

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**Mudança nas capacidades estatais e impacto sobre a sociedade
civil: a política de HIV/aids em Novo Hamburgo**

OSMAN MIGUEL BERNARDI

Porto Alegre, 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**Mudança nas capacidades estatais e impacto sobre a sociedade
civil: a política de HIV/aids em Novo Hamburgo**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Soraya Vargas Côrtes

Porto Alegre, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Mudança nas capacidades estatais e impacto sobre a sociedade civil: a política de HIV/aids em Novo Hamburgo

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Soraya Vargas Côrtes

Banca examinadora

Prof. Dra. Andréa Fachel Leal - UFRGS

Prof. Dra. Lisiane Boer Possa - UFRGS

Prof. Dra. Luciana Leite Lima – UFRGS

Porto Alegre, 2014.

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente, pai e mãe que sempre me apoiaram na realização desta empreitada e na busca de conhecimento

À professora Soraya Vargas Côrtes pelo incentivo, cobranças e valiosas contribuições na construção deste estudo

Aos amigos que entenderam meus 'desaparecimentos' e sempre me apoiaram na concretização deste objetivo

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS e a CAPES por terem me oportunizado a realização deste estudo.

RESUMO

Esta dissertação trata de como as relações entre estado e atores sociais participam na definição de políticas públicas. O caso analisado é o da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids, do Ministério da Saúde brasileiro. A política de saúde em análise faz parte de um conjunto de ações promovidas pelo Ministério da Saúde para o controle da epidemia de aids em território nacional. O sistema de controle epidemiológico brasileiro, na área do HIV/aids, tem sido reconhecido mundialmente por sua eficiência, ampliação de acesso aos serviços de saúde à população e, especialmente, pela realização de ações de prevenção em parceria com as organizações da sociedade civil. A Política de Incentivo passou a vigorar em 2003 alterando a organização e execução das ações de saúde na área. A principal mudança gerada pela política refere-se ao deslocamento de funções de gestão da esfera federal para as esferas estadual e municipal. As ONGs/aids que relacionavam-se diretamente com os gestores federais de saúde passaram, também, a interagirem com os gestores municipais na conformação das ações locais. Este estudo analisa, a partir de um estudo de caso, o efeito/resultado desse deslocamento e suas implicações para a construção da política em nível municipal. No estudo constatou-se que as ONGs/aids perderam poder de influenciar a definição das ações sobre a doença e o gestor municipal de saúde cresceu em importância, a medida em que tais ações foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde ao invés de se realizarem através de um sistema paralelo, como ocorria anteriormente. A descentralização gerada pela Política de Incentivo propiciou ao gestor público municipal exercer o comando sobre a definição das ações da área e reduziu a participação das ONGs/aids do processo de conformação da mesma.

Abstract

This paper discusses how the relationship between state and social actors participate in defining public policy. The case analyzed is the Incentive Policy of the National STD / AIDS, the Brazilian Ministry of Health. Health policy in question is part of a set of actions promoted by the Ministry of Health to control the AIDS epidemic in the country. The Brazilian system of epidemiological surveillance, the HIV / AIDS area, has been recognized worldwide for its efficiency, expanding access to health services to the population, and especially the realization of preventive actions in partnership with civil society organizations. The Incentive Policy became effective in 2003 changing the organization and implementation of health activities in the area. The main change due to policy refers to the displacement of management functions from the federal to the state and municipal levels. NGOs / AIDS that related directly to the federal health managers also began to interact with the city managers in shaping local actions. This study examines, from a case study, the effect / result of this shift and its implications for the construction of politics at the municipal level. In the study, it was found that NGOs / AIDS lost power to influence the definition of the shares on the disease and the municipal health officer grew in importance, the extent to which such actions were incorporated into the National Health System instead of holding through a parallel system as established previously. The decentralization generated by the Incentive Policy led the municipal manager to exercise command over the definition of actions in the area and reduced the participation of NGOs / AIDS in the process of forming the same.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Internações no SUS por Ano processamento	54
Tabela 2 - Casos de aids identificados: frequência por ano notificação	56
Tabela 3 - Casos de aids identificados: frequência por sexo.....	56
Tabela 4 - Casos de aids identificados: frequência por raça/cor	57
Tabela 5 – Casos de aids identificados: frequência por categoria de exposição.....	58
Quadro 1 - Quantidade por Esfera Administrativa segundo Tipo de Estabelecimento- Município: Novo Hamburgo, Período: Jun/2012	52
Quadro 2 - Relação Sociedade Civil e Gestor Federal (1980-1996)	67
Quadro 3 - Expectativas da Política de Incentivo	81
Quadro 4 - Ações financiadas pela Política de Incentivo.....	87
Quadro 5 - Características do relacionamento entre os atores	89

Sumário

Introdução.....	9
2. Atores sociais e estatais: capacidades e impactos sobre as políticas públicas....	17
2.1 – Definindo atores sociais: as ONGs/Aids e sua atuação frente a epidemia de HIV/aids.....	17
2.2 – Definindo o ator estatal: o Estado e sua capacidade de conformar políticas.....	22
3. A política de atenção à aids e sua interface com o SUS	29
3.1 - Histórico do SUS.....	29
3.2 - Descentralização da saúde no Brasil: implicações para a organização da área	35
3.3 - Descentralização das ações da aids no Brasil: a Política de Incentivo	40
4. Caracterizando o município estudado: aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais.....	46
4.1 - Origem e características sócio demográficas de Novo Hamburgo.....	46
4.2 - A rede de atenção em saúde no município	50
4.3 - Dados e características da epidemia de aids em Novo Hamburgo	55
5. As mudanças da Política de Incentivo	60
5.1 – As Relações entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids antes da Política de Incentivo	60
5.2 - A proposta de mudança das relações entre gestores públicos de saúde e ONGs/aids	68
6. A Política de Incentivo e as mudanças nas relações dos gestores públicos de saúde e as ONGs/aids	76
6.1 - Expectativas e início da implantação da Política de Incentivo (2003 a 2006).....	76
6.2 - O gestor municipal de saúde assume o comando da política de atenção à aids em Novo Hamburgo.....	84
7. Considerações finais	91
Referências	97

Introdução

Esta dissertação trata da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids, do Ministério da Saúde brasileiro. A política de saúde em análise faz parte de um conjunto de ações promovidas pelo Ministério da Saúde para o controle da epidemia de aids em território nacional. O sistema de controle epidemiológico brasileiro, na área do HIV/aids, tem sido reconhecido mundialmente por sua eficiência, ampliação de acesso aos serviços de saúde à população e, especialmente, pela realização de ações de prevenção em parceria com as organizações da sociedade civil.

O envolvimento das organizações da sociedade civil no campo do HIV/aids é marcante no Brasil. Desde a descoberta da aids, no início da década de 1980, essas organizações pressionaram os gestores públicos de saúde para que organizassem políticas de atenção à aids que controlassem a epidemia e promovessem os serviços de saúde necessários aos atingidos pela doença. Além disso, as ONGs/aids, como convencionou-se chamar, foram parceiras do estado na busca de soluções para o enfrentamento da doença em seus aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e políticos. Marcados pelo envolvimento direto na construção da resposta brasileira de atenção à aids, as organizações e movimentos sociais da área participaram ativamente e diretamente, tanto na construção de alternativas para o controle de expansão da doença, como nas demandas de constituição de um modelo de atenção à saúde disponível à população (PARKER, 1997, GALVÃO, 2000).

Até meados dos anos 2000 a política de atenção à aids era organizada e financiada pelo gestor público federal. Boa parte das ações eram implementadas por ONGs/aids que estabeleciam convênios com o Ministério da Saúde e recebiam recursos financeiros federais, diretamente, para desenvolver as atividades acordadas. Apenas os estados e alguns municípios populosos recebiam recursos do ente federal para desenvolverem ações e organizarem serviços de atenção à aids em seus municípios. Por outro lado, o gestor federal responsabilizava-se, exclusivamente, pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais, através das redes estaduais de dispensação de medicamentos.

Esse modelo altera-se no ano de 2003, quando passa a vigorar a Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids¹. A partir dela a problemática do HIV/aids passou, de fato, a integrar a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). A principal mudança com a criação da Política de Incentivo é que, a partir de então, os municípios credenciados no programa passam a receber os recursos diretamente da esfera federal e implementam as ações de acordo com suas realidades locais. As diretrizes e prioridades das ações são definidas pelo ente federal e os municípios detêm certa autonomia para implementar a Política de Incentivo de acordo com as especificidades locais.

Antes da Política de Incentivo as ações realizadas pelas organizações não-governamentais eram financiadas e organizadas, quase que exclusivamente, pelo ente federal. A partir de financiamentos realizados junto ao Banco Mundial o governo brasileiro construiu, ao longo dos anos, um modelo de atenção à aids que, por um lado, garantiu o acesso universal à medicação para a doença e, por outro, implementou boa parte das ações de prevenção mediante o estabelecimento de parcerias com as chamadas ONGS/aids, organizações especializadas no assunto e com tradição de atuação no campo do HIV/aids. Estas organizações dispuseram, ao longo do tempo, de financiamentos para a realização de ações de prevenção da doença e, ao mesmo tempo, fortaleceram politicamente os grupos que representavam ou cujos direitos defendiam, os quais, desde a descoberta da doença, eram alvos de preconceito e discriminação, como homossexuais e usuários de drogas injetáveis.

A criação da Política de Incentivo culminou numa descentralização de recursos para os entes municipais e em alteração no padrão de relacionamento entre atores estatais e societais na área da DST/aids: além do governo federal, em nível local, o principal interlocutor das ONGS/aids passou a ser o gestor de saúde municipal. A mudança resultou no estabelecimento de novo tipo de relacionamento

¹ Nome atribuído à política pelo Ministério da Saúde. As expressões Política de Incentivo e política de atenção à aids referem-se a mesma e foram optadas pelo autor.

entre as ONGs/aids e o gestor municipal de saúde, que passou a ser responsável pelo gerenciamento da política em nível local. O principal interlocutor das ONGs/aids, geralmente, era o coordenador do departamento ou do programa de aids municipal. O gestor municipal de saúde que até então não detinha as prerrogativas de comando da política passa a tê-las e assume um papel relevante na conformação da Política de Incentivo em nível municipal. Antes disso, sua participação nas ações no campo do HIV/aids eram restritas e dependiam de outras formas de financiamento que não o federal, tornando sua atuação expressiva na área.

Com o ingresso do gestor municipal de saúde no processo de definição e implementação da política de atenção à aids as ONGs/aids passaram a se relacionar, também, com os gestores municipais de saúde, pois a partir de então, decisões importantes sobre as ações no campo do HIV/aids seriam tomadas em nível municipal de gestão. Estes gestores, por sua vez, adquiriram novas funções, prerrogativas e responsabilidades sobre a organização e execução das ações de saúde relacionadas ao HIV/aids. Dentre elas a conformação das ações e serviços de atenção à doença, que deveria ocorrer em parceria com as ONGs/aids locais, como previsto no Decreto 12.234/99, que institui o Política de Incentivo (BRASIL, 2002).

Diante dessas mudanças investiga-se que formato assumiu esse novo padrão de relacionamento entre as ONG/aids e os gestores municipais de saúde no que se refere à conformação da política de atenção à aids em nível municipal, tanto na fase de elaboração como de implementação da Programação Anual de Metas (PAM). Por um lado, a Política de Incentivo assegurou a participação das ONGs/aids na conformação das ações adotadas pelo município no campo da aids, através da construção conjunta, gestor local e ONGs/aids, da resposta para os problemas gerados pela doença. Por outro lado, garantiu que as ONGs/aids continuassem atuando diretamente na execução de ações de prevenção a aids, já que tais organizações acumularam, ao longo dos anos, conhecimento, expertise e atingem públicos que as estruturas públicas de atenção à saúde, a partir de sua rede pública de atendimento, atinge apenas parcialmente, como por exemplo, os grupos homossexuais e de jovens.

O objetivo geral deste estudo é analisar o impacto da transferência das funções de gestão de políticas da esfera federal para a municipal da administração pública na construção de um novo padrão de relacionamento entre atores estatais e sociais, no município, e descrever o novo tipo de relacionamento que se estabeleceu a partir de então. Neste estudo o conceito de impacto equivale a noção de efeito/resultado não sendo, portanto, utilizado com o sentido atribuído nos trabalhos que avaliação de políticas públicas. Os objetivos específicos são:

- Analisar a interferência das ONGs/aids na conformação da política pública de aids;
- Analisar o processo de implementação da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids no município de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul;
- Identificar os agentes atores envolvidos no processo de formulação, implementação e fiscalização da execução da PAM;
- Identificar e analisar as disputas e conflitos entre os atores durante a elaboração da PAM;
- Identificar e analisar as motivações e crenças que orientam as ações dos atores.

A hipótese/diretriz de pesquisa utilizada para conduzir este trabalho foi a seguinte: ao alterar as relações entre gestores públicos e as ONGs/aids, transferindo funções da esfera federal à municipal, a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids permite que as organizações da sociedade civil que atuam no município, que são mais organizadas e estruturadas, intensifiquem seu relacionamento com gestor municipal de saúde e atuem diretamente na conformação da política de atenção à aids neste nível de gestão. Assim, considera-se que a PAM será reflexo da atuação das ONGs/aids no processo de conformação da política no município.

Para realizar a investigação optou-se por um estudo de caso da implementação da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids no município de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul. O estudo de caso, segundo Yin (2010) constitui uma das estratégias de pesquisa utilizada nas Ciências Sociais em

que se pretende compreender, explorar, ou descrever os acontecimentos e contextos complexos, os quais envolvem diversos fatores, para então oferecer uma compreensão acerca do fenômeno em estudo. A partir do estudo de caso é possível construir uma investigação e análise profundas, que levem em conta um grande número de variáveis.

Para Gil (2009) o estudo de caso permite explorar situações e fenômenos sociais cujos limites não estão claramente definidos pelo pesquisador ou pela literatura do tema. Além disso, o estudo de caso prioriza a descrição da situação e contexto nos quais está sendo desenvolvida a investigação. Permite, ainda, explicar as variáveis causais do fenômeno investigado em situações complexas, nas quais a utilização de levantamentos e experimentos não se mostra adequada.

A escolha do caso, a implantação da Política de Incentivo na área de HIV/aids no município de Novo Hamburgo, se deu, em primeiro lugar, pela importância da área no conjunto das políticas de saúde municipais, decorrente dos indicadores negativos sobre a incidência da doença no município. De acordo com o Boletim Epidemiológico (2012), em 2012, o município de Novo Hamburgo ocupava a quadragésima sexta posição entre os municípios brasileiros com maior taxa de incidência de HIV e, entre os municípios gaúchos, a quarta colocação. Além disso, existem, no município de novo Hamburgo, duas organizações não governamentais que apresentam um histórico de atuação e realização de ações de prevenção à aids, as quais se articularam diretamente com o gestor municipal de saúde na construção da política local de atenção à aids. São ONGs/aids que além de atuarem no município, a partir da realização de ações de prevenção, destacam-se pela participação e desenvolvimento de projetos e campanhas de combate a aids em nível estadual, ampliando sua atuação a outros municípios.

Para compreender a interação entre as ONGs/aids e o gestor municipal de saúde analisou-se a conformação da política de HIV/AIDS no município de Novo Hamburgo. O ponto de partida para a construção da análise foi identificar quais ações desta política envolviam as ONGs/aids e o gestor municipal. Para tanto, foram examinadas as nove Programações Anuais de Metas (PAM) do município de Novo

Hamburgo do período 2003 a 2012, as quais contêm as ações estabelecidas e financiadas a serem executadas em nível municipal. As PAMs contêm as descrições das ações e serviços que serão oferecidos pela rede pública de saúde do município no ano seguinte. A construção da PAM e sua definição são realizadas pelo gestor municipal de saúde juntamente com as ONGs/aids, através de um processo participativo, como determinada a Portaria 12.234/99, e é validada pelos gestores estadual e federal da área, os quais podem sugerir ou modificar determinadas ações. Todas as PAMs estão disponíveis em meio virtual através do site <http://sistemas.aids.gov.br/pam/>.

Os representantes das ONGs/aids e gestores municipais de saúde foram entrevistados a partir de um questionário semiestruturado. Ao todo foram realizadas cinco entrevistas, sendo duas com gestores municipais de saúde e três com dirigentes das ONGs/aids. As entrevistas aconteceram nas sedes das ONGs/aids e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Novo Hamburgo. A formulação do questionário ocorreu após o prévio mapeamento de conteúdo existente nas PAMs, o qual auxiliou a identificação dos principais agentes envolvidos no processo de definição da política. Nas entrevistas buscou-se investigar e aprofundar os seguintes aspectos: organização dos serviços de saúde existentes para os portadores de HIV/aids no município; percepção do gestor municipal quanto ao seu papel na organização destes serviços; organização e funcionamento da Política de Incentivo localmente; papel e importância das ONG/aids na elaboração e implementação da política em nível local; facilidades e dificuldades na interação dos agentes na conformação das ações; disputas, perdas e ganhos dos atores; parcerias e relações com outros diversos agentes envolvidos no campo da aids; recursos mobilizadas para atender demandas; e, formas de controle sobre a política. O questionário utilizado na entrevista está anexado nesta dissertação.

Os blogs e sites institucionais das ONGs e da Secretaria Municipal de Saúde foram utilizados como fontes complementares de dados, pois são canais de comunicação que guardam um histórico de atuação e servem como instrumentos de divulgação de suas ações. Através deles foi possível traçar a trajetória institucional da organização, no caso das ONGs, e da política, no caso da Secretaria Municipal.

As informações publicadas em meio virtual auxiliaram na compreensão da identidade de cada ator e de como cada um deles se mobiliza para atingir seus objetivos.

A dissertação está dividida em seis partes. Após esta introdução, há um capítulo que aborda as relações entre atores sociais e ator estatal. Nele busca-se apreender de que forma ocorrem as relações entre atores sociais e estatais, a partir de suas capacidades e recursos utilizados. Em relação ao ator estatal procurou-se destacar de que modo suas capacidades estatais são determinantes e interferem no processo de conformação da política municipal de HIV/aids. A estrutura estatal e o papel do gestor municipal complementam os conceitos utilizados para a análise da atuação deste ator na implementação da política municipal. Na análise dos atores sociais buscou-se abordar os recursos culturais e políticos acionados por eles, em diferentes situações, na consecução de seus objetivos. Salientaram-se, ainda, os mecanismos de redes e articulações que estes atores dispõem e podem ser acionados para que suas demandas sejam incorporadas na política.

No terceiro capítulo apresenta-se um resgate histórico da constituição do Sistema Único de Saúde e suas principais características. A descentralização da saúde no Brasil e suas implicações na organização do sistema de saúde são abordadas no subcapítulo 3.2. Nele são desenvolvidas questões referentes à distribuição das responsabilidades entre os três entes federados e o modelo de organização dos serviços de atenção à saúde. O subcapítulo 3.3 trata, especificamente, do processo de descentralização da política de HIV/aids, a Política de Incentivo. A partir do resgate histórico da descentralização desta política destacam-se os caminhos percorridos até sua concretização, bem como os atores e responsabilidades de cada ente federado. Citam-se, ainda, estudos realizados acerca da Política de Incentivo e as principais considerações dos autores sobre os resultados de sua implementação.

O capítulo quatro apresenta a caracterização do município em estudo, Novo Hamburgo, a partir de suas características socioeconômicas, a rede de atenção à saúde e os dados epidemiológicos para o HIV. Esta caracterização tem por objetivo

informar ao leitor os aspectos sociais, os recursos estruturais de saúde existentes no município e a realidade da epidemia de HIV.

No quinto capítulo são abordadas as relações entre as ONGs/aids e os gestores públicos de saúde das três esferas governamentais. Destacam-se a organização dos serviços de atenção à aids, bem como as responsabilidades dos entes federados e das ONGS/aids, além do modelo da política e o financiamento das ações de prevenção desenvolvidas pela sociedade civil. A segunda seção deste capítulo trata das condições e fatores que favoreceram o surgimento de uma nova proposta para enfrentamento da epidemia de aids e suas consequências para as relações entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids. Destacam-se as principais mudanças ocorridas no cenário nacional de enfrentamento da doença na década de 1990, expansão da doença e insegurança quanto a sustentabilidade financeira dos serviços e ações desenvolvidas na área, e as propostas e soluções apresentadas pelos gestores públicos, profissionais de saúde, intelectuais e representantes das ONGs/aids para a reorganização da política de combate à aids.

O sexto capítulo trata do modo como ocorrem as relações entre as ONGs/aids e os gestores públicos de saúde antes e depois da Política de Incentivo. Dividido em duas seções, na primeira abordam-se as expectativas em torno da Política de Incentivo e como se davam as relações entre as ONGS/aids e o gestor municipal, no período de 2003 a 2006, destacando a participação ativa das organizações da sociedade civil no processo de definição e implementação da política. Na segunda é abordada a mudança ocorrida nessa relação, no período de 2006 a 2012, quando um novo grupo gestor da área assume o comando da política e distancia as ONGs/aids do processo de discussão e definição da mesma, produzindo outra forma de relação entre os dois atores.

A última parte deste trabalho é destinada às considerações finais. Nela estão contidas as conclusões deste estudo de caso, destacando as mudanças ocorridas no período analisado e suas consequência para a organização da política de atenção à aids municipal. Destacam-se, ainda, os limites da pesquisa e questões para futuras investigações acerca da Política de Incentivo e dos atores envolvidos.

2. Atores sociais e estatais: capacidades e impactos sobre as políticas públicas

Neste capítulo serão abordados os recursos teóricos que fundamentaram esta dissertação e serviram para analisar os atores sociais e estatais, suas capacidades e como desenvolvem suas práticas no processo de implementação da Política de Incentivo. A primeira seção apresenta os conceitos e as definições utilizadas para analisar e compreender as relações entre os atores sociais e o ator estatal. Após a definição destes atores destacam-se os aspectos políticos, culturais e sociais que influenciam a relação entre os mesmos.

2.1 – Definindo atores sociais: as ONGs/Aids e sua atuação frente a epidemia de HIV/aids

O propósito desta seção é discutir o conceito de atores sociais utilizado nesta pesquisa. Para tanto será resgatado o surgimento e expansão dos movimentos sociais brasileiros, nas décadas de 1980 e 1990, focando, especificamente, na formação e atuação dos atores sociais que participaram na reconstrução democrática e atuaram pela expansão de direitos e, ao final da seção, debate-se a atuação das ONGs envolvidas diretamente na problemática do HIV/aids.

O conceito de atores sociais pode ser expresso a partir das diferenças entre dois tipos de atores: os sociais e os de mercado. Os atores sociais estão associados ao conceito de sociedade civil, enquanto que os atores de mercado relacionam-se a noção de economia de mercado. Há, contudo, diversos autores que destacam os limites teóricos e metodológicos do conceito de sociedade civil na investigação das relações entre estado e Sociedade (LAVALLE, 2003; PINTO, 2004). Eles chamam a atenção para a positividade atribuída ao conceito, no qual a sociedade civil é tida como portadora de interesses universais e, por outro lado, quando sua ação é marcada por interesses corporativos e particulares (CORTES, 2009).

Um aspecto central na abordagem dos atores sociais é a sua relação com o estado. No caso brasileiro essa relação é marcada pela tradição de um estado forte, acentuada no Regime Militar que perdurou da década de 1960 até 1980. Segundo Telles (1987), para que a sociedade civil existisse e se sobressaísse foi preciso que ela se defendesse daquele estado ditador existente na época, o que a fortaleceu, tanto em organização, quanto em importância na redemocratização do país.

A redemocratização do estado brasileiro ocorrida ao longo das décadas de 1980 e 1990, possibilitou a conquista de novos espaços de participação política. Diferentes grupos (mulheres, negros, indígenas e homossexuais) e distintas áreas (saúde, habitação, assistência social, etc.) a presença da sociedade civil ampliou-se. Com a criação de espaços participativos de gestão de políticas públicas, a participação prática destes atores sociais expandiu-se. Espaços como os conselhos de participação pública abriram canais estatais para que os grupos sociais pudessem atuar de maneira direta na gestão das políticas públicas (CARDOSO, 1994).

A resposta brasileira para combater e controlar a epidemia de aids é considerada um modelo a ser desenvolvido em outros países. De acordo com a literatura este “modelo brasileiro” é formado pela diversidade de ações implementadas pelos programas governamentais, organizações não-governamentais e organizações religiosas (PARKER, 1997; GALVÃO, 2002). A contribuição das ONGs/aids, categoria utilizadas para descrever as inúmeras iniciativas e serviços oferecidos pelas organizações não-governamentais, foi fundamental para a constituição deste modelo.

As primeiras organizações dedicadas exclusivamente à aids foram criadas entre 1985 e 1991 (GALVÃO, 2000). Dentre elas destacam-se: o Grupo de Apoio e Prevenção a Aids (GAPA), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Grupo Pela Vida consolidando, neste período, um modelo de intervenção da sociedade civil diante da epidemia. Câmara (2002) destaca que estas ONGs/aids caracterizavam-se por mobilizar indivíduos soropositivos HIV, apresentar caráter reivindicatório e propositivo e capacidade para oferecer serviços específicos aos portadores do vírus. Esta resposta articulou uma diversidade de atores, desde o movimento gay até grupos vinculados à Igreja Católica, o que contribuiu para que as

ações fossem organizadas em um modelo de coordenação e execução compartilhadas, seja na prestação de serviços ou nas ações de *advocacy* e controle social. Este fato foi decisivo para a consolidação de estratégias e incremento de ações progressistas no combate ao HIV/aids, como a distribuição gratuita de medicamentos para os soropositivos (GALVÃO, 2000; MENDONÇA et al, 2010).

Inicialmente, este conjunto de entidades que surgem em torno da problemática do HIV/aids assume uma postura crítica e contestatória diante da inexistência e insuficiência do sistema público de saúde em apresentar ações para conter a epidemia que se anunciava. Posteriormente, as relações entre as ONGs/aids e o Ministério da Saúde transformaram-se e assumiram um caráter propositivo e de corresponsabilidade na efetivação do controle da epidemia (PARKER, 2003).

As ONGs/aids caracterizam-se por serem atores sociais que reconstróem as formas de atuação política a partir das especificidades da doença. No caso da aids muitas organizações constituíram-se como resposta para os preconceitos e discriminações causados pela epidemia que atingia inicialmente os grupos homossexuais (SILVA, 1998). Além disso, estas organizações desenvolveram seus trabalhos com populações mais vulneráveis e outras que se encontravam distantes das estruturas governamentais existentes na área da saúde. Tais iniciativas geraram um conjunto de inovações muitas das quais foram incorporadas na política pública de atenção à aids executada pela estrutura estatal de saúde. Ao passo que esta estrutura institucionalizava-se ao longo da década de 1990, as ONGs realizavam o trabalho na prevenção da doença e as estruturas governamentais voltaram-se para as áreas da vigilância epidemiológica, assistência e disponibilização de medicamentos e insumos de prevenção (CAMPOS, 2005; CAMPOS e MENDONÇA, 2010).

Campos (2005) ressalta que o apoio governamental às iniciativas das organizações não-governamentais e sua incorporação na política pública de combate ao HIV/aids são elementos essenciais no enfrentamento da epidemia. As inovações trazidas pelas ONGs foram se consolidando como boas práticas no trabalho com a aids. A noção de sexo seguro, por exemplo, foi cunhada pela comunidade gay logo no início da epidemia, na década de 1980. Outra ação foi a implementação do Disque-aids, no estado de São Paulo, a qual se deu a partir da iniciativa dos

militantes homossexuais. Além disso, São Paulo foi o primeiro município brasileiro a criar um departamento específico para tratar as questões relacionadas ao HIV/aids, que posteriormente serviria de base a criação do Departamento Nacional de DST/HIV/aids (GALVÃO, 2000).

As ONGs/aids trouxeram, ao longo dos anos, uma variedade de inovações, as quais foram sendo implementadas e, em muitos casos, incorporadas e apoiadas pelo próprio gestor público. O apoio deste partiu, essencialmente, do ente federal, o qual apoiou as iniciativas dessas organizações e as incorporou como elemento essencial na política nacional de combate ao HIV/aids. Esse apoio foi marcado pelo compartilhamento de responsabilidades entre governo e sociedade civil, como forma de complemento da ação governamental, especialmente, na área de prevenção a doença (CAMPOS, 2005).

Existe, no Brasil, uma gama de atores sociais ligados ao Movimento Homossexual Brasileiro, definido por Facchini (2005, p. 20) como:

O conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente, políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de quaisquer identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento.

Esta definição, como reconhece a autora, não esgota ou abrange totalmente o universo de participação política gerada a partir da luta pela livre orientação sexual e combate à homofobia. Este recorte, entretanto, salienta uma rede de relações sociais, em que participam diversos indivíduos e organizações da sociedade civil que, de certo modo, atuam a partir de um objetivo comum em relação ao tema da homossexualidade: “a emancipação e obtenção de cidadania plena para os homossexuais ou outras identidades sexuais tomadas como sujeito do movimento” (FACCHINI, 2005, p. 25).

Estes atores sociais que lutam pela garantia dos direitos de seus grupos são vistos pelo estado como parceiros. As ONGs, em especial, são percebidas por alguns gestores públicos como organizações capazes de auxiliá-los na realização de determinadas ações. Diversas foram as redes de articulação e fóruns constituídos de

forma plural, como, por exemplo, nas áreas da saúde, violência, desenvolvimento sustentável, reforma agrária, meio ambiente, etc. No caso específico da temática do HIV/aids essa visão é ainda mais marcante, pois desde o surgimento da epidemia, na década de 1980, as ONGs atuavam diretamente com as pessoas com HIV/aids e sempre defenderam sua participação, mesmo quando o Ministério da Saúde assumiu ações específicas na área da saúde (SCHERER-WARREN, 2006).

Leal (2008) destaca que as ações de prevenção à aids desenvolvidas pelas ONGs/aids são apoiadas pelo Ministério da Saúde. Tais ações são realizadas a partir de um princípio de educação de pares (peer education), através de um processo pedagógico que acontece entre iguais, além de buscar “uma certa adequação cultural através de intervenções desenvolvidas por membros de uma mesma comunidade”, com abordagens e intervenções face a face.

Esta seção abordou os atores sociais e sua atuação no campo do HIV/aids brasileiro. Destacou-se, aqui, que as organizações da sociedade civil atuaram desde a descoberta da aids, relacionando-se diretamente com os gestores públicos de saúde na busca de soluções para a problemática. Essa atuação tem se mostrado, até o momento, um fator importante para a implementação da política de aids nacional.

A introdução da Política de Incentivo levanta, entretanto, a questão se realmente os atores sociais continuam interferindo e produzindo resultados relevantes para a definição das ações voltadas à aids. É importante investigar os novos arranjos e relações introduzidas pela Política de Incentivo e suas consequências para a atuação das ONGs/aids nesta área. Estes arranjos e relações serão analisados nos capítulos 5 e 6 desta dissertação. A próxima seção apresenta os conceitos utilizados na definição do ator estatal e sua capacidade de conformar as políticas públicas.

2.2 – Definindo o ator estatal: o Estado e sua capacidade de conformar políticas

Esta seção apresenta os conceitos utilizados na definição do ator estatal. Os recursos analíticos oferecidos pela perspectiva neoinstitucionalista servem para verificar as condições institucionais que atuam e constroem a ação dos atores. O estado, na perspectiva neoinstitucionalista, é representado como um ator independente da sociedade civil e que detém autonomia relativa de influências externas. A autonomia relativa do estado refere-se ao espaço de atuação deste ator que, ao mesmo tempo, lhe é próprio e permeável à influências internas e externas, as quais moldam os processos políticos e sociais (EVANS, 1995). As características institucionais, organização e controle sobre territórios e pessoas, as quais podem perseguir objetivos próprios, delimitam as possibilidades de autonomia do estado. A autonomia estatal, entretanto, “não pressupõe a racionalidade do estado como ator, mas apenas sua não-subordinação a interesses presentes na sociedade, como afirmar autores marxistas e pluralistas” (MARQUES, 1997, p. 80).

Segundo Skocpol (1985) as ações realizadas pelo estado defendem determinados interesses, sejam de grupos, classes sociais, (ou, ainda, interesses não desejáveis), ou para reforçar a autoridade e o controle social sobre os agentes e/ou aparatos estatais em determinado tipo de política. A variação do grau de autonomia dependerá do conjunto de articulações sociais existentes. Cabe destacar que o mais importante neste aspecto é a noção de que direta, ou indiretamente as estruturas ou capacidades do estado (habilidades dos funcionários, recursos, soberania, burocracia) impactam ou direcionam o comportamento dos atores sociais.

As ações do estado seguem à lógica de reproduzir o controle de suas instituições sobre a sociedade, reforçando sua autoridade, poder político e capacidade de ação e controle sobre o ambiente em que circunda. O aparelho burocrático estatal estabelece políticas de longo prazo, as quais buscam propõem visões abrangentes sobre os problemas defrontados, mas que divergem das demandas dos atores sociais. A burocracia estatal tem capacidade de elaborar e implementar políticas, pois dispõe acesso diferenciado de informação e, como consequência, as decisões são marcadas pelos interesses e percepções que ela tem da realidade (SKOCPOL, 1985).

O estado aparece como uma variável independente e é dotado de autonomia de ação. Skopol (1985) destaca quatro dimensões dessa autonomia. A primeira refere-se à autonomia que os funcionários estatais têm em relação aos interesses sociais. Estes atuam no sentido de implementar políticas que atendam suas ideias, necessidades de suas carreiras e organizações. Ainda que não ignorem os outros interesses sociais, a capacidade que têm de buscar seus objetivos depende das características das organizações políticas, dentro das quais atuam. O segundo aspecto relaciona-se com as instituições políticas e identidades sociais. Aqui as estruturas e processos políticos influenciam as identidades, metas e capacidades políticas dos grupos politicamente ativos. Os fatores políticos e sociais se combinam e podem afetar as identidades sociais e capacidades dos grupos e atores envolvidos no jogo político. Em terceiro lugar, a autora aponta para as características das instituições governamentais, dos sistemas partidários e das regras eleitorais, as quais interferem no sucesso político de qualquer grupo ou movimento político pode alcançar, já que possibilitam ou vetam o acesso dos grupos às decisões políticas. A capacidade de atingir as metas políticas não depende, portanto, apenas da autoconsciência e mobilização dos grupos, mas, também, das oportunidades oferecidas, a certos grupos e negadas a outros, pelas instituições políticas. No quarto aspecto a autora sustenta que as políticas adotadas anteriormente reestruturam o processo político posterior: “como a política cria políticas, estas também reelaboram a política” (SKOCPOL, 1985, p.58). Este efeito de retroalimentação das políticas tem duas dimensões: as novas políticas transformavam e reorganizam a capacidade do estado e mudam, portanto, as condições e possibilidades administrativas futuras; e, em consequência, atingem e afetam a identidade social, as metas e capacidades dos grupos envolvidos no jogo político subsequente.

O Estado é mais do que um governo, já que configura-se como um sistema contínuo de administração, leis, burocracia e coerção que forja relações não apenas entre a sociedade civil e a autoridade pública na política, como também estrutura várias relações cruciais no interior próprio da sociedade civil” (STEPAN apud SKOCPOL, 1985, p. 07).

A autonomia relativa do estado é capaz de controlar as influências e pressões, internas e externas, que incidem sobre o processo de formulação e definição das políticas. Assim, o estado tem a capacidade de agir de acordo a implementar as políticas definidas a partir de seus objetivos próprios (SKOCPOL, 1985). Por outro lado, Przeworski (1995) argumenta que ao invés de utilizar o termo autonomia para descrever a relação do estado com a sociedade, deve-se considerar dominação do Estado. Para o autor, o estado é autônomo quando os governantes têm objetivos próprios e são capazes de implementá-los, ainda que lutem contra interesses de diversos grupos sociais.

Evans (1995) destaca que a capacidade de ação de um estado está diretamente ligada a sua robustez estrutural, entendida como a estrutura institucional eficaz e estável, a partir da qual amplia a ação do estado, tornando-o capaz de interferir nos processos políticos de forma autônoma. As estruturas governamentais mais robustas permitirão ampliar o escopo de ação do estado, ou seja, implementar os objetivos próprios, fortalecendo as organizações estatais.

Offe (1996) traz uma abordagem dualística que, ao mesmo tempo, não se limita ao campo das normas e valores sociais, mas possibilita uma diferenciação entre instituição e organização. Para o autor, as instituições têm capacidades de modelar comportamentos e impor normas, atuando diretamente como um mecanismo de socialização e, por outro lado, efetivando os objetivos e metas que lhes dão justificação. As instituições, portanto, existem e se estabilizam pois “fazem sentido” ao conjunto dos atores sociais e apresentam resultados funcionais, sendo um elo tanto interno, quanto externo.

As organizações, por outro lado, diferenciam-se pelo fato de que seus deveres são didáticos e dizem respeito aos atores internos à organização. As instituições apresentam um caráter triádico, já que envolvem terceiras partes, externas a interação institucionalizada. Os deveres nas organizações estão subordinados a resultados pretendidos ou previstos, tornando seu escopo, validade e expectativas mais restritas. Para as instituições, os deveres e regras têm uma abrangência maior, além de potencial para ordenar os diferentes setores e conjuntos da vida social.

Além disso, as instituições se diferenciam nos hábitos, rotinas e tradições e por alocarem privilégios, licenças e deveres passíveis de conflitos (OFFE, 1996).

A abordagem de *policy learning* destaca que ao longo do processo de elaboração e implementação de uma política há a construção de um aprendizado político por parte dos atores envolvidos. A elaboração da política, neste caso, é vista a partir de um olhar que destaca a interação entre os envolvidos e o processo de aprendizado expresso nela. Para Hecló (1974) as interações existentes no processo de aprendizagem são complexas e formam uma “teia de aranha de interação”. A aprendizagem, entretanto, não ocorre de forma aleatória, pois seu resultado é consequência da interação entre: indivíduos, organizações e as relações entre eles, e o efeito produzido pela política existente.

Os formuladores de políticas raramente encontram-se em território desconhecido. Frequentemente eles são confrontados com o legado de antigas decisões e por problemas a serem resolvidos. As diferentes formas de pensar o desenho da política e as relações entre os atores envolvidos caracterizará o grau de aprendizagem. É possível que atores se esforcem para que não ocorram mudanças na política anterior. Por outro lado, atores podem empenhar-se assiduamente para que mudanças aconteçam.

Para Hecló (1974) a característica fundamental da teoria da aprendizagem é o modo pelo qual se dá uma resposta a um problema e pelos efeitos produzidos por ela. Além disso, as percepções e disposições iniciais dos atores podem gerar estímulos e moldar, especificamente, a política. O aprendizado depende daquilo que se faz. Seja pela autoinstrução e autoenganos; seja pela teia de condições socioeconômicas, intermediários políticos e instituições políticas. A elaboração de políticas públicas é um processo contínuo de interação entre os atores envolvidos.

Weir e Skocpol (1985) centram o foco da explicação no estado. Nesta perspectiva a explicação do papel das ideias no processo de mudança política passa pela configuração institucional do estado e pela experiência com políticas relacionadas a elas. No que tange a formulação de políticas, a incorporação de

novas ideias e proposições às políticas públicas podem ocorrer de forma acelerada, devido a relativa abertura das instâncias e gestores à influência de agentes externos.

A divisão e distribuição institucional das responsabilidades entre os diferentes órgãos governamentais assumirá um papel importante para a recepção ou exclusão de novas ideias nas instâncias governamentais de decisão. Isso indica que o estado pode ter um papel incentivador ou inibidor na adoção de novas ideias. Dependendo da qualificação da burocracia estatal, da capacidade e fragilidades institucionais aumentam ou diminuem as possibilidades de novas ideias ou propostas serem incorporadas na implementação de uma política (WEIR e SKOCPOL, 1985).

Ao resgatar a relevância e o papel das estruturas institucionais do estado, este enfoque, destaca a influência que a cultura institucional, as características do sistema estatal e sua capacidade de implementação de novas propostas interferem no desenho final das políticas.

Outros fatores podem ser adicionados na explicação de por que novas ideias são viabilizadas pelo estado. O primeiro deles é a orientação do partido político que está no governo, já que a orientação ideológica deste pode ser o elemento explicativo das escolhas políticas, como demonstrou Przeworski (1989) na relação entre governos socialdemocratas e adoção de políticas keynesianas.

A estrutura do estado e as relações entre estado e sociedade é o segundo elemento explicativo. A atuação dos empreendedores de política está condicionada a determinadas estruturas institucionais estatais. É conveniente, então, investigar e descobrir quais são as estruturas e interesses que guiam os decisores públicos na formulação das políticas públicas. As decisões envolvem, por um lado, a dinâmica política e a capacidade técnica de implementar novas ideias e, por outro, três características da estrutura estatal. São elas: “1) a permeabilidade dos funcionários públicos; 2) o grau de concentração do poder sobre as decisões da área de reforma concernida; e 3) o poder específico de um órgão ou agência governamental” (TAPIA, 2008, p. 244).

A definição das políticas não é restrita a si. Ela é resultado da existência de ideias anteriores, as quais exercem importante papel de orientação na definição dos diagnósticos, bem como na delimitação das alternativas consideradas plausíveis e desejáveis. De acordo com Hall (1993) existem diferentes concepções e ideias do papel apropriado ao estado. Elas impactam diretamente na relação ente o estado e a sociedade, especialmente, quando novas ideias e elementos são colocados como alternativas para solução de problemas reconhecidos pela opinião pública. O discurso político tende a ser trabalhado como um elemento favorável ou desfavorável à introdução de novas ideias e propostas de políticas públicas. Hall (1993) destaca ainda que o processo de aprendizado com as políticas anteriores pode tomar várias formas e isso dependerá dos tipos de mudanças envolvidos. Para ele há três níveis de mudança na política: as mudanças de primeira e segunda ordem são limitadas e formadas por ajustes rotineiros nas políticas em andamento, ou alterações de instrumentos para alcançar objetivos traçados anteriormente. Nesse caso, as mudanças são consequências do aprendizado de técnicos e burocratas com as experiências passadas. A mudança de terceira ordem é mais profunda e envolve a troca dos instrumentos da política, quanto à reformulação e alteração das metas e do próprio sistema de ideias e padrões que orientam a abordagem da realidade seguida pelos especialistas, gerando uma mudança de paradigma.

A mudança de paradigma, segundo Hall (1993), é impulsionada por fatores sociais e, raras vezes, por fatores estritamente científicos. A mudança ocorrerá no embate dos interesses em jogo e é precedida de mudanças na esfera do poder. As políticas são elaboradas a partir de um sistema de ideias e padrões compartilhados entre especialistas. O grau de autonomia entre os especialistas e a burocracia, e em consequência o estado, depende das mudanças em curso. Assim, tanto instituições, quanto especialistas e burocratas são afetados pelas mudanças. A análise, portanto, deve abranger as múltiplas formas com que acontecem as relações entre estado e sociedade.

Esta seção buscou destacar os principais aspectos que envolvem o estado e sua capacidade para induzir e moldar a atuação dos atores sociais. Ainda que se reconheça que os atores sociais tenham uma significativa e importante participação

na construção de políticas, não há como negar o papel das políticas sobre a dinâmica societal. Historicamente, atores sociais participaram ativamente na construção da política de aids brasileira, mas, como será visto, recentemente o estado foi capaz de moldar as ações e reordenar a própria atuação das organizações da sociedade civil.

Este poder de induzir e moldar os atores sociais parece ainda maior quando se observam as relações entre atores estatais e da sociedade civil em nível municipal. Nessa esfera de gestão aumenta a capacidade estatal de controlar as ações e provocar alterações nos padrões de organização e de relacionamento entre atores sociais e entre eles e o estado.

Neste estudo de caso o ator estatal não induziu ou moldou diretamente a ação dos atores sociais quando a política de aids foi instituída, nos anos 1990. Isso ocorreu, nos anos 2000, quando o controle sobre a implementação foi transferido para os municípios. Atores estatais, no nível federal de gestão, agiram como importantes indutores da mudança do padrões relacionamento entre atores estatais e sociais no município, na área de aids, como será visto no capítulo 6.

O próximo capítulo apresenta um histórico de constituição do SUS, a descentralização da área da saúde no Brasil e a reorganização da estrutura de atenção à aids produzida pela Política de Incentivo.

3. A política de atenção à aids e sua interface com o SUS

Neste capítulo é examinada a formação do SUS, ressaltando os aspectos relacionados com a atual política pública de atenção à aids. Inicialmente se dará destaque ao modo como eram ofertados os serviços de saúde antes e após a instituição legal do SUS, na Constituição Federal de 1988. Em seguida serão destacados os mecanismos legais, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), as quais efetivaram o novo sistema de saúde implantado e suas implicações no processo de descentralização das ações de saúde no território nacional. Afinal, a descentralização aconteceu de maneira progressiva expandindo-se aos demais segmentos da área da saúde.

3.1 - Histórico do SUS

O SUS foi oficialmente instituído pela Constituição Federal de 1988, resultado das discussões, mobilizações e pressões que perpassaram as décadas de 1970 e 1980. Durante o período ocorreram lutas e manifestações pelo fim da ditadura, bem como para a constituição de um novo modelo de atenção à saúde que se estendesse a todos os brasileiros.

As políticas de saúde, antes da criação do SUS, eram coordenadas pelo Ministério da Saúde e contavam com o apoio de estados e municípios, sendo que a atenção à saúde dos trabalhadores formais era implementada pela Previdência Social. Algumas ações, como a prevenção de doenças, vacinações e controle de endemias possuíam caráter universal. Por outro lado, ações mais complexas de saúde eram exclusivas àqueles que contribuíam para a previdência social. Estes serviços eram organizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente passou a se chamar Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões das diferentes categorias profissionais (SOUZA, 2002).

O INAMPS foi o órgão estatal responsável por prestar assistência à saúde dos trabalhadores inseridos na economia formal e seus dependentes não sendo,

portanto, de caráter universal. Para os demais indivíduos restava a possibilidade da compra de serviços no mercado, quando possuíam condições econômicas, ou dependência de ações caritativas oferecidas por instituições filantrópicas. Dessa forma, as ações e serviços de saúde mais complexos promovidos pelo estado destinava-se, especialmente, àqueles que contribuíam para a previdência, não se caracterizando como direito universal (SOUZA, 2002).

Assim, o sistema de saúde brasileiro, anterior ao SUS, era caracterizado como excludente, segmentado, hegemonicamente privado na oferta e com ênfase nas ações de recuperação da saúde (PIOLA e VIANA, 2008). A centralização e comando do sistema se davam no nível federal, através dos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social, (MPAS) os quais tinham funções distintas e, conseqüentemente, atendiam a públicos diferenciados. Ao MPAS cabia prestar a assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho formal. Para o MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam as ações típicas da saúde pública: controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica (BARROS, 2003).

A saúde, enquanto direito universal, prerrogativa instituída pelo SUS, ganha forma aos poucos. Durante as décadas de 1970 e 1980 o INAMPS inicia a expansão dos serviços de saúde, inclusive hospitalares, aos trabalhadores rurais e autônomos. Outras medidas adotadas pelo INAMPS, na década de 1980, como o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS aproximou ainda mais a possibilidade de cobertura universal. “Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais” (SOUZA, 2002, p. 13).

As mudanças na gestão e na maneira dos gestores públicos da Saúde promover as ações e serviços de saúde ocorreram, em grande parte, devido à inserção de lideranças, ligadas ao movimento sanitarista, nos estratos burocráticos estatais. O movimento sanitário, grosso modo, propunha “a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa das políticas de saúde frente à crise previdenciária do estado”. Essa visão e inserção do movimento proporcionaram

reflexões e ações políticas, experiências existentes na década de 1970 (FALEIROS, et. al. 2006, p. 41).

As ações e intervenções do movimento sanitário marcaram a implementação das políticas públicas de saúde, bem como as relações entre estado e sociedade na área. Por isso, merece destaque: o reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa; a incorporação da noção de cidadania, utilizada como estratégia para universalização dos direitos; participação na constituinte e defesa da representação direta da sociedade em espaços institucionais; alteração da relação estado e sociedade no que tange à possibilidade de diálogo e participação; e, a contraposição do conceito de controle social privado do estado para acesso e poder dos segmentos sociais (FALEIROS, 2006).

A 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, marcou uma ruptura na relação existente entre o poder executivo e a sociedade civil, que até então nunca havia sido convocada para debater a formulação das políticas e programas do governo. Se, nas sete conferências anteriores a pauta era eminentemente técnica e marcada pela baixa representatividade social, a 8ª Conferência de Saúde contou com a participação de mais de cinco mil delegados, vindos de todo o país (CARVALHO, 1995. p. 53).

O resultado desta participação é sintetizado pelas diretrizes estabelecidas ao final da Conferência: afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, Cris e Cims); constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao Conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações; a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de

serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária (BRASIL, 1987, p. 17-18).

A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988 assegurou o direito à saúde a todos os cidadãos. A universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde são os princípios que garantem o atendimento das necessidades de saúde a todos os cidadãos, independente de suas condições culturais, econômicas e sociais.

Ainda que assegurado constitucionalmente, a implementação do SUS ocorreu de forma lenta e gradual mesclando serviços oferecidos, em parte, por estrutura própria do estado e, outra através da compra de serviços do setor privado, caracterizando o sistema como dual (MENICUCCI, 2006, 2009).

Em março de 1990 o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde. Em setembro do mesmo ano é instituída a Lei 8.080 a qual definiu o “comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União”.

As leis que regulamentaram o SUS datam o início dos anos 1990. Naquele ano foram editadas duas Normas Operacionais Básicas (Lei Orgânica 8080/90 e Complementar 8142/90) as quais definiram como o sistema funcionaria operacionalmente, as arenas decisórias e os fluxos de financiamento e estruturação do modelo de atenção (GOULART, 2001).

A NOB 01/91 (BRASIL, 1991), editada pelo INAMPS, em janeiro de 1991, tem seu texto direcionado, basicamente, para a normalização dos mecanismos de financiamento do SUS - quais sejam: o repasse, o acompanhamento, o controle e a avaliação dos recursos financeiros do INAMPS - para os municípios e estados que se enquadrarem nos critérios prescritos na Lei n 8.142/1990.

De forma sintética, a NOB 01/91 define que, para as atividades hospitalares, o pagamento é realizado diretamente pelo INAMPS ao estabelecimento provedor do

serviço. Além disso, o repasse de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) é definido por critérios demográficos, epidemiológicos e estrutura física, definidos pelo INAMPS.

Em relação às atividades ambulatoriais, o INAMPS estabelecia os valores repassados as Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA) de cada estado da federação. Os critérios balizadores dos repasses eram: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico, econômico e financeiro da rede em períodos anteriores. Convém destacar que os recursos para os municípios não habilitados eram repassados às Secretarias Estaduais, as quais eram responsáveis pelo gerenciamento. Além disso, a fim de diminuir as desigualdades regionais, foi criada a rede de investimentos, Unidade de Capacitação da Rede, na forma de incentivo financeiro. Assim, os estados que possuíam UCA maior, recebiam o incentivo correspondente a 1%, enquanto que os demais recebiam incentivos na casa de 5%. Esses recursos eram administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e deveriam ser utilizados nos projetos previstos no consolidado estadual dos Planos Municipais de Saúde.

Na NOB 01/91 está prevista uma modalidade de repasse de recursos que incentiva à municipalização. Trata-se do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), o qual estabelece a transferência mensal de recursos para os municípios habilitados. Embora insuficientes estes recursos proporcionaram aos municípios certa autonomia, na medida em que sua utilização ficou a critério do gestor local. Desse modo, amplia-se o interesse dos municípios em 'municipalizar-se', gerando a criação de Conselhos Municipais de Saúde e os Fundos Municipais de Saúde, além da elaboração dos Planos Municipais de Saúde e demais mecanismos locais de gerenciamento, como as Carreiras e Salários dos profissionais da área.

Em 1992 foi editada, pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), a NOB 01/1992 (BRASIL, 1992). Ela, por um lado, mantém as disposições sobre o financiamento praticamente iguais a NOB 01/1991 anterior. Por outro recupera os elementos constitutivos da descentralização, como a autonomia e outros princípios norteadores: flexibilidade, transparência e controle social.

Embora tenha mantido orientação semelhante à NOB01/1991, a NOB 01/1992, em relação à descentralização financeira, é considerada um instrumento normativo de transição, visto que ela avança na explicitação dos elementos e princípios da descentralização. Por exemplo, o processo de elaboração da NOB envolveu um conjunto de atores da área da saúde (gestores, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais e entidades científicas).

Em 1993 ocorre a extinção do INAMPS. No mesmo ano a NOB 01/1993 ampliou os elementos que proporcionaram a descentralização: a redistribuição do poder; reorganização institucional em suas dimensões políticas, sociais e culturais; redefinição do papel e das relações entre as três esferas de governo; e a autonomia de forma proporcional à capacidade local da gestão (BRASIL, 1993).

Cabe destacar que a NOB 01/1993 define, pela primeira vez, que o gerenciamento do processo de descentralização nas três esferas do governo se dará através da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartite e dos Conselhos Municipais. Além disso, a NOB 01/1993 estabelece os parâmetros para as condições de gestão dos municípios em Incipiente, Parcial e Semiplena e, para os estados, Parcial e Semiplena, definindo assim os estágios de descentralização. No que se refere ao financiamento, a NOB 01/93 manteve muito do que vigorava anteriormente. Contudo, ela permite que os estados e municípios credenciados na gestão semiplena tenham maior autonomia, ainda que com limitações, na utilização dos recursos e assim possam utilizá-los de forma mais adequada às realidades locais.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou a NOB 01/1996. Nela buscou-se dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, cuja finalidade era "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do DF e da união" (BRASIL, 1996).

A NOB 01/1996 reordenou o modelo de atenção à saúde, a fim de que cada esfera do governo passou a desenvolver, de forma mais eficiente e de acordo com a realidade local, as ações nos campos da assistência (ambulatorial, hospitalar e domiciliar), das intervenções ambientais (vigilâncias e saneamento) e das políticas externas ao setor da saúde (emprego, habitação, educação, etc.). Além disso, buscou fortalecer os sistemas municipais a partir da instituição da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como "instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo" (BRASIL, 1996). Dessa forma, após elaboradas e pactuadas entre municípios, as PPI são harmonizadas e compatibilizadas pelas Comissões Intergestores Bipartite, submetendo-as à apreciação e aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde.

Outro ponto a destacar da NOB 01/96 é a regulamentação das transferências de recursos para os fundos municipais e estaduais de saúde destinados à assistência ambulatorial e hospitalar, ações de Vigilância Sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças. As transferências estão condicionadas a classificação do sistema de gestão que para os municípios pode ser Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema e, aos Estados Avançada do Sistema e Plena do Sistema.

O breve histórico da criação do SUS buscou destacar as primeiras leis e decisões normativas federais que buscaram colocá-lo em funcionamento. Na seção seguinte, serão apresentados os parâmetros legais e administrativos que conduziram à descentralização para a organização da saúde no Brasil.

3.2 - Descentralização da saúde no Brasil: implicações para a organização da área

O subcapítulo anterior abordou os principais elementos que interferiram na conformação do SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulado pelas leis complementares e normas ministeriais. A presente seção focaliza o processo de descentralização das ações de saúde que o arcabouço legal e administrativo e as políticas do Ministério da Saúde promoveram ao longo dos anos 1990 e 2000. Para

isso serão abordadas as relações federativas brasileiras e a organização das estruturas nacionais de atenção à saúde.

Para entender a descentralização do sistema de saúde é preciso tratar do sistema federativo do país. De acordo com Abrúcio (2000) existem, basicamente, dois modelos de relações intergovernamentais no modelo federalista: o competitivo e o cooperativo. No modelo competitivo a competição entre os entes federados é estimulada, a fim de que estes aumentem sua responsividade e ofereçam serviços e bens públicos de maneira mais eficiente, sendo que os cidadãos são considerados consumidores dos serviços e bens governamentais. O modelo cooperativo, por outro lado, assenta-se “na possibilidade de submeter o auto-interesse ao interesse de todos”. Dessa forma ocorre, nas relações federativas, uma combinação entre a cooperação e a competição, desejando-se um equilíbrio entre ambas. O federalismo brasileiro pode ser classificado como cooperativo e hegemonicamente intraestatal. Cabe destacar que o Brasil é um país com forte tradição centralizadora e, por consequência, a cooperação entre os entes federados, resultado de uma hierarquia descendente, tende a enfraquecer a autonomia dos governos subnacionais (ABRÚCIO, 2002).

O modelo federativo brasileiro caracteriza-se por ser um sistema de três níveis, nacional, estadual e municipal, no qual há “uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos Estados sobre as questões locais” (SOUZA, 2005, p. 110). Soma-se a isso o fato de que o poder Executivo Federal detém, sobre as áreas das políticas públicas, competências exclusivas para aprovar diretrizes, o que lhe proporciona poder para direcioná-las e defini-las.

A descentralização está presente em vários capítulos da Constituição Federal do Brasil, de 1988, e está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, na medida em que aparece na consolidação dos regimes democráticos. Além disso, a descentralização é um dos resultados, ou uma das consequências, das mudanças ocorridas após o final da ditadura militar (TOBAR, 1991). Assim, compreende-se que a descentralização promovida a partir de então esteve associada à democratização em oposição à centralização de decisões e mesmo de gestão e implementação de

políticas realizada pelo regime militar. É nesse contexto que, desde os anos 1990, houve transferência de funções principalmente da esfera federal para a municipal da administração pública, em várias áreas de políticas públicas (UGA, 1991).

A descentralização é uma estratégia central na configuração do Sistema Único de Saúde, pois se trata de um eixo que estrutura o projeto político empreendido pelo movimento da Reforma Sanitária e se materializa, pela sua incorporação na Constituição de 1988, como o instrumento organizativo do sistema de saúde (GERSCHMAN, 2005). O desenho institucional proposto pela descentralização “busca garantir a institucionalização de governos subnacionais e da população, via conselhos de saúde, como convém a sistemas universalistas e aos princípios de descentralização e controle social do SUS” (GERSCHMAN, 2006).

Ainda que as políticas de saúde sejam descentralizadas, o governo federal detém as funções de financiamento, formulação e coordenação das ações intergovernamentais na área. Dessa forma, o poder de tomar as decisões mais relevantes está concentrado no ente federal. Além disso, percebe-se que os governos locais são fortemente dependentes dos financiamentos do Ministério da Saúde, pois este também concentra o financiamento das ações de saúde. A construção de um sistema descentralizado a partir de portarias editadas pelo Ministério da Saúde – NOBs citadas no subcapítulo anterior – reforçam o papel centralizador e a autoridade do ente federal na formulação das regras que definem as ações de saúde nos estados e municípios (GOULART, 2001; LEVCOVITZ, 2001).

Governos locais respondem “forma diferenciada à descentralização, cujos resultados mostram-se bastante variáveis e [...] as formas como as relações entre níveis de governos e de governança se estabelecem reforçam os aspectos contraditórios da descentralização” (SOUZA, 2002, p.433). A transferência de poder e recursos para os entes municipais, por si só, não é garantia de que as ações executadas em nível local serão aquelas necessárias para atender os problemas locais.

De acordo com Guimarães (2000), a descentralização suscita questões que envolvem a redistribuição do poder entre os entes federados e isso favorece com

que os conflitos e as disputas intergovernamentais ocorram concretamente na etapa da implementação das ações de saúde. Isso acontece, pois há divisão de tarefas e competências exclusivas e complementares entre as três esferas de governo.

Outro aspecto é que estados e municípios são dotados de autonomia política e fiscal, além de assumirem, por conta própria ou por adesão ao programa proposto em nível nacional, a gestão de políticas de saúde. No caso brasileiro, “estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal” (ARRETCHE, 1999, p. 114).

Boa parte do financiamento e da formulação da política nacional de saúde está a cargo da União que – enquanto Ministério da Saúde – “está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais” (ARRETCHE, 2004, p. 114). Deste modo, as decisões mais relevantes para as políticas da área da saúde são tomadas pelo governo federal, o que torna os governantes locais, implementadores das políticas, dependentes das regras e recursos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2004).

É necessário considerar, para efeito de implementação das políticas públicas, o peso e as responsabilidades sob as gestões municipais. Embora apresentem autonomia política, a diversidade dos municípios brasileiros, em termos de desenvolvimento político, econômico e social, implica em diferentes possibilidades e capacidades de implementação das políticas públicas de saúde.

Outras complexidades estão presentes na área da saúde e relacionam-se aos seguintes fatores:

Múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania (SOUZA, 2002, p. 10).

O financiamento local das políticas na área da saúde vem aumentando gradativamente a cada ano, através das transferências fundo-a-fundo, sendo que em 1995 as transferências para os municípios representavam 0,10% do PIB, passando para 0,76% em 2009. Para os estados, as transferências representavam 0,11% do PIB em 1995 e 0,47% em 2009 (IPEA, 2009). Deste modo, o Ministério da Saúde concentra poder e autoridade para definir e tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Com isso, a implementação de políticas em nível municipal de gestão torna-se dependente dos recursos financeiros e das regras definidas pelo ente federal (ARRETCHE, 2004).

Há que mencionar ainda as comissões Intergestores Tripartites, em âmbito nacional, e as bipartite, em âmbito estadual. Essas comissões foram criadas pela Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde de 1993 (NOB/93) que estabeleceu “o desenho institucional de planejamento e de gestão do SUS até hoje vigente, caracterizado pela descentralização e pela existência de fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal” (CÔRTEZ, 2009, p. 1629). As comissões são compostas exclusivamente por atores governamentais e atuam como instâncias executivas dos conselhos de saúde. Na esfera federal a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos secretários estaduais de saúde – CONASS, e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde – CONASEMS. Na esfera estadual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de saúde do estado (RIBEIRO, 1997).

A descentralização municipalizada não abrangeu, ao mesmo tempo, todos os tipos de ações e políticas. As políticas de HIV/aids permaneceram centralizadas no gestor federal até o ano de 2003 quando foi aprovada a Portaria 2323/2002, que instituiu a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids. A partir dela as políticas e ações relacionadas ao HIV/aids foram descentralizadas para os municípios credenciados, assunto abordado na seção seguinte.

3.3 - Descentralização das ações da aids no Brasil: a Política de Incentivo

Nesta seção será abordado o processo de descentralização da gestão de atenção à aids promovido pela Política de Incentivo, a partir da qual se transferiu para os estados e municípios os recursos e prerrogativas para a implementação das ações de saúde que tratam da epidemia. Buscar-se-á, ainda, traçar um panorama geral sobre o processo de descentralização no âmbito dessa Política, destacando a organização e a gerência deste modelo de repasse de recursos e ações.

As primeiras políticas públicas para combater o HIV iniciaram ainda na década de 1980, na época em que surgiam os primeiros casos da doença. Naquele momento a estigmatização causada pelo vírus foi o motivo que proporcionou que as demandas e tensões sociais chegassem ao estado e que este apresentasse resposta para este problema social. As políticas públicas se mostrariam posteriormente como estratégias de suma relevância para o enfrentamento da aids, sobretudo a partir das ações de prevenção da infecção do vírus HIV, através de ações institucionalizadas e sistemáticas do setor público para esse fim.

Para concretizar e garantir a realização das políticas públicas na área, o governo brasileiro realizou, junto ao Banco Mundial, em 1993, o primeiro empréstimo, chamado 'Projeto de Controle das DST e Aids', também denominado Projeto Aids I. Os principais objetivos deste projeto eram reduzir a taxa de incidência e transmissão do HIV/Aids e DSTs e fortalecer, institucionalmente, a organização das políticas públicas e privadas ligadas ao controle dessas doenças (GALVÃO, 2000).

As metas do Projeto Aids I versaram sobre quatro tópicos principais: a) prevenção, que seria realizada através de programas de informação, educação e aumento nas testagens de sorologia realizados pelo setor público; b) serviços de tratamento e assistência, no qual seriam integradas as atividades de prevenção aos serviços médicos, especialmente, aqueles de aconselhamento; c) desenvolvimento e fortalecimento institucional, destinado à capacitação e treinamento de profissionais de saúde, para qualificação dos serviços voltados para o HIV/Aids e DST; d) vigilância,

pesquisa e avaliação, voltada à vigilância epidemiológica, análises de projeção epidemiológica e custo-efetividade das intervenções realizadas (GALVÃO, 2000).

O total de recursos financeiros destinados ao Projeto Aids I foi de 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões oriundos do empréstimo junto ao Bando Mundial e 90 milhões de contrapartida do Tesouro Nacional. Deste total 75% deveriam ser aplicados na prevenção e tratamento e assistência e o restante no fortalecimento institucional e vigilância epidemiológica. Na área da prevenção, aproximadamente, 13% dos recursos foram repassados para ONGs, através da seleção e aprovação de projetos, desenvolverem as ações na área.

O Projeto Aids I foi concluído em 1998, ano da assinatura do novo projeto, chamado Projeto Aids II. O aporte total de recursos do novo projeto ficou na casa dos US\$ 300 milhões de dólares, sendo que a contrapartida do governo brasileiro foi de US\$ 135 milhões, o dobro do valor destinado no Projeto Aids I. Deste valor, US\$ 78 milhões foram provenientes do Ministério da Saúde (MS), US\$ 32 milhões das Secretarias de Estado de Saúde e US\$ 25 milhões das Secretarias Municipais de Saúde (Brasil, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001).

Os objetivos do Projeto Aids II eram: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST. Estava organizado em três componentes: 1- Componente de Promoção à Saúde, de Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/aids e de Prevenção da Transmissão das DST, do HIV/aids e do Uso Indevido de Drogas (US\$ 128 milhões, 43%); 2 -Componente de Diagnóstico, Tratamento e Assistência às Pessoas Portadoras de DST/HIV/aids (US\$ 102 milhões, 34%); 3 - Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Projeto (US\$ 70 milhões 23%) (BRASIL, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001).

O repasse dos recursos e sua execução se dava a partir de convênios firmados entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde (26

estados e o Distrito Federal), Secretarias Municipais de Saúde (147 municípios em 2001) e Organizações da Sociedade Civil.

Em 2003, o governo brasileiro realizou um novo empréstimo junto ao Banco Mundial, para a consecução do Projeto Aids III. O valor total desse projeto foi de US\$ 200 milhões, sendo US\$ 100 milhões oriundos do Banco Mundial e os outros US\$ 100 milhões a contrapartida do governo federal. De maneira sintética, os objetivos desse projeto eram melhorar a cobertura e a qualidade das intervenções; descentralizar o financiamento e a administração de atividades do Programa para os estados e municípios; fortalecer a administração do programa como o monitoramento e avaliação das ações realizadas nas três esferas; melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids; e, reduzir a discriminação e o estigma associados ao HIV/Aids (BRASIL, MS, CN-DST/AIDS, ASPLAV, 2001).

Estes empréstimos ajudaram “o país a fazer investimentos importantes e a manter indicadores de prevenção e tratamento de nível comparado internacionalmente com países desenvolvidos”. Além disso, o projeto propiciou, ao Departamento de DST/Aids, o exame e conhecimento sobre as necessidades de organização e planejamento das ações na área, na medida em que estabeleceu o cumprimento de metas e indicadores (SIMÃO, 2011).

Atualmente, o Programa Nacional de DST/aids, detém o controle sobre a elaboração das diretrizes gerais das políticas públicas a serem implementadas na área. Ele é responsável por definir quais serão as prioridades bem como a alocação dos recursos e seus desdobramentos. Definidas as diretrizes e ações prioritárias para a área estas serão implementadas em nível municipal a partir das definições preestabelecidas pelos gestores.

A principal diferença do modelo atual está no modo como são elaboradas e financiadas as ações de atenção e prevenção à aids. No modelo anterior, de 1994 a 2002, o financiamento das ações seguia a lógica dos convênios e os acordos eram firmados entre o governo federal e as ONGs, sujeitos aos ditames impostos pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), como a

prestação de contas e as áreas nas quais os recursos deveriam ser aplicados (TAGLIETTA, 2006). A Portaria 2323/2002, de 2002, produz uma ruptura no modelo de implementação da política de HIV/aids vigente até então. Os gestores federais continuam propondo as diretrizes para a política pública nacional, mas os recursos são repassados aos municípios via transferência automática para os fundos de saúde, assumem ainda a responsabilidade pela implementação das ações de atenção e prevenção à aids. Antes disso, a implementação dessas ações estava a cargo dos gestores estaduais de saúde e, especialmente, do Ministério da Saúde.

Este processo de descentralização de e funções redefiniu o padrão de relacionamento entre sociedade civil e atores estatais na área da DST/aids, incluindo na esfera governamental atores estaduais e, principalmente, municipais. Isso fez com que as ONGs/aids ligadas a instituições religiosas e grupos homossexuais, passassem também a negociar as ações a serem por elas desenvolvidas, com os gestores municipais de saúde. A natureza dessas ONGs/aids, suas crenças e as concepções sobre quais seriam as melhores políticas para a questão do HIV/aids, e também as estratégias por eles adotadas, podem estar moldando de forma diferenciada as políticas municipais de cuidado em saúde na área, ainda que as diretrizes permaneçam nacionais. Frente a este cenário a pesquisa indaga como os organizações da sociedade civil atuam na implementação de uma política pública elaborada em nível federal, mas implementada em nível municipal, tendo em vista o processo de descentralização de parte das decisões sobre a implementação e a sua integração de fato ao sistema de saúde.

A descentralização das ações no campo da Aids proporcionou, segundo Simão (2011), um salto de qualidade nas ações realizadas, pois a adesão à Política de Incentivo é concretizada com a aprovação da Programação Anual de Metas (PAM) nas comissões bipartite e, além disso, induz o fortalecimento da gestão local. Outro ponto de destaque são as transferências regulares e automáticas, via fundo a fundo, repassadas mensalmente para estados e municípios. Além disso, a disponibilidade on-line das programações anuais de metas permite que o andamento da execução do orçamento seja acompanhado de forma transparente pela comunidade em geral.

Em 2010, 497 Secretarias Municipais de Saúde estavam credenciadas na Política de Incentivo e recebiam, mensalmente, os repassamentos para a implementação das ações previstas na PAM. Soma-se a isso o fato de que a indução do Ministério da Saúde para as secretarias aderirem à política fortalece as gestões estadual e municipal, a partir da realidade local, além organizar o planejamento e execução das ações (fonte: www.aids.gov.br, acesso em 12 de maio de 2012).

A execução dos projetos Aids I, Aids II e Aids III se deu, de certa forma, sem o envolvimento dos três níveis de gestão da federação e, em relação as organizações da sociedade civil, de modo direto entre elas e o ente federal. Pode-se considerar que nos três projetos existiram características que contribuíam para um modelo de gestão descentralizada, na medida em que as ações eram financiadas e se concretizavam nos três níveis. Esse envolvimento das três esferas, entretanto, não fez com que se distribísse o poder entre elas, pois o ente federal, assim como em outras áreas, absorveu para a iniciativa de promover, induzir e regular determinadas ações e projetos reforçando assim seu poder institucional.

Estudos recentes (LANDIM, 2008; FONSECA, et. al. 2007; PIRES, 2006) elucidam a complexidade das relações existentes entre os atores da sociedade civil e do estado e como elas interferem no processo de implementação da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids. A literatura aponta duas características desses padrão de relacionamento. A primeira diz respeito ao constante envolvimento da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas de atenção à aids, garantido pela organização e mobilização das ONGs/aids e efetivado nos espaços de participação social institucionalizados, como os conselhos de saúde. A segunda se refere a como, com a Política de Incentivo, os gestores municipais de saúde ampliaram consideravelmente o seu poder de selecionar e induzir os modelos de ações de atenção e prevenção à aids a serem implementadas em seu território. O novo padrão de relacionamento entre estado e sociedade civil, é relevante para compreender de que maneira são implementadas as políticas públicas de atenção e prevenção à aids, pois estas poderão sofrer influências dos contextos e peculiaridades locais.

A Política de Incentivo, portanto, alterou as normas de financiamento das ações no campo da aids, trazendo sua implementação para o âmbito do SUS. Ampliou a cobertura a partir da inclusão de novos municípios na política de HIV/aids e aprimorou o processo de prestação de contas dos recursos aplicados. Além disso, colocou modificou o padrão de articulação entre as organizações da sociedade civil e atores estatais, fortalecendo o papel dos gestores municipais de saúde, objeto deste estudo.

4. Caracterizando o município estudado: aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais.

Neste capítulo é caracterizado o município de Novo Hamburgo em seus aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais com o objetivo de aproximar o leitor à realidade do caso analisado. Inicialmente apresenta-se uma síntese da criação do município, colonizado por imigrantes alemães no século XIX. Em seguida serão salientadas as características sócio-demográficas da população novohamburguesa e os aspectos sócio-políticos da unidade federativa. Os tópicos finais do capítulo são destinados à caracterização dos serviços de saúde organizados no município e o perfil epidemiológico local da aids.

4.1 - Origem e características sócio demográficas de Novo Hamburgo

Em 1824 chegavam ao Rio Grande do Sul os primeiros imigrantes alemães, os quais se estabeleceram em São Leopoldo, as margens do Rio dos Sinos, nas “terras de propriedade da Coroa, da antiga Real Feitoria do Linho Cânhamo, sob a direção do governo brasileiro e o controle do governo provincial” (TRAMONTINI, 1997, p. 57). Estima-se que de 1824 e 1914 chegaram, aproximadamente, 50 mil imigrantes alemães ao Rio Grande do Sul.

Estes imigrantes estabeleceram-se nas regiões de São Leopoldo, Santa Cruz do Sul e Ijuí, no noroeste gaúcho fundando estas e outras cidades próximas. Novo Hamburgo é consequência deste processo de imigração ocorrido no Brasil, no século XIX, cuja finalidade era atender as demandas políticas, econômicas e sociais da época. De origem alemã, estes imigrantes eram de matriz religiosa protestante e a partir dela fundaram suas comunidades civis, escolares e eclesiais. Convém recordar que neste período do século XVIII até a Proclamação da República em 1889 o estado brasileiro tinha o catolicismo como religião oficial. Isso implicava no não reconhecimento legal de casamentos e na proibição da realização de cultos em templos. Assim, estes imigrantes alemães eram ao mesmo tempo minoria étnica e religiosa (RIETH, 2007).

A ocupação dos imigrantes nesta região distinguiu-se da realizada na região sudeste do país, especialmente, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Lá a imigração buscava atender a necessidade de mão-de-obra para os grandes latifúndios. No sul, de modo geral, os imigrantes povoavam áreas devolutas, organizando a produção agrícola com os recursos da mão de obra familiar, em pequenos lotes de terra, para prover o mercado interno com bens primários (KONRATH, 2009).

Desde os primeiros anos da imigração, o núcleo urbano de Novo Hamburgo se destacaria pelas atividades industriais e comerciais. Em 1857 foi construída a primeira indústria de curtume e selaria. O couro produzido era utilizado na fabricação de sapatos e chinelas, confeccionados de forma artesanal. Graças à confluência das estradas e a posterior construção da estrada de ferro, os produtos escoavam para os grandes centros urbanos do estado e mesmo do país (PETRY, 1963). O desenvolvimento desta atividade gerou, nos anos seguintes, o crescimento da indústria do calçado. Desta forma consolidou-se no município o setor coureiro-calçadista com a instalação de curtumes, indústrias químicas, componentes e acessórios para calçados. Atualmente, existe uma diversidade de indústrias no município, como: vestuário, móveis, eletrodomésticos, gráficas, construção civil, alimentos, dentre outras.

De 1875 até o ano de 1927, as funções administrativas de Novo Hamburgo estavam subordinadas ao município de São Leopoldo quando, por meio do Decreto Estadual nº 3.818, Novo Hamburgo torna-se distrito sede, instalado em 19/12/1927. Nos anos seguintes ocorreram mudanças na distribuição aos distritos que compunham o município de Novo Hamburgo. A distribuição territorial definitiva ocorreu em 1979 e mantém-se atualmente somando uma área total de 224 km² ² e está situada a 40 km de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (Confederação Nacional dos Municípios, 2012).

² A área territorial de Novo Hamburgo é semelhante à capital de Pernambuco, Recife com 217 km².

Uma importante instituição presente no município Novo Hamburgo é a Universidade FEEVALE criada na década de 1969. Trata-se de uma instituição educacional comunitária, sem fins lucrativos, constituída a partir da organização e mobilização da comunidade com a finalidade de oferecer formação e atualização permanente para a sociedade. Atualmente são mais de dezesseis mil alunos matriculados em todos os níveis de ensino tendo importante papel na formação dos alunos novo-hamburgueses, bem como das cidades vizinhas.

A população de Novo Hamburgo pulou de 85 mil habitantes, na década de 1970, para mais de 235 mil, em 2010, sendo está predominantemente de cor branca (90,42%). A cor parda representa 5,96%; a preta 3,32% e a amarela 0,23%. Mais da metade da população é feminina (51,55%) e estão com idade entre 20 e 49 anos. A densidade demográfica é de 1.067,54 hab/km². (IBGE, Censo Demográfico, 2010).

Os índices de escolaridade, em Novo Hamburgo, se distribuem da seguinte forma: 49,5% da população, acima de dez anos, não possuem nenhuma instrução e fundamental incompleto; 18,08% tem ensino fundamental completo e médio incompleto; 24,7% estão na categoria dos com ensino médio completo e superior incompleto; e, 7,17% possuem ensino superior completo (IBGE, Censo Demográfico, 2010). Esta distribuição é similar aos níveis de escolaridade das esferas estadual e nacional.

A religião predominante no município é a Católica Apostólica Romana declarada por 64,81% dos munícipes no último censo. A matriz evangélica também se destaca e é praticada por 29,67% da população novo-hamburguesa, sendo que destes, aproximadamente, 25% são Luteranos. As demais manifestações religiosas somam, aproximadamente, 3% e os que se declaram sem religião correspondem a 3,23% (IBGE, Censo Demográfico, 2010). Estes percentuais equiparam-se aos encontrados na distribuição religiosa nacional e estadual.

No tocante à renda 24,07% da população acima de dez anos não possui rendimentos e 18,76% possuem uma renda de até um salário mínimo³. A maioria da população tem rendimentos na faixa de mais de 1 a 2 salários mínimos (30,58%). Entre 2 e 4 salários mínimos estão 18,67% dos novo-hamburgueses e acima de 5 salários mínimos 7,92% (IBGE, Censo Demográfico, 2010). Em comparação com os indicadores nacional e estadual percebe-se que em Novo Hamburgo há alto índice de pessoas declaradas sem rendimento, já que a média no Brasil para esta categoria é 6,6% e no Rio Grande do Sul é, aproximadamente, 6%. Por outro lado, o percentual da população com rendimentos de até um salário mínimo é menor em Novo Hamburgo, pois para o Brasil este percentual é de 32% e no Rio Grande do Sul 25%, aproximadamente. A distribuição dos demais extratos de renda é similar nos três níveis.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o município de Novo Hamburgo tinha um IDH (Índice de desenvolvimento Humano) de 0,758 no ano de 1991. Naquele período Novo Hamburgo estava na sexagésima sexta posição no estado do Rio Grande do Sul e 225^a no Brasil. Em 2000 seu IDH passa para o valor de 0,809 e sua posição estadual é 123^o e a nacional 393^o (PNUD, 2003). Embora tenha aumentado seu IDH, Novo Hamburgo caiu de colocação, tanto em relação ao estado, quanto em nível federal.

O Idese, índice sintético composto por doze indicadores das áreas da educação, renda, saneamento e saúde, era 0,706 em 1991, passando para 0,730 em 2000 e atingindo o valor de 0,748 no ano de 2009. Este último resultado encontra-se abaixo do Idese registrado para o estado do Rio Grande do Sul, de 0,776 (FEEDADOS, 2012).

A principal atividade econômica na região é a indústria calçadista desenvolvida, principalmente, nas décadas de 1960 a 1980. A partir dos anos 1990

³ Em 2010, na realização do Censo, o salário mínimo era R\$ 510,00.

ocorreu uma diversificação nas atividades econômicas destacando-se os investimentos em setores de serviços e educação.

No que tange aos aspectos sócio-políticos, após a redemocratização do país, em 1988, predominaram no município de Novo Hamburgo os governos de centro-direita. Entre 1992 e 2008, houve um revezamento entre prefeitos dos partidos PMDB, PSDB e PDT. Em 2008, o candidato do PT à prefeitura de Novo Hamburgo, Tarcísio Zimmermann venceu as eleições, assumindo a Prefeitura Municipal em 2009 (TRERS, 2012).

A partir destes dados constata-se que o município de Novo Hamburgo é formado por uma população de maioria branca e matriz religiosa católica. Chama a atenção o índice de 49,5% da população Novo Hamburguesa, acima de dez anos, não possuir nenhuma instrução ou ensino fundamental incompleto. Este dado pode ser decorrência da vinda de moradores de outros municípios que buscaram oportunidade de trabalho, especialmente, no setor coureiro calçadista, importante segmento econômico do município de Novo Hamburgo.

Na seção seguinte, em prosseguimento a caracterização do município estudado, será retratada a rede de atenção à saúde existente em Novo Hamburgo. O objetivo da seção é apresentar uma breve descrição dos serviços e da organização da área da saúde, em âmbito municipal, para abordar, na seção 4.3, o perfil epidemiológico da aids no município de Novo Hamburgo.

4.2 - A rede de atenção em saúde no município

Para descrever a rede de atenção à saúde será elencada, inicialmente, a quantidade de estabelecimentos de saúde existentes no município segundo o cadastrado do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Em seguida os serviços e estabelecimentos que oferecem serviços especializados para as pessoas com HIV/aids a partir de informações da Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em junho de 2012 existiam 259 estabelecimentos de saúde no município de Novo Hamburgo. Destes 218 eram privados e a metade concentrava-se, sobretudo, em consultórios isolados nos quais são prestados atendimentos de assistência médica, odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior. Destacam-se ainda, no âmbito privado, as clínicas especializadas destinadas à assistência ambulatorial e as Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia as quais se caracterizam por serem unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Em âmbito público o maior número de estabelecimentos são os Postos de Saúde. Estes oferecem serviços de atenção à saúde através de uma rede de dezesseis postos de Atenção Básica localizados nos bairros Canudos, Boa Saúde, Guarani, Iguaçu, Kephas, Kraemer, Liberdade, Lomba Grande, Primavera, Redentora, Rincão, Roselândia, São Jorge, Santo Afonso e Rondônia. Os serviços oferecidos nestas unidades contemplam: educação sanitária, nutrição adequada, saúde materno-infantil, imunização contra doenças infecciosas, fornecimento de medicamentos, exames complementares, atendimento médico, odontológico e de enfermagem. O município conta ainda com quatro Unidades Especializadas compostas pelo Centro de Especialidades, SAE - Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS, Centro de Imagem, Departamento de Saúde Mental formado pelo CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas) e o SACA (Serviço de Atendimento a Criança e o Adolescente). No quadro 1 estão listados os demais estabelecimentos de saúde existentes no município.

Quadro 1 - Quantidade por Esfera Administrativa segundo Tipo de Estabelecimento- Município: Novo Hamburgo, Período: Jun/2012

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	1	-	1
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	-	-	1	1
Centro de Atenção Psicossocial	-	5	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	-	4	-	4
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	-	2	53	55
Consultório Isolado	-	-	109	109
Farmácia Medicamento Excepcional e Programa Farmácia Popular	-	1	-	1
Hospital Dia	-	-	2	2
Hospital Geral	-	1	2	3
Policlínica	-	2	2	4
Posto de Saúde	1	16	-	17
Pronto Atendimento	-	1	-	1
Pronto Socorro Especializado	-	-	1	1
Pronto Socorro Geral	-	-	1	1
Secretaria de Saúde	-	1	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	4	47	51
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	1	-	1
Unidade Móvel Terrestre	-	1	-	1
TOTAL	1	40	218	259

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencrs.def> Acesso em 17 de julho de 2012.

Quanto a oferta de serviços públicos de saúde para os pacientes com HIV/aids e outras DSTs o município de Novo Hamburgo dispõe de: um Centro de Testagem Anônima (CTA), dois Ambulatórios especializados; um laboratório para realização de exames de triagem do HIV, teste confirmatório, CD4, CD8 e Carga Viral⁴. A distribuição dos medicamentos antirretrovirais se dá através de uma Unidade de Dispensação. Em relação à distribuição dos medicamentos antirretrovirais convém destacar que os mesmos são distribuídos as Unidades de Dispensação pelo Ministério da Saúde, a partir das informações contidas no Sistema de Controle de Medicamento (Siclom), fornecidas pelas Secretarias de Saúde Municipais.

⁴ Os exames de CD4 e CD8 contam os linfócitos (células de defesa) presentes no organismo. É justamente nessas células que o vírus HIV necessita para reproduzir-se e ao multiplicarem-se as destrói. O exame de Carga Viral conta a quantidade de vírus HIV presente no organismo.

Em 2009, de acordo com o perfil epidemiológico apresentado na Programação Anual de Metas (PAM) daquele ano, 850 pacientes encontravam-se em situação de tratamento realizado nas unidades citadas. É necessário mencionar que estes pacientes em situação de tratamento não são necessariamente aqueles notificados no município. Pacientes soropositivos de municípios vizinhos menores buscam o tratamento na rede pública de Novo Hamburgo para garantir seu anonimato e assim evitar que seu estado sorológico seja descoberto no local onde reside. Esse fenômeno explica o elevado número de pacientes em tratamento quando comparado ao total de casos notificados.

Em 2010 o Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS atendia aproximadamente 970 pacientes com aids em tratamento. Mensalmente são realizadas cerca de 400 coletas para a realização de exames de CD4 e Carga Viral, as quais são encaminhadas ao Hospital Conceição, no município, para análise.

O município dispõe ainda do pré-teste para diagnosticar o HIV que é realizado no CTA do município, localizado no bairro Hamburgo Velho. Essa atividade consiste em uma rápida palestra informativa sobre a aids que visa identificar qual o conhecimento das pessoas sobre a doença. Busca, ainda, reforçar a importância da realização do teste, de modo voluntário, gratuito e com a garantia de anonimato do resultado. Além de fornecer as primeiras informações para caso a pessoa seja portadora como será seu tratamento. Para atender um público maior o teste está disponível todos os dias e na última quarta-feira mensal o mesmo também é realizado na parte da noite. Com essas estratégias, em 2010, foram realizados mais de 2500 testes, dos quais 150 apresentaram resultado positivo (PAM, 2010).

No CTA são realizados ainda exames de sífilis e tuberculose. Estes exames estão disponíveis para toda a população, mas em especial para as pessoas com HIV, pois o vírus, ao atacar as células de defesa, abre as portas para que outras doenças, como as DSTs e a tuberculose, insiram-se no organismo. As coletas de sangue são realizadas no CTA e encaminhadas para análise no laboratório municipal de Novo Hamburgo.

A equipe médica que atende no SAE é formada pelos seguintes profissionais especialistas: infectologista, pneumologista, clínico geral, dermatologista, pediatra, ginecologista, gastroenterologista. Uma equipe do SAE realiza busca ativa e acompanhamento das gestantes e crianças recém-nascidas. Todas as gestantes que internam no Hospital Municipal realizam teste para constatação de sífilis, hepatite e HIV e dispõem de acompanhamento médico especializado.

Dados relativos a internações de pacientes com HIV no SUS apresentam variação nos últimos cinco anos. O maior número de internações foi registrado em 2010. No município de Novo Hamburgo não existem leitos destinados exclusivamente para pacientes com HIV como ocorre em outros municípios.

Tabela 1 - Internações no SUS por Ano processamento

Período: Jan/2008-Jun/2012						
Lista Morb CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	8	21	50	33	28	140

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações até julho de 2012

Em 2010 a equipe do CTA recebeu capacitação para realizar o teste rápido na unidade. Esta ação foi definida em 2006 pelo Ministério da Saúde e vem sendo implementada nos municípios. O teste rápido dispensa a atuação de profissionais especializados e equipamentos de laboratório e os resultados são conhecidos de forma imediata agilizando a assistência aos pacientes. O teste é indicado principalmente para populações prioritárias: gestantes, parturientes, pacientes com sintomas da aids, populações vulneráveis, pessoas em situação de rua, dentre outros (DEPARTAMENTO DE DST/AIDS, 2012).

Na área da prevenção o município conta com a parceria de ONGs para a realização de atividades preventivas nas escolas e com grupos específicos. São realizadas palestras nas escolas, públicas e privadas, em parceria com a secretaria da educação. Além disso, ocorrem ações de distribuição de preservativos e folhetos nas praças municipais em datas comemorativas, como o dia dos namorados e o dia

mundial de luta contra a aids, em primeiro de dezembro. Estas parcerias e a descrição das ONGs envolvidas nestas ações serão abordadas no subcapítulo seguinte.

Percebe-se, portanto, que o município dispõe de ampla estrutura pública, na qual são prestados serviços de saúde aos pacientes com HIV/aids. Parte desta estruturação ocorrida ao longo dos anos de 2003 a 2010 foi possível a partir da descentralização da Política de Aids para os municípios que passaram a organizar os serviços e ações em nível local. Além disso, o perfil do gestor público local e características peculiares à problemática do HIV/aids, abordadas no quinto capítulo, serviram como ancora para o estabelecimento destes serviços.

Para encerrar este capítulo, a seção seguinte trará os dados epidemiológicos da aids no município de Novo Hamburgo, caracterizando a epidemia em nível local e, ao mesmo tempo, comparando-a com os demais níveis. A extensão da epidemia no município indica a importância deste estudo de caso, pois a incidência dos casos de aids é alta. Ao mesmo tempo o município dispõe de uma estrutura de serviços de saúde organizada para atender as demandas desta área e há também o envolvimento de ONGs/aids, seja na implementação das ações, quanto na disputa e elaboração das mesmas.

4.3 - Dados e características da epidemia de aids em Novo Hamburgo

De acordo com dados da Unaid (2010), em 2009, havia aproximadamente 34 milhões de indivíduos contaminados com o vírus HIV no mundo. No Brasil, o número de contaminados em 2011 era de 608.230 casos, sendo 397.662 (65,4%) do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino. As maiores taxas de incidência encontram-se no estado do Rio Grande do Sul, sendo que Porto Alegre apresentava a maior taxa de incidência dos municípios brasileiros com 99,80 casos por cem mil habitantes. Dentre os 100 municípios com maior taxa de incidência, 26 estão localizados no Rio Grande do Sul e o município de Novo Hamburgo aparece na trigésima posição com 44,40 casos por cem mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2011).

A incidência do HIV tem aumentado ao longo dos anos no município de Novo Hamburgo. Os primeiros casos notificados datam de 1988 e oscilam ao longo dos anos somando um total de 1283 casos em 2011 como ilustra a tabela 2. O ápice na quantidade de notificações ocorreu em 2006, sendo notificados 199 casos da doença naquele ano. Percebe-se um aumento das notificações a partir de 2004 devido em parte ao ingresso do município na Política de Incentivo, a qual gerou uma reorganização dos serviços de atenção à aids. Destaca-se aqui a melhoria no processo de notificação dos casos, pois na transferência dos recursos é considerado o total de notificações locais.

Tabela 2 - Casos de aids identificados: frequência por ano notificação

Período: 1980-2011

Ano Notificação	Frequência	Ano Notificação	Frequência	Ano Notificação	Frequência
1988	5	1996	10	2004	77
1989	10	1997	24	2005	91
1990	3	1998	64	2006	199
1991	5	1999	32	2007	181
1992	4	2000	65	2008	85
1993	10	2001	48	2009	115
1994	15	2002	54	2010	103
1995	12	2003	37	2011	34

Fonte: www.aids.gov.br acesso em 17/06/2012. O dado de 2011 refere-se até 30 de junho daquele ano.

A distribuição dos casos notificados entre os sexos, no município de Novo Hamburgo, acompanha a média estadual e apresenta variação de 4% em comparação à nacional, conforme se observa na tabela 3. A taxa de incidência da doença sobre os sexos no Brasil é de 1,8 homens para cada mulher. No estado do Rio Grande do Sul e no município de Novo Hamburgo essa taxa é menor, na casa de 1,5 homens para cada mulher. Isto indica que a diferença dos casos notificados entre os sexos é menor e que a epidemia atinge mais as mulheres nessas regiões.

Tabela 3 - Casos de aids identificados: frequência por sexo

Período: 1980-2011

Sexo	Brasil		Rio Grande do Sul		Novo Hamburgo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Masculino	397662	65,38%	36744	60,73%	786	61,26%
Feminino	210538	34,61%	23761	39,27%	497	38,74%
Total	608230	-	60505	-	1.283	-
Taxa de incidência	1,88	-	1,54	-	1,58	-

Fonte: www.aids.gov.br acesso em 17/06/2012.

Ao distribuir os casos notificados por raça/cor percebem-se distorções percentuais entre as três esferas. A primeira constatação é sobre o total de casos com a variável raça ignorada. Do total de casos notificados no Brasil, 57,93% apresentam o campo da raça/cor preenchido como ignorado. No município de Novo Hamburgo essa proporção cai para 31,41% e indica que o preenchimento das notificações é efetuado de modo mais adequado.

A concentração dos casos na raça/cor branca era esperada (62,28% dos casos) na medida em que, segundo dados do Censo 2010, 90% da população Novo Hamburguesa declarou-se branca. A média nacional de notificações para a categoria raça/cor branca é de 23,18% e o Censo 2010 indica que 47,7% da população brasileira declarou-se branca (IBGE, 2012).

Tabela 4 - Casos de aids identificados: frequência por raça/cor

Período: 1980-2011						
Raça/cor	Brasil		Rio Grande do Sul		Novo Hamburgo	
Branca	141014	23,18%	24587	40,63%	799	62,28%
Preta	29673	4,88%	4711	7,79%	54	4,21%
Amarela	1671	0,27%	129	0,21%	4	0,31%
Parda	82827	13,62%	3332	5,51%	22	1,71%
Indígena	701	0,12%	91	0,15%	1	0,08%
Ignorado	352344	57,93%	27662	45,71%	403	31,41%

Fonte: www.aids.gov.br acesso em 17/06/2012.

Na tabela 4 encontram-se os dados das notificações segundo categoria de exposição. Na primeira década da epidemia, de 1982 a 1990, os casos de aids concentravam-se entre os homossexuais (47%) e os usuários de drogas injetáveis com 17,4% (GIRALDELLI, 1992). O percentual da concentração dos casos entre os homossexuais representa, atualmente, a contaminação entre os heterossexuais. Houve, portanto, nestes trinta anos de epidemia, significativo aumento de casos entre população heterossexual. No município de Novo Hamburgo mais da metade dos casos notificados estão entre os heterossexuais, enquanto que a média nacional para essa categoria é de 42,13%.

O segundo maior índice registrado no município é entre os usuários de drogas injetáveis com um percentual de 15,20% do total das notificações. Este índice é maior que as médias nacional e estadual registradas na categoria. Nas demais categorias os índices comportam-se de forma similar nos três níveis.

Tabela 5 – Casos de aids identificados: frequência por categoria de exposição

Período: 1980-2011						
Categ Exp Hierar	Brasil		Rio Grande do Sul		Novo Hamburgo	
Homossexual	70855	11,65%	4668	7,71%	91	7,09%
Bissexual	39174	6,44%	2685	4,44%	42	3,27%
Heterossexual	256231	42,13%	25715	42,50%	691	53,86%
UDI	69619	11,45%	8907	14,72%	195	15,20%
Hemofílico	1354	0,22%	105	0,17%	4	0,31%
Transfusão	2552	0,42%	59	0,10%	-	-
Acidente material biológico	2	-	-	-	-	-
Transmissão Vertical	14329	2,36%	1898	3,14%	44	3,43%
Ignorado	154114	25,34%	16475	27,23%	216	16,84%

Fonte: www.aids.gov.br acesso em 17/06/2012.

Ao longo destes trinta anos de epidemia de aids houve um crescimento de casos notificados em Novo Hamburgo, sendo que a partir do ano 2005 este indicador praticamente dobrou. Este aumento das notificações se deu em parte, pois com a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/aids, o gestor municipal pode ampliar e qualificar a estrutura local de atendimento. Com as melhorias e ampliação de acesso das pessoas com HIV/aids aos serviços de saúde local, cresceram os números de casos notificados da doença.

Cabe destacar ainda que segundo a coordenadora do Setor de Epidemiologia de Novo Hamburgo, dezenas de pacientes com HIV/aids de municípios vizinhos menores buscam os serviços de saúde oferecidos ali. Isso acontece, pois ainda persiste o estigma e preconceito para com as pessoas que têm HIV/aids. Diante disso, como forma de evitá-los, os doentes de aids buscam os serviços e tratamento para a doença em outro município a fim de preservar sua condição de HIV positivo. O movimento contrário também ocorre, ou seja, pessoas com HIV residentes em Novo Hamburgo buscam atendimentos em municípios próximos, como São

Leopoldo, ou Porto Alegre, no intuito de garantir que as pessoas com quem mantém relações próximas não conheçam sua sorologia.

O objetivo desta seção foi caracterizar o município estudado destacando suas origens e características socioeconômicas, a rede de atenção à saúde existente e o quadro epidemiológico da doença. A partir desta caracterização percebe-se que o município de Novo Hamburgo apresenta níveis socioeconômicos elevados e dispõe uma rede de atenção à saúde satisfatória. Em relação à epidemia de aids o município registra altos índices de infecção de HIV. Isso decorre, pois o município torna-se referência para a região do Vale dos Sinos, já que sua rede de atenção possui serviços eficientes e garante anonimato a pacientes de outros municípios. Além disso, a Seção da Secretaria de Saúde Municipal responsável pela área é organizada e dispõe de recursos próprios, oriundos da PAM, o que garante um funcionamento contínuo das ações e serviços prestados.

Esta seção buscou apresentar as principais características socioeconômicas do município de Novo Hamburgo, bem como sua rede pública de atenção à saúde existente nele. Destacou-se, ainda, o perfil epidemiológico, para o HIV, que atinge o município demonstrando a importância que a epidemia de aids representa para o gestor público de saúde local.

5. As mudanças da Política de Incentivo

Este capítulo aborda as relações entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids no enfrentamento da epidemia de aids no Brasil. Inicialmente destaca-se a participação e envolvimento destes atores na conformação da política de combate a aids e o papel que cada um desenvolve frente a epidemia, na organização do serviços de atenção à aids. Aborda-se ainda as responsabilidades dos entes federados e das ONG/aids no âmbito da política de combate e prevenção à aids no financiamento e na execução das ações de prevenção. A segunda seção do capítulo trata das condições e fatos que favoreceram o surgimento de uma nova proposta para o enfrentamento da epidemia de aids no Brasil e suas consequências na relação dos atores envolvidos, os gestores públicos de saúde e os representantes das ONGs/aids. Destacam-se as principais mudanças ocorridas no cenário nacional de enfrentamento da doença na década de 1990, expansão da doença e insegurança quanto a sustentabilidade financeira dos serviços e ações desenvolvidas na área, e as propostas e soluções apresentadas pelos gestores públicos, profissionais de saúde, intelectuais e representantes das ONGs/aids para a reorganização da política de combate à aids.

5.1 – As Relações entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids antes da Política de Incentivo

Nesta seção será descrito como era o padrão de relacionamento entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids antes da Política de Incentivo. Para isso serão destacados os seguintes aspectos: a organização e responsabilidades dos entes federados; os mecanismos, as instâncias de participação, os atores envolvidos na definição e execução da política; e o modelo de financiamento das ações.

Para compreender como era o relacionamento entre os atores no campo das políticas de controle da epidemia de aids, particularmente entre gestores estatais de saúde e representantes das ONGs/aids, é necessário retornar a década de 1980, momento em que surgem os primeiros casos de aids no Brasil. De acordo com Galvão (2000) a resposta brasileira à epidemia de aids pode ser compreendida em três fases. Na primeira, que vai de 1981 a 1984, a aids aparece como um “mal de

folhetim”, é destacada apenas quando veiculada pela mídia, sem que haja, por parte dos gestores estatais de saúde, qualquer iniciativa de controle ou atenção a possível epidemia que surgia. A segunda fase inicia em 1985 e estende-se até 1991. Neste período surgem as primeiras organizações da sociedade civil voltadas, exclusivamente, às problemáticas políticas, sociais e culturais geradas pela doença. Cita-se, como exemplo destas organizações, o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à Aids) criado em 1985, no município de São Paulo, em decorrência da discriminação e preconceito que afetava os indivíduos diagnosticados com doença. Outras organizações surgem em diversos municípios brasileiros e, aos poucos, seus trabalhos, com destaque para as campanhas de prevenção à doença, se destacam e possibilitam com que a aids adquirisse uma dimensão nacional, sendo impossível, para os gestores públicos de saúde, ignorá-la (DANIEL, 1990).

Cabe destacar, ainda, nesse período, a criação da Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA). Formada por médicos, intelectuais, artistas e políticos, a ABIA teve grande importância entre as ONG/aids, e seus representantes participaram ativamente na construção da política nacional de enfrentamento à aids, desde a década de 1980. A atuação da ABIA foi marcante no plano político, na produção de conhecimento especializado sobre a doença e na organização de uma rede de instituições da sociedade civil ligadas ao tema (PARKER, 1997).

Outro modelo de organização voltada à problemática da aids surge nessa fase. São as casas de apoio e passagem, na maior parte das vezes ligadas e financiadas pela Igreja Católica. Em 1986 as associações de hemofílicos de São Paulo e Rio de Janeiro ampliam o contingente de instituições que desenvolvem ações de controle e prevenção da doença. Nos anos seguintes há, ainda, a entrada de novas instituições, predominantemente religiosas no campo (GALVÃO, 2000). O período que se estende de 1985 a 1991, portanto, é marcado por ações desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil e pouco envolvimento do Ministério da Saúde frente à doença. As organizações da sociedade civil, a partir de diferentes associações e grupos, envolveram-se e organizaram as primeiras iniciativas de controle epidemiológico da doença, com as ações de prevenção, e na busca por direitos aos atingidos por ela (GALVÃO, 2000).

Embora as Secretarias Estaduais de Saúde organizassem e oferecessem alguns serviços voltados para a aids, é apenas em 1986 que os gestores federais reconhecem a doença como um problema de saúde pública, já que até aquele momento a consideravam como uma questão secundária, pois haviam outras preocupações sanitárias estatisticamente significativas (DANIEL, PARKER, 1990). A primeira iniciativa governamental relacionada diretamente à aids ocorre em 1986 quando é criado o Departamento Nacional de DST (Doenças Sexualmente transmissíveis) e Aids (BRASIL, 2007). Instituído oficialmente em 1988, o Programa Nacional de DST/Aids adquire, aos poucos, sua identidade enquanto coordenação e execução do programa, sem apresentar, naquele momento, estrutura burocrática formalizada, instituída apenas em 1991. Incipiente, o departamento nacional recém criado promoveu campanhas esparsas e pontuais de prevenção em nível federal, sendo, ainda, pouco atuante e influente, naquele momento, para o controle da epidemia e concretização das demandas de grupos já organizados e atuantes na área.

Cabe destacar ainda que a década de 1980 foi marcada pelo processo de redemocratização do país, ocorrendo diversas mobilizações políticas, organizadas por segmentos e organizações da sociedade civil. O Programa Nacional de DST/Aids, em certa medida, também foi resultado destas mobilizações, as quais versavam, inclusive, acerca das mudanças no modelo de gestão administrativa federal, herança do período ditatorial, com características hegemônica e centralizadora do poder e definição das políticas (PARKER, 1997).

O cenário brasileiro de resposta à epidemia de aids modifica-se no início da década de 1990. Naquele momento ocorreram mudanças estruturais no Ministério da Saúde, bem como no Departamento Nacional de DST/Aids, além do aumento expressivo dos casos oficialmente notificados da doença. Neste período, as organizações da sociedade civil, então denominadas ONGs/aids, seguiam ampliando suas ações frente a epidemia. Além disso, novos segmentos sociais organizavam-se e envolviam-se com a temática do HIV/aids, como os movimentos sociais de mulheres e profissionais do sexo.

Souza, et al. (2012) destaca que a aids foi negligenciada pelos gestores federais de saúde no momento de sua descoberta, uma vez que se considerava que doença afetava apenas grupos minoritários, os homossexuais. A questão ganha importância e relevância, entretanto, quando se observou que a doença atingia outros grupos sociais e pela já existente mobilização da sociedade civil acerca do problema. A sociedade civil, ao participar diretamente das ações e respostas dadas à epidemia de aids, proporcionou à política brasileira de combate à doença, um caráter público, oferecendo visibilidade e credibilidade às ações desenvolvidas.

O período entre 1991 e 1996 é caracterizado por Galvão (2000) como a terceira fase de reações frente à epidemia de aids. Neste momento a aids deixa de ser uma ameaça para determinados grupos sociais e passa a ser considerada uma epidemia social. Ao tornar-se um problema social, soluções e ações viáveis são buscadas e apontadas pelos diferentes segmentos da sociedade civil envolvidos na questão, bem como por parte dos gestores governamentais responsáveis pelas instâncias de controle da epidemia. O Ministério da Saúde buscou implementar uma nova agenda de políticas de saúde possibilitando com que a política de combate à aids fosse priorizada naquele momento (MACHADO, 2006).

Os gestores públicos federais da área de saúde passaram a intervir diretamente na coordenação das ações e exerceram controle sobre as diferentes iniciativas já existentes no país. Essa centralização no comando das ações do campo da aids não envolveu, momentaneamente, os programas estaduais de atenção à aids e as ações promovidas de forma independente por ONGs/aids. Inicialmente desconectadas da organização estatal nascente de um sistema de controle, prevenção e tratamento da doença, as ONGs/aids continuaram desenvolvendo seus trabalhos, fortalecendo-se ao longo dos anos. Sua atuação, junto ao Programa Nacional de DST/Aids, concentrava-se em participar das discussões sobre a política nacional de combate a aids. Porém, as ONGs/aids passaram gradativamente a realizar trabalhos pontuais e a conectar suas ações principalmente na prevenção da doença aos programas e projetos governamentais, tornando-se crescentemente parceiras diretas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais no desenvolvimento e execução da política.

Desde então as decisões sobre o modelo da política de enfrentamento à aids concentraram-se no Departamento Nacional de DST/Aids. Este, por sua vez, passou a ser o responsável pela gestão e organização da política em todo o território nacional. As diretrizes e a definição das ações foram, a partir da criação do Departamento Nacional de DST/aids, tomadas pelos gestores nacionais deste departamento, o qual estava aberto a participação das organizações da sociedade civil. A política adotada pelos gestores primava pela garantia de acesso universal à medicação, realização de campanhas de prevenção à doença, e estruturação de um sistema capaz de quantificar e monitorar os avanços epidemiológicos da aids em território nacional. Cabe destacar que de 1986 a 1990 o Programa Nacional de DST/Aids formulou a política de atenção à aids com pequena participação dos gestores estaduais e municipais de saúde e os projetos nacionais eram voltados aos grupos de risco, especificamente, homossexuais, sem considerar as características epidemiológicas regionais (GALVÃO, 2000).

Para executar as ações definidas na política nacional de enfrentamento da aids o Brasil realizou empréstimos junto ao Banco Mundial, no período que se estendeu de 1994 até 2002. Os recursos provenientes dos Projetos Aids I, II e III, citados no capítulo 3.2, foram utilizados para estruturar e executar as ações de contenção e atenção a epidemia. Estes fundos financiaram ações de prevenção e assistência desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil que participavam diretamente da política e, ao mesmo tempo, eram induzidas pelo Ministério da Saúde a desenvolverem as políticas estabelecidas por ele.

A partir destes acordos com o Banco Mundial há um aumento de recursos disponíveis para a realização de ações frente à epidemia de aids, acompanhado de um crescimento no número de instituições que passam a desenvolver projetos locais. Nesse cenário o Programa Nacional de DST/Aids desempenhou um papel de liderança, no que se refere à definição da política e na destinação dos recursos. Essa cooperação internacional foi uma importante estratégia política adotada pelo Departamento Nacional de DST/Aids, pois possibilitou injetar recursos financeiros no programa, assegurando a realização das ações, especialmente, as intervenções cujo

objetivo eram combater o preconceito e a discriminação produzidos pela doença, além das campanhas abrangentes de prevenção (TEIXEIRA, 1997).

Os setores, ou departamentos Estaduais responsáveis pela aids recebiam, do Departamento Nacional de DST/Aids, recursos para a realização de ações específicas em seus territórios. Dentre elas: implementar e controlar as notificações dos casos de aids nos estados; realizar ações para públicos específicos, como usuários de drogas injetáveis; e, ampliar recursos humanos da área afim de qualificar os serviços de saúde oferecidos aos doentes de aids. Os convênios assinados, entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais, eram pré-estabelecidos a partir dos Planos Operativos Anuais (POA), os quais continham as ações estratégicas que seriam desenvolvidas na área. Nesta modalidade de financiamento, as secretarias estaduais e municipais de saúde agiam para complementar a resposta local, favorecendo o desenvolvimento de diversas ações, como: elaboração de materiais educativos, intervenções preventivas e de proteção aos direitos dos doentes de aids, melhoria na infraestrutura de gestão, contratação de profissionais de saúde, dentre outras. Embora auxiliassem a complementação da resposta local, os recursos provenientes destes convênios demandavam, aos gestores das secretarias estaduais e municipais, significativo esforço burocrático para efetivação de sua implantação, sendo que, em muitos casos, não havia quadro profissional suficiente para atender a demanda. Além disso, nesta modalidade de financiamento, os repasses dos recursos sofriam constantes interrupções, prejudicando a continuidade das ações locais (PIRES, 2006).

Cabe destacar, em relação às instituições da sociedade civil, que a intensa mobilização das ONGs/aids se estruturou a partir de dois eixos: o ativismo político, através do qual eram reivindicados os direitos à saúde dos pacientes com aids; e, a solidariedade, que buscava redefinir os princípios e valores associados às pessoas infectadas pelo vírus. Diversas instituições foram criadas para acolher e oferecer cuidados aos indivíduos com aids, especialmente, àqueles de grupos excluídos, como homossexuais e usuários de drogas. Estas organizações desempenharam um importante papel, tanto na reinserção social dos doentes de aids, quanto na definição do modelo de política adotado na área.

Além de participar do processo de construção da política as ONGs/Aids dispunham de recursos federais para execução de suas ações. Esta modalidade de financiamento era realizada através de editais, lançados pelo Departamento de DST/Aids, para a contratação de instituições capazes de realizar determinadas ações, nos quais as ONGs submetiam seus projetos. Todo o tramite legal, submissão, aprovação e posterior prestação de contas do projeto, ocorriam diretamente entre o ator estatal federal e as ONGs/aids.

As ONGs/Aids se relacionavam quase que exclusivamente com os gestores de saúde federais, já que nos níveis estadual e municipal de gestão as questões que envolviam a aids, em geral, não eram tratadas por uma específica. Elas encontravam-se diluídas entre outros problemas atendidos pela área da epidemiologia.

A política de enfrentamento à aids no Brasil se consolidou a partir das ações iniciais desenvolvidas por organizações da sociedade civil e pela posterior participação do estado na organização e controle da política atenção à doença. A intervenção do estado ocorreu, entretanto, quando a epidemia encontrava-se instalada e atingia de modo significativo diversos grupos. Os gestores federais da área da saúde passaram a considerar a epidemia de aids um problema grave de saúde graças às mobilizações e pressões realizadas por diferentes grupos da sociedade civil, liderados pelas ONGs/aids e movimento gay, e às pressões de gestores estaduais e municipais que presenciavam o crescimento da epidemia em seus territórios. O Quadro 2 sintetiza o papel desempenhado pelas ONGs/aids e pelo gestor federal desde de que surgiram os primeiros casos da doença até a consolidação de uma política nacional de controle da epidemia (GALVÃO, 2000; PAKER, 1997).

Quadro 2 - Relação Sociedade Civil e Gestor Federal (1980-1996)

Período	Sociedade Civil: ONGs/aids	Gestor Federal de Saúde
1980-1985	Realiza ações próprias; pressões sobre as esferas governamentais de gestão.	Considera a epidemia de aids como secundária, sem realizar ações.
1986-1991	Expansão das ações e ampliação de organizações atuando no área.	Criação do Departamento Nacional de DST/Aids; concentra a definição da política.
1992-1996	Parceira do gestor federal na elaboração da política e na execução das ações.	Segue definindo a política e financia as ações da sociedade civil.

Fonte: quadro elaborado pelo autor, a partir de (Galvão, 2000 e Parker, 1997)

Cabe salientar, ainda, que a construção da política de aids ocorreu em um contexto em que se buscava maior participação da sociedade civil nas decisões sobre políticas públicas. A Constituição Federal de 1988 assegurou esta participação na área da saúde, e a política de aids foi uma das primeiras iniciativas que contou com a participação direta da sociedade civil em sua elaboração. As ONGs/aids permaneceram pressionando pela manutenção e expansão do rol de ações de prevenção, controle e tratamento da doença e pela participação na definição da política. As pressões dirigiam-se aos gestores federais de saúde. Além disso, estabeleciam contratos para prestação de serviços, em geral de educação e de prevenção, com o Ministério da Saúde (PARKER, 1997).

As relações entre as ONGs/aids e os gestores públicos de saúde, portanto, ocorriam predominantemente no âmbito federal. Num primeiro momento elas possibilitaram a estruturação de um programa de atenção à aids que gerou respostas satisfatórias no enfrentamento da epidemia. Essa relação, contudo, alterou-se devido aos processos políticos e da própria reorganização do sistema de saúde e, conseqüentemente, das ações desenvolvidas no campo da aids. Esta reorganização será apresentada na seção seguinte.

5.2 - A proposta de mudança das relações entre gestores públicos de saúde e ONGs/aids

O propósito desta seção é descrever as mudanças ocorridas na política de enfrentamento ao HIV/Aids na década de 1990. Tais mudanças, nas políticas e administrativas, reorganizaram o modelo de atenção à doença, e alteraram o relacionamento entre os gestores públicos de saúde e as ONGs/aids. Alinhada ao processo de descentralização das políticas de saúde, e de consolidação do sistema único de saúde, o novo modelo adotado buscou agregar as demandas de especialistas, gestores estaduais e municipais de saúde, e das organizações da sociedade civil, produzindo uma nova forma de organização e execução dos serviços de saúde na área.

Com o passar da década de 1990, especialistas, gestores de saúde e as ONGs/aids foram percebendo que a aids não atingia apenas grupos específicos, como apontavam os prognósticos iniciais da doença. A partir de dados epidemiológicos ainda incipientes, constatou-se que a aids expandira-se para todo o território nacional e atingira à população em geral. O conceito de grupos de risco amplamente utilizado no controle da epidemia no decorrer das décadas de 1980 e 1990 já não abrangia e proporcionava o estabelecimento de ações eficazes, pois a doença gerou novas demandas que exigiam outras estratégias para seu cuidado e controle epidemiológico. A aids disseminou-se entre os heterossexuais, população feminina, habitantes de municípios menores e distantes dos centros urbanos e capitais, além dos grupos com baixo poder aquisitivo (BRITO et. Al, 2000). A cada ano aumentava o número de municípios com casos de aids notificados e a epidemia ganhava, cada vez mais, contornos e especificidades locais que adicionavam mais complexidade na definição e execução das ações de saúde. Diante desse novo cenário, as respostas e ações estatais necessitam serem revistas e reorganizadas. Campanhas e ações nacionais não produziam o mesmo efeito de antes, pois não consideravam as peculiaridades e realidades locais da epidemia, como os perfis epidemiológicos e as disparidades nas estruturas e oferta de serviços de saúde voltados à doença.

No início da década de 2000 todos os estados e centenas de municípios haviam organizado, de alguma forma, seus próprios programas voltados à aids e financiados a com recursos orçamentários próprios. Durante a década de 1990 até meados dos anos 2000 a esfera federal o Programa Nacional de DST/Aids prestava assistência técnica e financeira para os estados e 150 municípios, além de financiar projetos de ONGs, sendo esta sua política e prioridades naquele momento. Ocorria, entretanto, um distanciamento do corpo técnico, que atuava em Brasília, e as realidades epidemiológicas e estruturais enfrentadas pelos gestores locais. O tema da descentralização passou a ser debatido dentro do Programa Nacional de Aids e crescia, entre os profissionais do campo a demanda pela descentralização das ações para o nível municipal, pois, de acordo com Paulo Teixeira, coordenador do Departamento Nacional de DST/aids na época, “o Ministério da Saúde em Brasília fica muito distante do processo de desenvolvimento, execução e criação dos projetos” (SIMÃO, 2009). Além disso, havia a preocupação de inserir a problemática da aids, definitivamente, dentro das estruturas organizacionais do SUS, para que assim fosse assegurada a permanência e sustentabilidade das ações.

Entre 2001 a 2003 foram realizadas oficinas e reuniões, no Departamento Nacional de DST/aids, em Brasília, para debater a descentralização da política de aids. Acadêmicos, líderes de ONGs e gestores públicos de saúde dos três níveis federativos participaram deste processo de discussão da nova política de atenção à aids. Desses debates resultaram três objetivos principais: 1) transferir a responsabilidade pelo financiamento e monitoramento dos projetos das ONGs para os estados; 2) melhorar a integração dos programas do HIV/aids no SUS em todos os níveis e 3) construir a capacidade local do programa e promover a comunicação entre os governos locais e as ONGs (BRASIL, 1999).

A transferência de competências e recursos da União para as demais esferas fortaleceria os programas estaduais e municipais de controle da aids e, em longo prazo, garantiria a sustentabilidade das ações e serviços de saúde oferecidos por eles. Em 2003, primeiro ano da nova política, o Programa Nacional de DST/Aids transferiu 10% do seu orçamento para os estados e 480 municípios, os quais abrigavam 60% da população e possuíam 90% dos casos de aids notificados no país (SIMÃO, 2009).

A implementação da nova política objetivava sistematizar as diretrizes norteadoras do Programa Nacional de DST/aids a fim de qualificar e ampliar as ações já desenvolvidas na área. As diretrizes da nova política foram estabelecidas a partir das bases fundamentais do Sistema Único de Saúde: descentralização, universalização e organização, colocando, de fato, a problemática do HIV/aids definitivamente na estrutura do sistema de saúde. Defendida por especialistas da área da saúde e representantes das ONGs/aids, a nova orientação da política de atenção à aids buscava reduzir a incidência da doença nos diferentes segmentos populacionais; garantir o direito à cidadania e uma melhor qualidade de vida às pessoas com HIV/aids; e priorizar ações de controle às DSTs no país (GALVÃO, 2000).

Outro aspecto que causou mudança na formulação da nova política refere-se ao financiamento. No modelo anterior, o gestor federal repassava os recursos, por meio de convênios, aos 27 estados e 177 municípios considerados estratégicos para o controle no avanço da epidemia. Além destes, foram financiados, no período, 976 projetos desenvolvidos por organizações da sociedade civil (GALVÃO, 2000).

Empréstimos junto ao Banco Mundial garantiram a sustentabilidade inicial das ações estatais no campo da aids. A modalidade de financiamento, entretanto, realizada através de concorrências públicas voltadas para as organizações da sociedade civil e repasses para as secretarias estaduais de saúde, mostrava-se limitada, burocrática e pouco flexível. Além disso, os recursos provenientes do Banco Mundial foram utilizados, principalmente, para ações de prevenção ao HIV/aids em populações específicas, como usuários de drogas e homossexuais e não para a estruturação de um sistema de atenção à aids (GALVÃO, 2000).

Os convênios traziam consigo as amarras impostas pelo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial e da própria legislação brasileira (BRASIL, 1997) que regulamentava a execução e a prestação de contas dos recursos ao agente financiador. Composto por normas diferentes, as do Banco Mundial e Legislação brasileira, a elaboração do projeto, seu plano de trabalho e posterior prestação de contas tornava-se um trabalho complexo e que necessitava de recursos humanos especializados para executá-lo.

O Brasil realizou junto ao Banco Mundial três empréstimos para implementação das ações no campo da aids. Estes empréstimos cessaram, pois com o crescimento da economia brasileira verificado na última década, o Brasil não se encaixou mais nos critérios definidos pelo Banco Mundial para concessão de financiamentos. Da mesma forma o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária rejeitou os últimos pedidos de financiamento brasileiros, pois considerava que o país dispunha de condições econômicas favoráveis à sustentação de suas ações e, além disso, havia outros países que apresentavam maior concentração de casos de aids. Essa diminuição de recursos financeiros das agências internacionais forçou os gestores públicos a criar fundos próprios, a fim de viabilizar as ações até então desenvolvidas. A alteração nas fontes de financiamento, portanto, também influenciaram a remodelação da política de atenção a aids e sua consequente inclusão definitiva nas estruturas do Sistema Único de Saúde (MATTOS, TERTO, PARKER, 2001).

Havia, ainda, a necessidade de que os financiamentos fossem concretizados de modo mais eficiente e prático. Esta foi uma das demandas apresentadas por especialistas, profissionais da saúde, gestores estaduais e municipais e representantes das ONGs/aids. Argumentava-se que os recursos deveriam estar disponíveis nos setores responsáveis por implementar as ações locais de saúde, ideia contrária à centralização dos recursos na esfera federal. Desta forma, os gestores de saúde, dos níveis estadual e municipal, poderiam qualificar as ações prestadas na área e ampliar o controle e atenção dispensada aos atingidos pela epidemia de aids e sua consequente inclusão definitiva nas estruturas do Sistema Único de Saúde (MATTOS, TERTO, PARKER, 2001).

O financiamento das ações voltadas à aids era uma constante preocupação dos gestores públicos, especialistas e representantes das ONGs/aids. Como forma de superar esse problema a alternativa de sustentabilidade encontrada foi a descentralização das responsabilidades entre as três esferas de governo e o aprimoramento dos mecanismos de participação da sociedade civil organizada atuante na área. A partir da nova política as três esferas pactuam suas ações através das Programações Anuais de Metas, caracterizadas como instrumentos utilizados na

reorganização das estratégias para a prevenção da saúde, doenças e dos danos, assistência e tratamento aos portadores e o desenvolvimento das instituições envolvidas, sejam elas governamentais ou não governamentais. Há, além disso, a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. A partir dos mecanismos de transferência e de acordo com o grau de autonomia, estados e municípios passaram a receber recursos e tornam-se os responsáveis por organizar a política em seu território (MATTOS, TERTO, PARKER, 2001).

As ONGs/aids exerceram forte pressão para que a política de atenção à aids fosse descentralizada. Ainda que dispusessem de espaços de interlocução com os gestores federais de saúde, e influíssem nos rumos da política de atenção à aids, as organizações da sociedade civil atuavam, prioritariamente, em nível local. Assim, de acordo com suas expectativas, elas poderiam interagir diretamente com os gestores estaduais e municipais na construção e execução da política em nível local (MATTOS, TERTO, PARKER, 2001).

Com a introdução da nova política os recursos passaram a ser transferidos diretamente para as secretarias estaduais e municipais de saúde. O financiamento passou a ser realizado na modalidade fundo-a-fundo, diretamente do Ministério da Saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde, dentro da lógica de transferência de recursos que rege o SUS (BRASIL, 2002a). As ações, a partir de 2003, passaram a ser pactuadas entre os gestores de saúde, federal, estadual e municipal, respeitando os diferentes graus de autonomia e responsabilidades de cada esfera. Além disso, a inclusão do gestor municipal flexibilizou a organização e execução da política, na medida em que esse ator está mais próximo da realidade local e possui maior conhecimento das peculiaridades da epidemia em seu território de jurisdição.

O instrumento utilizado para efetivar a descentralização da política foi a Programação Anual de Metas (PAM) elaborada pelos gestores estaduais e municipais de saúde, com a participação das organizações da sociedade civil. Existia, ainda, no início da descentralização, um valor de referência a ser destinado

às áreas de atuação do programa: 52% para a promoção, prevenção e proteção à saúde; 38% para as ações de organização e aprimoramento assistencial aos portadores de HIV/aids e 10% do total dos recursos destinados à unidade federativa deveriam ser destinados ao financiamento de ações desenvolvidas em parceria com as Organizações da Sociedade Civil. Aos gestores estaduais de saúde cabia, portanto, investir 10% dos recursos em ações que envolvessem as ONGs/aids. Esta obrigação, entretanto, não se aplicava aos gestores municipais, já que a legislação não determinou, para este nível federativo, um percentual mínimo a ser repassado às ONGs/aids. Neste caso, a distribuição de recursos às organizações da sociedade civil se dão a partir de pressões locais dessas organizações.

A adesão dos municípios na Política de Incentivo se deu a partir de critérios epidemiológicos de impacto e prevalência dos casos de aids registrados. Para compactuar as ações, estados e municípios elaboram programações anuais de ações e metas (PAM). As programações contém as ações assumidas pelo gestor de saúde da área a serem desenvolvidas em sua esfera. De acordo com a portaria 2.134/02 a PAM deve ser elaborada pelo gestor estatal com a participação de profissionais técnicos e representantes da sociedade civil. A observação desse critério é fundamental para aprovação e liberação dos recursos para as secretarias de saúde estadual e municipal. A prerrogativa da elaboração e aprovação da PAM nos três níveis de gestão, mais conselhos municipais e estaduais de saúde, levaram as ONGs a acreditar que seu controle sobre a política, em nível local, seria ampliado. Na prática, essa expectativa não concretizou-se e com o passar do tempo o gestor municipal foi assumindo o controle e poder sobre a elaboração da política, como destacam os estudos de Landin (2006) e Duarte (2010). Estes autores chamam a atenção para o fato de que os gestores municipais adquiriram conhecimento e poder para gerir a política localmente e, como consequência, reduziram os efeitos das ONGs/aids no processo de elaboração e implementação das ações locais.

As Secretarias Estaduais de Saúde têm a responsabilidade de repassar 10% dos recursos para projetos das organizações da sociedade civil. Para a transferência os gestores estaduais devem realizar seleções públicas de projetos que atendam os critérios referentes às características epidemiológicas, geográficas e demográficas

locais considerando, ainda, a factibilidade e o custo-efetividade das ações contratadas. Não há, para os gestores municipais, a exigência de aplicar 10% dos recursos em projetos da sociedade civil. Entretanto, a discussão e inclusão de projetos encontra-se em aberto e cada gestão municipal, juntamente com as organizações da sociedade civil locais, que decidirá as ações a serem implementadas. Cabe aos gestores estaduais e municipais, portanto, avaliar a realidade da saúde, identificar os problemas prevalentes e as situações que necessitam de maior atenção da política local. E, além disso, desenvolver as estratégias e ações que deverão ser adotadas para reduzir o impacto e a incidência da aids em seu território (BRASIL, 2002b).

Outra mudança promovida pela política refere-se ao constante monitoramento e avaliação da realização das ações. O Monitoraids é um sistema que reúne, em meio virtual, dados, pesquisas epidemiológicas e estudos específicos, a fim de fornecer subsídios técnico à implementação dos programas locais de atenção à aids. Além disso, o Monitoraids promove a transparência da execução das ações, sendo seu conteúdo aberto à população. A exigência da Programação Anual de Metas está articulada com o monitoramento das atividades, já que em sua programação é acompanhada pelo cronograma de execução. A PAM deve, ainda, ser aprovada, no caso do município, pelo Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite e, no caso dos estados, pelo Conselho Estadual de Saúde e o Departamento federal de DST/Aids (BRASIL, 2002,b).

Mesmo com a descentralização da política, os técnicos do Departamento Nacional de DST/Aids seguiram oferecendo suporte técnico aos gestores estaduais e municipais. Esse processo fortaleceu e aperfeiçoou o papel dos gestores, das três esferas, na condução e realização das ações estabelecidas nas PAMs. Assim, os gestores municipais, aos poucos, foram ampliando seu conhecimento sobre a política e, conseqüentemente, ampliaram sua interferência sobre a mesma.

A nova política de enfrentamento da aids trouxe mudanças importantes para a organização dos serviços de saúde da área. Alterada por pressões de gestores públicos, especialistas e ONGs/aids a Política de Incentivo inseriu, de fato, a

problemática da aids nas estruturas do Sistema Único de Saúde. Essa inserção alterou o modelo de financiamento das ações, bem como a execução das mesmas. Pactuadas entre as três esferas de gestão, as ações passaram a ser programadas, definidas e aprovadas nas comissões intergestores e sua execução ficou a cargo dos gestores da área.

A Política de Incentivo alterou, também, as relações entre os gestores públicos de saúde e os representantes das ONGs/aids. As organizações da sociedade civil atuantes na área, as chamadas ONGs/Aids, que relacionavam-se diretamente com os gestores federais para definição das ações na área, passaram a se relacionar, também, com os gestores municipais de saúde. Próximas deles, as ONGs/aids tinham o entendimento de que ampliariam sua intervenção sobre as ações locais e, dessa forma, garantiriam o cumprimento das demandas dos grupos representados.

Ainda que estejam próximas dos gestores municipais da política, as ONGs/aids perderam, ao longo do tempo, poder de interferir e moldar as ações realizadas no município. Os gestores municipais públicos de saúde, por outro lado, ampliaram seu poder sobre a organização e execução das ações tornando-se os principais responsáveis pela política realizada no município. O capítulo 6 aborda essa mudança a partir das expectativas das ONGs/aids com a descentralização da política e as novas relações envolvendo as duas partes. Se, num primeiro momento as ONGs/aids atuavam moldando a política, o segundo período é marcado pelo avanço das capacidades estatais, inexistente anteriormente, consequência do aprendizado adquirido, reordenando o modo de relacionamento entre os atores.

6. A Política de Incentivo e as mudanças nas relações dos gestores públicos de saúde e as ONGs/aids

Neste capítulo são analisados os padrões de relacionamento entre as ONGs/aids e os gestores públicos de saúde antes e depois da Política de Incentivo. Como foi apontado no capítulo 5, a Política de Incentivo descentralizou, para os gestores estaduais e municipais, um conjunto de responsabilidades sobre a gestão e implementação das ações ligadas à aids. A nova política provocou, ao mesmo tempo, um deslocamento dos laços, relações e negociações que se estabeleciam entre as ONGs/aids e gestores federais de saúde para a esfera municipal de gestão do SUS. Os representantes das ONGs/aids que, no período anterior à política, se relacionavam quase que exclusivamente com o Ministério da Saúde passaram, a partir de então, a relacionarem-se, também, com os responsáveis pela questão da aids nas secretarias municipais de saúde.

O capítulo está dividido em duas seções. Na primeira abordam-se as expectativas em torno da Política de Incentivo e como se davam as relações entre as ONGs/aids e o gestor municipal de saúde, no período de 2003 a 2006, primeira fase de implantação da referida Política, destacando a participação ativa das organizações da sociedade civil no processo de sua definição e implementação no município de Novo Hamburgo. Na segunda, é abordada a mudança, no período seguinte, entre 2006 e 2012, quando um novo grupo gestor assume o comando da área, e afasta as ONGs/aids do centro do processo de definição da Política de Incentivo no município.

6.1 - Expectativas e início da implantação da Política de Incentivo (2003 a 2006)

A Política de Incentivo torna-se concreta a partir da Portaria 2.134/02, com entrada em vigor no ano de 2003. Naquele momento o município de Novo Hamburgo era governado por José Airton dos Santos, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB); e a gestão, tanto da Secretaria da Saúde, comandada por Renan Schaurich, quanto do setor responsável pela aids, estava a cargo de representantes do partido.

O gestor municipal responsável pela Política de Incentivo era servidor Sergio Mori, que permaneceu no cargo até 2004, quando assumiu a servidora Walkiria Silva da Silva. De acordo com o organograma institucional, a Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, divide-se em: Administração Central, Diretoria de Saúde e Diretoria Administrativa. A Diretoria de Saúde, por sua vez, está dividida em três gerências: de Atenção Integral à Saúde; Vigilância em Saúde; e Gerência de Média e Alta Complexidade. O setor responsável pelo controle da epidemia de aids no município é o Departamento de DST/HIV/aids e Doenças Infectocontagiosas, o qual pertence à Gerência de Atenção Integral à Saúde. Embora tenha autonomia para desenvolver suas ações e controle epidemiológico do HIV, o Departamento de DST/HIV/aids e Doenças Infectocontagiosas, também, está vinculado à Gerência de Vigilância Epidemiológica, responsável pelo gerenciamento das doenças infectocontagiosas no município (NOVO HAMBURGO, 2011).

Antes da Política de Incentivo, cabia ao Departamento de DST/HIV/aids e Doenças Infectocontagiosas gerir as ações voltadas ao HIV/aids no município. Dentre as ações realizadas pelo Departamento destacam-se: a organização e execução das ações de acompanhamento médico, para pacientes em tratamento e, de forma incipiente, os registros de notificação e monitoramento do avanço da doença. A organização e execução destas ações se desenvolviam dentro do setor de epidemiologia local, responsável por gerir e intervir em todas as situações epidemiológicas do município. Neste setor, conforme entrevista com a atual gestora pública da área HIV/aids, Solange de Fatima Mohd, alguns profissionais concursados do município dedicavam-se, especificamente, a atividades voltadas à epidemia de aids e organizavam, dentro das limitações dessa estrutura, os serviços de saúde oferecidos à população. A própria gestora destaca que durante o período em que atuou no Departamento de DST/HIV/aids e Doenças Infectocontagiosas dedicou-se na organização das ações e serviços de atenção à saúde voltados especificamente à aids. Esta inserção e experiência no campo do HIV/aids credenciaram e possibilitaram a gestora assumir o cargo de coordenação da política dentro do município de Novo Hamburgo, no ano de 2007.

Com a adesão do município de Novo Hamburgo na Política de Incentivo e, conseqüente, ampliação dos recursos financeiros disponíveis para a área, a problemática do HIV/aids ganhou destaque no setor de epidemiologia local e aumentou seu grau de importância tanto para os gestores, quanto aos profissionais da saúde pública. Além disso, a Política de Incentivo gerou a necessidade de reorganização do Departamento DST/HIV/aids, até então responsável pela elaboração e implementação das ações e serviços voltados à aids. Estimulada pela Política de Incentivo, quando da reorganização da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, realizada em 2003, foi criada uma nova Coordenadoria, que passou a ser responsável por gerir as ações e serviços na área (Coordenadora Municipal da Política de Incentivo).

Ao longo do período analisado nesta dissertação, 2003 a 2012, três gestores assumiram o cargo de coordenador do Departamento de DST/HIV/aids, conforme Quadro 2. O cargo de Coordenador da Política de Incentivo é marcado, especialmente, pelo seu aspecto técnico, no que tange ao conhecimento e controle da epidemia. Além disso, a área responsável pela problemática da aids tem visibilidade política reduzida, tanto para o executivo, quanto ao seu gestor. Por estes motivos compreende-se que mesmo tendo havido troca de governo os gestores da Coordenadoria permaneceram os mesmos.

De acordo com a gestora do Departamento de DST/HIV/aids, Solange de Fatima Mohd, a adesão do município à Política de Incentivo alterou, também, o modo como se organizavam os serviços de prevenção, controle e tratamento da epidemia. A reorganização da área responsável pelo acompanhamento da epidemia de aids, em nível municipal, e dos serviços de saúde oferecidos pelo município, é consequência da descentralização de recursos financeiros e das ações programadas na Programação Anual de Metas (PAM). Até então incipiente, os serviços oferecidos pelo Departamento de DST/Aids são reorganizados de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Política de Incentivo, expandindo e melhor qualificando tanto a oferta de serviços de saúde, como o controle epidemiológico da doença (Coordenadora Municipal da Política de Incentivo).

A reorganização dos serviços municipais era uma demanda das ONGs/aids. Havia a expectativa, de acordo com seus representantes, que com a descentralização da gestão da atenção à aids para o município, elas ampliariam sua influência na conformação das ações realizadas. De fato, no período inicial, as ONGs/aids tiveram um papel fundamental na definição de como seria implementada a Política de Incentivo em Novo Hamburgo. Em entrevista realizada com a representante da ONG/aids Associação de Transgêneros de Novo Hamburgo (ATNH), nos primeiros anos da implementação da Política o gestor municipal mostrava-se acessível para atender as demandas de seu grupo: *“quando descentralizou a política de aids, atuávamos diretamente, na Prefeitura, colocando nossas demandas e organizando a política local, sem problemas, quase sem limites”*. O mesmo salienta a representante da ONG/aids Equipe Voluntária Brasil: *“quando descentralizou a política, acho que era tudo meio novo, havia mais espaço e a gente participava diretamente da política”*.

A própria gestora do Departamento de DST/Aids do município, coordenadora da Política de Incentivo, à época, reconhece que de início a participação das ONGs/aids foi muito intensa. Ela ainda chama atenção para o despreparo dos servidores municipais para lidar com a epidemia. Segunda a entrevistada, os gestores e servidores municipais de saúde aprenderam com os integrantes dessas organizações. *“As ONGs participavam mais, se envolviam diretamente na política e acabávamos aprendendo com eles como fazer as coisas, eles tinham até mais experiência no assunto que nós”*.

Os gestores municipais de saúde encontravam-se num campo relativamente novo. Antes da Política de Incentivo sua atuação limitava-se a organizar ações pontuais de prevenção e oferecer serviços básicos de saúde aos pacientes com HIV, os quais dependiam de estruturas estaduais ou de serviços oferecidos em outras cidades para a realização de exames, para o monitoramento da doença e para a testagem anti-HIV⁵. A implementação da Política de Incentivo induziu o gestor

⁵ Realizados no Laboratório Estadual - LACEN, em Porto Alegre

municipal de saúde a reorganizar e ampliar os serviços locais de atenção à aids e, em última análise, criar e fortalecer a estrutura de atenção que havia no município. A mesma destacou em entrevista que *“a política de aids serviu para criar uma estrutura mínima de atenção aos portadores de HIV e melhorou as condições de controle e monitoramento da doença no município de Novo Hamburgo”*.

A principal preocupação do gestor municipal de saúde concentrava-se na qualificação dos serviços de saúde oferecidos aos portadores de HIV. Embora participassem do processo de definição da política, os representantes da sociedade civil pouco interferiram na reorganização dos serviços, já que o gestor público da área dispunha de poder e interferência direta no processo de definição do modelo a ser adotado na rede pública de saúde do município. Mas as ONGs/aids exerceram pressão constantes para que o gestor municipal organizasse e qualificasse o monitoramento do avanço da doença, principalmente, através do aprimoramento do setor responsável pela notificação dos casos de aids. *“Estávamos ali, juntos, auxiliando a prefeitura, mas cobrávamos e dizíamos como os serviços deveriam ser organizados. A gente tinha essa postura e sabia como organizar as coisas, sabíamos da importância de notificar os casos de aids no município”* (Representante ONG ATNH). De fato, segundo a coordenadora do Departamento de DST/HIV/aids, do período de 2007 a 2012, o avanço foi significativo na estruturação de um sistema de notificação dos casos de aids, em Novo Hamburgo: *“a notificação era ruim, muito fraca antes. Os exames eram feitos em Porto Alegre, demoravam, e acabava sendo difícil notificar aqui. Com a política começamos a fazer os testes aqui mesmo, no Laboratório Municipal, daí sim conseguimos notificar os casos com mais precisão”*.

Assim, a implementação da Política, principalmente no que se refere à prevenção, se conformou, nesse momento inicial, de acordo com a visão das ONGs/aids. As escolhas do gestor municipal de saúde foram feitas sob a influência direta dessas organizações da sociedade civil que já atuavam na área e, portanto, estavam mais familiarizadas que os servidores da Secretaria Municipal de Saúde com os debates, com os tipos de cuidados comprovadamente exitosos e com diferentes experiências de prevenção, controle e tratamento da doença.

As ONG/aids já estavam envolvidas, de diferentes formas, na macro política de aids brasileira e relacionavam-se diretamente com os gestores federais e estaduais de saúde da área, influenciando as decisões e ações promovidas nessas esferas de gestão. Como já conheciam os caminhos e as maneiras de operacionalizar as ações na área, detinham conhecimento e legitimidade para que suas propostas fossem acatadas pelo gestor municipal de saúde. Predominavam as proposições para a realização de ações de prevenção, a organização e consolidação do sistema de notificação local da doença e de oferta de serviços de saúde especializados aos portadores de HIV. O gestor municipal da área, ainda com pouco conhecimento, acatou a maior parte das propostas apresentadas pelas ONGs/aids (Coordenadora Municipal da Política de Incentivo).

Quadro 3 - Expectativas da Política de Incentivo

Expectativa	Gestor municipal	ONGs/aids
Organização das ações locais	Serviços de acompanhamento de pacientes Fortalecimento do diagnóstico e notificação	Melhoria nos serviços de saúde oferecidos Execução das ações de prevenção à aids
Financiamento das ações	Garantia de ampliação dos serviços e ações de saúde realizadas no município	Garantia de manutenção das ONGs/aids e financiamento de suas ações

Fonte: quadro elaborado pelo autor.

A principal expectativa das ONGs/aids era, indubitavelmente, ampliar seu controle e participação na definição da política. Embora pouco se relacionassem com o gestor municipal de saúde antes da política, o conhecimento acumulado, ao longo de sua trajetória de ações na área, foram fundamentais para que pudessem interferir diretamente na política e moldá-la a partir de suas ideias e expectativas. A participação nas instâncias oficiais de participação e de definição da política no nível municipal, como na elaboração da Programação de Ações e Metas e no Conselho Municipal de Saúde, possibilitaram que publicizassem suas demandas e proposições constringendo o gestor municipal de saúde a aceita-las. A segunda expectativa das ONGs/aids diz respeito à sustentabilidade de suas organizações e ações. Nesse aspecto, os recursos financeiros obtidos através da Política de Incentivo transformaram-se em uma fonte importante de financiamento para a manutenção

das ONGs/aids. Nesse período inicial, entre 2003 e 2006, os representantes da sociedade civil participavam ativamente do processo de elaboração e execução das ações da política de aids municipal. Atuando diretamente na definição da política, eles conformaram as ações locais a partir de suas crenças e expertise acumulada, ao longo dos anos, nas atividades desenvolvidas, sobretudo, no campo da prevenção à doença. As ONGs/aids conseguiram inserir suas demandas e influenciar a implementação da Política especialmente no tipo de ação em que possuíam maior conhecimento. Elas moldaram as ações de prevenção locais de acordo com seus valores e estratégias adotadas pelo grupo representante, como destacou o representante da ONG EVB; *“quando a política veio pro município, o gestor não sabia muito bem o que fazer na área da prevenção, aí a gente ocupou esse espaço e fizemos as ações, como a gente sempre fez, como achávamos certo fazer”*.

É possível constatar o efeito que as ONGs/aids causaram também na escolha dos públicos alvos para campanhas de prevenção no município de Novo Hamburgo. Logo na primeira Programação Anual de Metas (PAM), implementada em 2003, as ONGs/aids asseguraram a realização de ações de prevenção, voltadas ao público LGBT e jovens. Elas interferiram diretamente no modelo de prevenção à aids adotado no sistema público de saúde do município. As ações de prevenção financiadas pela Política de Incentivo no período foram direcionadas diretamente para os públicos alvos das ONGs/aids. Conforme destacou, em entrevista, a representante da ONG ATNH o *“momento foi marcado pelo diálogo entre a sociedade civil e o governo local e pela constante participação das ONGs/aids na elaboração da política e na execução das ações de prevenção”*.

Ao incluir esse tipo de ação, para esses grupos, na PAM, as ONGs/aids garantiram recursos financeiros para o desenvolvimento dos projetos de prevenção junto aos grupos específicos e deixaram em aberto o formato a ser adotado na execução destas ações. Naquele momento, o gestor municipal de saúde não exercia acompanhamento e monitoramento direto das ações desenvolvidas pelas ONGs/aids. Isso porque a Secretaria Municipal de Saúde dispunha de poucos profissionais e sua preocupação concentrava-se na reorganização dos serviços de testagem e aconselhamento, além daqueles de acompanhamento dos pacientes com a doença.

Nesse cenário de fragilidade das capacidades de gestão do gestor municipal de saúde na área e no qual as ONGs/aids apareciam com maior conhecimento sobre como lidar com a epidemia, a intensa relação entre esses dois tipos de atores fortalecia o papel desses atores sociais. Embora legalmente o gestor municipal de saúde estivesse encarregado de assumir as responsabilidades sobre como, a partir de então, seriam as políticas públicas de prevenção, controle e tratamento da doença, no município, na prática eram as ONGs/aids que pareciam ter o controle sobre quais as ações a serem realizadas e para que público seriam oferecidas. Porém, o gestor municipal de saúde, nesse período apreendeu não apenas sobre a epidemia e sobre as medidas mais adequadas para lidar com ela, como familiarizou-se com o modo de atuação política das ONG/Aids, na área. Esse aprendizado, aliado à troca de comando na Secretaria Municipal de Saúde e na direção do Departamento de DST/HIV/aids, modificou o padrão de relacionamento entre ONGs/aids e gestor municipal de saúde. A partir de 2007, as ONGs/aids perderam espaço na definição da política de atenção à aids no município, como será visto a seguir.

6.2 - O gestor municipal de saúde assume o comando da política de atenção à aids em Novo Hamburgo

Este subcapítulo aborda o modo como se consolidou um novo padrão de relacionamento entre o gestor municipal de saúde e as ONGs/aids no município de Novo Hamburgo, a partir do momento em que desenvolveu-se a capacidade estatal da administração municipal no campo das políticas de DST/aids. Conforme afirmado no subcapítulo 6.1, no período de 2003 a 2006, a relação entre os atores foi marcada pela influente e constante participação das ONGs/aids no processo de conformação da política de atenção à aids desenvolvida no município. Contudo, a partir de 2007, o ingresso de um novo grupo de gestores na coordenação da Política de Incentivo aumentou o controle governamental sobre a definição dos serviços e ações voltadas para a atenção à aids desenvolvidos na rede pública de saúde do município; e sobre a forma de atuação das ONGs/aids, por meio do incremento de mecanismos de monitoramento de suas atividades.

Em 2007, Raul Weber assume a Secretaria Municipal de Saúde e nomeia Solange de Fatima Mohd como coordenadora da Política de Incentivo, que permanecia no cargo em 2012, final do período em análise neste estudo. No período, mudanças significativas ocorreram no âmbito da política de atenção à aids municipal e no padrão de relacionamento entre gestor municipal de saúde e as ONGs/aids. Essa mudança se caracteriza pela ampliação do controle do gestor público no processo decisório sobre a política e pelo distanciamento das ONGs/aids deste processo. A mudança do grupo que comandava o Departamento de DST/HIV/aids, alinhada ao aprendizado institucional adquirido pelos gestores e servidores público, interferiram no envolvimento das ONGs/aids que passaram a exercer menor interferência sobre a organização destas ações.

Alterou-se o modo de participação das ONGs/aids nos espaços de discussão, definição e validação das ações e serviços de saúde oferecidos pela rede pública de saúde municipal, as Programações Anuais de Metas (PAMs). Na primeira fase, de 2003 a 2006, elas eram chamadas a participar no processo decisório sobre as ações a serem desenvolvidas e influenciavam fortemente a definição da Política de

Incentivo local. A partir de 2007, as ONGs/aids diminuíram sua incidência e participação na discussão da Política de Incentivo. Em entrevista a coordenadora do Departamento de DST/HIV/aids destacou que, em meados de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde convidava as organizações da sociedade civil municipais para participarem das reuniões de definição da PAM e que nesses momentos o gestor municipal apresentava uma pré-proposta de ações para o ano seguinte: *“Íamos para a reunião com uma proposta, não dava pra chegar lá sem nada. Tínhamos algo definido e que para nós deveria seguir aquele jeito”*. As ONGs/aids já influenciavam a pauta das ações a serem implementadas, conforme relatou a dirigente da ONGs/aids Associação dos Transgêneros de Novo Hamburgo: *“perdemos um pouco [de espaço], antes interferimos bem mais na política. Mudou, agora eles lá da prefeitura comandam mais que nós”*. Os gestores municipais de saúde passaram a incidir com maior destaque nos debates, discussão e definição das Programações Anuais de Metas PAM. Eles ampliaram seu conhecimento sobre a Política de Incentivo e assumiram a organização e inserção da mesma para dentro das estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Havia, no primeiro período de implantação da Política de Incentivo, um vácuo de capacidade estatal no gerenciamento da política, ocupado pelas ONGs/aids, as quais interferiam diretamente na conformação das ações e serviços de saúde locais. A partir de 2007, o grupo que assumiu a gestão municipal da área ocupou este espaço e passou a ter papel preponderante na definição da Política, em contraste com o que acontecia anteriormente.

Este fato é perceptível na medida em que se observa, por exemplo, as alterações nos formatos de contratação das ONGs para as execuções das ações de prevenção estabelecidas na Programação Anual de Metas. Na primeira gestão, de 2003 a 2006, as ONGs/aids recebiam diretamente da Secretaria da Saúde Municipal os recursos financeiros utilizados no desenvolvimento das ações pré-estabelecidas com o gestor municipal de saúde e oficializadas na PAM. Neste formato de transferência o controle e fiscalização da utilização dos recursos mostrava-se irrelevante e o gestor municipal de saúde acompanhava à distância a execução das ações desenvolvidas pelas ONGs/aids. Os mecanismos de controle sobre a realização

e efetividades das ações eram incipientes. O exíguo quadro de funcionários do setor responsável pela Política de Incentivo não permitia o acompanhamento direto das ações financiadas pelo estado e realizadas pelas ONGs/aids. A única ferramenta de controle utilizada pelo gestor municipal de saúde naquele momento estava restrita a entrega de relatórios de atuação, após a realização das ações. Não havia, portanto, meios e procedimentos burocráticos capazes de monitorar e medir o impacto das ações desenvolvidas pelas ONG, tampouco de acompanhar as formas com que os recursos estavam sendo empregados nas atividades.

Na gestão do período de 2007 a 2012, contudo, foram promovidas mudanças no formato de contratação das ONGs/aids que realizariam as ações previstas na PAM. A partir de então o gestor municipal de saúde promoveu a seguinte alteração: se, anteriormente, os recursos eram liberados em parcela única e a prestação de contas ocorria apenas ao final da execução do projeto, os recursos passaram, a partir de então, a serem liberados em parcelas, mediante comprovação trimestral da execução das ações previstas no cronograma do projeto. O monitoramento e o acompanhamento da realização das ações contratadas passaram a acontecer concomitantemente com sua execução e a cada trimestre as ONGs/aids necessitam apresentar a prestação de contas daquele período, para que os recursos subsequentes fossem liberados. Além disso, as ONGs/aids deveriam apresentar em seus projetos, formas de execução e os materiais que seriam utilizados na realização das ações, para que fossem avaliados e aprovados pela coordenação municipal da área, bem como pelo Conselho Municipal de Saúde. Essas mudanças foram efetuadas em consonância com as alterações no regimento nacional de transferência de recursos.

A quantidade de ações financiadas foi reduzindo ao longo dos anos. Conforme mostra o Quadro 4 até 2009 foram financiadas ações para diferentes públicos alvos: usuários de drogas, adolescentes, população homossexual e profissionais do sexo. A partir de 2010 as ações se centraram na execução de atividades de prevenção à aids em escolas do municípios. Estes contratos foram prorrogados em 2012, sem a inclusão de novas ações.

Quadro 4 - Ações financiadas pela Política de Incentivo

Ano	Equipe Voluntária Brasil	Associação de Transgênero de Novo Hamburgo
2005	Convênio nº 067/2005 – assinado em 29/11/2005. Objeto: Cooperação mútua entre o Município e a Conveniada, para apoio financeiro do Projeto para Desenvolver Ações Assistenciais, Educação, Informação e Prevenção às DST/HIV/AIDS. Valor: R\$ 10.000,00.	Convênio nº 066/2005 – assinado em 29/11/2005. Objeto: Cooperação mútua entre o Município e a Conveniada, para apoio financeiro do Projeto para Desenvolver Ações Assistenciais, Educação, Informação e Prevenção às DST/HIV/AIDS. Valor: R\$ 10.000,00.
2006	Convênio nº 083/2006 - assinado em: 27/10/2006. Objeto: Cooperação mutua entre o Município e a Conveniada, para apoio financeiro ao Projeto “Blitz de Prevenção”, que tem a finalidade de custear as despesas necessárias para administrar o Projeto para Desenvolver Ações Assistenciais, Educação, Informação e Prevenção às DST/HIV/AIDS. Valor de R\$ 18.000,00.	Convênio nº 081/2006 - assinado em: 24/10/2006 Objeto: Cooperação mútua entre o Município e a Conveniada para apoio financeiro ao Projeto para Desenvolver Ações Assistenciais, Educação, Informação e Prevenção às DST/HIV/AIDS. Valor: R\$ 18.000,00.
	Convênio nº 082/2006 – Cooperação mutua entre o Município e a Conveniada, para apoio financeiro ao Projeto “Se Liga”, que tem a finalidade de custear as despesas necessárias para administrar o Projeto para Desenvolver Ações Assistenciais, Educação, Informação e Prevenção às DST/HIV/AIDS. Valor de R\$ 18.000,00.	
2008	Prestação de serviço de trabalho de prevenção de DST's/HIV/AIDS, com adolescentes, moradores de rua, usuários de drogas. Valor: R\$ 29.500,00	Prestação de serviço de trabalho de prevenção de DST's/HIV/AIDS, profissionais do sexo, transexuais, gays e lésbicas. Valor: R\$ 15.000,00
2009	Termo nº 368/2008 de Aditamento ao Contrato nº 117/2008 – Convite nº 038/2008. Termo assinado em 29/12/2008, resolvem aditar o prazo de vigência previsto na Cláusula sétima do contrato original, prorrogando o mesmo por até 180 (cento e oitenta) dias – em favor de: Equipe Voluntária Rio Grande do Sul.	Termo nº 367/2008 de Aditamento ao Contrato nº 116/2008 – Convite nº 038/2008. Termo assinado em 30/12/2008, resolvem aditar o prazo de vigência previsto na Cláusula sétima do contrato original, prorrogando o mesmo por até 180 (cento e oitenta) dias – em favor de: Associação de Transgêneros de Novo Hamburgo.
2010	Contrato nº 178/2010. P.P. 29/2010. Prevenção de DST's junto às escolas e demais entidades do município. Valor: R\$ 30.000,00.	Contrato nº 171/2010. P.P. 29/2010. Prevenção de DST's junto às escolas e demais entidades do município. Valor: R\$ 15.000,00.
2011	Documentação indisponível	
2012	Termo Aditivo nº 01/2011 ao Contrato nº 178/2010. Assinado em 08/12/2011, fica o prazo de vigência do contrato nº 178/2010, prorrogado por mais 12 meses, a contar de 08/12/2011.	Termo Aditivo nº 01/2012 ao Contrato nº 171/2010. Assinado em 08/12/2011, fica o prazo de vigência do contrato nº 171/2010, prorrogado por mais 12 meses, a contar de 08/12/2011.

Fonte: quadro elaborado pelo autor, a partir do Diário Oficial do município de Novo Hamburgo.

As ONGs/aids perderam espaço político no processo de elaboração da Programação Anual de Metas (PAM). Em suas entrevistas, seus representantes relatam que com a mudança no do grupo de dirigentes das políticas de DST/aids na Secretaria Municipal de Saúde, suas demandas deixaram de ser atendidas pelo gestor municipal de saúde. No novo padrão assimétrico de relacionamento entre elas e o gestor municipal de saúde, o controle no processo decisório sobre a implementação da Política de Incentivo e das demais atividades de atenção à aids passara das ONGs/aids para a Secretaria Municipal de Saúde.

Se por um lado, dessa forma, atendia-se ao objetivo de inserir as ações de prevenção, controle e tratamento da doença no conjunto das ações de saúde oferecidas no âmbito do SUS, por outro, a exclusão das ONGs/aids do processo decisório da área foi interpretada como autoritária por essas organizações. De acordo com entrevistados que representavam essas organizações os canais de diálogo tornaram-se limitados. A participação das ONGs/aids no processo de definição das ações e serviços de saúde a serem oferecidos no município reduziu-se ao longo da implementação da Política de Incentivo, conforme destacou a dirigente da ONG Associação de Transgêneros de Novo Hamburgo (ANTH): *“acreditávamos que nossa participação seria bem maior, que nem no começo. Só que o tempo foi indo e perdemos um pouco de espaço nas decisões. Acho que a coordenadora tomou conta da política”*. Até mesmo a coordenadora do Departamento de DST/HIV/aids, entre 2007 e 2012, reconhecia que a atuação do gestor de saúde mudou tornando-se mais direta e eficiente: *“reorganizamos o departamento para prestarmos um serviço melhor. Melhorou, os serviços aos pacientes, as notificações. Agora temos um serviço de melhor qualidade. [...] Mudamos algumas coisas, como as ações de prevenção que as ONGs fazem, porque sabem fazer e não conseguimos fazer isso, falta pessoal”*.

Quadro 5 - Características do relacionamento entre os atores

Período	Gestor de saúde	ONGs/aids
2003 a 2006	Controle incipiente sobre a política	Participação direta na definição da política
(Mudança de gestão) 2007 a 2012	Amplo controle sobre a política	Redução na participação da definição da política; execução de ações

Fonte: quadro elaborado pelo autor.

No quadro 5 apresenta as características dos atores e o padrão de relacionamento entre ambos durante o período analisado, 2003 a 2012. O modelo de relação entre os atores alterou-se neste período, pois constatou-se diminuição da participação das ONGs/aids no processo de definição da Política de Incentivo. Além disso, com a mudança do coordenador do Departamento de DST/HIV/aids em 2007, com perfil técnico-administrativo, ampliou-se o controle da Política de Incentivo por parte do gestor público.

A ampliação do comando da Política de Incentivo pelo gestor municipal também foi detectada em outros estudos (DUARTE, 2008; FONSECA, 2007; LANDIN, 2008). Os autores constataram que os gestores de saúde locais apropriaram-se da política e, de forma lenta e gradual, estabeleceram outro padrão de relacionamento com as ONGs/aids, distanciando-as do processo de construção da resposta local.

Essa relação tornou-se visível neste estudo de caso. Porém é preciso destacar que mesmo apropriando-se da política, o gestor municipal de saúde não rompeu completamente as relações com as ONGs/aids. No rearranjo da relação o gestor municipal aproximou-se daquela ONG/aids que, em certa medida, também representa os valores e visão da política, semelhantes ao seu. Ou seja, que trata e considera a política de atenção à aids em seu aspecto técnico-administrativo em detrimento da busca por defesa de direitos, humanos e políticos, defendidos pela ONG/aids que fora distanciada do processo de construção da política.

Este estudo de caso demonstra que as relações entre o gestor municipal de saúde e as ONGs/aids alteraram-se nos dez anos iniciais da Política de Incentivo. Inicialmente as ONGs/aids influenciavam diretamente o modelo da política adotada localmente. Todavia, com o passar do tempo o gestor de saúde e demais funcionários públicos ampliaram seu conhecimento acerca da Política de Incentivo. A mudança no cargo de Coordenador do Departamento de DST/HIV/aids, em 2007, também pesou para que o gestor de saúde ampliasse seu controle sobre a Política de Incentivo e a implementasse diretamente no município, inserindo-a, de fato, nas estruturas estatais do Sistema Único de Saúde.

7. Considerações finais

Esta pesquisa tratou do impacto da transferência das funções de gestão de políticas do nível federal para o municipal sobre as relações entre os gestores municipais de saúde e as ONGs/aids. O objeto de estudo escolhido para analisar o impacto das transferências de funções gestoras foi a Política de Incentivo, em vigor desde 2003.

A partir de um estudo de caso buscou-se investigar como se estabeleceram as novas relações entre o gestor municipal de saúde e as ONGs/aids sediadas no mesmo município. Estas relações interferem e moldam diretamente o formato, ações e serviços de saúde oferecidos pela rede pública de saúde, sendo resultado de disputas, crenças e poder de cada um dos atores envolvidos no processo de definição da política. De um lado, tem-se o gestor municipal de saúde, na esfera estatal, representado pelo cargo de coordenador da Política de Incentivo, e, do outro, as ONGs/aids, esfera da sociedade civil, representadas por seus dirigentes.

O primeiro aspecto analisado referiu-se às responsabilidades do gestor municipal de saúde antes e depois da descentralização da Política de Incentivo. Antes, o gestor municipal de saúde geria os serviços da área, a partir de convênios firmados entre ele e o gestor federal. Neste período, cabia ao gestor de saúde do município, organizar e oferecer os serviços de testagem e aconselhamento. Nos casos detectados da doença a rede municipal de atenção à saúde oferecia os serviços clínicos, como a realização de exames e a distribuição de medicamentos antirretrovirais. Em ambos os casos, estes serviços dependiam da estrutura estadual – laboratório para análise das amostras sangue – o que, por vezes, implicava em retardamento do diagnóstico e, conseqüentemente, comprometia a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes com a doença.

Com a Política de Incentivo, instituída a partir de 2003, o gestor municipal de saúde pode organizar e gerir todo o processo de testagem e aconselhamento, bem como os serviços clínicos de saúde para os pacientes com aids. Os recursos oriundos

da política permitiram a ampliação e manutenção desta estrutura em nível local, qualificando os serviços de saúde oferecidos à população. Além disso, proporcionou significativa melhora no processo de notificação dos casos de aids, pois ampliou a estrutura e qualificou o quadro de recursos humanos responsável pelo setor de notificações e seus registros no SINAN (Sistema Nacional de Agravos e Notificações).

Antes da descentralização da Política de Incentivo o gestor federal de saúde, especificamente, o Departamento Nacional de DST/aids, era responsável por elaborar e implementar as ações e serviços de prevenção à aids. Em determinados momentos, de acordo com o perfil epidemiológico local, o ente federal financiava ações locais, em estados e municípios, onde a epidemia apresentava situações emergenciais como, por exemplo, em Porto Alegre onde os casos registrados, na década de 1990, eram concentrados na população usuária de drogas injetáveis. Nestes casos, as ações eram realizadas pelos gestores estaduais de saúde com o apoio das ONGs/aids, as quais executavam projetos financiados pelo ente federal.

Os gestores municipais de saúde, resguardados aqueles dos municípios com população acima de um milhão de habitantes, não financiavam ações de prevenção à doença em seus territórios. As ONGs/aids, por sua vez, buscavam financiamentos junto aos entes federal e estadual. Relacionando-se com os gestores federais e estaduais de saúde as organizações não-governamentais acumularam conhecimento, meios e caminhos para sustentar suas ações e, ao mesmo tempo, participar e interferir diretamente na conformação da política geral da área. Desta forma, logo após a descentralização da Política de Incentivo, estas organizações atuaram de forma incisiva e determinante na conformação das ações locais, já que o gestor municipal de saúde iniciava sua participação direta nas decisões e desenho da política.

A hipótese/diretriz utilizada para conduzir a pesquisa salientava que ao alterar as relações entre gestores públicos e as ONGs/aids, transferindo funções da esfera federal à municipal, a Política de Incentivo permitiria que as organizações da sociedade civil atuantes no município intensificassem seu relacionamento com o gestor municipal de saúde e atuassem diretamente na conformação das ações locais de prevenção à aids. Verificou-se, entretanto, que o gestor municipal de saúde

passou a atuar de modo incisivo na conformação das ações de prevenção realizadas no município de Novo Hamburgo. As ONGs/aids, por outro lado, que no período inicial da Política de Incentivo apresentavam papel de destaque na elaboração e execução das ações de prevenção à aids, perderam espaço para o gestor municipal de saúde e deixaram de influenciar, num segundo momento, a conformação da política de atenção à aids local.

Ao decorrer dos anos, conforme discutido no sexto capítulo, o gestor municipal de saúde apropriou-se destes conhecimentos e passou a gerir os rumos da política em nível municipal. Este empoderamento lhe proporcionou maior controle sobre a Política de Incentivo. Alinhado à estrutura burocrática estatal, este empoderamento ampliou a capacidade do Coordenador do Departamento de DT/HIV/aids sobre a gestão da Política de Incentivo e acabou se sobrepondo as ONGs/aids nas instâncias de participação e conformação da política em nível local.

Outro aspecto que contribuiu para a ampliação da atuação do gestor municipal de saúde frente à Política de Incentivo foi a manutenção do cargo de gestão da política. Embora tenham ocorrido trocas no cargo executivo municipal – inclusive, com partidos de ideologias opostas – houve a permanência da mesma gestora no cargo de Coordenadora do Departamento de DST/HIV/aids do município.

Em relação à conformação das ações e serviços de atenção à saúde locais percebe-se a maior incidência do gestor municipal de saúde, tanto na formatação quanto definição das ações de saúde a serem realizadas no município, especialmente na formatação das ações de prevenção desenvolvidas pelas ONGs/aids. Cabe ressaltar que a definição das ações de saúde, num primeiro momento, definiam-se com maior envolvimento e interferência das ONGs/aids e que, com o passar do tempo, ocorreu uma diminuição de sua participação. Se, ao descentralizar a Política de Incentivo, as ONGs/aids dispunham de canais institucionais e influenciavam de maneira direta a conformação da política, no decorrer do período analisado, de 2003 a 2012, o gestor municipal de saúde adquiriu conhecimento sobre a política e, alinhado aos longos períodos na coordenação desta, passou a formatar e gerir a política de modo incisivo.

O acúmulo de conhecimento para gerir a política, bem como a manutenção do gestor municipal no cargo são as principais razões que concorrem para explicar a ampliação do controle da política nas mãos do Coordenador do Departamento de DST/HIV/aids municipal. Não parece ter havido enfraquecimento das ONGs/aids, já que estas mantiveram, ao longo do período analisado, relações com os demais entes federativos, gestores estaduais e federais de saúde, obtendo deles financiamentos contínuos para a realização de suas ações. O que se verifica é que, no caso específico de Novo Hamburgo, a atuação das ONGs/aids, na conformação da política, foi diminuindo ao longo dos anos, consequência da postura e atuação do gestor municipal de saúde.

Analisou-se, também, a conformação das ações em parceria com as ONGs/aids. Nele buscou-se compreender o modelo de relações, entre o gestor municipal e as ONGs/aids, no processo de definição das ações e serviços de saúde da área. Percebeu-se a ampliação do poder do gestor municipal de saúde como formador e definidor da política a partir da fiscalização das ações realizadas pelas ONGs/aids. Nos primeiros anos da descentralização da Política de Incentivo as ONGs/aids executavam as ações sem serem submetidas ao monitoramento do gestor municipal de saúde. O regramento iniciado em nível federal expandiu-se aos municípios e, desta forma, o Departamento de DST/HIV/aids local monitorou constantemente a utilização dos recursos públicos repassados às ONGs/aids.

A Política de Incentivo promoveu a descentralização da gestão de parte das ações de saúde voltadas a epidemia de aids para a esfera municipal. Os municípios passaram a receber recursos para a execução de ações sob sua responsabilidade. Parte destas ações são voltadas para a área de prevenção à doença. Elas são realizadas, em sua maioria, por ONGs/aids, especialistas no assunto e com atuação em diferentes segmentos e grupos sociais. Para as ONGs/aids a Política de Incentivo permitiria, assim como nas demais áreas em que ocorreu a descentralização de responsabilidades, que elas estivessem mais próximas de recursos para financiar suas ações, bem como atuarem na definição e escolha das ações de prevenção a serem realizadas em nível local. Todavia, esta pesquisa evidenciou que as ONGs/aids locais, analisadas neste estudo de caso, não

conseguiram manterem-se atuantes e influentes na conformação das ações de prevenção locais. Neste caso a balança pesou mais para o lado do gestor que passou a controlar as ações financiadas por ele e desenvolvidas pelas ONGs/aids, além de induzir, como o gestor federal ao lançar editais para ações específicas, o modelo e áreas de atuação das organizações da sociedade civil locais.

Este estudo de caso demonstrou a transformação no padrão de relações entre as Organizações Não Governamentais e o gestor municipal de saúde após a implementação da Política de Incentivo. A hipótese guia deste estudo indicava que as ONGs/aids deixariam suas marcas na política local. Percebeu-se, contudo, que com o passar do tempo, o gestor municipal adquiriu conhecimento sobre a Política de Incentivo e passou a incidir mais concretamente sobre ela.

Conforme constado em outros estudos as Organizações Não Governamentais, com o passar do tempo da implementação da Política de Incentivo, diminuíram sua intensidade de atuação e definição da política em nível municipal. O gestor municipal, por outro lado, adquiriu conhecimento acerca da Política de Incentivo, ampliou sua atuação frente a política e a introduziu às estruturas públicas de atenção à saúde.

Embora diversas obrigações, quanto a organização e prestação de serviços de saúde, fossem atribuídas ao gestor municipal de saúde, esperava-se encontrar uma maior participação das ONGs/aids na conformação da Política de Incentivo local. Elas, por sua vez, atuaram de maneira contundente nos anos iniciais da implementação da Política de Incentivo, na medida em que influenciavam as escolhas das ações de prevenção a serem adotadas pelo gestor municipal de saúde e realizadas pelas ONGs/aids no município analisado. É importante ressaltar que embora as ONGs/aids seguissem realizando as ações de prevenção à aids no município de Novo Hamburgo, o gestor municipal de saúde ampliou seu controle sobre a execução das mesmas, já que passou a gerir a Política de Incentivo em sua totalidade dentro do município. Com isso o gestor municipal de saúde assume completamente suas prerrogativas na gestão da Política de Incentivo o que é visto, por parte das ONGs/aids, como uma centralização de poder e redução de sua

participação na conformação, especialmente, das ações de prevenção à aids desenvolvidas por elas localmente.

A descentralização de funções e responsabilidades promovidas pela Política de Incentivo para o gestor municipal proporcionou-lhe assumir o controle da política em nível local. Essa constatação é perceptível na medida em que o padrão de relacionamento entre o gestor público e as ONGS/aids modificou-se durante os dez primeiros anos da Política de Incentivo. Cabe, a partir de agora, analisar o prosseguimento desta política em nível local, visto que, a partir da ação de gestores públicos municipais, a problemática da aids se insere, cada vez mais, dentro das estruturas do Sistema Único de Saúde.

Referências

ABRÚCIO Fernando Luiz. Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. Relatório final de pesquisa para o NPP. São Paulo; 2002.

ABRUCIO, Fernando Luiz & COSTA, V. M. F. Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro. São Paulo, Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998.

ARRETCHE, M.T.S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência das políticas públicas? Rev. Bras. Ciênc. Soe. (31):44-66,1996.

BARROS, E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2003 (Série Técnica, n. 4).

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Ano I, nº 1, 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf Acesso em 21/05/2012.

BOLETIM INFORMATIVO UNAIDS, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE B 2001b. AIDS II : Relatório de Implementação e Avaliação - Dezembro de 1998 a maio de 2001. ASPLAV/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST e Aids, Brasília.

BRASIL. Portaria 12.234/99. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/incentivo/>

BRITO, Ana Maria, et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical. 34(2): 207, março/abril, 2000

CAMARA, Cristina. Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à aids. Rev. Impulso,32, pp. 57-68, 2002.

CAMPOS, Luiz Claudio Marques. ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. Rev. adm. empres.[online]. 2008, vol.48, n.3, pp. 81-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a08v48n3.pdf>

CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. A trajetória dos movimentos sociais. In: Evelina DAGNINO(org.), Anos 90: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

CARVALHO, AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CORTES, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública[online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1626-1633. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/22.pdf> Acesso em: 21/10/2013

DUARTE, Carlos Alberto Ebeling. O paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de dst/aids: visão de entidades representativas do movimento social em municípios selecionados do rio grande do sul. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, UFRGS. Porto Alegre, 2008.

EVANS, Peter B. Embedded autonomy: states and industrial transformation. Princeton, N.J. Princeton University Press, c1995

FACCHINI, Regina. Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FALEIROS, Vicente de P.; SILVA, Jacinta de Fátima S.; VASCONCELLOS, Luis Carlos F.; SILVEIRA, Rosa Maria. A Construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

GALVÃO, Jane. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GERSCHMAN, Silvia and SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Rev. bras. Ci. Soc. [online]. 2006, vol.21, n.61, pp. 177-190. ISSN 0102-6909. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf> acesso em 15 de agosto de 2011

GERSCHMAN, Silvia e VIANA. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In.: LIMA, Nísia; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Julio (orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GIL, Antônio Carlos. Estudo de Caso: Fundamentação Científica, Subsídios para Coleta e Análise. São Paulo: Atlas, 2009.

GIRALDELLI, Bernadette Waldvogel. Os números da AIDS São Paulo surpreende. São Paulo em Perspectivas, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 45-55,1992. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_07.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

GOULART, Flavio. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

GRANGEIRO, Alexande, et.al. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. Brasília. Tempus Acta em Saúde Coletiva.2010, pp.14-33. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/.../776 acesso em 12 de maio de 2011

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998, 2000. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador

HALL, Peter A. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. University of New York, Comparative Politics, v. 25, n. 3, 1993.

HECLO, Hughes. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, New Haven, Yale University Press. 1974.

IBGE, Censo Demográfico, 2010.

KONRATH, Gabriela Michel. O município de Novo Hamburgo e a campanha de nacionalização do Estado Novo no Rio Grande do Sul. 2009. 68 f. : il. Trabalho de conclusão (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Licenciatura em História, Porto Alegre, RS, 2009.

LANDIM, Edivânia Lucia Araújo Santos Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia : desafios para o município como território de práticas de saúde, 2008.

LAVALLE, Adrian Gurza. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. *Novos Estudos CEBRAP* 2003; 66:91-109.

LEAL, Andrea Fachel. No peito e na raça; a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil. Porto Alegre, 2008. Tese de doutorado apresentada no PPGAS/UFRGS.

LEI MUNICIPAL 2.400/2011. Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, RS.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais

MACHADO CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2006, 20(1): 44-49. Disponível em: http://journal.paho.org/?a_ID=875#xpan3

MARQUES, Eduardo Cesar. Notas Críticas à literatura sobre estado, políticas estatais e atores políticos. *BIB*, Rio de Janeiro, nº 43, p. 67-102, 1997.

MATTOS, Ruben Araujo; TERTO, Veriano Júnior; PARKER, Richard. As estratégias do Banco Mundial e a Resposta à aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N1.pdf> Acesso em 08 de outubro de 2011.

MENDONCA, Patricia Maria Emerenciano de; ALVES, Mario Aquino e CAMPOS, Luiz Claudio. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. *RAE electron*. [online]. 2010, vol.9, n.1, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v9n1/v9n1a7.pdf>

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude soc*. [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 72-87. www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf Acesso em 25 de setembro de 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.7 pp. 1620-1625. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf> acesso em 15 de agosto de 2011.

OFFE, C. I. Designing institutions in east European. In: GOODIN, R. E. The theory of institutional design. Cambridge Press, 1996.

PARKER, Richard. (2003). Building the foundations for the response to HIV/AIDS in Brazil: The development of HIV/AIDS policy, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, 27,143-183.

PARKER, Richard. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids. [Mimeo]. 2001

PARKER, Richard. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Abia, 1997.

PETRY, Leopoldo. Novo Hamburgo: O florescente município do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo: Ed. Rotermond, 1963.

PINTO, Celi Regina Jardim. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Ver. Bras. Ciências Sociais*, 19, 2004.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, no prelo).

PIRES, Denise Ribeiro Franqueira. Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de aids. 2006, 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2006.

PRZEWORSKI, A. Estado e economia no capitalismo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Públ.* 1997; 13: 81-92.

RIETH, Ricardo Willy. Imigração, colonização e associativismo evangélico. *Estudos Teológicos*, v. 47, n. 2, p. 27-43, 2007.

ROVERSI-MONACO F. Descentralização e centralização. In: Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G, organizadores. *Dicionário de política*. 7a Ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1995. p. 329-35.

SAMPAIO, J; ARAUJO JR, JOSÉ L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. [Serial online] *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Cited 2010 Sep 23] 2006 6(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000300010&lng=en

SCHERER-WARREN, Ilse. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. In: *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 21, n.1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. ONG/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: volume 14, suplemento 2:129-139, 1998.

SIMÃO, Mariangela. HIV/aids no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde, 2009. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50294/hiv_aids_no_brasil_p_ortugues_doc_85374_1_pdf_24925.pdf

SIMÃO, Mariangela. Desafios para a descentralização das políticas e ações de HIV/AIDS. In: 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.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State back in: Strategies of analysis in current reserch. New York: Cambrige University Press, 1985.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7(3), p.431-442. Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2005, n.24, pp. 105-121.

SOUZA, Renilson Rehem. O sistema público de saúde brasileiro. São Paulo, 2002. Disponível em:
[http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro(CEST).pdf) Acesso em: 21 de maio 2011.

TAGLIETTA, Moisés Francisco Baldo Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo./ Moisés Francisco Baldo Taglietta. Rio de Janeiro: s.n., 2006.

TAPIA, Jorge R. B. and GOMES, Eduardo R.. Idéias, interesses e mudanças institucionais. *Tempo soc.* [online]. 2008, vol.20, n.1, pp. 239-264. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ts/v20n1/a12v20n1.pdf> Acesso em 13 de outubro de 2012.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. 1997. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, p. 43-68.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Rev Adm Pública* 1990; 24:78-99.

TELLES, Vera da Silva. Movimentos sociais: reflexões sobre a experiência dos anos 70, in Scherer-Warren I. e Krischke P. J. (orgs.) Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Plan. Pol. Públicas*, (5):31-51, 1991.

TRAMONTINI, Marcos Justo. A Colônia de São Leopoldo: A organização social dos imigrantes na fase pioneira (1824-1850). Tese. Porto Alegre: PUCRS, 1997.

UGA, M.A.D. Descentralização e Democracia: o outro lado da moeda. Plan. Pol. Públicas (5):87-104,1991.

UNAIDS. www.unaids.org, 2010

WEIR, Margaret e SKOCPOL, Theda. State structures and the possibilities for 'Keynesian' responses to the Great Depression in Sweden, British, and the United States. In Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich & Skocpol, Theda. Bringing the State Back In. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

YAN, Robert k. Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. 4ª Edição. São Paulo: Bookman, 2010.

Anexo

Roteiro entrevista (ONGs)

- Conte-me um pouco sobre a ONG. Há quanto tempo existe, quais trabalhos realiza atualmente e já realizou, quantas pessoas são envolvidas nas ações de prevenção.
- Como a ONG percebe a aceitação do seu trabalho na sociedade?
- O que a ONG compreende por Política de Incentivo?
- Como a ONG financiava suas ações antes da Política de Incentivo? E Depois?
- Há algum projeto desenvolvido em parceria com a prefeitura? Qual é o objetivo deste projeto? Como conseguiram estabelecer esta parceria?
- Como descreveria a relação da ONG com o gestor municipal?

Roteiro entrevista (gestor)

- Como se organizava as ações de atenção e prevenção à aids antes da Política de Incentivo? Qual era o papel de gestor local?
- Qual o papel do gestor na organização da atual política de aids?
- Como está organizada a Política de Incentivo em Novo Hamburgo?
- Como a PAM é elaborada?
- Qual a visão que o gestor tem das ONGs que atuam no município?