentro destes 10 mil reais... Participamos, nós elaboramos o PAM grupo a grupo...” (ONG/aids “F”)

A ONG/aids “D” também afirma que participa da construção e acompanhamento da política, pois tem uma atuação ativa na comissão de aids e do CMS. No entanto deixa transparecer que não consegue ter atendido as necessidades por eles demandadas.

“Nós ali da instituição, nós participamos ativamente porque nós temos o GT do município, então tudo que acontece a gente esta acompanhando. O PAM foi construído com todos nós juntos... Há esta integração entre o movimento social e o governo, sem dúvida”.

Com o desenvolver da entrevista vão sendo relatadas dificuldades como a falta de preservativos, problemas nos horários para marcação de exames, falta de medicamentos na farmácia básica, ou até mesmo proposição de ações identificadas como necessárias inclusive pelo próprio gestor.

“É mais ou menos de cima para baixo, o que acontece, quando estávamos construindo o PAM a gente questionou: Se há sugestão de repassar 10% para ONGs porque não se faz um edital com estes 10%? Aí o coordenador disse que não, o secretário não vai permitir e, depois do PAM pronto, resolveu abrir um edital, ai foi àquela confusão de novo, de passar pelo Conselho a alteração...” (ONG/aids “D”)

“Neste PAM de 2008 as ONG se articularam para que a prefeitura não tivesse despesa com a uma determinada campanha... porque a gente identificou que seria importante investir em outra e... a primeira as ONGs abraçam o trabalho e a coordenação vai investir nesta campanha que todos estão indicando como importante, e como é nova e tem que ter mais recursos”. (ONG/aids “D”)

Quando questionado se conseguiram ter suas proposições de alteração de ações atendidas a responde veio com um sorriso acompanhada da fala *“mais ou menos”* acrescentando ainda:

“... ao mesmo tempo que nós temos parcerias e ajudamos a construir, algumas coisas são destruídas e a gente nem fica sabendo, só depois a gente descobre que não vai rolar.” (ONG/aids “D”)

Já com as organizações da capital as relações com o gestor parecem ser mais claras e bem definidas. Normalmente as ONGs da capital têm uma articulação em pelo menos dois níveis de gestão: o municipal e o estadual. Estas articulações ocorrem tanto no Conselho Estadual quanto no Conselho Municipal e também nas Comissões de DST/aids destes conselhos.

Porém como existem questões que não estão apenas ligadas a governabilidade da área da saúde, principalmente para as populações afetadas pela aids, é necessário trabalhar em rede com políticas intersetoriais, políticas de

governo. Então muitas vezes as ações colocadas nos PAM fogem da gestão individual de uma Secretaria de Saúde esbarrando no entendimento do que venha a ser políticas sociais dentro de uma estratégia de governo.

“No PAM do município? Tu estas de piada comigo? As facilidades, porque tu não perguntou... Tu colocou as facilidades primeiro... tu vais queres me induzir que tem facilidades? Não Tem.” (ONG/aids “H”)

“... no município a gente percebe isto. Hoje quem participa da construção destas políticas, ou tenta, ou ajuda a planejar isto, não tem autonomia para garantir que aquilo vai se efetivar... muitas vezes a sensação que se tem é que se esta fazendo alguma coisa para inglês ver... na verdade eles precisam da participação do movimento social nesta construção, mas efetivamente a gente não tem conseguido que as ações aconteçam”. (ONG/aids “G”)

“O pessoal do município foi claro: Nós não vamos construir porcaria com vocês, nós só estamos aqui para mostrar o que estamos fazendo e ponto. Nós só vamos botar umas três ou quatro ações de OSC aqui e pronto. Quem vai decidir é o chefe mesmo, o PAM está na mesa dele, é ele que está escrevendo, e ele vai fazer como quer”. (ONG/aids “H”)

“Já tentei no PAM do município, no ano passado, e eu não consegui. A gente entregou, no ano passado ou retrasado, para o coordenador... vamos mostrar para a população o respeito a travesti, como está no Programa Nacional... entendeu... eu queria pelo menos fazer uma capacitação para área da saúde, para o pessoal do PSF... Qual o bairro que não tem uma travesti?” (ONG/aids “B”)

De certa forma, esta situação se aplica perfeitamente ao que afirma Arretche (1997) quando diz que o que torna as decisões mais democráticas não é onde a decisão é tomada (nível central ou local), mas sim a natureza das instituições em que as decisões são tomadas.

Wagner (2005) afirma que não existe tradição de negociação entre gestores no Brasil, ainda mais com a participação de outros segmentos. O jogo de poder ainda é muito grande. Esta parece ser uma afirmação que retrata perfeitamente nesta situação.

Outra questão importante levantada nas entrevistas é o fato de que as populações que mais necessitam de políticas públicas são as mais discriminadas

e estigmatizadas e, portanto as que têm maiores fragilidades e que encontram maiores dificuldades de bancarem suas necessidades frente ao gestor local, contribuindo para aumentar as dificuldades impostas pela descentralização na manutenção das políticas públicas e no enfrentamento da epidemia de aids. São estas as populações que mais sofrem com os condicionantes locais de caráter cultural, religioso, ético anteriormente referidos e que de alguma forma tinham sua afirmação mais sustentada por políticas de âmbito nacional.

“... Agora no processo de descentralização quem perde mais são as populações que tem um processo de exclusão mais severo. Quanto mais severo este processo, menos possibilidade de argumentação e discussão elas têm de serem contempladas em suas demandas”. (ONG/aids “G”)

“... Muitas vezes a gente tem vontade de pegar e entregar a chave tanto para o Estado quanto para o Município e dizer “se virem para trabalhar com esta população”. Mas aí tu pensas, vem àquela demanda toda, a questão da discriminação. Quem é que vai acolher as travestis que são discriminadas, que sofrem tanto preconceito... Não dá para largar. Para onde a travesti vai?... Então eu vejo assim, que antes quando era o Programa Nacional havia mais interesse de trabalhar nas questões das travestis e transexuais” (ONG/aids “B”)

Esta é afirmação vem corroborar o que afirma D’Ávila (2001) sobre o papel essencial das ONG/aids na resposta efetiva a epidemia, já que são estas organizações é que tem acesso as populações mais vulneráveis.

Em relação à construção do PAM Estadual, as organizações participantes têm percepções diferentes a cerca do processo estabelecido.

“... no Estado ela levou pronto, apresentou e fingiu que aceitou o que a gente tinha proposto. Foi uma brincadeira de faz de conta. Quem quis acreditou que foi construído em conjunto, mas quem é um pouco mais atento já viu que não foi”. (ONG/aids “H”)

“... eu acho que em nível de estado a gente participa desde a primeira vírgula, a gente interfere, a gente coloca, principalmente na área de capacitações, em todas as áreas a gente já teve intervenções importantíssimas que mudaram algumas coisas relacionadas à epidemia”. (ONG/aids “G”)

“Quanto a isto nós não temos dificuldades. Nós participamos da construção do PAM Estadual, participamos da construção do PAM Municipal. A dificuldade é na realização destas propostas” (ONG/aids “A”)

D’Ávila (2001) ressalta que sem a visão integral seria impossível implementar ações de promoção e proteção a saúde e sem a participação social estes dois aspectos não se concretizam. Podemos deduzir pelos relatos feitos que os gestores têm dificuldades de perceber a importância que a parceria com a sociedade civil tem na elaboração e implantação das políticas de saúde.

Outra questão que merece ser ressaltada é o diagnóstico da epidemia no território do estado e do município que deve fazer parte do PAM.

Da mesma forma deve ser *“desenvolvido um plano com propostas de descentralização das ações de promoção à saúde e prevenção ao HIV/aids e outras DST e dirigidas à população em geral, aos grupos mais vulneráveis e de risco acrescido por meio da realização de campanhas de comunicação de massa, intervenções educativas, ações de garantia de direitos humanos e propostas de redução de riscos, especialmente para os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas vivendo com HIV/AIDS, crianças e adolescentes em maior risco; populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002), mulheres e outros grupos específicos, de acordo com a realidade epidemiológica do estado ou Distrito Federal”. (Portaria 2313/02 MS)*

A definição de populações prioritárias em relação às políticas e campanhas de prevenção efetuada pelo PN-DST/AIDS interfere na avaliação das necessidades locais e influencia diretamente nas ações a serem executadas. Campanhas pontuais direcionadas para uma determinada população afeta diretamente a continuidade das ações com as populações historicamente atingidas e que possuem um histórico de exclusão, discriminação e estigma.

“Eu acho que há uma dificuldade primeiro pelos modismos lançados pelo próprio Ministério quando ele diz que hoje é o ano do idoso ou o ano da mulher. Isto dificulta nossa interlocução com o gestor local, porque “o recurso nós só temos este, a prioridade é mulher” e isto dificulta nossa interlocução... Isto é

usado como desculpa para a exclusão... A maior parte do recurso vai para isto, como se a vulnerabilidade fosse exclusiva daquele grupo... ou seja, os números que usam para justificar algumas exclusões depois passam a não contar mais, a realidade local também não é levada em consideração... Isto serve para excluir aquele grupo que eles não querem trabalhar..." (ONG/aids "A")

"... (os vínculos) já estavam solidificados no nacional, era um trabalho consolidado, aí teve uma ruptura. Até dá para fazer uma análise... quando se tentou fazer isto com a descentralização, esta ruptura, e estas questões passassem a ser atendidas pelo nível local, que era esta a idéia. No momento em que o PN mantém isto igual ele mesmo começou a se sabotar no que estava sendo proposto... Eu não penso que a descentralização não acontece apenas por culpa dos gestores locais, ela não acontece porque o próprio nível nacional não deixa que as coisas aconteçam... o Programa se sabota quando cria, ou lança nacionalmente uma coisa e deixa de fazer o olhar local... é claro que eu continuo mantendo minhas relações com o PN e proponho projetos que eu consigo financiar, de execução exclusivamente de nível local, via nacional. Eu estou sabotando..." (ONG/aids "F")

"... isto tem um impacto muito grande na mídia que acaba legitimando o gestor. Aí tu dá uma visibilidade disto na mídia que tu nunca vais conseguir de forma tão positiva quanto para uma população com histórico de exclusão". (ONG/aids "G")

"... só vira notícia aquilo que a gente quer que vire notícia, aí a gente chama a imprensa e diz que quer que vire notícia. Aí quando vira notícia todo mundo acredita, todo mundo passa a fazer porque a imprensa disse que era assim. Não é isto que o PN faz? Ele inventa que agora á adolescentes gays, passa para imprensa e a imprensa convence todos nós que é isto que nós temos que fazer agora." (ONG/aids "F")

Um exemplo bem significativo com relação às dificuldades encontradas na definição das necessidades e prioridades elencadas para proposição e ações no enfrentamento da epidemia de aids é com relação a população de homens que fazem sexo com homens. Apesar de estarem entre as populações prioritárias pactuadas na Portaria 2313/02 do MS, as ações para estas populações estão diminuindo desde que a descentralização foi efetivada.

Esta questão foi analisada por Fonseca et al (2007) no estudo das mudanças de financiamento para programas de redução de danos no Rio de Janeiro. Podemos fazer uma comparação entre estas populações em função de seu histórico de estigma e preconceito e ressaltar o poder do governo local a cerca dos projetos que devem ser financiados.

“O ministério traça uma linha, mas esta linha não é cumprida, e isto está acontecendo agora com os... Não estão mais financiando projetos para as populações GLBT. Já várias ONGs com quem eu falei agora em reunião lá no Rio de Janeiro, não recebem mais projetos para fazerem prevenção...” (ONG/aids “A”)

“... nós fizemos levantamento com a ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais) sobre o que tem nos PAM sobre políticas para GLBT e a maioria dos municípios não tinham recursos para campanhas de prevenção para esta população.” (ONG/aids “A”)

Pode-se de alguma forma inferir que esta constatação feita pelo movimento social também foi percebida pelo PN-DST/AIDS que vem acompanhando a elaboração dos PAM em todo o Brasil.

“Agora este Plano de Enfrentamento da Epidemia para Gays que foi lançado pelo Ministério da Saúde no dia 26 de março, com a participação da sociedade civil. Não tem recurso nenhum para isto... Diz que o Estado tem que entrar com os recursos. Tem que entrar com os recursos? Que tipo de pressão vai ser feita? (ONG/aids “A”)

A inserção na mídia busca reforçar esta questão, porém com repercussões controversas nas ONGs.

“... em termos da mídia se divulgou esta questão toda dos adolescentes gay... que grave é isto de tu publicizar isto de determinada forma... volta ao esquema anterior, reforça estigma, são os veados e pronto...” (ONG/aids “G”)

“Eu acho que aí a gente pensa de como a mídia manipula também as coisa, porque da forma como foi apresentada são os veados e os usuários de drogas... o Ministério dita muito quem é a bola da vez, continua ditando e como já ditou a anos atrás...” (ONG/aids “G”)

Esta indução de ações para determinadas populações por parte do PN-DST/aids referida pelas ONG/aids reforça tanto Sampaio e Araújo (2006) quando

falam em magnitude epidemiológica e segmentação da aids com estigmatização de grupos sociais quanto Contreras (2000) quando fala do imaginário social sobre a epidemia de aids.

No entanto, fica bastante claro que uma das maiores dificuldade com relação ao PAM, tanto no nível estadual, quanto no nível municipal, principalmente para as ONG/AIDS da capital, é a efetivação da ação proposta e o monitoramento e avaliação destas ações e a fiscalização sobre os recursos utilizados.

“Uma das questões que eu questiono muito e que faz parte desta política de descentralização é o próprio repasse das verbas do PAM... por que a gente não consegue de fato monitorar, fazer isto ir adiante... como isto está sendo gasto, e quando não é gasto continua sendo repassado...eu não consigo entender como tu consegues ter um canal aberto de saída de dinheiro e que tu não consiga monitorar o que é feito deste dinheiro e o dinheiro é mau empregado e tu continuas mandando ele... tu não monitoras isto e aí as ações que não querem que seja executada não são e o dinheiro sobra, ninguém cobra e ninguém dá conta com o que não foi feito” (ONG/aids “F”)

“Eu concordo... a gente monitora, a gente percebe que as coisas não estão acontecendo, mas o dinheiro, os 1/12 avos continuam caindo... nestes quatro anos a gente deveria ter acúmulo para fazer algumas mudanças... como fica o recurso à medida que o PAM é monitorado, é detectado, e a gente percebe que não esta acontecendo... (ONG/aids “G”)

“A gente coloca alguma coisa que é dever do município fazer, mas ele acaba não executando e repassa o recurso para a sociedade civil organizar uma capacitação, um seminário e que acaba não sendo adotado como uma prática de governo e sim incorporada como uma ação financiada para as organizações da sociedade civil, mas elencada em seus relatórios como ações desenvolvidas” (ONG/aids “A”)

“A gente consegue colocar e contemplar nossas demandas, mas a gente não consegue efetivar as ações na ponta... A gente percebe que muitas vezes a gente consegue incluir nossas demandas, mas não consegue efetivá-las, algumas vezes em função da rede, mas em outras a gente percebe que o gestor acatou nossas demandas porque naquele momento ele não tinha poder de

argumentação, e não porque ele tenha entendido aquilo como prioridade, mas era uma forma dele poder estar encaminhando o processo, e depois o que ele vai fazer com isto é outra coisa, nem que o recursos fique lá e no final... ”. (ONG/aids “G”)

“No município a gente vem tendo um retrocesso. Nos últimos dois PAM pelo menos, a gente teve pouquíssimas das ações que teve colocada, efetivada e eu acredito que neste ano a gente vai ter um número menor ainda”. (ONG/aids “G”)

“Executadas? É uma boa pergunta... Como a gente tem acesso... Até foi discutido, não me lembro quando... mas aí quando a gente pede uma passagem porque tem que mandar alguma travesti para um encontro em tal lugar... e está contemplado lá... vem uma resposta assim: tem uma pessoa que libera as passagens, o que me deixou chocada, “Mas o que as travestis querem tanto viajar de avião? Manda elas de ônibus... Sim, isto está no PAM... Mas ela não libera mesmo assim... Tendo o recurso lá, então eu digo, puxa vida o quê que a gente tem que fazer...” (ONG/aids “B”)

Quando se fala de monitoramento, avaliação fiscalização das ações desenvolvidas e dos recursos aplicados, muitas vezes esta questão se mantém apenas nos dados quantitativos. Alguns questionamentos foram realizados enquanto avaliação qualitativa das ações em saúde e de qual o impacto destas na epidemia como um todo.

“... A gente tem algumas vezes o quantitativo, não tem qualitativo. Esta questão de capacitações a gente vem fazendo muito no PAM do Estado... para vinte profissionais, começa com 15 e termina com 10... quando o usuário é atendido pelo profissional a gente percebe que da capacitação sobrou pouco... uma coisa que a gente insiste a muito tempo é o acolhimento das travestis nos postas de saúde... a gente já fez diversas capacitações e até hoje elas são o João, o Pedro e o Antônio...” (ONG/aids “G”)

“... num posto de saúde... no primeiro momento em que ela chega à recepção ela é recebida pelo nome de registro... a gente já conseguiu o nome social... é lei no SUS... É o gestor que devia se preocupar com isto. É trabalho do Secretário de Saúde, da Vigilância Sanitária, todos os órgãos tem que estar envolvidos, não pode ser uma preocupação só nossa...” (ONG/aids “B”)

“Olha eu percebo que as minhas necessidades de perfumarias são atendidas, mas as minhas necessidades efetivas estão muito distantes de serem atendidas. Existe uma grande diferença entre aquilo que eles dizem que me atendem e aquilo que eu efetivamente necessito que eles me atendam”.
(ONG/aids “H”)

4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendo ser interessante iniciar estas considerações finais com algumas frases retiradas das entrevistas e que eu acredito que sintetizam o sentimento dos entrevistados e também deste pesquisador e introduzem perfeitamente estas conclusões:

“A gente não preconiza um retrocesso. O que parece é que a Política de Incentivo fundo a fundo tem coisas a serem melhoradas... Contraditoriamente a gente continua acreditando que este é o caminho. Talvez a gente tenha que rever a construção deste caminho, mas a gente não consegue ver este processo de maneira diferente. Quanto mais perto da base estiver, melhor a gente vai conseguir ver as necessidades locais.” (ONG/aids “G”)

“Isto é uma coisa que eu tenho tentado entender bastante, que eu não consigo entender que uma coisa que foi tão idealizada, que foi tão discutida, que era tão bonita na proposta, quando começa a ser executada, não se consiga fazer isto de forma que efetivamente tu vás conseguir acompanhar e ver um crescimento” (ONG/aids “H”)

No contexto atual do Sistema Único de Saúde, a descentralização das ações é um fato concreto e aparentemente sem possibilidades de retrocesso. O que é necessário discutir é a forma de enfrentar os problemas que surgiram após sua implantação e como poderemos aperfeiçoar este sistema a partir das diferentes realidades encontradas nas instâncias sub-nacionais.

Fonseca et al (2007) sugerem um estudo de como a descentralização pode provocar retrocesso em algumas ações e como pode facilitar ou limitar a política de enfrentamento das DST/aids.

O enfrentamento da epidemia de aids apresenta algumas peculiaridades que devem ser enfrentadas pela Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids e que no entender deste pesquisador necessitam ser observadas de maneira bastante atenta.

O estigma, o preconceito e a discriminação que sofrem as populações diretamente afetadas pelo HIV/aids interfere diretamente nas ações em saúde executadas nas mais diversas localidades. As diferentes configurações culturais, religiosas, políticas, econômicas encontradas nos municípios alteram a

percepção das necessidades e demandas locais muitas vezes criando várias epidemias. Assim a epidemia de aids não deve ser entendida como uma só e as ações tendem a ser distintas, assim como o processo de construção das mesmas.

Quando os movimentos sociais unidos pressionam um único gestor para que atente às suas demandas e necessidades, alcançam uma determinada resposta, mas quando esta pressão é dividida pelos diversos locais frente a diversos gestores sua força também se divide e nem sempre de forma equivalente, demonstrando fragilidades nas articulações com conseqüente perda de poder no alcance a suas respostas.

A resposta as demandas e necessidades colocadas pelas ONG/aids não parece estar diretamente ligada ao tempo de atuação das mesmas, ou a magnitude da epidemia ou a importância ou tamanho do município/região em que atuam e sim da percepção política que o gestor local tem das necessidades/prioridades de saúde, da importância com que ele enxerga a epidemia de aids e do respeito que ele tem com relação aos movimentos sociais.

É necessário ampliar este estudo de forma a perceber mais precisamente como esta questão se apresenta em outras regiões, mas pode-se inferir a partir das entrevistas realizadas com estas oito organizações do Rio Grande do Sul que as ações de saúde em DST/aids, sejam elas executadas pelo gestor ou sejam elas executadas pela sociedade civil, perderam qualidade a partir da implantação da descentralização e da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional.

A proximidade com o gestor, paradoxalmente, não trouxe uma melhora nas relações e um maior respeito às necessidades e demandas levantadas pela sociedade civil. Em alguns locais, segundo as ONG/aids entrevistadas, houve inclusive um retrocesso nas ações de enfrentamento a epidemia de aids, na política de saúde e nas políticas sociais de maneira geral em função da postura política do gestor, muitas vezes pautado por questões éticas e ideológicas de cunho pessoal.

Apesar da gestão com direção única em cada esfera de governo, percebe-se a necessidade que o nível central identifique e assuma seu papel de organizador e coordenador das instâncias sub-nacionais na busca da co-

responsabilidade e solidariedade com relação às ações de saúde para a população como um todo.

Com relação especificamente a descentralização dos projetos para as ONG/aids nota-se uma redução nos recursos acessados por parte das ONGs, principalmente para ações de prevenção junto as populações com maior vulnerabilidade frente ao HIV/aids. Esta é sem dúvida uma realidade relatada em quase todas as entrevistas.

A causa da redução dos financiamentos não está bastante clara e tanto pode estar no aumento do número de ONG/aids, o que provoca uma maior divisão dos recursos, como pode ser resultante da manutenção dos mesmos valores ao longo dos últimos anos, como também pode estar na falta de investimento tripartite nestas ações. Estes três possíveis fatores não são excludentes entre si. As informações coletadas não permitem uma conclusão com relação ao financiamento destas ações; portanto, esta questão deve ser objeto de um estudo maior.

A participação da sociedade civil na elaboração, monitoramento e avaliação das políticas e ações propostas junto aos Planos de Ações e Metas desta política, reafirmada na portaria 2313/02 e legalmente instituída pela lei 8142/90 difere também de local para local de acordo com as condições existentes em determinados períodos históricos.

Esta participação que foi tão decisiva na construção do SUS e da Política Nacional de enfrentamento da epidemia de aids no Brasil não pode ser tratada igualmente em todas as regiões.

Apesar da atuação junto aos Conselhos de Saúde ou outros espaços de participação social, tanto do SUS quanto ligados a outras políticas sociais, e da relação com outros importantes movimento sociais, percebe-se que as ONG/aids encontram muito mais dificuldades do que facilidades para interferir efetivamente nas políticas públicas. Estas dificuldades tem reflexo direto na execução e na qualidade das ações desenvolvidas, principalmente para as populações com histórico de exclusão social e/ou de difícil acesso no enfrentamento da epidemia de aids.

Durante esta pesquisa foi possível perceber que, em determinados momentos, as próprias ONG/aids não identificam estas dificuldades o que

representa um complicador na busca de consolidar suas necessidades e demandas.

Pode-se inferir a partir das entrevistas que as dificuldades encontradas para efetivar a participação da sociedade civil no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde são também em função da desinformação das ONGs sobre como intervir no processo de construção destas políticas bem como do seu despreparo para o exercício do controle social.

A educação permanente para uma intervenção com qualidade na construção, planejamento, monitoramento e avaliação dos PAM Estadual e Municipais por parte das ONG/aids nos parece fundamental. No entender deste pesquisador seria importante que o PN-DST/aids participasse de forma mais contundente na formação das ONG/aids para que esta intervenção realmente se efetivasse.

Outro problema que merece atenção é a falta de instrumentos que possibilitem uma maior ação por parte do Ministério da Saúde a partir da identificação de que as ações não estão sendo executadas conforme planejado ou que as pactuações não estão sendo cumpridas pelas esferas sub nacionais. No entender de alguns entrevistados, esta é uma das falhas da Política de Incentivo no Âmbito do PN-DST/aids,.

É percebido pelas ONG/aids que a experiência acumulada ao longo destes cinco anos de Política de Incentivo já permitem alterações nesta política que procurem avançar com relação a qualidade de sua execução.

Existem aspectos que devem ser mais bem estudadas para favorecer a gestão e execução do PAM, para um melhor aproveitamento dos recursos, com garantia do cumprimento das pactuações e ampliação das relações com a sociedade civil possibilitando um monitoramento mais qualitativo e uma avaliação mais consistente de seu impacto.

É preciso ressaltar que por se tratar de um incentivo, é imprescindível o entendimento que esta política faz parte de um todo maior e que seu objetivo é induzir respostas frente à epidemia de aids, dentro de uma política institucionalizada no Município ou no Estado.

Em poucos momento nesta pesquisa conseguiu-se perceber este entendimento por parte das ONG/aids. A preocupação do movimento social se

restringe as ações contempladas no PAM e por mais que tenha se buscado fazer relação com as ações integrais e mais amplas de saúde a questão retornava sempre para o específico.

A perspectiva de finalização das políticas de incentivo proposto pelo Pacto de Gestão do SUS e do agrupamento destas ações de saúde em blocos de financiamento e o impacto que isto pode ter nas ações de enfrentamento da epidemia de aids é mais uma questão que deve ser analisada com muita atenção.

Por fim, parece importante reafirmar que a epidemia de aids continua atingindo de forma bastante expressiva a sociedade brasileira, em especial algumas populações mais vulneráveis por suas características sócio econômicas e culturais. Infelizmente, esta pesquisa indica que a importância que é dada ao enfrentamento da aids nas três esferas de governo é bastante distinta.

Segundo a Constituição Federal, “A saúde é um direito de todos e dever do Estado...” (art. 196) e ninguém é mais ou menos cidadão que o outro. Não é aceitável que brasileiros, apesar de suas diferenças, sejam elas quais forem, tenham acesso diverso a ações de saúde em função de habitarem distintas regiões. Diferentes gestores não podem, através de posições muitas vezes pessoais, garantirem mais ou menos direito à saúde.

A descentralização da saúde deve garantir ações diversas frente a distintas necessidades, no entanto não pode criar diferentes cidadãos em diferentes locais.

Finalmente a descentralização deve ter como consequência um maior acesso do cidadão as ações de saúde e de enfrentamento da epidemia de DST/aids passando necessariamente pelo respeito as diferenças e diversidades e garantindo os princípios de equidade, universalidade e integralidade, com participação da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTMAN, D. **Poder e comunidade**: respostas organizacionais e culturais à AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ. 1995. 220p.
- Avaliação da 13ª Conferência Nacional de Saúde - Brasília, 14 à 18 de novembro de 2007, [on line] disponível na internet via http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167
- ARRETCHE, M. 1997. **O mito da descentralização como indutor de maior democracia e eficiência das políticas públicas**. In: *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização* (S. Gerschman & M.L.W. Vianna, org.), pp 127-152. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2313 – **Institui o Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST**. Brasília, 2002c.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2314 – **Institui o Plano de Ações e Metas, como instrumento de programação do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST**. Brasília, 2002d.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 325 – **Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST/AIDS – Documento Informativo – **AIDS SUS – Governança na resposta nacional ao HIV/Aids e outras DST**. Set. 2007. Mensagem enviada para o autor em 10 de dezembro de 2007.
- CARVALHO, G. de C. M. de. 2007. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. 259 p.

- CONTRERA, W.F. 2000. **GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia de AIDS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 108 p.
- D'ÁVILA, S., 2001. **Sustentabilidade em DST/AIDS: caminhos para uma saúde possível**. In: *Aids e Sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil* (Câmara, C. org), pp 59-65. Brasília: Ministério da Saúde
- FALLETI, T. 2006. **Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, pp 48-85
- FERREIRA, V. & ROCHA, S. 2006. **Política de saúde no contexto da globalização neo-liberal**. In: *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* (S. Rocha & V. Holanda, org) pp 40-51. Recife/Fortaleza: SOS Corpo & GRAB – Grupo de Resistência Asa Branca
- FONSECA, E. M. et al. **Descentralização, Aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Set. 2007, vol.23, nº 9 p. 2134-2144
- GALVÃO, J., 1997. **As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS**. In: *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil* (Parker, R. org.), pp 69-108. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA
- GERSCHMAN, S. & VIANNA, A.L.D. 2005. **Descentralização e desigualdades regionais em tempo de hegemonia liberal**. In: *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS* (T. Lima & S. Gerschman & F.C. Edler, orgs), pp. 307-351. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.
- LINDNER L. (Coord). 2005. **ENONG – Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de Sonhos e lutas**. 165 p
- LUZ, Madel T. 2000. **Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano** – *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2): 293-312, 2000

- MENDES, A.N. & MARQUES, R.M. (2003). **O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégias de financiamento das ações em saúde**. Disponível na internet em www.opas.org.br/observatorio/index.cfm. Acesso em 31 de outubro de 2007
- PIRES, D. R. F. **Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de aids**. 2006. 140 f. Dissertação do Curso de pós-graduação em saúde coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
- SAMPAIO, J. & ARAÚJO, J. L. **Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo da prevenção em aids**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 6 (3): p335-346, jul/set 2006
- SILVA, C., 2006. **Existe um movimento Aids?** In: *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* (S. Rocha & V. Holanda, org.), pp 28-38. Recife/Fortaleza: SOS Corpo & GRAB – Grupo de Resistência Asa Branca
- SILVA, F.L.R. **Os Programas Municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas?** 2006. 115 f. Dissertação de mestrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro
- TAGLIETTA, M.F.B. **Avaliação da implantação do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo**. 2006. 85 f. Dissertação de Mestrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro
- TEIXEIRA, P. R., 1997. **Políticas públicas em AIDS**. In: *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil* (Parker, R. org.), pp 43-68. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA
- WAGNER, Gastão. 2005. **Efeitos da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil** [on line]. Disponível na internet via http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fDescentralizacao_do_sus.pdf Acesso em 05 de dezembro de 2007
- XIV ENONG – **Encontro Nacional de ONG/aids – Documento Final – Versão Preliminar – novembro 2007 – mensagem enviada ao autor no dia 11 de novembro de 2007**

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário semi-estruturado

1. Nome da Instituição
2. Objetivo/Missão
3. Data de fundação
4. Quantos funcionários/voluntários
5. Área de atuação
6. População preferencialmente atendida
7. Nome da pessoa responsável pela entrevista
8. Cargo na Instituição
9. Há quanto tempo atua na área
10. Formação
11. A organização participa das instâncias de controle social do SUS? Desde quando? Como?
12. Como a organização percebe a política de descentralização “Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde”?
13. Esta descentralização causou impacto nas atividades desenvolvidas pela organização? E nas ações e demandas de saúde da população por vocês atendida?
14. A partir da implantação desta política como a organização percebe a necessidade de articulação local, tanto com gestor quanto com outros movimentos de saúde, na proposição, implantação e fiscalização das ações em DST/aids em nível local, com relação às especificidades da população por vocês atendidas?
15. Quais as facilidades e ou dificuldades encontradas pela organização para a proposição de ações em saúde, no PAM ou no Plano de Saúde de seu município/Estado, com relação às necessidades/especificidades da população por vocês atendida?
16. Como a organização percebe o atendimento de suas demandas/necessidades dentro do PAM de seu município ou Estado?

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Representantes de Organizações Não Governamentais que trabalham com HIV/Aids no Rio Grande do Sul.

O senhor (a) está sendo convidado para participar da entrevista da pesquisa: **O PARADOXO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO FINANCIAMENTO PARA AS AÇÕES DE DST/AIDS: VISÃO DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS DO MOVIMENTO SOCIAL EM MUNICÍPIOS SELECIONADOS DO RIO GRANDE DO SUL**, tema de Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de descentralização das ações em DST/HIV/aids a partir da implantação da política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/aids, Portaria 2313/02 sob a visão das Organizações Não-Governamentais que trabalham com DST/aids na cidade de Porto Alegre e outros municípios selecionados no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

A sua participação não é obrigatória, mas é importante e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas pelo pesquisador Carlos Alberto Ebeling Duarte.

Visando garantir sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo e nas eventuais publicações.

Os benefícios relacionados com a sua participação neste estudo visam contribuir para um melhor entendimento por parte da sociedade civil sobre a importância das articulações locais na definição das prioridades em saúde dentro da conjuntura de descentralização proposta pelo SUS.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Carlos Alberto Ebeling Duarte

Rua Doutor Barros Cassal, 697, apt 905, Porto Alegre, RS

Telefone residencial 51 3024 1421

Telefone celular 51 9984 6674

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Porto Alegre, __de_____de 2008