

Descentralização das políticas e ações em saúde:

**Impactos e desafios
para o enfrentamento
da epidemia de
HIV/AIDS**



**APRIMORANDO O DEBATE II:
Respostas frente à AIDS no Brasil**

Aprimorando o debate (II): Respostas frente à AIDS no Brasil

SEMINÁRIO

**Descentralização das políticas
e ações em saúde: impactos e desafios
para o enfrentamento da epidemia de
HIV/AIDS**

RELATORIA

Organizadores

CRISTINA PIMENTA

JUAN CARLOS RAXACH

VERIANO TERTO JÚNIOR



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

Rio de Janeiro

2011

Diretoria

Diretor-presidente: Richard Parker
Diretora vice-presidente: Regina Maria Barbosa
Secretário-geral: Kenneth Rochel Camargo Júnior
Tesoureiro: Francisco Inácio Pinkusfeld de Monteiro Bastos
Conselho de Curadores: Fernando Seffner, Jorge Beloqui, José Loureiro, Luis Felipe Rios, Michel Lotrowska,
Miriam Ventura, Ruben Mattos, Simone Monteiro, Valdiléa Veloso e Vera Paiva
Coordenação-geral: Cristina Pimenta
Veriano Terto Júnior

Coordenação técnica do seminário: Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach e Veriano Terto Júnior
Coordenação editorial: Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Veriano Terto Júnior e Wilma Ferraz

Conselho Consultivo: Carlos Duarte, Carlos Passarelli, Cristina Pimenta, Daniela Knauth, Dulce Ferraz, Francisco Bastos, Francisco Pedrosa, Ivia Maksud, Ivo Brito, Juan Carlos Raxach, Ligia Kerr Pontes, Paulo Teixeira, Regina Barbosa, Richard Parker e Veriano Terto Júnior
Relatoria: Camila Castro
Copidesque: Jacinto Corrêa
Revisão de textos: Débora de Castro Barros
Projeto gráfico e diagramação: A 4 Mãos Comunicação e Design Ltda.

Tiragem: 1.000 exemplares

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que citados a fonte e o respectivo autor.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S474a

Seminário Descentralização das Políticas e Ações em Saúde : impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS (2010 : Fortaleza, CE)

Anais/ do Seminário Descentralização das Políticas e Ações em Saúde : impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, realizado nos dias 01 e 02 de julho de 2010 ; organizadores, Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Veriano Terto Júnior. - Rio de Janeiro : ABIA, 2011. 64p.

Tema: Aprimorando o debate II : respostas frente à AIDS no Brasil

Anexo: Programa

ISBN 978-85-88684-48-5

1. AIDS (Doença) - Aspectos sociais - Brasil - Congressos. 2. HIV (Vírus) - Aspectos sociais - Brasil - Congressos. 3. AIDS (Doença) - Política governamental - Congressos. 4. Política de saúde - Brasil - Congressos. 5. Saúde pública - Brasil - Congressos. 6. Descentralização da administração pública - Brasil. I. Pimenta, Maria Cristina. II. Raxach, Juan Carlos, 1961-. III. Terto Júnior, Veriano, 1961-. IV. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. V. Título. VI. Título: Aprimorando o debate II : respostas frente à AIDS no Brasil.

11-1203. CDD: 362.10981
CDU: 614.2 (81)

APOIO:



SUMÁRIO

Sobre o seminário e a publicação	5
PALESTRA INAUGURAL: <i>Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para a resposta ao HIV/AIDS</i> , Ruben Mattos	7
DEBATEDORES: Ivo Brito e Francisco Pedrosa.....	12
Parte 1	
NA PAUTA DO DIA: "Descentralização das políticas públicas em saúde"	
"Limites e possibilidades da descentralização na saúde", Renilson Rehem	20
"Desafios para a descentralização das políticas e ações de HIV/AIDS", Mariângela Simão	22
"Impactos e desafios na sociedade civil organizada", Carlos Duarte	27
DEBATEDORES: Alexandre Grangeiro e Renata Motta.....	29
Parte 2	
NA PAUTA DO DIA: "Descentralização: impactos e desafios na prevenção"	
<i>A necessidade de revisão da saúde pública brasileira</i> , Luiz Odorico Monteiro de Andrade.....	37
<i>Questões para a intersectorialidade: as relações entre o setor público e as ONGs/AIDS</i> , Acioli Neto	39
Parte 3	
NA PAUTA DO DIA: "Descentralização: impactos e desafios na sociedade civil organizada"	
<i>A questão das legislações estaduais e municipais: avanços e entraves</i> , Gladys Almeida	44
<i>A importância da participação ativa e inovadora da sociedade civil</i> , Kátia Edmundo.....	46
DEBATEDOR: Antonio Ernandes Marques da Costa.....	48
Parte 4	
NA PAUTA DO DIA: "Descentralização: impactos e desafios na assistência e no financiamento de políticas e ações"	
<i>Avanços e desafios da descentralização</i> , Renato Barboza	52
<i>Atenção básica e educação permanente</i> , Ivana Barreto	56
DEBATEDOR: Alcindo Ferlar	58
ANEXO	
Programa.....	61



Veriano Terto Júnior e Cristina Pimenta – Coordenação-geral da ABIA.

Sobre o seminário e a publicação

A descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS tem se transformado em um dos maiores desafios para a sustentabilidade da resposta brasileira ao HIV/AIDS. Enquanto algumas cidades e estados apresentaram avanços, outros sofreram retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência. Para debater essas questões, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) promoveu, nos dias 1º e 2 de julho de 2010, em Fortaleza (CE), o seminário "Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS".

O objetivo do evento, que contou com a participação de ativistas, acadêmicos e gestores de diversos estados do Brasil, foi refletir sobre os impactos e desafios da descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS nos últimos anos e contribuir com ideias e sugestões que possibilitem a efetividade e a ampliação de ações que possam aportar com a implementação adequada do processo de descentralização das ações de DST/HIV e AIDS.

Este é o terceiro e último seminário realizado dentro do projeto "Aprimorando o Debate (II)", que busca ampliar o espaço de interlocução entre os diversos setores que atuam na resposta à epidemia de AIDS no Brasil e estimular sua integração. O projeto, que teve sua primeira versão entre os anos 1999 e 2002, conta com o apoio do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e, para a realização do seminário em Fortaleza, contou com a parceria local do Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB).

No caso específico desta publicação, apresentamos, em forma de relatório, os principais conteúdos delineados pelos palestrantes e discutidos entre os participantes. O conteúdo não está em forma de artigos, mas, sim, de um relato que busca manter a essência para possibilitar ressaltar como foram expostas as ideias e pensamentos por parte dos diferentes setores.

Esperamos com esta publicação contribuir para o diálogo e construção de ideias que permitam orientar debates e artigos futuros.

Boa leitura!

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA


Palestra Inaugural

Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para a resposta ao HIV/AIDS

RUBEN MATTOS

Diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)





Gostaria de iniciar dizendo que mantenho um compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua origem, passando por seu aprimoramento e consolidação. Nesse sentido, minha apresentação vai propor discussões sobre a descentralização a partir da própria história do SUS, o que me parece de fundamental importância para pensar as questões associadas à AIDS.

Por outro lado, também é preciso considerar as redefinições de políticas e ações do Ministério da Saúde em todo esse processo no que diz respeito à participação dos municípios e estados, assim como à capacitação dos gestores. Devemos pensar, ainda, como ficam as agendas dessas instituições quando se descentraliza uma política e o que ocorre com os movimentos sociais no tocante ao aumento da demanda de monitoramento e avaliação, que passa a se orientar para o governo federal, estados e municípios.

A ideia de descentralização, em princípio, não é interessante, pois tal conceito não é um fim em si mesmo, e, sim, um meio de garantir a saúde. Porém, se voltarmos à criação do SUS, a descentralização é a proposta que mais possibilitou avanços. Nesse sentido, cabe a indagação: de que modo podemos pensar a importância desse “meio” como caminho para concretizar ações?

Refletindo um pouco sobre a história do movimento sanitário, podemos ver que ele envolve uma coalizão de temas e agendas diferenciados, mas que concordavam com a necessidade de mudanças. Consensos foram produzidos para conduzir acordos e mudanças, os quais contribuíram para a conformação de propostas de transformação da sociedade. A reforma sanitária no Brasil é considerada uma tese política de grande importância em termos de participação. “Se descentralizamos, a participação fica mais efetiva...” – essa é uma tese.

Todo esse processo se deu durante o contexto específico do regime militar, em que não havia democracia, nem descentralização. Nesse sentido, falar de descentralização era algo essencial.

Por outro lado, essa tese se associava a uma ideia de participação que foi gerada antes do SUS como o conhecemos. Quando, nos anos 1980, reformistas brigavam pelas mudanças, começava-se a operar a descentralização e a criar instâncias de participação locais embasadas na possibilidade de envolvimento dos moradores usuários do sistema de saúde. Nesse período, o ativismo em AIDS estava começando com eventos de participação, advocacy das doenças etc.

Essas questões devem ser levantadas porque havia o pensamento da descentralização de base territorial, diferença importante em face dos antigos movimentos sanitários, que defendiam a centralização, a identidade do povo brasileiro e a oligarquia brasileira rural. Em sua concepção, a descentralização atrapalharia um projeto de Brasil, defendendo, por isso, a centralização, o que não era uma boa proposta.

Ao pensarmos em descentralização, fazemos uma associação com os poderes locais, o que resulta em continuar a sermos um pouco céticos diante do clientelismo que ainda faz parte da política brasileira – por isso, os sanitários antigos confiavam nos técnicos e queriam a centralização.

No início, o movimento sanitário não sabia das reais necessidades da população e se abria aos processos de redemocratização. Contudo, era como se a necessidade de saúde da população não fosse do saber da própria população: os técnicos sabiam mais...

O início da resposta governamental à AIDS em São Paulo, por exemplo, foi compromissado como um direito à saúde, para a perplexidade de muitos técnicos, que não partilhavam da mesma visão. Quem sabia sobre a necessidade de saúde era o gestor; era ele quem precisava definir a saúde, não a população. E, em se tratando de AIDS, as prioridades da população atropelavam a vontade dos técnicos.

Acredito que haja uma importância crescente em relação à descentralização, enfocando controle social e ruptura. O movimento sanitário dialético acabou por criar espaços para ouvir a população, mas sem abandonar a técnica. Desde o início, o movimento defendeu o SUS e a participação social, embora, do ponto de vista de alguns gestores, tal participação não fosse muitas vezes bem acolhida.

O que ocorre é uma divisão. Há os que acreditam que as decisões amadurecem algumas respostas e que o crescimento de lutas específicas vem contribuindo para políticas melhores, produzindo uma melhor resposta quanto ao direito à saúde. Por outro lado, há os que não concordam e que acreditam que o gestor sabe mais das prioridades do que os representantes da sociedade, dos conselhos etc.



Governo federal e municípios

O modo como conduzimos a descentralização enfocou também o debate sobre a relação entre governo federal e municípios. A Constituição define um panorama dos fundos de participação que aumentou absurdamente a quantidade de municípios; 47% dos municípios brasileiros têm menos de 10 mil habitantes. São municípios com baixa capacidade de gestão para se organizarem e realizarem o que a Constituição indica.

Nesse caso, o movimento sanitário depara com a impossibilidade de certos governos municipais fazerem algumas coisas. E, por outro lado, vem a iniciativa de criar o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que posteriormente poderiam ser definidos como ONGs, com assento no Conselho Nacional de Saúde, o que me parece estranho. Como se permite que secretários tenham decisão no Conselho Nacional de Saúde?

Precisamos atuar, conversar mais. O Ministério da Saúde não vai conseguir conduzir a descentralização sem uma boa articulação com estados e municípios. Como é que definiremos as responsabilidades dos técnicos, dos próprios municípios, com a descentralização? E as questões problemáticas? Se for por "pactuação", como podemos garantir que esta seja cumprida? Seria politicamente?

É importante lembrar como o SUS foi construído. Não será possível conseguir uma descentralização de uma hora para a outra. Como construir o SUS com portarias e normas, por meio de acordos e pressão financeira, por exemplo? Todas essas instâncias devem ser levadas a arenas de discussão, para a produção de regras efetivas.

O processo de descentralização, para gestores pequenos, é um incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF) para cuidar da atenção básica. Seria isso um bom exemplo em termos de processo de descentralização, seria um incentivo, para gestores de municípios menores, ao PSF visando a cuidar da atenção básica? Na verdade, o governo federal promoveu uma mudança de cenário quanto às normas operacionais, o que ocasionou dificuldades para muitos gestores, que acabaram ficando perdidos.

A descentralização pela via técnica gradual, por exemplo, nas reuniões e decisões tripartites e bipartites, se fez paralela aos conselhos, ocasionando o afastamento de sua base e gerando a crise de representação. Aconteceu, e são questões que implicam problemas e desafios.

Mais um elemento que contribuiu para esse processo foi o fato de tudo acontecer em uma situação ruim de financiamento, não havendo dinheiro para todos – os municípios comprometeram o dinheiro, mas, muitas vezes, os estados, não. O que ocorre é que a agenda dos estados ficou mais tranquila. A emenda define que 15% ou 12% sejam aplicados, mas a maioria se furta a colocar a contribuição do SUS e diz que a saúde não pode ser só atribuição do sistema de saúde.



Investimentos e cumprimento de pactos

Em uma análise geral, gasta-se pouco no SUS – pelo PIB ou por habitante, é muito pouco perto dos desafios postos pelo sistema de saúde. O Ministério da Saúde foi desenvolvendo o uso do incentivo com prestação de contas e o não recebimento do dinheiro diante do não cumprimento dos pactos.

Esse mecanismo é eficaz ao pautar algo como sendo fundamental ao incentivo na lógica da funcionalidade. Mas é insensato com municípios com baixa capacidade de governo, o que gera críticas à ação do Ministério da Saúde, por ser muito normativa, e fez com que a era da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) se encerrasse e fosse criticada.

Com tantos problemas atrelados a esse processo, a ideia de pacto acaba conduzindo a algo que provavelmente não será melhor, ou a algo que, se não conduzido da forma correta, poderá não surtir o efeito desejado de divisão de responsabilidades e maior investimento. Para a pactuação ocorrer, é necessário haver acordos para o cumprimento das metas, porque essas são geralmente mal acertadas, gerando fragilidades.

No entanto, é preciso destacar o avanço em relação à pactuação do acordo, sendo fundamental, como desafio, operacionalizar a capacitação dos técnicos e gestores para qualificar o processo de descentralização.

Temos que abandonar a pretensão tecnocrática de dizer o que é preciso e pensar conjuntamente: gestores, técnicos, conselhos etc. De modo que o Ministério da Saúde não decida sozinho os encaminhamentos da descentralização e seus pressupostos, mas possa trabalhar na pactuação junto aos interlocutores e aí, sim, fazer seus planos. Para a descentralização ocorrer, gestores e conselhos precisam, cada um, cumprir com a sua parte, mas, para isso, deve-se trabalhar as capacidades dos gestores e dos conselheiros.

Podemos pensar que muitas coisas deixarão de ser feitas diante da descentralização em virtude de as prioridades de estados e municípios não serem sempre as mesmas que as das políticas de coordenação central (Ministério da Saúde), mas é preciso criar dispositivos e capacitar gestores para que elas possam ocorrer. A indagação diante de tais questões é sobre o recebimento dos recursos pelos municípios. O que fazer com aqueles que não cumpriram suas metas? Como fica o repasse de recurso diante desse processo? Devemos ou não continuar recebendo o incentivo? A ideia de não repassar o recurso, por exemplo, é ineficaz, pois o usuário seria o maior prejudicado.

Gostaria de finalizar apresentando algumas indagações sobre o processo de participação junto à descentralização. De que modo essa participação exerce um controle mais efetivo sobre as ações? É essencial criar dispositivos de controle mais eficazes para as pactuações sem, no entanto, implicar o não recebimento de recursos por parte dos municípios.

Também são necessárias ações, tanto do Ministério da Saúde quanto do estado, para ampliar e qualificar a descentralização, como a pactuação de educação permanente e a confiança no processo de organização social com um alcance maior de controle, possibilitando que haja maior capacidade de compartilhar experiências.

Outro ponto a ser discutido são as estratégias para repensar o problema de descentralização, buscando princípios norteadores na história. Nossos desafios se centram no fato de que, ao radicalizarmos a descentralização sem ter criado a gestão adequada do sistema, geramos instabilidades.

Haverá ações que vão ser mais eficazes, e outras, não, e para melhorar o sistema de saúde é preciso também aprimorar as práticas sociais de controle da gestão, o que acarreta poder sempre colocar em dúvida a capacidade técnica gestora. Isso significa dizer que, antes de o Ministério da Saúde apresentar uma proposta, é preciso negociar com o movimento e avaliar os indicadores dessa proposta.

Debatedores

IVO BRITO,

Chefe da Unidade de Prevenção do Departamento de DST,
AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde



A exposição do Ruben foi bastante provocativa, e um aspecto importante da discussão sobre a descentralização é a possibilidade de refletir sobre o contexto da reforma sanitária do país nos anos 1970, na qual houve as experiências municipalistas antes da descentralização, como a conhecemos, e que foram se conformando a uma resposta republicana antes da hegemonia tecnocrática.

Acredito ser necessário enfatizar a importância de pensar essa referência política da reforma sanitária junto ao movimento de redemocratização do país, pois a reforma se construiu como uma resposta importante aos desafios e lutas por um acesso mais democrático à saúde. Outro ponto a ser destacado na apresentação do Ruben é com relação à referência, ao fato de esta, nesse processo, ter ocorrido de forma diferenciada, mas que provoca, do ponto de vista técnico, a necessidade de uma descentralização programática.

Ao mesmo tempo em que se construía a descentralização, havia a reforma sanitária, e isso se deu de forma tensa junto às lideranças, a ponto de os reformistas olharem, por exemplo, os militantes da AIDS com conflitos – e, nesse sentido, essa reforma trouxe elementos importantes do ponto de vista técnico.

Esse contexto nos leva a pensar que a política de incentivo tem que ser vista com cautela para a aplicação de diferentes recursos. Precisamos aprimorar a gestão da saúde com instrumentos que fortaleçam ações estratégicas, o que possibilita diferentes argumentos, que podem ser a favor ou contra as políticas de incentivo.

Outra questão que foi levantada e que considero relevante é a necessidade de discutir a participação dos movimentos sociais no processo administrativo, considerando que isso traz para a cena política um modo de pensar a democracia em um momento em que estamos querendo mais representação política. E trazer a democracia para o debate ainda é importante nesse processo.

Diante do desenvolvimento de organização do saber tecnocrático, acredito que ocorra certa acomodação dos governos na área da saúde. Nessa direção, a agenda da população não está sendo, talvez, expressada da maneira adequada.

Retomando a fala do Ruben, é fundamental fazer políticas públicas para melhorar a gestão da AIDS, pois esse *deficit* (da participação da população no processo de discussão) se expressa na resposta concreta da epidemia, na medida em que a interlocução entre governo e sociedade civil não está encontrando mecanismos de representação decisória mais efetivos, e isso precisa ser discutido mais amplamente.

FRANCISCO PEDROSA,
Presidente do Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB),
Fortaleza/CE



Inicialmente, gostaria de levantar alguns pontos para aprofundar questões apontadas pelo Ruben. O primeiro deles é a participação social de base territorial, que está na construção do ativismo em saúde – em relação ao HIV/AIDS, avança alguns territórios –, mas que não incorpora as grandes periferias. E há, também, a necessidade de pensarmos a participação social em termos de outras entidades, como jovens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSHs), os quais, embora tenham identificação com determinados territórios onde moram, não se sentem acolhidos nas unidades básicas de saúde de seus bairros, o que acarreta a vulnerabilidade programática desses grupos específicos.

Precisamos pensar a tecnocracia diante das decisões e processos de democratização dos espaços do SUS. O diálogo ainda em pauta é a relação do SUS com a população e as questões associadas à AIDS. Gostaria de relembrar que uma das discussões em torno do SUS era se haveria um SUS específico para a AIDS. Era como se os avanços da AIDS não pudessem ser incorporados ao SUS, e vice-versa.

Um avanço considerável é o acúmulo de discussão do movimento da AIDS quanto ao controle social construído de maneira direta com os governos e de forma mais institucionalizada.

Outra questão importante é a descentralização diante da precarização de muitos municípios. No Ceará, por exemplo, há 12 municípios que nem estão regulamentados oficialmente. Questões como essas geram a precarização de trabalho dos próprios funcionários da saúde. Também vale discutir a organização do movimento social com os conselhos de saúde, que, em alguns municípios, são "clientelizados". Essas são algumas fragilidades dos municípios em relação à descentralização.

Importante ainda ressaltar o fato de a descentralização ser implementada por meio de portarias focadas nos recursos financeiros, o que ocasiona a ausência de aprofundamento das discussões, como, por exemplo, o fato de o atendimento das necessidades da população ficar focado na escassez de recursos. E os conselhos não estão discutindo essas questões, e em alguns municípios não há uma organização mais articulada dos conselhos.

Quanto ao financiamento das ações, os municípios se furtam a gastar o pactuado, apontando que os recursos estão abaixo do estabelecido. Gasta-se mesmo muito pouco com o SUS, e aí chegamos à política de incentivo fundo a fundo em AIDS: onde ainda existem vários municípios e estados com planos atrasados e congelados, o que reflete diretamente nas ações locais.

Outro recorte a ser feito é em relação à própria precarização das organizações da sociedade civil brasileira, que, a partir de 2002, tiveram um declínio de financiamento de suas ações. Nesse sentido, é necessário resgatar a participação social junto à descentralização, assim como aumentar a participação e avaliar no sentido de perceber que nem sempre determinados municípios possuem condições de fomentar essas participações.

Precisamos refletir sobre as estratégias que temos e as que queremos no processo de gestão do Sistema de Saúde. Se, por um lado, há os gestores capazes de definir políticas, por outro, temos que considerar que as comunidades também são capazes de pensar a descentralização, de forma a dialogar com os vários sujeitos que constroem o SUS.

Debate aberto

RUBEN MATTOS

Considero importantes as discussões sobre o movimento sanitarista serem diferenciadas por região. Estou de acordo com o Francisco em relação à questão da descentralização e ao avanço político da AIDS no que tange à legitimidade de condução do Ministério da Saúde, que se confrontou com a ineficácia da descentralização.

Precisamos ter clareza sobre até que ponto devemos abrir mão da tecnocracia. Julgo importante o diálogo com o movimento; no entanto, é necessário deslocar a questão da necessidade de recursos financeiros para a questão de como fazer a política de descentralização se efetivar.

Precisamos avaliar melhor a participação do movimento no processo diante das crises de representação. É preciso indagar por que os trabalhadores saíram do SUS nos anos 1980. Foram para um sistema de saúde suplementar? Por quê? O SUS foi criado para ser inferior? Esta é uma questão, um problema pós-movimento sindical.

ALEXANDRE GRANGEIRO

Gostaria de chamar a atenção sobre três questões. A primeira delas é que a descentralização não é um fim, mas, na verdade, um meio, e isso constitui um melhor parâmetro para tecer avaliações. E se é um meio, a forma de medir a eficácia desse processo pode fornecer melhores condições de saúde em AIDS e promover a resposta de duas formas: com aumento no volume das ações e nos parâmetros de avaliação.

A segunda questão é que estamos aprendendo e discutindo o processo de descentralização ao fazer o processo. De modo que precisamos fazer aprendendo a olhar para o futuro. Construindo um futuro a partir do que estamos vendo.

O último ponto é: o que estamos chamando de descentralização da AIDS é a nossa capacidade de efetuar pactuações, de fazer políticas etc. Trata-se de um movimento pendular entre governo municipal e governo federal. Precisamos fortalecer esse processo quando o Ministério da Saúde passa a induzir novas ações e financia vários atores, como as ONGs, a academia, entre outros, e também quando o próprio Ministério da Saúde atua na capacitação dos gestores.

Com a descentralização, talvez o que tenhamos perdido com o deslocamento de poder tenha sido a capacidade de induzir atores locais, que antes era gerida em nível federal e, com a descentralização, foi transferida para a articulação local, o que acabou enfraquecendo os atores.

Notamos, ainda, que há uma diminuição dos valores de recursos que chegam às universidades e ONGs, interrompendo o fortalecimento do controle social, o que repercute na resposta à epidemia em se tratando dos atores políticos da sociedade civil.

CARLOS DUARTE

Não sou contra a descentralização, mas acho que ela deve ser revista. O Ruben falou da necessidade da capacidade dos municípios em absorver o SUS, mas, desde que se pensou o Sistema, nos anos 1990, muita coisa mudou, e os municípios cresceram sem a capacidade gerencial adequada para a saúde, o que ocasionou certa dificuldade de articulação entre gestores.

O SUS criou vários tipos de SUS no Brasil: independentes e falidos, sem condições de atender à população. Assim, é fundamental refletir de que forma vamos repensar a descentralização junto a essas questões, devido às diferenças locais. Temos que pensar a descentralização em relação às diversidades municipais, tendo em conta que o país é municipalista e o poder é do município, o que gera uma desconcentração política – e, conseqüentemente, interfere na saúde e enfraquece a política de AIDS.

RENATO BARBOSA

Gostaria de pensar a intersetorialidade em relação à descentralização. Nesse sentido, pergunto ao Ruben como ele vê o potencial da intersetorialidade hoje, como diretriz ou pressuposto para a descentralização. A meu ver, a intersetorialidade é um desafio para a descentralização, pois pode induzir a uma melhor capacidade de gestão. No entanto, no que cabe à AIDS, avançou pouco, na medida em que temos baixa capacidade de respostas intersetoriais. Gostaria, também, que o Ruben comentasse sobre a regionalização e os pactos, do ponto de vista do arranjo institucional. Quais são os desafios para ampliar a capacidade de gestão?

RUBEN MATTOS

O SUS nasceu descentralizado, o que, em relação à política de AIDS, traz uma característica diferenciada. Com a descentralização, a política fica muito mais razoável, mas no cenário geral ocorre sempre o dilema: toda vez que produzimos um movimento de descentralização, certas gestões não estão capacitadas ou abertas às questões propostas. Nesse sentido, como pode haver equilíbrio no processo de descentralização? É preciso levar em consideração que cada política é diferenciada.

O espaço de construção da descentralização se dá no reconhecimento da proposta no nível local, e a gestão local precisa se responsabilizar. A descentralização tem que facilitar a construção de experiências diferentes em cada lugar.

A intersetorialidade é difícil; o movimento sanitário nunca foi intersetorial, não se discute a interface da saúde, que é muito setORIZADA. A conjuntura no início no movimento sanitário era de muitos conflitos e havia críticas quanto ao sistema nacional dos governos militares. Falava-se da dificuldade de se pensar em questões institucionais.

Temos que explorar a intersetorialidade como uma pauta de saúde pública. Há uma dificuldade de intersetorializar e, com isso, podemos aprender, reconhecer que nós, da saúde, não temos exercitado esse processo.

KÁTIA EDMUNDO

Gostaria de discutir com a mesa o termo de controle paralelo, o que é institucionalizado e o que não é. Sinto a necessidade de repensar os movimentos populares de construção "de baixo para cima", para além das "evidências científicas". É preciso uma aproximação com a realidade local, com a criação de

políticas, preconizar com o próprio SUS, com a construção não só no controle social, mas na formulação de políticas necessárias.

Temos que considerar as evidências produzidas pelo tecido social, e, assim, trazer o controle paralelo para dentro, e construir para além das institucionalidades, qualificar a gestão para chegar a esses diferentes níveis e possibilitar uma gestão integrada. Com isso, garantiremos princípios mais participativos e com vida própria – sustentáveis a partir da própria comunidade.

RENATA MOTTA

Há uma diferença muito grande entre a política de incentivo e o controle paralelo, como podemos ver em termos de hepatite e AIDS. Como gestora, pontuo ser necessário fazer uma reflexão sobre vários aspectos financeiros e a relação com o fazer político. Gostaria de fazer uma provocação junto ao Ministério da Saúde no sentido de incorporar um diálogo diferenciado com os municípios, considerando que os municípios são diferentes e a política tem que ser diferenciada também.

O estado e o município (instâncias de governo) são muito diferentes, e o impacto político da descentralização fará toda a diferença em elaborar uma especificação dos municípios prioritários. Assim, é preciso descentralizar as ações, pois as capitais são diferentes dos outros municípios em relação a serviços e população. Há uma concentração muito mais populosa, que requer uma demanda muito maior nas capitais, diferente dos municípios do interior do estado.

É fundamental nos aproximarmos da realidade para ter uma organização estrutural diferenciada, uma maior aproximação dos territórios, criar uma linha de cuidado. Para isso, é essencial contar com pessoas que conheçam essa diversidade local.

Nesse sentido, devemos pensar em incorporar a discussão da descentralização local, pensar em um processo de descentralização entre os técnicos que conheçam as realidades de cada região. Uma política nessa direção pode fortalecer a resposta local. As políticas homogêneas não colaboraram para essa resposta; é necessário construir uma política de estado que se fortaleça em todo esse processo.

ACIOLI NETO

A Renata levantou questões sobre as quais eu gostaria de falar. Concordo com ela no sentido de que precisamos refletir sobre as diferenças da descentralização nas capitais e nos municípios do interior, considerando as diferenças e peculiaridades entre essas cidades. Nos moldes em que se encontram, saímos de uma centralização federal para uma centralização de serviços no município da capital. Um exemplo disso pode ser visto em Recife, onde, em uma determinada maternidade pública, 40% dos atendimentos são de municípios vizinhos. Vale perguntar: que descentralização é essa?

Na prática, a carga de serviços e atendimentos tem sido muito maior nas capitais, porém com recebimento de recursos para o atendimento da população apenas do município. De modo que as capitais ficam sobrecarregadas, o que onera seus hospitais.

Todos nós necessitamos pensar mais sobre essas questões em relação à capital e aos municípios, pois o SUS, apesar de ser universal na sua concepção, não está sendo universal nos recursos.

RUBEN MATTOS

Usamos as mesmas palavras de forma diferenciada. Eu, por exemplo, falo de educação permanente, e não continuada, pois a política da educação tem dados interessantes e perversos, na medida em que permanece com pouca capacidade de operacionalização.

Há diferença entre educação permanente e continuada, pois a capacitação é algo diverso ao processo de aprendizagem na prática cotidiana no tocante à educação permanente. Assim, sugiro abandonarmos o termo "continuada".

Em relação à participação política, as pessoas estão mais preocupadas com a transparência do governo do que com a participação na gestão. Precisamos construir uma política baseada em evidência a partir dos documentos institucionais.

E refletindo com Boaventura de Souza Santos, é preciso dizer não à razão científica para acreditar que a ciência mostra o que está certo, a ciência é também um ato de fé. Uma das tarefas da ciência é tentar compreender o que deu certo e o que não vai dar. É possível produzir a partir das experiências e organizar o que podemos fazer com o conhecimento acadêmico.

O SUS é um campo rico de experiências inovadoras – precisamos suscitar essas experiências.

IVO BRITO

A exposição da Renata é importante a fim de pensarmos os instrumentos existentes para avaliar melhor as questões sobre as necessidades locais. E o desafio dessa demanda está na agenda programática. Temos que refletir sobre como podemos operar essas questões e avançar nesse processo.

Considero essencial visualizar onde estão os gargalos e as dificuldades para podermos avançar e ver como aperfeiçoar o que já temos, de que maneira podemos pensar na realidade concreta atual e melhorar o processo de descentralização.

Gostaria de falar um pouco sobre as discussões, no âmbito federal, em relação ao território e à cidadania no tocante a inovar com a intersetorialidade. É fundamental trazer a questão da equidade para pensarmos quais políticas públicas podem dar respostas mais efetivas em diferentes campos. Chamo a atenção para refletirmos em termos de território, ao considerar que estamos lidando com atores que pensam de maneira diferenciada e lógica própria. Assim, é preciso acompanhar as questões relacionadas a diferentes territórios.

FRANCISCO PEDROSA

Julgo fundamental essa reflexão sobre território para discutirmos a questão da equidade, já que o SUS tem um relativo poder independente ou autônomo, e, no entanto, muitas populações não são acessadas. Nesse sentido, um dos caminhos é aprofundar melhor o acesso considerando as territorialidades e diferentes populações.

PARTE 1

Na pauta do dia:

“Descentralização das políticas públicas em saúde”



Da esquerda para a direita – Veriano Terto Júnior, Mariângela Simão, Renata Mota e Camila Castro.

“Limites e possibilidades da descentralização na saúde”

RENILSON REHEM

Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)



Na saúde, discutir a descentralização virou certo tabu. De modo que é bastante significativa a oportunidade de debater tais questões a partir deste seminário.

O processo de construção do SUS, que parece ser óbvio, não o é. Antes, o Sistema era bem mais centralizado e não atendia completamente à saúde, estando mais centrado na assistência. E o Ministério da Saúde cuidava das ações coletivas, das patologias da saúde pública e de outras doenças. Essa descentralização proporcionou vários avanços, e o discurso de centralizar não faz mais sentido. Com a descentralização, os governos federal, estadual e municipal são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária.

O SUS se construiu por meio dos princípios de universalidade, integralidade e descentralização, constituindo-se como uma das diretrizes para garantir a qualidade desses princípios. Uma das indagações que poderiam ser feitas é: por que a descentralização é uma das diretrizes organizativas do Sistema? A resposta é que a saúde no Brasil era totalmente centralizada e os municípios não se envolviam com esse tema. Mas não é só isso. Também porque é recomendável aproximar as ações e os serviços de saúde da população usuária.

Construir o SUS com acordos é uma necessidade, porque, como o Sistema não tem uma “majoritariedade” de ações, tudo precisa ser acordado, e as representações precisam se efetivar nesse processo.

O planejamento precisa ser diferenciado por região no sentido de se organizar junto à municipalização. Não há uma separação nesse processo, o gestor público é municipal, de forma que municipalização e descentralização não se separam. E essas questões necessitam ainda ser articuladas regionalmente, pois cada um por si não é o caminho para a construção do SUS. As decisões de um município têm consequências nos outros e na região.

É preciso levar em conta, também, que mais de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Isso reverbera no fato de que essa capilaridade do Sistema permite a proliferação de municípios sem condições de gestão.

Os resultados são complexos diante desses processos, Assim, precisamos refletir sobre algumas variáveis, como: o que deve ser considerado para se decidir ou não pela descentralização de ações e serviços de saúde?

É necessário considerar escala, custo e qualidade, ajustados pelo acesso. Há certa dificuldade de se discutirem essas questões, mas devemos ter em conta que, mesmo em se tratando da vida, ainda assim as questões quantificáveis são muito relevantes. Na saúde, a quantidade é também qualidade: estudos dizem que quando há uma frequência baixa, há também uma qualidade baixa.

A questão da quantidade não é só custo, é também qualidade, para saber o que é razoável descentralizar, porque a descentralização é uma diretriz estratégica. Descentralizar significa elevar os serviços de saúde o mais próximo possível das pessoas.

Até 1988, a saúde não era organizada em nível municipal, era federal. O ano 1996 foi um marco para a descentralização. No entanto, esse período levou a uma fragmentação do Sistema e a uma falsa ideia de que cada município poderia resolver seus problemas. Não há possibilidade de pensarmos em termos de integralidade: alguns municípios não têm condições de atender a suas demandas, o que leva à necessidade de uma autocrítica de todo esse processo.



Qualificar a descentralização

O pensamento de municípios absolutamente autônomos é complicado, porque não podemos aceitar qualquer demanda dos municípios, como, por exemplo, possuir um hospital de alta complexidade em cada um de um mesmo grupo de municípios pequenos muito próximos. Temos que entender que, mesmo com a descentralização, é preciso ter um sistema nacional que garanta o atendimento aos cidadãos que não puderem ser atendidos em seus municípios.

Refletir e encaminhar soluções para essas questões é qualificar a descentralização, de forma que possibilite um sistema de saúde também nacional que atenda às demandas que os municípios não conseguem suprir. Setenta por cento dos municípios no Brasil, lembro, têm menos de 20 mil habitantes.

Consequências importantes da descentralização foram a ampliação e o envolvimento de atores, técnicos e políticos, o que possibilitou mais qualificação nos serviços. Outro resultado positivo em relação à descentralização foram os avanços na universalidade. Por outro lado, o pacto ainda traz a descentralização como um fim, e é preciso considerá-la como um meio.

Finalizo afirmando que descentralizar não significa excluir os níveis mais centrais de suas responsabilidades, mas, sim, congregar ações. Nesse sentido, é preciso também construir a definição de políticas e metas, e qualificar o monitoramento e a avaliação dos processos.

"Desafios para a descentralização das políticas e ações de HIV/AIDS"

MARIÂNGELA SIMÃO

Diretora do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde



Quero iniciar a minha apresentação argumentando sobre os indicadores de infecção pelo HIV e os estudos de prevalência e comportamento realizados em 10 cidades brasileiras. A prevalência continua aumentando, principalmente entre homens que fazem sexo com homens, com prevalência atual de 10,9%. O estudo realizado em 2009 utilizou a metodologia *respondent driven sample* (RDS) e é considerado o mais extenso até o momento, com dados sobre comportamentos e práticas além da prevalência para HIV, estando disponível no site do Ministério da Saúde <www.aids.gov.br>.

Chamo a atenção para o fato de que há cerca de 33 mil a 35 mil novos casos de AIDS por ano no Brasil, lembrando que a prevalência entre a população geral de 15 a 49 anos é de 0,6%. A epidemia está concentrada entre: *gays* e outros HSH (10,9%), profissionais do sexo (4,9%) e usuários de drogas (5,2%). Em relação aos usuários de drogas, o padrão de consumo mudou muito, o que altera os índices de infecção por HIV também.

Outro dado importante é que atualmente existem cerca de 200 mil pessoas em tratamento, o que significa ser preciso dar conta de necessidades diferenciadas. Quando faço tal afirmação, refiro-me à sobrevivência: existem pessoas que iniciaram tratamentos há mais de nove anos, por exemplo, e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem que dar conta de todas essas pessoas qualificadamente. E tem que dar conta também dos diagnósticos. Segundo estudos internacionais, a expectativa de vida em pessoas com HIV tem se ampliado. Por exemplo (*slides*):

- Coorte de homens com HIV possuem taxa de mortalidade similar à da população não infectada, após três anos de TARV (terapia de alto impacto com antirretrovirais), mantendo CD4+ \geq 500 células/mm³;
- Coorte ATHENA: para pessoas com HIV, assintomáticas, diagnosticadas entre 1998 e 2007, que não necessitaram de TARV e sem AIDS, na semana 24 após o diagnóstico os modelos sugerem uma expectativa de vida semelhante à de pessoas sem HIV, com a mesma idade e mesmo gênero.

Nesse sentido, o Sistema tem que dar conta principalmente do diagnóstico tardio, que ocasiona uma série de problemas.

Por outro lado, é preciso refletir mais aprofundadamente nos mitos e verdades sobre a AIDS. Causa algum incômodo a história dos “marajás da AIDS”,¹ e, a partir disso, vou fazer algumas provocações (*slides*).



A AIDS como “o primo rico”

Temos diferenciais de grande relevância, entre eles um “vírus democrático” que atinge a todos, a atuação forte do movimento social e da sociedade, e com isso a pressão para respostas mais rápidas por parte do governo; a elaboração e disseminação de uma política clara de Estado; e pessoas que vivem com a doença – “sobreviventes” – que trabalham na estrutura do Ministério da Saúde. Temos, ainda, os acordos de empréstimo que apoiaram financeira e politicamente a implantação do Programa Nacional e as coordenações estaduais e municipais de AIDS. Entre eles podemos citar o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) e o VIGISUS (projeto que objetiva o estabelecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde) etc.

Outro diferencial diz respeito à existência de mecanismos de repasse de recursos financeiros de forma mais ágil por meio das agências do sistema ONU, que possibilitou estabelecer boas condições de trabalho/capacidade operacional, assim como maior agilidade em algumas operações.

E ainda nesse aspecto financeiro, temos recursos descentralizados em conta específica, possibilitando a utilização do recurso na área a que se destina.

No entanto, é preciso considerar que a estrutura do Ministério da Saúde tem grandes dificuldades, e o atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais conseguiu estabelecer uma política que vem se mantendo.

O empréstimo do governo federal com o Banco Mundial, no caso da AIDS, ajudou o país a fazer investimentos importantes e a manter indicadores de prevenção e tratamento de nível comparável internacionalmente com países desenvolvidos. Ajudou, também, a colocar as necessidades de organização e planejamento, e ainda ajuda nesse sentido. Considero importante o empréstimo com o Banco Mundial, porque garantiu o apoio político de pactos de cumprimento de indicadores. Não são esses indicadores que movem a prática cotidiana, existem outras áreas do Ministério da Saúde que receberam apoio, mas, no entanto, não tiveram os avanços da AIDS. Outros programas do Ministério da Saúde têm recursos pontuais de agências internacionais, mas receber esses recursos não causou por si só um diferencial para esses programas.

Na área da assistência, há um buraco. Se esse recurso não tiver uma programação específica, ele desaparece. Quando entramos na estrutura do Ministério da Saúde como departamento, havia a dis-

¹ Sempre existiu uma vigilância (às vezes até com certa desconfiança) de outros departamentos e movimentos sociais com referência aos recursos destinados ao Programa Nacional de AIDS por meio do empréstimo do Banco Mundial e que foram destinados a investimentos de infraestrutura na área de saúde, como laboratórios e serviços de diagnóstico e tratamento de pacientes de AIDS e capacitação de profissionais, principalmente a partir do final da década de 1980 a 2002.

cussão se ficaríamos subordinados ao Ministério da Saúde. Mas, na verdade, até 2002 o programa de DST/AIDS fazia financiamentos diretos, e não era um programa vertical, mas vem se horizontalizando cada vez mais. As ações, a partir de 2003, tiveram uma consolidação da descentralização seguindo as diretrizes do SUS.

A política de descentralização da AIDS, no âmbito do SUS, é a mais avançada, porque uma portaria de 2002 estabeleceu o mecanismo fundo a fundo, e isso deu um salto de qualidade. A adesão é feita com aprovação nas comissões bipartites, com indução de incentivo, e é também indutora de fortalecimento da gestão local.

Gostaria, a seguir, de trazer alguns apontamentos quanto à política de incentivo (*slides*).

Política do incentivo para a prevenção das DST/AIDS (*slides*):

Comparativamente aos demais incentivos, é a mais avançada inovação no âmbito do programa nacional de DST/AIDS:

- Financiamento: mecanismo regular e automático, fundo a fundo, amplia de R\$ 68 milhões para R\$ 129,5 milhões;
- Adesão: pleito do gestor e aprovação em Comissões Intergestores Bipartites (CIBs);
- Descentralização: com prioridade epidemiológica, amplia de 150 (2001) para 497 SMS (Secretarias Municipais de Saúde – SMS) (2010);
- Indução: fortalecimento da gestão estadual municipal, de acordo com a realidade local;
- Foco: programação de metas (Plano de Ações e Metas – PAM) locais, alinhada às prioridades nacionais, adaptações locais;
- Parcerias: institucionalização do financiamento para Organizações da Sociedade Civil (OSCs) no SUS;
- PAM:
 - Instrumento de programação anual
 - Submetido e aprovado em Conselho de Saúde
 - Participação do movimento social da elaboração ao monitoramento da execução (Fóruns de ONGs/AIDS, Comissões de DST/AIDS, Conselhos de Saúde);
- Sistema de Informação em Saúde (SIS) – Incentivo – Transparência;
- Sistema *on-line* para elaboração, revisão e *link* para o Sistema de Monitoramento.

As portarias, como a Portaria no 2.314, de 20 de dezembro de 2002,² possibilitaram importantes avanços – a política de incentivo de DST e AIDS é horizontal e tem vários diferenciais. Como o PAM, que não é um plano e, sim, um programa – na verdade, não há outra política que funcione assim e que conte com a participação do movimento social –, que é um diferencial significativo. O sistema de monitoramento é *on-line* e possibilita ver quais são os PAMs dos municípios em execução, garantindo acompanhamento.

² Norma Técnica – Incentivo HIV/AIDS e outras DSTs – nº 01/2002.

Entretanto, precisamos nos aproximar das realidades dos municípios e também temos que avaliar os recursos das ONGs – esses são alguns dos desafios da descentralização. Também precisamos estruturar a atenção junto a populações vulneráveis e pessoas vivendo com HIV, onde se concentra o nó crítico da promoção dos direitos humanos dessas populações. Nesse sentido, vale menção ao plano de enfrentamento da epidemia para *gays*, HSHs e travestis.

Outro desafio são as dificuldades na execução dos recursos descentralizados em muitos municípios. Mas o nó crítico nessa questão do financiamento, em minha opinião, é buscar alternativas para financiamentos para as ONGs, que têm dificuldades de participar dos editais lançados por estados e municípios.


A seguir, os desafios para a descentralização (slides):

Estruturação das ações em DST/AIDS e HIV na perspectiva das redes de atenção, com foco em populações vulneráveis e PVHA:

- Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis;
- Ampliação do diagnóstico precoce do HIV/AIDS e DST;
- Ampliação do acesso a serviços qualificados;
- Acesso universal a medicamentos, preservativos e insumos;
- Promoção dos direitos humanos das populações vulneráveis – nó crítico – necessidade de foco Pactuação – CIT (Comissões Intergestoras Tripartites) e CIB (Comissões Intergestoras Bipartites).

Aprimoramento da gestão

- Novo acordo de empréstimo – AIDS/SUS – foco em melhoria da governança;
- Melhoria do desempenho físico e financeiro;
- Estruturação da governança: gerenciamento, responsabilização, transparência e controle social;
- Maior integração das coordenações (e, conseqüentemente, dos PAMs) com outras áreas programáticas;
- Ratificação das responsabilidades das esferas de governo:
 - Aquisição de medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos, conforme pactuações
 - Estabelecimentos de parcerias com OSCs e cooperação técnica com instituições de pesquisa;
- Integração de incentivos específicos para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVVPS):
 - Incentivo: R\$ 111,3 milhões;
 - Fórmula Infantil: R\$ 6,3 milhões;
 - Casas de Apoio: R\$ 12 milhões.
- Adequação para repasse quadrimestral dos recursos fundo a fundo: janeiro, maio e setembro;
- Adequação dos instrumentos de programação e monitoramento – aprimoramento do PAM;
- Alternativas para financiamento das ações das OSCs.



Muitas vezes, a direção do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais se sente como se estivesse gerindo recursos, como se fosse uma área à parte do SUS. Mas o programa de AIDS é integrado com outros programas; portanto, é preciso integrar, beneficiar e qualificar o atendimento. São necessários recursos específicos para a AIDS, mas eles precisam estar integrados ao SUS.

Outra etapa é a ampliação do orçamento no sentido de descentralizar recursos do próprio PAM para aumentar em relação a outros municípios. Ou, no caso de São Paulo, aumentar os recursos de ONGs e descentralizar para os municípios que podem executar melhor. Relembro: o PAM não é um plano, é um programa, e as ações têm que estar dentro dos planos, são parte deles.

Agora, algumas propostas para melhorar o processo de descentralização (slides):

- Ampliação do orçamento para qualificação de novos municípios e revisão dos atuais valores;
- Reformulação do instrumento de programação (PAM) como parte dos Planos Estaduais ou Municipais de Saúde;
- Aproximação das CIBs, além dos Conselhos;
- Atualização do sistema de monitoramento;
- Desenvolvimento de mecanismo indutor de melhoria de desempenho físico e financeiro (valor diferenciado) – “premiações”.

É importante, também, desenvolvermos instrumentos para a melhoria do desempenho e incentivos financeiros para aqueles que não estão executando bem suas ações. Acredito ser essencial investir e pensar em fazer mais, usar os recursos e a política de descentralização para “capilarizar” as respostas de enfrentamento, trazê-las para o patamar de discussão e efetivação. Finalizo minha apresentação com uma frase de Daniel Tarantola, professor da Harvard School of Public Health (EUA), de 2007: “Opções para o futuro? 1. Fazer mais do mesmo – involuir; 2. Fazer mais do novo – evoluir; 3. ‘Aposentar-se em glória’...”.

"Impactos e desafios na sociedade civil organizada"

CARLOS DUARTE
Vice-presidente do GAPA-RS



Minha apresentação vai se pautar nos seguintes temas: Constituição Federal, descentralização e integralidade com participação da comunidade.

Quando se pensa na lei orgânica da saúde, fala-se da questão da descentralização e da participação da comunidade por meio de conselhos e de outras instâncias. Vale aqui frisar a importância da participação política da comunidade por intermédio das portarias que garantem essa participação.

E, nesse processo, devemos discutir mais a descentralização e deixar de vê-la como um dogma, em que se é a favor ou contra. Tudo isso suscita a discussão sobre a municipalização, que quebra com a integralidade do SUS como um sistema único. Considerando que as decisões são únicas em cada esfera, então devemos pensar que os estados e a União não têm responsabilidade sobre o que acontece no município? Precisamos refletir sobre essa questão.


Outro ponto que destaco para a discussão é sobre as condições administrativas dos municípios e a força dos conselhos em face de uma gestão que não consegue se efetivar e gerir os recursos. Como avaliar essa situação? Como a gestão pode construir ações democráticas e o acompanhamento dessas ações?

A autonomia do município é diferente, dependendo de cada contexto, de modo que é preciso discutir a descentralização sem pensar nela como um dogma e, sim, pensar na necessidade de se pautarem suas dificuldades de efetivação.

Qual o entendimento da sociedade sobre o que é o SUS? É responsabilidade tanto do gestor quanto da população entender o SUS como um sistema de saúde com várias articulações.

Populações prioritárias

Outra indagação que faço é quanto às populações prioritárias e quais são as ações institucionalizadas que envolvem os grupos vulneráveis. Existe uma reação da gestão, às vezes autoritária e conservadora, que prejudica a política, como no caso de Porto Alegre, onde as forças políticas locais impedem os avanços da descentralização.



Uma questão que sempre surge é a contradição relacionada às populações vulneráveis que se tornam cada vez mais excluídas a partir da descentralização. O movimento LGBT pressiona o gestor, mas, no entanto, as respostas são diferenciadas, em diferentes municípios, e outros movimentos também se articulam, fazendo pressão de modo específico em cada local.

A pressão do movimento, de forma desorganizada e separada, diminui a capacidade de pressão conjunta e, conseqüentemente, a resposta política é menor. A meu ver, é necessária uma mudança nesse panorama para melhorar a estratégia de articulação.

E nessa mesma linha entra a situação dos conselhos, que é parecida com a dos movimentos, pois há dificuldades em cooperativismos. A sociedade civil tem participado da construção do PAM, mas dificuldades encontram-se na efetivação das ações. As propostas são acatadas, mas não executadas.

Outro problema nesse mesmo contexto é o fato de os gestores não executarem a ação e também não sofrerem punição por isso. Se diante de avaliação e monitoramento as coisas não estão se encaminhando e os recursos continuam chegando, a sociedade civil começa a questionar a situação e acaba desistindo de realizar o controle social, porque essa realidade não muda. Não há penalidades para o não cumprimento das ações.

O acesso à saúde como direito tem sido negado em diferentes instâncias municipais e estaduais, e é importante ressaltar que a política de AIDS deve ser uma política de Estado, e não de governos, ao sabor das tendências políticas e interesses de partidos que ora estejam governando. Acredito ser fundamental trabalhar a questão dos incentivos para pensar a descentralização.

Na minha opinião, não se discute o programa de AIDS dentro de um plano estadual, de modo que muitas ações não são incorporadas nos planos. Nesse sentido, temos que fazer uma avaliação dessa política, revendo inclusive a questão da integralidade. Um ponto que não podemos deixar de mencionar diz respeito a que temos que avançar em relação aos projetos da sociedade civil e, para tanto, rever a burocratização do repasse de recursos dos estados e municípios para as organizações da sociedade civil.

Debatedores

ALEXANDRE GRANGEIRO

Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP
(Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)



Meus comentários se apoiarão tanto na minha experiência na passagem pelo Ministério da Saúde, à época da política de incentivo, quanto no meu olhar via universidade.

Há um gargalo que impede que o dinheiro chegue às ONGs. A descentralização tem se construído como um plano de ações e de busca de respostas, mas o Ministério da Saúde não incentiva a manutenção do ativismo e da participação da sociedade. É preciso garantir formas de sustentabilidade aos esforços e contribuições advindas das ONGs.

Concordo com o Renilson sobre a garantia da universalidade em relação à política de saúde, mas ela tem sido pouco eficiente em relação à integralidade das ações. E chamo a atenção para a dificuldade de alguns municípios assumirem a integralidade em suas ações.

Nesse sentido, precisamos pensar a universalidade e a integralidade, considerando que não temos uma epidemia que se distribui de forma igualitária e diferenciada, o que coloca uma responsabilidade maior para alguns municípios em relação a outros.

Tivemos uma epidemia concentrada com taxas de prevalência concentradas. A política não é homogênea – é importante aprofundarmos quais são os instrumentos para atuar nos municípios e quais são as políticas necessárias para atendê-los de forma diferenciada e mais efetiva.

Outro ponto que me parece fundamental são os sistemas nacional e local de saúde, em especial em relação às respostas à AIDS, as quais se diferem de outras respostas na saúde.

Na verdade, o que temos são estratégias de financiamentos que diferem da capacidade dos estados e municípios, da capacidade de reduzir ou aumentar o financiamento para dar conta das demandas. E, a partir dessas questões, pergunto: os recursos são suficientes? Temos a mesma capacidade operacional que tínhamos antes da descentralização? Os estados e municípios possuem capacidade operacional? Conseguem repassar recursos para várias instâncias?

Reconhecer essas diferenças é básico para atuar na descentralização, pois, ao descentralizar, temos que pressupor a capacidade de ter estratégias importantes. Provavelmente, não houve uma discussão com as secretarias de saúde locais sobre o processo de descentralização de maneira mais bem planejada – continuou-se e adicionou-se o incentivo do repasse a ações que já existiam sem necessariamente terem sido discutidas.

Essa falta de preparo e capacidade faz com que haja redução ou restrição da resposta em determinadas localidades, o que nos leva a pensar em estratégias que possam reverter essas situações.

Retomando a exposição do Carlos, a política de incentivo em 2002 e 2003 parecia tratar-se de uma ação que requeria somente transferir para o poder local a execução e a indução do processo de financiamento.

Para implementar as respostas antes da descentralização, havia mais incentivo para as ONGs. E se, por um lado, a sociedade civil organizada pode não conhecer o SUS e tem dificuldade de efetivar a política, os municípios também têm suas dificuldades.

Outra questão que cabe enfatizar é que, **ao desfocar a atuação da sociedade civil, do plano federal para o local, fragmentamos o controle social**. De modo que é necessária a recuperação desse instrumento de controle social desempenhado pelas organizações da sociedade civil.

Os municípios e os estados fazem o que querem; entretanto, como podemos interferir nesse processo para que as discussões e decisões pactuadas e acordadas se efetivem?

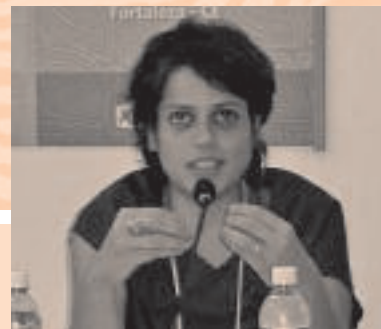
Superar esse distanciamento é um grande desafio. Não podemos cair na dicotomia da descentralização e centralização, como se o poder só estivesse em âmbito federal ou local. Temos que garantir o cumprimento das ações nos dois sentidos.

Mas, nesse rol do não cumprimento das ações por parte dos estados e municípios, qual deveria ser a penalização? Interromper o repasse de financiamento ou não repassar o dinheiro que não está sendo usado?

Interromper esse repasse para a população que não está sendo beneficiada com esses recursos não tem grandes interferências, já que o dinheiro não está chegando. Na verdade, não acho que deva haver a interrupção de recursos, porque a população está muito penalizada. Mas levanto a discussão: o que fazer?

RENATA MOTTA

Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS
de Fortaleza/CE



Nos municípios e estados, temos conseguido permanecer como uma política efetiva; no entanto, é preciso ressignificar a discussão sobre a descentralização. Acredito ser importante retomar determinadas questões e ver quais são as necessidades locais, centralizar determinadas ações e descentralizar outras. Às vezes, a burocracia muda e assim também muda a forma como podem ser feitas determinadas ações. Aqui em Fortaleza, desconstruímos o mito de que somos o processo paralelo: a descentralização do HIV acompanha o SUS.

O SUS tem que ser integrado na política, na universalidade. Os serviços devem estar no princípio da equidade, quando trabalhamos com as populações mais vulneráveis – não se trata de privilégio, mas de equidade.

Essas questões estão nos princípios do SUS, e a integralidade deve ser considerada também em relação à necessidade de extrapolar a atenção especializada. A Mariângela falou sobre a sobrevivência dos pacientes. Complemento dizendo que não podemos considerar que essas pessoas precisam só de SAE (Serviços de AIDS Especializados), elas precisam também de muitas outras formas de atenção, como todo mundo.

Nesse sentido, acredito ser necessário trabalhar o acesso ao diagnóstico precoce, descentralizar a questão da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS para outros serviços do SUS e colaborar para que o controle social seja mais evidente.

Os movimentos de *advocacy* e ativismo são necessários, têm limitações, mas precisam se fortalecer. Quanto à política de incentivo, acredito que não seja uma "ilha"; na verdade, é parte do SUS. Devemos considerar que a política de AIDS não é só a política de incentivo. Estamos dentro do sistema que é o SUS, e o controle social precisa ser efetivo em todo esse processo, como é na política de AIDS.

As vulnerabilidades da população precisam vir à tona, e o Ministério da Saúde precisa estar próximo dos níveis locais. A homofobia, por exemplo, acentua as vulnerabilidades dos HSHs. E, ao considerar grupos como esse, precisamos repensar a autonomia e ressignificar a descentralização, porque não podemos depender do julgamento do gestor para encaminhar as ações. As coisas precisam ser feitas independentemente da opinião do gestor – e então repensar a descentralização nesse sentido.

A AIDS não é a "prima rica" da saúde, e a descentralização é uma das políticas de Estado que possibilitam estratégias para se apropriar dos recursos e construir referências. Um dos mitos sobre a política de AIDS é de que há uma verticalidade na relação do município com o Ministério da Saúde. Não se trata de um apoio vertical, é preciso até aumentar esse apoio, conhecer mais a realidade local para a efetivação das políticas. Há um espaço favorável para a construção de apoio e incentivo, mas existem diferenciações, cada município tem suas diferentes realidades.

Temos que rever a questão do financiamento e o desbloqueio de recursos que estão paralisados. Em relação aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), em vez de implantarmos outros, seria mais eficaz implantar o teste rápido em todas as unidades e trabalhar com diagnóstico: teste rápido em ações de caráter permanente para fortalecer a política de AIDS por dentro do SUS. É importante, também, que o Ministério da Saúde analise a execução dos recursos em alguns municípios e construa editais focados em uma agenda mínima para fortalecer as ações, de modo que elas se constituam de forma descentralizada.

A descentralização é singular e ainda depende do perfil do gestor local e dos valores locais, da capacidade instalada, enfim, do movimento local, que deve construir referências coletivas, de maneira que a discussão no coletivo possa fortalecer os fóruns. A sustentabilidade da política de AIDS deve ser construída coletivamente, buscando o diálogo entre as redes existentes.

Debate aberto

IVO BRITO

A partir das discussões, gostaria de trazer como proposta a possibilidade de ampliar o diálogo e o financiamento, assim como propôs a Mariângela, junto a universidades e ONGs, e qualificar melhor a discussão sobre os caminhos para elaborar proposições. O Ministério tem financiado pesquisas junto à academia, mas é preciso também investir em capacitação, de modo que as universidades possam promover uma formação mais qualificada em recursos humanos para o trabalho na área da AIDS.

Temos que pactuar melhor os recursos relacionados às hepatites junto às ONGs, pois o Ministério está com recursos parados. Nesse sentido, precisamos fazer um edital nacional para respaldar os coordenadores locais, para que possam fortalecer as ONGs. Esses editais devem priorizar as populações nas quais a epidemia se encontra concentrada.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADA

Na minha visão, uma das ações mais importante seria os gestores assumirem a política de AIDS como uma política de governo, independente da mudança de gestões. E, nessa direção, é preciso dialogar e conhecer as realidades locais e suas demandas. Quanto ao repasse de recursos para as ONGs, acho essencial questionar os objetivos desse repasse, que deve ser feito sem que o gestor interfira no que as ONGs farão com ele. Muitas vezes, os editais solicitam das ONGs experiências inovadoras na área de prevenção, mas ainda é necessário continuar as mesmas práticas, pois não é possível inovar se o Estado não assume e dá continuidade, ou transforma em política o que já foi realizado com resultados positivos por parte das ONGs.

De que forma poderíamos sistematizar essas experiências e transformá-las em uma política efetiva de prevenção? As ONGs também produzem conhecimento e, nesse sentido, é preciso incorporar as propostas metodológicas desenvolvidas por elas aos trabalhos de prevenção desenvolvidos pelo Estado e gerar mais incentivos para a continuidade dessas ações.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO

Meu comentário está relacionado à necessidade de ampliar a capacidade de realizar pactuações e o repasse de recursos junto a outras secretarias, bem como ampliar a capacidade de diálogo junto a elas. O caminho é construir parcerias e considerar que, quando há mudança de equipes, é necessário reconstruir essas parcerias para que as ações possam se concretizar de maneira intersetorial.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO

Gostaria de frisar a fragilidade das ONGs em construir projetos que tenham condições de acessar os editais lançados pelo Estado. Para solucionar essa questão, proponho que sejam feitas mais parcerias com as universidades, no sentido de capacitar melhor as organizações nas suas especificidades para elaboração e execução de projetos.

Assim como a Renata, acredito ser necessário que o Ministério amplie os recursos e o apoio junto às gestões locais para que possam fortalecer as ONGs e se qualificar, melhorando também o repasse de recursos.

O Ministério da Saúde pode e deve estabelecer mais parcerias com as universidades e os municípios, para melhorar essa capacidade de governança, buscando inovação.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO

Compartilho da visão do Alexandre sobre o fato de que muitos Planos de Ações e Metas (PAMs) não estão sendo executados, como, por exemplo, na Bahia, onde há um montante de recursos não aplicados.

Creio ser fundamental ampliar a capacidade de realizar monitoramento e avaliação, pois só assim será possível trazer esse debate junto às questões da política de incentivo.

Em relação ao discurso em torno da subqualificação das ONGs, julgo ser necessário ter um certo cuidado, já que existem variedades nas capacidades, não sendo todas elas necessariamente técnicas.

CRISTINA PIMENTA

O debate está se direcionando para uma reflexão sobre qual é o papel das ONGs no processo da descentralização. Acredito ser necessário discutir melhor esse repasse, que deve não só considerar as ações executadas pelas ONGs, mas compreender também as necessidades de funcionamento das ONGs, em termos de capacitação, salários, infraestrutura etc.

Algumas vezes, o que ocorre é que as ONGs apresentam projetos que diferem das suas necessidades, de modo a acompanhar os editais, os quais nem sempre são montados pensando nas diversas necessidades de uma ONG. A questão não é transferir recursos para as ONGs no sentido de transferir responsabilidades para elas, mas refletir como se vê o papel da sociedade civil em todo esse processo.

MARIÂNGELA SIMÃO

A crise relacionada às Secretarias de Saúde existe desde o início da descentralização, e o Ministério poderia enfrentar uma parte dessa crise; no entanto, tem ainda que resolver todos os desafios estaduais. Outra questão é o repasse de recursos para as ONGs. O Departamento Nacional está fazendo uma avaliação das intervenções, de modo a sistematizar as ações e disseminar os resultados positivos. Estamos trabalhando com intervenções baseadas em evidências, o que é muito importante nesse processo.

CARLOS DUARTE

Os recursos para as ONGs são um meio para desenvolver ações que o Estado não consegue fazer. A resposta em relação à AIDS é diferenciada porque houve, desde sempre, uma ampla participação da sociedade. Atualmente, essa participação tem diminuído, e um dos problemas associados a isso é a falta de recursos. E isso tem um impacto na epidemia, sim!

A meu ver, as ONGs têm dificuldades em participar dos editais lançados pelo Estado diante da burocratização para se concretizar a aprovação de projetos.

Outra questão é a necessidade de expandir o debate sobre a AIDS, que está muito centrado entre ativistas e profissionais de saúde que trabalham com AIDS. É preciso estender esse debate à sociedade em geral.

Em relação às políticas de AIDS e à descentralização, as ações devem ser diferenciadas de acordo com as exigências das diferentes populações envolvidas.

E apenas para finalizar: precisamos fortalecer as capacidades das ONGs para operacionalizar projetos.

ALEXANDRE GRANGEIRO

Gostaria de ressaltar que houve um aumento de recursos em relação ao ano 2002 e que aumentou, também, a demanda de serviços. Nesse sentido, é preciso ampliar a capacidade de intervenção por meio de indicadores, o que torna as questões relacionadas a essas demandas mais efetivas.

Podemos aprimorar o processo da descentralização quando falamos das ONGs e da sociedade civil, que eram abrangidas pelos editais, mas conseguiram garantir respostas mais efetivas das ações em AIDS. Mas é preciso superar o modelo de concorrência desses editais, nos moldes que temos hoje, e ampliar a capacidade de abrangência deles junto à população. Temos que pensar na inovação, caminhar nesse sentido e ampliar a capacidade técnica local. Como será possível garantir, de forma participativa, a formação dos atores em âmbito local? Para isso, é essencial capacitar os gestores e melhorar os arranjos institucionais.

Uma última consideração: a necessidade de aproximar a resposta nacional da resposta local, descobrindo o que é possível e operacional se concretizar em ambos os lados, como, por exemplo, se for consenso nacional ampliar a resposta junto às populações vulneráveis, então esse tem que ser um consenso local também.

RENATA MOTTA

Concordo com a Mariângela, quando diz que as capitais têm que ser consideradas de forma diferenciada, no sentido de incorporar as diferentes necessidades locais.

Considero bastante relevante rever a possibilidade de incorporar mais recursos para se trabalhar com a sociedade civil. É preciso investir nas capacitações junto a ONGs, de modo que o Estado não transfira para elas as ações que devem ser incorporadas pelo SUS, que são de responsabilidade do Estado. O PAM precisa, sim, ser uma parceria efetiva com as ONGs. Acredito que o movimento social deva querer, também, o fortalecimento do SUS. Assim, é fundamental construir junto com as ONGs uma cooperação técnica e política para além do repasse de recursos.

Julgo importante refletirmos, ainda, sobre a necessidade de extrapolar as formas de investimento pontuais, já que é preciso investir em ações que consolidem o SUS.

Na pauta do dia:

“Descentralização: impactos e desafios na prevenção”



Da esquerda para a direita – Acioli Neto e Luiz Odorico.

A necessidade de revisão da saúde pública brasileira

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará



Minha exposição será a partir de pesquisas e trabalhos relacionados ao Sistema de Saúde brasileiro, em especial o desafio da prevenção nos sistemas municipais de saúde, nos quais é preciso construir uma agenda de revisão.

Nos anos 1970, houve uma renovação ética no Sistema de Saúde por meio da reforma sanitária. É hora de fazermos uma reavaliação da saúde pública, pois os grandes sistemas de saúde do mundo periodicamente o fazem, como o Canadá: de 10 em 10 anos, promovem uma revisão, com pesquisa de avaliação sobre usos etc.

A literatura demonstra que temos um sistema em crise, mas precisamos, na verdade, e antes de mais nada, revê-lo, olhar para os problemas do SUS em sua integralidade. E, sob esse ângulo, aprofundar a discussão sobre esses problemas. Quando se analisa o Sistema de Saúde da América Latina e se compara o Brasil com a Europa e o Canadá, surge uma referência importante.

Temos um entrave ideológico no desenvolvimento da saúde pública brasileira e que está relacionado à nossa herança escravocrata, pois carregamos para o campo da saúde o imaginário ideológico da *Casa-grande & senzala*, obra de Gilberto Freire.

Parece-me moralmente "complicado" viver nesse sistema, no campo das políticas públicas, porque "quem defende o SUS não usa o SUS". Gosto de fazer uma relação da saúde pública com a escola pública: os filhos das classes mais ricas não frequentam a escola pública, e a classe média brasileira não utiliza os serviços do SUS. Desse modo, fica mais difícil se concretizarem mudanças que possam qualificar esses serviços. Um bom exemplo é a hotelaria dos hospitais do sistema público de saúde, que são péssimas, em sua avaliação. Não há um apelo para qualificar esses serviços, porque a classe média não faz uso deles. Essas questões da saúde precisam ser debatidas.

A partir da década de 1930, nossa influência europeia na área da saúde foi abolida e passamos a adotar a influência americana. E essa influência americana, depois do pós-guerra, tem se constituído em *Estado de bem-estar social*, influenciado pelos Estados Unidos, com o modelo liberal privatista legitimado hoje paradigmaticamente. Nesse sentido, gastamos 4,8% do PIB com sistema privado de saúde, e o governo faz a renúncia fiscal desse dinheiro, que vai para o privado para manter o modelo americano.



A questão da equidade

Partindo desse contexto, não conseguimos construir uma política real de planejamento da saúde. O SUS ainda se ampara em um discurso da *equidade*, mas a Constituição brasileira não traz isso, de modo que não regulamentamos a equidade. O que ocorre é que fazemos o discurso da equidade, mas não a operamos de fato.

Gostaria de fazer uma reflexão sobre a real validade das portarias, que estabelecem muitas regras, as quais, na verdade, não se efetivam. Se temos a maioria dos municípios brasileiros com menos de 20 mil habitantes, qual será a influência de uma portaria do Ministério da Saúde nesses municípios? Não é portaria que resolve, temos é que discutir a questão da equidade no Senado.

A tecnocracia em Brasília produz portarias e acha que vai induzir a política por meio delas, chamando isso de acordo. Mas, de fato, não se trata de um acordo: a portaria é feita, e os municípios se sentem obrigados a cumpri-la para receber os recursos. Precisamos considerar melhor os municípios no processo de realização de pactos. Há municípios com mais de 3 milhões de pessoas, onde o processo de descentralização trouxe entraves burocráticos. Na minha opinião, os recursos para saúde são poucos, e o processo de descentralização ocorreu de forma centralizada.

Vamos considerar o exemplo da prevenção à AIDS: o médico enfatiza que apoia a distribuição total de camisinhas e que, por ele, haveria *um balde* na porta de cada unidade de saúde para distribuição. Acredito que a relação com o movimento social e os técnicos da gestão pode melhorar isso.

Precisamos oxigenar os sistemas e construir mais vínculos com a sociedade organizada, os trabalhadores e avançar em uma sociedade mais justa.

Questões para a intersectorialidade: as relações entre o setor público e as ONGs/AIDS

ACIOLI NETO

Programa Municipal de DST e AIDS de Recife



Minha apresentação encontra eco nas falas anteriores, mas creio que posso contribuir ao reforçar algumas questões. Farei comentário a partir do meu olhar sobre a AIDS, que se desenvolveu no espaço de ONGs e agora no Estado. Nesse sentido, possuo uma experiência mista em relação à AIDS, tanto no setor público como em uma ONG.

O PAM (Plano de Ações e Metas) é um marco na descentralização. Começamos a trabalhá-lo em Recife no final de 2003, com a capacitação do governo para fazer o plano de ações e as emendas, para realizar a política de incentivo de fundo a fundo, a pactuação do plano de gestores do SUS, entre outros. O PAM pode ser criado ou construído democraticamente, embora abrir o espaço de discussão seja trabalhoso.

Em Recife, o PAM precisa melhorar as questões relacionadas ao monitoramento, pois não estamos habituados a trabalhar com monitoramento e avaliação. Embora haja a possibilidade de realizar o monitoramento pela Internet, isso vai depender muito de quem faz, se os dados são reais e se os sistemas são realmente fidedignos. São necessários ajustes para melhorar esse processo.

As coordenações no macro-Nordeste determinaram que o PAM seria feito ano a ano. Se as coordenações não conseguem executá-lo, *vão empurrando as ações com a barriga* para receber os recursos. Os recursos para o PAM devem ser bloqueados se não forem utilizados? E se não forem utilizados, o que fazer com a gestão que não os usou?

É um desafio. A responsabilidade da execução financeira é do gestor e, nesse sentido, a autonomia do PAM é muito positiva. Mas as auditorias que monitoram esse processo não são frequentes e não são tão efetivas quanto deveriam.



AIDS e SUS

Os diferenciais das respostas da AIDS parecem construir problemáticas em relação ao SUS, na medida em que parece haver um incômodo com a autonomia do financiamento da AIDS. Na saúde, existem muitos impasses com as secretarias de finanças, porque elas não têm a pressa de que a saúde necessita, e as ações em saúde têm que ocorrer rápido.

Por outro lado, quando as casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/AIDS passam por algum problema, ele não pode ser resolvido pela secretária da assistência, porque só as coordenações de DST/AIDS podem fazê-lo. Por que todo projeto que envolve LGBT tem que ser desenvolvido necessariamente por ONGs? Por que o Estado não pode desenvolver esses projetos? Parece que o Estado só pode fazer projeto para os "normais", e as ONGs são as que têm a legitimidade de fazer projetos para a população LGBT. Em se tratando da população de rua, nem saúde, nem assistência, nem as ONGs têm dado conta.

Outra questão importante é sobre a relação dos municípios pequenos com as ONGs, que não são tão atuantes em cidades menores. Isso se coloca como um desafio também, na medida em que é preciso qualificar a atuação das ONGs em cidades do interior. Nesse sentido, sinto certa apatia das ONGs para dialogar com os gestores. Já a academia, em minha visão, não tem contribuído efetivamente com a política e parece se interessar apenas pela pesquisa, porém sem dar o devido retorno sobre os temas pesquisados e seus resultados.

É essencial ampliar a mobilização da sociedade civil, efetivar o controle social e incluir a AIDS nos processos de comunicação, já que parece que a epidemia saiu da pauta de prioridades. Esse é outro desafio também.

Debate aberto

RENATA MOTTA

Gostaria de fazer uma referência à exposição do Odorico, à qual teço vários elogios. Odorico incorpora a política e se reconhece nesse processo, e sua gestão na Secretária de Saúde do município foi uma injeção política que possibilitou a larga distribuição do preservativo em Fortaleza, melhorando muito o livre acesso.

Concordo com ele também sobre a necessidade de humanizar o Sistema de Saúde. Nesse sentido, acho que seria bom que falasse sobre a saúde nas escolas, sobre como em uma gestão podemos melhorar a abordagem da saúde na escola trabalhando mais o prazer, o sexo como algo bom, considerando o despreparo dos profissionais e gestores sobre o tema. Resumindo: como podemos lidar com o entrave do tabu na prevenção?

Creio ser fundamental ressignificar a contribuição das universidades, principalmente na formação dos profissionais. É preciso assumir a discussão sobre a epidemia concentrada em relação às questões de gênero, mas não só na área de pesquisa, como também na formação dos profissionais de saúde.

RUBEN MATTOS

Os debates deste seminário têm sido bastante enriquecedores. Gostaria de trazer uma nova questão, já que acabei de concluir um estudo de avaliação sobre a política de cotas. O estudo demonstrou que as cotas implicam mais acesso e permanência para os alunos, e que 40% dos alunos da UERJ são oriundos de cotas. Esses alunos apresentam um desempenho escolar bom, com baixa reprovação – nesse sentido, parece-me importante destacar que políticas inclusivas estão acontecendo.

Existem mudanças ocorrendo, fazendo com que as desigualdades em alguns setores diminuam. Mas, na saúde, isso não tem acontecido. Não estamos vendo estratégias reais de mudança.

Precisamos refletir como a igualdade preconizada na Constituição pode ser interessante para lutar por um melhor sistema de saúde. Devemos tomar a igualdade como exigência constitucional e construir elementos para uma luta política nesse embate ideológico dos problemas da saúde.

RENATO BARBOSA

Chama bastante a atenção quando se pensa a descentralização no Brasil sobre a revisão na agenda do SUS. Nesse sentido, como podemos ver a metropolização da saúde? A metropolização não está na agenda, não se tem discutido tal questão. E isso é fundamental, porque o SUS, no espaço metropolitano, é diferente dos outros municípios.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO

Queria ressaltar o não envolvimento das outras secretarias na saúde. Cabe aos gestores procurarem também outras secretarias, se responsabilizarem mais pelo envolvimento delas nas ações em AIDS. É essencial procurar as parcerias. Sobre a questão do repasse às ONGs, é preciso lembrar que não estamos repassando a responsabilidade; temos, sim, que apoiar e capacitar para alcançar melhores resultados.

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE

Criamos um discurso sobre um SUS socialista e trago como exemplo o sistema de saúde de Cuba, que, a meu ver, é fantástico. Precisamos de um sistema de saúde melhor e ter uma gestão corporativa em termos de universidade. É pouca a abordagem desse tema. Paulo Freire precisa estar no cotidiano do diálogo da saúde. O sistema está engessado. Quando começamos o debate da reforma sanitária, não discutimos a efetividade do plano municipal de saúde. É essencial construir espaços de formação, e formação para a população pobre deste país. Não fizemos reforma agrária, construímos muros e excluímos a população do debate político.

Temos que nos olhar no espelho. O manto da igualdade não resolve os nossos problemas. Há um valor moral de igualdade e de justiça, e por trás disso a universalidade e a integralidade, mas é preciso normatizar também a equidade.

Sobre o dilema entre as parcerias que o Estado constrói, é necessário dizer que há coisas que o Estado faz mal, para as quais é preciso ampliar as parcerias e qualificar.

Em relação à metropolização, esse realmente é um grande problema que tivemos no Brasil. Tanto na Constituição quanto na lei orgânica, somos todos iguais, mas esse processo de urbanização é mal discutido. A saúde e a educação são operadas pelo mercado.

ACIOLI NETO

Quanto à questão da universidade, concordo que seja necessário ampliar as discussões em pesquisa e capacitação. Também importantes são a manutenção dos trabalhos realizados nas comunidades, que, mesmo sendo criticados, precisam de continuidade, e a ampliação e a melhoria do apoio às ONGs.

Na pauta do dia: "Descentralização: impactos e desafios na sociedade civil organizada"



Da esquerda para a direita – Kátia Edmundo, Gladys Almeida e Antonio Ernandes Marques da Costa.

A questão das legislações estaduais e municipais: avanços e entraves

GLADYS ALMEIDA

Coordenadora de Relações Públicas do GAPA/BA



Início a minha exposição falando sobre os objetivos e as expectativas da descentralização: promover a agilidade no fluxo de desembolso financeiro; dar maior sustentabilidade às ações; conhecer as demandas e necessidades locais e, conseqüentemente, compatibilizar as ações implementadas; buscar a melhoria na qualidade e na oferta dos serviços; promover a corresponsabilidade dos gestores (nas três esferas).

Como desafio, vejo a necessidade de ampliar a aproximação e o conhecimento das demandas da comunidade, compatibilizar e oferecer serviços e ações a partir das necessidades da população. Sobre a oferta de serviço de responsabilização das três esferas de governo, é preciso refletir sobre a federalização da autonomia, da Constituição e de cada estado diante do processo da descentralização.



Realidades diferentes

Nesse processo de descentralização, temos enfrentado um embate com a legislação dos estados, que é desfavorável para o repasse de recursos. Como exemplo, o estado do Ceará, onde pudemos perceber um discurso favorável e ativo à descentralização. Parece haver uma dinâmica maior de ação nesse sentido. Já na Bahia não é assim. Lá, temos uma constituição antiga, repleta de entraves, devido aos resquícios no nosso estado e município em termos de uma política do clientelismo local. Isso tem incidido no processo da descentralização.

Nesse sentido, tento esboçar respostas a partir da minha própria cultura. A possibilidade de respostas da sociedade civil também é diversa nesse emaranhado de cultura e diversidade.

Vivenciamos a cultura da burocracia, em que organizações recentes e antigas às vezes se encontram engessadas nos projetos. Esse cenário torna precárias as ações em saúde. A descontinuidade das ações com o fim dos recursos para projetos é outro problema, principalmente em relação aos estados e municípios – muitas ONGs têm como fonte de financiamento apenas o Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Outro ponto é a desmobilização da sociedade civil organizada devido à falta de financiamento ou à saída de ativistas para o governo.

Quanto às metas do milênio, temos uma série de compromissos assumidos pelo governo brasileiro que não estão sendo cumpridos. Diante disso, temos que refletir sobre a atuação da sociedade civil na mobilização para o cumprimento dessas metas. Muito do que conquistamos é resultado do movimento social, e em relação à descentralização também. Nesse sentido, acho positivo apresentar algumas estratégias sobre a sociedade civil organizada e a incidência política:

- Aprimorar e fortalecer a capacidade de atuação política das OSCs (formações, redes etc.);
- Promover acesso à justiça;
- Acionar estratégias diversificadas de democracia participativa;
- Participar em conselhos e conferências (propor, formular, monitorar e avaliar);
- Estabelecer diálogo com as três esferas de Poder;
- Monitorar as políticas públicas, com direito de petição e de informação;
- Promover audiências públicas.

Em relação a essas estratégias, destaco: as audiências públicas, que são uma forma dialógica de trabalhar o saber jurídico popular, e o acesso à justiça, como último recurso a ser utilizado, mas necessário, para pressionar a política a ser efetivada. As audiências públicas têm construído resultados positivos, possibilitando pensar sobre os desafios que a política aponta. Essas audiências resultam em processo de participação social em que as pessoas podem falar dos seus direitos negados no campo da saúde.

As audiências públicas podem exercer influência sobre a efetivação de políticas públicas. Como resultado disso, cito a abertura de um campo de diálogo entre o Legislativo e o Executivo. No entanto, é preciso estar atento aos gargalos da descentralização, com leis que engessam a participação e o repasse de recursos para a sociedade civil.

Apenas para finalizar: as responsabilidades e os repasses de recursos devem ser mais bem pactuados. É preciso construir conjuntamente, sociedade civil e governo, o processo de descentralização e o repasse de recursos.

A importância da participação ativa e inovadora da sociedade civil

KÁTIA EDMUNDO

Coordenadora-geral do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS/RJ)



Gostaria de iniciar retomando a ideia de política de Estado na perspectiva trazida por Ivo Brito, na medida em que precisamos trabalhar ações na esfera pública (*slides*):

- **Prática** – percepção das organizações da sociedade civil nos diferentes espaços de interlocução;
- **Impacto** – orientado pela vivência/cotidiano/efeito direto;
- **Desafios** – “ser/atuar como sociedade civil organizada”.

Creio ser fundamental retomar uma reflexão baseada na prática da ideia do cotidiano, no sentido de concentrar os desafios de envolver a sociedade civil nesse contexto. Lembro a importância do ativismo na política de AIDS e no processo de descentralização, do compromisso com controle social, conselhos, participações etc. A sociedade civil precisa discutir e se organizar melhor pela Internet, conhecer leis, normas, diretrizes, construir um discurso político e ser um ativismo proativo, efetivando, desse modo, uma gerência de projetos criativos e inovadores. E precisa, também, ampliar a competência técnica, ser intersetorial, estar em todas as conferências; isso é muito importante.

Concretizar a atuação da sociedade civil é algo muito desafiador, estar em todas essas dimensões. É necessário, ainda, constituir melhor um intramovimento, uma participação efetiva dentro do próprio movimento, e estar em diferentes espaços.



Percepções e reflexões

Gostaria, agora, de apresentar algumas questões relacionadas à descentralização e às percepções a seu respeito, como:

- “A descentralização dificultou a chegada dos recursos.”
- “Dizem que o recurso fica preso, mas duvido que não seja usado por ‘eles’.”
- “No tempo do Ministério era melhor.”
- “A descentralização é boa no papel e eu até concordo, mas na prática, não é.”

A descentralização aportou uma série de reflexões que retomam essas questões, que são políticas e históricas, sendo necessária uma aproximação entre sociedade civil e governo, a qual precisa ser cuidada para ser efetiva.

Argumenta sobre a transferência de responsabilidades. E quando se têm técnicos muito sanitaristas do Estado, dificulta-se a parceria com a sociedade civil.

Outra ideia que existe é uma crítica interna do repasse de recursos de acordo com a percepção de técnicos locais, que criam ilhas de excelência. Como fica a situação das ONGs quando o repasse não é realizado? Que parte da política cria lacunas ou potencializa? Como são formulados esses editais, quais são os formatos? De que forma esses editais são feitos no cenário hoje? Temos 29 anos de editais, de modo que é necessário ter uma revisão desses formatos de projetos. Não conheço completamente as ações realizadas a partir desses editais. Não se tem um mapa de ações, e a sociedade civil precisa estar integrada à política nacional de AIDS, é preciso saber o que a comunidade tem realizado.

A gestação precisa ser pública e precisa haver uma negociação onde se tem lacuna. É fundamental conhecer os territórios das ações. Existem projetos que permanecem, que deram certo, e são incorporados pelo poder público. E que são muito importantes.

O desafio é buscar outras formas de financiamentos que não sejam só por meio de projetos. Temos que trabalhar na proposta de uma gestão técnica compromissada e capacitada, superar o fosso entre discursos e prática, integrar a participação da comunidade e qualificar as pessoas para uma atuação que promova maior justiça social. E que, também, propicie uma maior capilaridade nesses processos – a educação é a maior falha nesse sentido, sendo necessário desenvolver ações em educação e saúde.

Ativismo é contar com um controle social qualificado e com recursos financeiros próprios. É preciso controle social voltado para os direitos humanos, pois temos um ativismo de baixa escolaridade, com poucos recursos pessoais – os ativistas são fundamentais para o desenvolvimento de todas essas questões e construção de respostas. Assim, é essencial inseri-las melhor nesse processo.

Gostaria de finalizar com uma frase do Richard Parker: "Se as estruturas da desigualdade social continuarem existindo, a disseminação da infecção pelo HIV e AIDS continuará e continuará seguindo as fissuras e falhas criadas pela opressão, preconceito e discriminação social e econômica."

Debatedor

ANTONIO ERNANDES MARQUES DA COSTA

Coordenador do Grupo de Prevenção às DST/HIV/AIDS e Drogas Júlia Sefer (GRUPAJUS)



Precisamos exercitar o controle social em todas as nossas ações. Nesse sentido, gostaria de fazer duas colocações. A primeira é que a descentralização é um fato irreversível, imagino que todos aqui sejam favoráveis a essa modalidade. A segunda é que as ONGs existem por causa da omissão do Estado. Se o Estado cumprir o seu papel, não há necessidade de intervenção das ONGs na oferta de serviço, restando a elas o real exercício do controle social como missão precípua. Foram elas que realmente iniciaram a resposta brasileira à AIDS.

Apresentarei, a seguir, algumas informações relativas ao Plano de Ação e Meta (PAM), falando sobre a necessidade do seu monitoramento, bem como sobre as dificuldades e burocracias para a aprovação de projetos relacionados à política local, tema que os gestores não estão discutindo (*slides*).

Recomendações:

- Reordenamento, por parte do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, do PAM com vistas à *metodologia de avaliação e monitoramento*, porque a atual aplicada é frágil e não revela aspectos qualitativos na direção da redução da infecção pelo HIV/AIDS. Além disso, não aponta radicalmente a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Proposições aos gestores

- Os gestores precisam se empenhar para desenvolver melhor o seu papel no financiamento das ações, precisam cumprir o pactuado. A contrapartida é baixa: só se coloca no PAM o essencial, às vezes. A pactuação deve ser uma ação permanente, para além do PAM.
- A prioridade dos gestores da AIDS não é a mesma prioridade dos gestores da saúde e das demais secretarias. Além disso, há burocracia, estados e municípios com legislação difícil na área de convênio e com PAMs congelados.
- É preciso rejeitar a tese de que os gestores sabem o que é melhor para a população sem ouvir seus clamores locais. É preciso vontade política de resolver as questões, bem como usar a experiência dos editais do Departamento Nacional.
- As prestações de contas são ineficazes.
 - Há deficiência de recursos humanos para acompanhar as ações de monitoramento e avaliação das ações do PAM.
- Os gestores precisam discutir as metas UNGASS e Metas do Milênio.

Proposições aos conselhos de saúde

- Os conselhos de saúde devem deixar de agir como propriedades dos gestores municipais/estaduais, devendo fazer um acompanhamento que não se limite apenas à questão contábil.

Organizações da sociedade civil de modo geral

- Mobilização das redes para fazer o acompanhamento das ações e a militância política.
- Aprofundamento das questões de saúde na forma dos princípios do SUS.
- Precarização das ações das OSCs; baixo repasse de recursos; valores de projetos regionais sem atentar para as especificidades regionais.
- Baixa participação social: controle social precário para propor políticas em municípios de pouca infraestrutura.
- Exigência nos conselhos para a aplicação da portaria de repasse do PAM.
- Engessador exigência de contrapartida.
- Pouco domínio das ferramentas de monitoramento via web.
- Mecanismo de audiência pública.
 - O Ministério Público é pouco valorizado pelas OSCs.
- Fissura nos diálogos por questões pessoais e institucionais.
- Autossustentabilidade multissetorial.

É fundamental que haja mobilização para que o repasse de recursos não fique parado e para que estes possam ser efetivos no processo de descentralização. Finalizo com a seguinte reflexão: "Enquanto milhões de reais dormem em contas bancárias, milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS continuam dormindo nas filas, em busca de serviços que nunca chegam."

Debate aberto

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO

Gostaria de comentar a fala da Kátia em relação ao ativismo e ao papel das ONGs, que cada vez possuem mais atividades e funções, não podem dar conta de tantas coisas, com poucos recursos, e ainda têm que garantir a sustentabilidade.

Também os conselhos devem ser mais presentes e efetivos nas discussões. Em relação às gestões que desqualificam a articulação da sociedade civil, é importante ressaltar que esta não tem necessariamente que entender o processo, mas, sim, cobrar.

RENATA MOTTA

Estamos muito presos aos editais. A coordenação municipal de DST/AIDS de Fortaleza tem discutido outras formas de financiamento, como projetos estratégicos, que são diferenciados e agregam diferentes grupos. Vale dizer que o formato do financiamento desses projetos foi decidido em coletivo com o Fórum de ONGs/AIDS. Volto a reforçar a importância do repasse de recursos para a efetivação do processo de descentralização.

KÁTIA EDMUNDO

Fazemos um esforço enorme para um processo de educação permanente e aceitamos papéis que nos são delegados. Queremos políticas justas como cidadãos. Mas, como ativistas, o que podemos fazer? O cenário do ativismo mudou e a gestão, também, de modo que precisamos qualificar a interlocução com a esfera pública de maneira mais bem planejada. Para tal, temos vários caminhos possíveis – precisamos considerar as múltiplas estratégias de participação da sociedade civil na política de AIDS. Temos que acreditar em nós mesmos, na construção dessa resposta, descobrindo diferentes possibilidades: a sociedade civil precisa ser mais solidária consigo mesma.

GLADYS ALMEIDA

Acredito na transformação e na mudança. Temos que trabalhar os ranços políticos, pensar em novas propostas para administrar os recursos públicos, como podem ser repassados etc. Para isso, é fundamental discutirmos com os gestores. Precisamos socializar as possibilidades e avançarmos nesse sentido. A vontade política também é importante na efetividade dessas ações. Tenho certeza de que a sociedade civil tem grandes capacidades em dar respostas e transformar as suas realidades.

Na pauta do dia:

“Descentralização: impactos e desafios na assistência e no financiamento de políticas e ações”



Participantes do seminário.

Avanços e desafios da descentralização

RENATO BARBOZA

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo



Creio ser importante iniciar a minha apresentação com uma definição do CONASS:

"A gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social; no âmbito da saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e avaliação de planos, programas e projetos."

Da mesma forma que há diferenças entre gestão e gerência, a descentralização vem passando por mudanças e diversas complexidades, existindo transferências de poder de tecnologias, de locais etc. Nessa perspectiva, qual é o papel de regulação da gestão das políticas públicas?

Outro ponto fundamental é a intersetorialidade com relação à descentralização, que depende de outra proposta de planejamento – mas a integração é essencial.

Intersetorialidade e desafios para o SUS (*slides*):

- Planejamento integrado e articulado;
- Mudanças nos valores e na cultura das instituições;
- Produção de saberes, práticas e inovações;
- Construção de mecanismos e estratégias de integração, ampliando a cogestão dos processos e das decisões;
- Integração dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação para fortalecer a pactuação e as parcerias entre as instituições;
- Atuação em rede, estabelecendo acordos de cooperação, de alianças e de reciprocidade e gerando novas possibilidades de intervenção.

O PAM deve ser visto com um instrumento de programação, mas que possui muitas debilidades nos tipos de análise, devido às diferenças de indicadores. A seguir, apresentarei uma avaliação feita a partir de estudo realizado, cujo objetivo era descrever e analisar o processo de implementação e desenvolvimento do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo, de 1994 a 2003, quanto à descentralização e gestão das ações programáticas.

Os objetivos específicos eram: analisar o processo de descentralização das ações programáticas em DST/AIDS no estado de São Paulo em termos políticos, técnicos e administrativos; e analisar os mecanismos e estratégias utilizados na gestão em termos do planejamento, gerenciamento, financiamento e avaliação do Programa Estadual DST/AIDS.

Delineamento do estudo:

- Estudo de caso em 37 municípios conveniados no estado de São Paulo (Good e Hatt, 1977; Gil, 1991);
- Pesquisa documental (Acordos de Empréstimo e Política de Incentivo, 2003);
- Entrevistas semiestruturadas e em profundidade com atores-chave (Minayo, 2004).

Na minha opinião, o período de convênio dos projetos AIDS I e AIDS II com o Banco Mundial teve uma perspectiva bastante centralizada. O AIDS I foi pouco monitorado e avaliado; já no AIDS II, a gestão foi mais verticalizada, relacionada à inserção do programa e suas interfaces na estrutura e no sistema de saúde. Uma questão importante levantada neste processo diz respeito a que a transparência seja um ponto-chave dos processos institucionais e elemento central da governança.



Quanto ao planejamento

A lógica do financiamento dos convênios dificultou o planejamento das ações municipais, refletida também no monitoramento e na avaliação. A execução financeira e a prestação de contas eram as grandes preocupações dos coordenadores. E, com a política de incentivo, o sentido atribuído ao planejamento foi modificado nos municípios, incorporando o planejamento estratégico na gestão.



Monitoramento e avaliação das ações

Ao contrário do período dos convênios, com a política de incentivo o PAM foi destacado como um meio capaz de induzir ao monitoramento e à avaliação das ações. Mas ainda é necessário um investimento permanente nessa questão. A pactuação se modifica com o incentivo em relação à governança, e aí se constrói o desafio do monitoramento e da avaliação.

A gestão da política em DST/AIDS nos estados e municípios, durante os convênios, foi desarticulada das instâncias colegiadas do SUS, sendo modificada com o processo de planejamento e a introdução da política de incentivo. Contudo, monitorar e avaliar o cumprimento das pactuações ainda é um desafio.

Ainda não chegamos a toda potência na avaliação. Pactuar é fácil; difícil é cumprir os pactos. Em relação à avaliação propriamente dita, a partir desses estudos, gostaria de destacar os seguintes tópicos:

- O estudo dos convênios com o Banco Mundial e a transição para a política de incentivo forneceram elementos importantes para apreendermos sobre a gestão descentralizada em DST/AIDS de 1994 a 2003;

³ O Projeto AIDS I arrecadou US\$ 90 milhões em fundos nacionais e um empréstimo de US\$ 160 milhões do Banco Mundial entre 1992 e 1998. O Projeto AIDS II, também composto de fundos nacionais e um empréstimo do Banco Mundial, somou US\$ 370.000 entre 1998 e 2002.

- O processo de descentralização apresentou diferentes graus e distintas formas de operacionalização nas três esferas de gestão;
- Nos convênios, especialmente no AIDS I, houve uma forte desconcentração administrativa, com pouca autonomia dos coordenadores estaduais e municipais na gestão das ações;
- Foi observada a modalidade da devolução, principalmente no AIDS II, quando houve redistribuição de poder decisório e uma maior autonomia política e administrativa nos estados e municípios;
- A descentralização no período do incentivo proporcionou maior eficiência na alocação dos recursos, pois o programa de DST/AIDS na estrutura das secretarias de saúde estudadas é um dos poucos que possui informações sobre a aplicação dos recursos financeiros;
- Com o incentivo, a pactuação nos órgãos colegiados do SUS foi incorporada pelas coordenações de DST/AIDS no âmbito estadual e municipal, ampliando a transparência das ações;
- É necessário investir na qualificação permanente das práticas de gestão e gerência, sobretudo na produção, sistematização e aplicação de informações estratégicas para a sustentabilidade das políticas públicas em DST/AIDS. Não basta transferir recursos se não houver transferência de conhecimento técnico-científico e de poder decisório para os níveis regionais/locais do sistema de saúde;
- As ações de prevenção foram pouco priorizadas na agenda das coordenações de DST/AIDS, sobretudo nas esferas estaduais e municipais. No nível local, houve delegação dessas ações para as ONGs, com redução crescente da atuação municipal nas etapas de proposição e implementação das atividades.

Avaliamos que houve fortalecimento local com a indução do recurso. Realmente, o instrumento faz muita diferença nos contextos locais. Estudar os convênios com o Banco Mundial foi realmente importante – precisamos produzir informações a partir do monitoramento.

Avanços da descentralização na assistência (*slides*):

- Pactuações e definição de responsabilidades:
 - Antirretrovirais (ARVs), infecções oportunistas (IOs) e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
 - Fórmula infantil de ARVs;
 - Repasse *per capita* a casas de apoio.
- Espaços institucionais e processos decisórios:
 - Crescimento do número de comitês, fóruns, grupos de trabalho etc.;
 - Articulação nos colegiados SUS estaduais/municipais.
- Acesso:
 - Ampliação da cobertura e das modalidades assistenciais;
 - Complexidade das tecnologias leves e duras.
- Formação:
 - Educação pontual para continuada para permanente – profissional de saúde e áreas afins.

- Estudos e pesquisas:
 - Adesão: indicador de qualidade dos serviços;
 - Qualiaids: capacidade de resposta da rede local, regional, estadual;
 - UNGASS: análise do progresso da resposta brasileira.

Pensando na epidemia, precisamos de respostas mais efetivas e qualificadas.

Desafios da descentralização na assistência (*slides*):

- Pactuação:
 - Desigualdades regionais e intrarregionais no país;
 - Monitoramento e avaliação dos pactos.
- Força de trabalho:
 - Necessidade de uma carreira pública para sustentabilidade;
 - Contratação, fixação e fidelização de quadros estaduais/municipais.
- Formação:
 - Fortalecimento da gestão e gerência investindo no planejamento, monitoramento e avaliação orientados para a tomada de decisão.
- Intersetorialidade:
 - Casas de apoio e reinserção social: articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- Acesso:
 - Aperfeiçoamento dos processos de trabalho e tecnologias para o aumento do diagnóstico precoce e vinculação dos novos casos nos SAEs;
 - Referência e contrarreferência no SUS (envelhecimento da população);
 - Populações mais vulneráveis – articulação CTA–SAE–Atenção Básica (AB);
 - Atenção à população prisional e à população em situação de rua;
 - Ampliação da abordagem sindrômica das DSTs na AB (eixo estruturante no pacto);
 - Qualificação dos profissionais da AB em aconselhamento HIV/DST/Hepatites.
- Controle social:
 - Formação de novas lideranças (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e outros) que abordem o SUS, a AIDS e as hepatites nos colegiados.
- Estudos:
 - Fortalecimento dos temas da adesão e acesso aos serviços para diferentes populações vulneráveis; toxidade e qualidade da atenção.

Espero que as análises aqui apresentadas possam levar a várias reflexões sobre as respostas em relação aos avanços da descentralização.

Atenção básica e educação permanente

IVANA BARRETO

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará



O ponto de partida da minha exposição será a atenção primária em saúde, que precisa se articular com as outras redes assistenciais. Já está comprovado cientificamente que o sistema de saúde basilar e o acesso inicial da população à saúde, nesses sistemas, conseguem os melhores resultados de saúde do país. A saúde consegue melhores resultados, como Cuba, por exemplo, que é bem pobre, mas consegue investir em saúde básica.

A integralidade também é muito importante. A atenção primária tem que estar preparada para atender aos programas de saúde em geral, no sentido de haver o cuidado integral. Outro ponto crucial é a importância que precisa ser dada à equipe que está na comunidade: é ela que garante a atenção e o vínculo com a população. Com uma equipe de referência, facilita-se o acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a participação social, na tensão primária, precisa se capilarizar para ter um maior nível de contato e participação da comunidade, como também é essencial a internalização de alguns conceitos para aprimoramento, pois falta capacitação para lidar com o paciente de AIDS.

Mas alguns avanços foram obtidos, como o fato de termos conseguido formalizar e ampliar a equipe na extensão, o que é singular. E precisamos saber usar isso a nosso favor. Temos uma equipe que inclui, além do médico, dentista, enfermeiro e agentes comunitários; que possibilita maior qualidade de atendimento para pessoas que vivem com HIV. Temos que adquirir conhecimento, também, para envolver essas pessoas nesse cuidado – as equipes precisam ser monitoradas para poderem acompanhar da melhor forma possível a evolução desses pacientes. É preciso, ainda, incorporar as novas tecnologias, pois quando descentralizamos passamos um pouco a responsabilidade para o gestor, que recebe a pressão.



Educação permanente

O que me preocupa nesse processo é que a educação permanente dos agentes de saúde realmente precisa ser feita. Temos um agente para cada 2 mil habitantes. Esses agentes recebem noções básicas de atenção e são mal pagos, necessitando de apoio para sua formação.

Qual é a perspectiva desses profissionais? Eles não podem ficar a vida toda com um conhecimento tão básico. Como podemos articular essas necessidades?

A experiência que temos tido com o grupo de pesquisadores ligados aos profissionais de saúde é de que precisamos estimular a reflexão sobre a prática com os profissionais da ponta. Esses profissionais possuem carências em termos de atualização e a gestão é quem tem que estar à frente desse processo de qualificação, por meio de projetos a longo prazo, voltados à atenção integral e não compartimentada.



Participantes do seminário.

Debatedor

ALCINDO FERLA

Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Gostaria de compartilhar pensamentos no sentido de problematizar a descentralização. Qual é o âmbito da descentralização? Certamente, possui intensidades diferentes. Às vezes, pensamos a descentralização de modo mais teórico, quando refletimos sobre se é a racionalização que a gestão deve fazer para otimizar recursos. É preciso compreender de que o planejamento e a regulação cabem à gestão. Temos que enxergar as dimensões micropolíticas.

A gestão tem que considerar que a saúde é bastante complexa, assim como investir nas potencialidades locais. A rede de organizações tem que ensinar o SUS. Há uma dificuldade enorme de entender a subjetividade do sujeito, o que necessita estar na agenda da gestão. Estudar a gestão é pensar nisso também.

Existe uma situação ideal e perfeita de descentralização, e se estamos pensando em integralidade, temos que não só analisar os problemas, mas as potencialidades da gestão também.

Nossas práticas estão permeadas de funções específicas. Assim, mais do que entender a descentralização e a centralização, precisamos entender as suas potencialidades e seus ruídos.

É fundamental avançarmos no conceito de redes, alçarmos maiores reflexões sobre o cotidiano para construirmos novas tecnologias e repensarmos a descentralização e as políticas de cuidado.

A política não é solucionada somente com portarias, mas também na aposta em um processo de educação permanente. O conhecimento científico sistematizado é essencial.

O SUS possui grandes potencialidades, necessitando estabelecer um diálogo mais estreito com as ONGs. Queria terminar com uma pergunta e uma afirmação. A pergunta: qual a obrigação da sociedade civil e do gestor para com o SUS? E a afirmação é que: precisamos radicalizar no processo de educação permanente para radicalizar na descentralização.

Debate aberto

RUBEN MATTOS

O processo de despolitização da gestão começa quando deixamos de falar sobre política de saúde e gestores e passamos a falar sobre a racionalidade da administração, deixando de falar sobre as disputas de políticas.

Não precisamos negar o vocabulário administrativo. Temos é que voltar à ideia de que estamos tendo que lutar por determinados valores em disputa dos processos políticos. Nesse sentido, o controle social deve ser feito por dentro e por fora. Faço, aqui, um convite para que todos assumam uma politização mais radical.

ACIOLI NETO

A migração de pessoas dos municípios do interior para as capitais vem sendo tratada com certa naturalidade. Considero que essa "naturalidade" deva ser mais bem discutida. Ao invés de naturalizar essa migração, temos que qualificar os serviços nas cidades do interior. A assistência também precisa ampliar os serviços e pensar na garantia ao sigilo e na qualidade nos municípios, e não na constante migração.

Insisto na sugestão de discutirmos mais a AIDS junto à população em situação de rua. Não há soluções para isso, sendo um desafio a ser enfrentado.

RENATO BARBOZA

Concordo com o Acioli em voltar mais atenção e investimentos à população de rua.

Em relação à gerência dos programas pelas coordenações municipais, precisamos nos apropriar das propostas mais concretas. É necessária uma maior supervisão e um melhor acompanhamento do Ministério da Saúde diante dos investimentos. E, acredito, a academia está devendo mais respostas à AIDS.

IVANA BARRETO

A migração realmente precisa ser discutida. Trata-se de um processo, e a gestão tem que estar capaz de enfrentá-lo. O Brasil se urbanizou muito rápido, muitas pessoas carregam valores rurais e temos que apoiar os municípios do interior e enfrentar a exclusão dos que recaem na migração. Os valores do sistema de saúde devem ser incorporados à sociedade – a classe média não se mistura com os pobres. Trabalhamos com um sistema que negamos, e precisamos refletir sobre isso.

ALCINDO FERLA

É fundamental realizarmos uma desnaturalização do território geográfico; o sistema de saúde tem que dar conta de cada território. A sociedade civil e a gestão não estão discutindo isso. Precisamos ter uma rede para entender esse processo. E se há problemas com o sigilo no interior, temos que rever essas questões. É urgente avançarmos na discussão sobre a gestão da AIDS. As redes precisam avaliar qual é a potência de cada serviço nos territórios. O usuário não tem que se vincular a um serviço em que não se sintam bem.

Qual é o lugar da academia que produz conhecimento, mas produz também tanta injustiça? Nesse sentido, gostaria de citar a obra *Conhecimento prudente para uma vida decente*, de Boaventura de Souza Santos. Finalizo, deixando, também outro ponto para refletirmos: qual é o papel que cada um exerce na gestão?



Participantes do seminário.

3º Seminário

Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS

Fortaleza, CE

**HOTEL MERCURE APARTMENTS
Rua Joaquim Nabuco, 66
Meireles
Fortaleza - CE**

Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o HIV/AIDS é o terceiro seminário a ser realizado dentro do projeto Aprimorando o Debate II, coordenado pela ABIA e apoiado pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. O projeto propõe ampliar o espaço de interlocução entre os diversos setores que atuam na resposta à epidemia de AIDS no país e estimular sua integração. O seminário objetiva refletir sobre os impactos e desafios da descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS nos últimos anos, e contribuir com os debates, apontar caminhos, ideias e sugestões que visem à efetividade e ampliação de ações.

**1º e 2
julho de
2010**

**APRIMORANDO O DEBATE II:
Respostas frente à AIDS no Brasil**

1º de julho de 2010

Manhã

9:00 – CAFÉ

9:30 – BOAS VINDAS | ABERTURA

**10:00 - 11:30 – PALESTRA INAUGURAL:
Descentralização das Políticas e Ações em Saúde:
impactos e desafios para a resposta ao HIV/AIDS**

Apresentador: Ruben Mattos – Diretor do IMS/UERJ, RJ

Comentaristas: Ivo Brito – Chefe da Unidade de Prevenção do Depto. de DST, AIDS e Hepatites Virais,
Ministério da Saúde
Chico Pedrosa – Diretor GRAB, Fortaleza, CE

11:30 - 12:30 – DEBATE

12:30 - 14:00 – PAUSA PARA O ALMOÇO

Tarde

**14:00 - 16:30 – PAINEL:
Descentralização das Políticas Públicas em Saúde**

1º TEMA – Limites e Possibilidades da Descentralização na Saúde

Apresentador: Renilson Rehem – Representante do CONASS

2º TEMA – Desafios para a Descentralização das Políticas e Ações de HIV/AIDS

Apresentadora: Mariângela Simão – Diretora do Depto. de DST, AIDS e Hepatites Virais,
Ministério da Saúde

3º TEMA – Impactos e Desafios na Sociedade Civil Organizada

Apresentador: Carlos Duarte – Vice-presidente do GAPA, RS

Comentaristas: Renata Mota – Coord. Municipal DST/AIDS, Fortaleza, CE
Alexandre Grangeiro – Depto. de Medicina Preventiva da FMUSP, SP

16:30 - 17:30 – DEBATE

2 de julho de 2010

Manhã

9:00 - 10:30 – MESA – **Descentralização: impactos e desafios na prevenção**

Apresentadores: Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará
Acioli Neto – Programa Municipal de DST/AIDS de Recife, PE

Comentarista: Álvaro Matida – Consultor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), Fiocruz, RJ

10:30 - 11:00 – PAUSA PARA CAFÉ

11:00 - 13:00 – JOGO DO BRASIL

13:00 - 14:00 – ALMOÇO

14:00 - 15:30 – MESA – **Descentralização: impactos e desafios na sociedade civil organizada**

Apresentadores: Gladys Almeida – Coordenadora de Relações Públicas do GAPA, BA
Kátia Edmundo – Coordenadora-geral do CEDAPS, RJ

Comentarista: Antonio Ernandes Marques da Costa – Coordenador da NG/GRUPAJUS

15:30 - 17:30 – MESA – **Descentralização: impactos e desafios na assistência e no financiamento de políticas e ações**

Apresentadores: Ivana Barreto – Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, CE
Renato Barboza – Instituto de Saúde – SES, SP
Wendel Alencar – Tec. SCDH do Programa Municipal de DST e AIDS, SEMUS, São Luís, MA

Comentaristas: Alcindo Ferla – Professor da UFRGS, RS
Cristina Pimenta – Coordenação Geral da ABIA, RJ

17:30 – ENCERRAMENTO

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA
Av. Presidente Vargas, 446 / 13º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20071-907
Tel/fax.: 21 2223-1040
<http://www.abiaids.org.br>
e-mail: abia@abiaids.org.br

APOIO



**DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS**

