



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Departamento de Administração

PATRÍCIA ARAÚJO GONÇALVES

O Conselho Nacional de Saúde: A Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS (CIADAIDS) e sua atuação na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.

Brasília - DF
2014

PATRÍCIA ARAÚJO GONÇALVES

O Conselho Nacional de Saúde: A Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS (CIADAIDS) e sua atuação na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Christiana Soares Freitas.

Brasília- DF
Dezembro, 2014

PATRÍCIA ARAÚJO GONÇALVES

O Conselho Nacional de Saúde: A Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS (CIADAIDS) e sua atuação na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília.

Patrícia Araújo Gonçalves

Doutora Christiana Soares
Freitas
Professora- Orientadora

Doutora Suely Mara de
Araújo
Professora-Examinadora

Brasília-DF
Dezembro, 2014

DEDICATÓRIA

*A minha mãe, Jovina Gonçalves,
pelo exemplo de mulher
guerreira que sempre lutou pelo
bem estar de sua família e por
ter me ensinado a ser guiada
pelo coração e pela fé em Deus.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que sempre me abençoou e esteve presente na minha vida.

À minha família, por me dar uma boa educação. Agradeço, especialmente, ao meu pai, que sempre acreditou no meu potencial e investiu fortemente na minha formação. E a minha mãe Jovina, pelo estímulo e pelas orações.

À minha irmã Raíssa, pelo ombro amigo e por me ajudar nas áreas em que demandaram mais criatividade.

Ao meu namorado, por me ouvir, dar apoio e ajudar a revisar os meus textos.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado em todos os momentos, dando força, carinho e atenção.

Agradeço à professora Christiana Freitas, orientadora da monografia, pela parceria, auxílio e compreensão.

RESUMO

A participação social em políticas públicas pode ser vista como um instrumento para o efetivo exercício da democracia participativa no Brasil, pois atua na legitimação e na eficácia das ações governamentais. A Constituição Federal de 1988 foi fundamental para a conquista de mecanismos de participação social, sendo o princípio participativo um preceito constitucional. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas emergiram, desse aparato legal, como espaços de articulação entre o Estado e a sociedade civil que deliberam acerca das políticas públicas. Assim, o Conselho Nacional de Saúde foi escolhido em virtude da relevância da atuação dos conselhos de saúde no Brasil. Entretanto, existem desafios para desempenho efetivo da participação social nos conselhos. Nessa perspectiva, o objetivo do presente trabalho é analisar o trabalho da Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a partir da inserção de suas propostas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais, no período de 2011 a 2014, apontando os principais desafios encontrados nesse processo. O presente estudo foi desenvolvido mediante pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A partir de entrevistas realizadas com agentes públicos do CNS e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Democracia participativa. Participação social. Conselhos gestores de políticas públicas. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS (CIADAIDS).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de entrevistados por cargo e área de atuação no Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde.....47

Quadro 2 – Categorias de Análise de Conteúdo.....48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Justificativa.....	11
1.2. Problema.....	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1. Reflexões acerca da Democracia Representativa, Participativa e Deliberativa.....	14
3.2. Participação e Controle Social.....	19
3.2.1 Controle Social.....	26
3.3. Conselhos Gestores de Políticas Públicas.....	27
3.4. O Conselho Nacional de Saúde- CNS e a CIADAIDS.....	31
3.4.1 Composição e processo eleitoral.....	34
3.4.2 Competências.....	35
3.4.3 Estrutura Organizacional.....	36
3.4.4 Atos emanados pelo CNS.....	37
3.4.5 Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS.....	39
3.5. Evolução da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais.....	41
3.5.1 Atual Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais.....	43
4. METODOLOGIA.....	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 A configuração da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais.....	50
5.2 Desenho Institucional e funcionamento da CIADAIDS e do CNS.....	53
5.3 Propostas apresentadas pela Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS.....	55
5.4 Incorporação das recomendações e resoluções na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014 (potencialidades e desafios).....	65
5.5 Principais desafios ao fortalecimento da relação entre Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, o Conselho Nacional de Saúde, e a CIADAIDS.....	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Cidadã de 1988, os conselhos gestores tornaram-se instituições importantes no âmbito das políticas públicas. Eles se consolidaram por meio dos princípios constitucionais que orientam a participação da sociedade na condução dessas políticas, das legislações regulamentadoras que condicionam o repasse de recursos federais à sua existência e do processo de descentralização, que promoveu a disseminação dos mesmos pelos municípios e estados brasileiros.

Os Conselhos Gestores se constituem como canais institucionalizados de participação que reconfiguram “as relações entre Estado e sociedade e instituem uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental e, idealmente, de co-responsabilização quanto ao desenho, monitoramento e avaliação de políticas” (CARNEIRO, 2007. p. 149).

Segundo Carneiro (2007), os conselhos de políticas públicas podem ser vistos como espaços de formação de vontades e de opinião, representando mecanismos de ação, que inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse público, para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas.

Entretanto, atualmente, existe a necessidade de aprimorar os mecanismos existentes de participação social, dessa forma, é necessário analisar criticamente as instâncias de participação já consolidadas, no caso conselhos gestores de políticas públicas.

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937 como um órgão consultivo, porém, em 1990, o conselho passa a ter natureza deliberativa e a ser integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde. Atualmente, o CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter permanente e deliberativo que tem por objetivo fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde. Dentre as competências do Conselho está a de aprovar e acompanhar o orçamento da saúde, além de aprovar, a cada quatro anos, o Plano Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS (CIADAIDS) é uma das comissões que compõe o CNS, ela possui caráter consultivo e de assessoramento ao plenário do CNS. É responsável pela formulação do calendário das reuniões e de plano de trabalho, pela realização de estudos e debates, acompanhamento da elaboração e implantação das políticas de DST. Os resultados de suas reuniões se transformam em propostas e recomendações que são encaminhadas para apreciação do plenário da CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a).

A CIADAIDS foi criada para fortalecer o diálogo entre o governo federal e as instâncias de participação social. Considerando que a epidemia de HIV/Aids surge no Brasil, na década de 80, em um momento de intensa mobilização política e social. Ela foi responsável por mudanças significativas em outros campos além da saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença trazendo desafios para a área científica.

A participação de atores dos movimentos sociais foi fundamental nesse processo. E, nesse contexto, a resposta do Governo Federal foi assumir oficialmente o HIV/aids como um problema de saúde pública que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais do país. O estudo da epidemia de HIV/AIDS é relevante para estudar as políticas de saúde pública (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996).

Dado o devido caráter introdutório, o objetivo do presente trabalho é analisar o trabalho da Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS do CNS a partir da inserção de suas propostas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais, no período de 2011 a 2014, apontando os principais desafios encontrados nesse processo. Para isso, inicialmente, foram feitas reflexões acerca da democracia representativa, participativa e deliberativa, da participação social e do controle social no Brasil no campo das políticas públicas, a partir de autores como: Cristiano de Faria (2012), Solange Dias (2007), Bresser Pereira (2005), Eduardo Gomes (2003), dentre outros. Também se apresentou a definição dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, do Conselho Nacional de Saúde (dimensão institucional), da CIADAIDS e da Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais por meio dos seguintes de autores: Carlos Milani (2008), Brian Wampler (2010), Luciana Tatagiba (2007), Lígia Lüchmann

(2009), Carla Carneiro (2007). E, por último, a epidemia de Aids do Brasil foi caracterizada a partir do trabalho de autores como Patrícia Pinheiro; Neiva Vieira; Maria Alves (1996).

Em seguida, foi definida a metodologia, a pesquisa documental e a pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturadas presenciais com Assessores Técnicos e/ou Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde; e servidores e/ou consultores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Para a análise das informações obtidas nas entrevistas, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, a partir da definição de categorias de análise.

Por último, nos resultados e discussões, são apresentadas as evidências do trabalho da Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS de 2011 a 2014, analisando a incorporação das propostas dessa comissão no processo de implementação da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais.

1.1 Justificativa

A Constituição de 1988 apresenta uma nova configuração para a gestão das políticas públicas, instituindo novos mecanismos nos processos de tomada de decisões, o que faz emergir um regime de ação pública descentralizada, no qual são criadas formas inovadoras de interação entre governo e sociedade através de canais e estratégias de participação social, como se dá com os Conselhos Gestores.

Entretanto, esse modelo de gestão participativa e descentralizada tem enfrentado grandes dificuldades, uma vez que a tradição centralizadora e autoritária que sempre marcou o Estado brasileiro favoreceu, nas agências governamentais, um padrão de gestão completamente independente da sociedade, ligado às disfunções da burocracia e aos interesses dos detentores do poder.

Dessa forma, existem questionamentos quanto à efetividade da participação social nos processos decisórios e na gestão de políticas públicas. Autores como Fuks e Perissinoto e Tatagiba e Teixeira (2007) apontam para a

existência de disfunções nos mecanismos de participação, o que enfraquece a legitimidade desse processo. Logo é notória a necessidade de se melhorar os mecanismos de participação com o intuito de recrudescer a democracia participativa no Brasil.

A discussão entre a participação social e a gestão em saúde é aquecida a partir de 1990, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) deixa de ser um órgão apenas consultivo e torna-se um canal de interação entre o Estado e a sociedade, passando a possuir natureza deliberativa. Atualmente, dentre as competências do CNS está o dever de exercer o controle social, nos âmbitos público e privado, além de atuar na formulação e no controle da política nacional de saúde.

A escolha do Conselho Nacional de Saúde como estudo de caso deve-se à marcante consolidação, no Brasil, dos conselhos de saúde. Isso ocorreu devido à história de lutas comunitárias em prol da saúde nos anos 70 e ao movimento sanitarista. Já a política de saúde foi escolhida por ser, dentre as políticas sociais, a que mais avançou em termos de descentralização.

Nesse sentido, este trabalho tem o intuito de analisar se as propostas da CIADAIDS estão sendo inseridas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais, além de buscar contribuir para futuras pesquisas na área de participação social e controle social no âmbito das políticas públicas de saúde.

1.2 Problema

O Conselho Nacional de Saúde é referência para outros setores de políticas públicas na implantação de mecanismos de participação popular. Ele possui alta representatividade, sendo composto por uma diversidade de atores, envolvendo companhias farmacêuticas, profissionais de saúde, prestadores de serviços hospitalares e associações de portadores de patologias específicas. Contudo, a literatura aponta que estas relações ocorrem permeadas por conflitos e desigualdades de poder, o que pode influenciar negativamente a efetividade da participação social em razão da existência de questões políticas alheias à agenda. Dessa maneira, pretende-se investigar: Em que medida as

propostas apresentadas pela Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS são efetivamente inseridas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o trabalho da Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS do CNS a partir da inserção de suas propostas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais, no período de 2011 a 2014.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Analisar a configuração da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.
- 2) Analisar as propostas apresentadas pela Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS de 2011 a 2014.
- 3) Identificar as propostas incorporadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.
- 4) Identificar os principais desafios para o fortalecimento da relação entre Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Reflexões acerca da Democracia Representativa, Participativa e Deliberativa

Segundo Cristiano de Faria (2012), o surgimento da democracia representativa ou indireta está relacionado à impossibilidade do exercício da democracia direta nas sociedades. Na ótica da democracia grega, os novos instrumentos de participação política permitiriam, em tese, a interação da sociedade com o Estado, de forma organizada ou não, mais diretamente com os representantes do Estado, fortalecendo o sistema representativo, a democracia e a vontade popular.

Ainda de acordo com Faria (2012), um dos princípios basilares do modelo liberal de democracia é a limitação da participação dos cidadãos na esfera política. Estudiosos do elitismo competitivo defendem que os cidadãos levam em consideração, principalmente, seus objetivos pessoais e individuais, delegando o exercício da gestão pública a representantes eleitos.

Nessa concepção, Faria (2012) aponta que a participação do cidadão concentra-se, principalmente, na participação em eleições, sendo o voto o instrumento de controle sobre seus representantes considerados agentes públicos importantes no campo das políticas públicas. Já o Estado tem o dever de garantir o livre exercício dos direitos individuais. O autor argumenta:

O regime democrático liberal valoriza, em síntese, o papel dos líderes políticos como legítimos representantes da vontade popular, e a maior participação da sociedade nos *affairs* públicos poderia atrapalhar o arranjo institucional que protege os direitos individuais, em especial a liberdade, uma vez que os cidadãos são, de forma geral, civilmente ignorantes e desinteressados em políticas públicas (SCHUMPETER 1976; BURKE, 2009). Max Weber (1946), que apresentou grande contribuição ao pensamento liberal, concluiu que os cidadãos não possuem capacidade técnica, nem estão interessados no exercício da política. Por isso, seu principal papel seria a eleição dos representantes políticos. A complexidade técnica da formulação e implementação de políticas, todavia, justificaria para Weber a criação da burocracia, formada por profissionais especialistas no trato das políticas públicas. Weber também foi um dos precursores da ideia de que os líderes são carismáticos e as massas os seguem – a origem da teoria elitista (FARIA, 2012, p. 33).

Faria (2012) apresenta um conjunto de autores que têm tecido críticas significativas ao regime liberal de democracia, apontando para a necessidade de existir melhor interação entre a esfera política e a civil durante o exercício do poder. O autor apresenta o pensamento de Rousseau, considerado um dos fundadores da vertente republicana de democracia. O pensador francês defendia que a soberania popular deveria ser exercida mais diretamente pelo povo. Assim, o Poder Executivo deveria funcionar por meio de representantes do povo, a sociedade deveria participar diretamente, sem delegação, para exercer plenamente sua soberania. “Além disso, segundo Rousseau, os cidadãos passam a aprender sobre as políticas públicas com o tempo, enfatizando o caráter de educação política do processo participativo” (FARIA, 2012, p. 45).

A democracia representativa, que tem como base o instituto da representação política, segundo Solange Dias (2007), vem apresentando indícios de insuficiência no atendimento às demandas da sociedade contemporânea. Já que o povo, atuando somente por meio de seus representantes, não tem qualquer interferência direta no jogo político.

Ainda que a democracia representativa tenha se tornado inevitável para as sociedades contemporâneas, “o instituto da representação pode, de fato, impingir uma série de obstáculos à soberania popular, decorrentes sobretudo de assimetria de informações e da imperfeição dos instrumentos de sanção” (GOMES, 2003, p. 5).

Para Dias (2007), a partir da universalização do sufrágio, do surgimento de novos atores sociais na vida política, e da ampliação das funções estatais, a representação já não tem mais capacidade de captar as exigências sociais e transformá-las em decisões políticas. Isso gera uma “crise da democracia representativa”, pois o cenário político é marcado por pouca participação eleitoral, além de frustração nas expectativas populares, o que provoca uma queda de apoio do regime democrático.

Os partidos políticos há algum tempo perderam o monopólio da manifestação da vontade popular. Por isso mesmo, as demandas sociais ignoradas pela representação política encontram novos canais de expressão nos arranjos neocorporativos e nos movimentos sociais. Estes, por sua vez, pressionam pela formalização de

instrumentos de participação direta, visando a suprir a deficiência de representação político-partidária (DIAS, 2007, p. 48).

A partir das ideias acima, a autora conclui que a democracia participativa não é a causa, mas a consequência da crise representativa. O discurso seria de complementação das duas e não de substituição. A democracia participativa deve corrigir, ampliar, aperfeiçoar e aprofundar a democracia representativa.

De acordo com Dias (2007), a democracia participativa é caracterizada pela intervenção popular no planejamento, na deliberação, na fiscalização da atuação governamental, por meio de canais formais de participação. Esse regime é considerado um modo que justifica o exercício do poder político pautado no debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação na esfera pública. Na democracia participativa, a legitimidade das decisões políticas se origina de processos de discussão orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e da justiça social.

Segundo Bresser Pereira (2005), o modelo de democracia que advém das sociedades mais avançadas é a democracia participativa ou republicana. Essa forma de democracia é participativa por contar com a participação ativa de organizações do chamado Terceiro Setor como as corporativas e as organizações públicas não-estatais de responsabilização social.

Esse modelo, para Bresser (2005), não exige igual poder substantivo entre os participantes do debate público, nem espera que o consenso será atingido. Nesse tipo de democracia, basta que o debate envolva uma participação substancial das organizações da sociedade civil e siga regras mínimas de ação comunicativa, principalmente o respeito mútuo pelos argumentos que justificam cada posição. Os parlamentares eleitos que tomam as decisões, em última instância, no sistema representativo, mas cada decisão importante será precedida de *amplo debate público*.

Roberto Amaral (2001) aponta em seu artigo “A democracia representativa está morta: viva a democracia participativa!” para a emergência da democracia participativa. Para ele, o ponto de partida da democracia participativa é a democracia representativa, cujas conquistas –como o sufrágio universal, voto direto e secreto, mandato com termo certo, liberdade e

pluralismo partidário e ideológico- são aprofundadas, substituindo-se a preeminência da representação pela participação permanente do cidadão, seja atendendo a mecanismos de consulta, seja principalmente participando do processo deliberativo, administrativo ou parlamentar. Na democracia representativa, a participação é um episódio, restrito às eleições, nas quais o eleitor apenas vota, “perdendo o contato com o eleito e deixando de influir no desempenho de seu mandato, já na democracia participativa a cidadania é permanente, diária, cotidiana” (AMARAL, 2001, p. 26).

Em relação à democracia deliberativa, Faria (2012) argumenta sobre a necessidade do envolvimento dos cidadãos em discussões sobre políticas públicas, procurando garantir a participação igualitária, o respeito mútuo e o desenvolvimento de argumentos racionais durante o debate. Faria (2012) expõe o pensamento de Bessete no seguinte trecho:

Para Joseph Bessette, um dos inventores do termo democracia deliberativa, tal concepção se opõe aos princípios basilares dos modelos pluralistas e econômicos, que podem ser sintetizados nos seguintes pontos: a política deve ser entendida principalmente como conflito de interesses, mero jogo de barganha em detrimento da razão pública; o princípio da escolha racional pode proporcionar modelos de tomadas de decisão racionais; a legitimidade do governo é minimalista, ou seja, baseada na preservação da liberdade negativa (a não proibida) de atores individuais; e a participação democrática é limitada ao voto (BESSETTE, 1980) (FARIA, 2012, p. 48).

Assim, a ideia de democracia deliberativa aplicada às coisas públicas defende a participação efetiva no processo de tomada de decisão. Para Faria (2012), o resultado desse processo, em teoria, seria a produção de decisões de interesse público legítimas, consensuais, racionais e justas. Os teóricos do tema ressaltam que as instituições deliberativas se ajustam melhor aos valores democráticos essenciais e estimulam o cidadão a se interessar pelo bem comum, considerando essas instituições deliberativas as soluções para suavizar a deterioração das democracias estabelecidas, além de prevenir contra prejuízos. O autor argumenta apontando os pensamentos de um dos fundadores da teoria da democracia deliberativa, Habermas. Este acredita no estabelecimento de um sistema de interação entre sociedade e Estado, que permite a influência mais efetiva dos cidadãos no processo deliberativo

necessário à tomada das decisões de efeito público, preservando os direitos e garantias individuais.

“Para Habermas (1996), haveria pelo menos quatro condições para a deliberação democrática ocorrer: a) Cada pessoa precisa estar hábil a expressar suas próprias ideias abertamente e criticar as dos outros. b) A associação dos conceitos de força e poder com status social precisa ser eliminada. c) Argumentos baseados no apelo à tradição ou dogma precisam ser expostos. d) A verdade é alcançada por meio da busca ao consenso” (FARIA, 2012, p. 49).

Faria (2012) aponta que, enquanto alguns dos autores participacionistas defendem a necessidade de se implementar processos de participação direta da sociedade no Estado em diferentes formatos, a corrente deliberativa preconiza uma forma bem específica de participação que preze pela argumentação dos participantes da experiência deliberativa.

Todavia, existem limitações à implantação de processos deliberativos eficazes. Segundo Faria (2012), essas limitações são as seguintes: dificuldades territoriais de países de médio, grande porte; problemas relacionados à preparação necessária do cidadão à participação efetiva nesses processos; a complexidade crescente da administração de forças sociais cada vez mais variadas e mutáveis; e a necessidade da especialização exigida pelo tecnicismo das políticas públicas.

Para o autor, as críticas mais diretas ao modelo deliberacionista referem-se ao desprezo em considerar questões como: falta de motivação, desinteresse ou apatia dos cidadãos em tomar decisões políticas; inviabilidade de deliberação em larga escala; busca pelo entendimento e cooperação em ambientes competitivos do jogo de interesses; menosprezo à barganha e às negociações próprias da política; e déficit cognitivo dos cidadãos.

A partir disso, surgem questionamentos acerca da eficácia da Democracia Deliberativa nos diferentes contextos. Essa questão será abordada, posteriormente, no capítulo de resultados e discussão desse trabalho.

3.2 Participação e Controle Social

As respostas ao dilema da necessidade de políticas públicas efetivas *versus* garantia de controles democráticos têm sido múltiplas, dependendo de contextos históricos distintos, visto que a evolução das burocracias nacionais conheceu variações importantes desde a década de 80. (MILANI, 2008, p. 550)

Nessa perspectiva, a evolução foi acompanhada pela desconfiança em relação aos atos dos representantes políticos e, como a burocracia é ineficiente e pouco transparente aos cidadãos, surge o seguinte questionamento: o que fazer para não comprometer as instituições políticas democráticas e assegurar a efetividade da gestão pública?

Para Milani (2008), os novos modelos construídos para enfrentar esse dilema giram em torno de estratégias de descentralização, da adoção de mecanismos de responsabilização dos gestores, da gestão pública por resultados, do incremento do controle social, além de dispositivos de participação social que visam atrair cidadãos e organizações para participar como atores políticos da gestão pública. Entretanto, Milani argumenta:

“(...) a crise do modelo burocrático de administração pública evidencia com maior centralidade a crise do Estado (como corolário de uma crise econômica) que não logra atender às demandas geradas pela população de forma satisfatória; diante da crise, afirmam que o aparato do Estado deveria primar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações, avaliando os processos e resultados de modo a possibilitar a reorientação estratégica da administração pública de forma tempestiva (MILANI, 2008, p. 553)”.

Milani, em seu estudo: “O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias” aponta para uma crise da governança e governabilidade no processo de reforma do Estado e apresenta a importância da participação social nesse novo modelo de gestão pública. Para Milani:

“Desde o início dos anos 1990, no bojo desse processo de reforma da administração pública na América Latina, a participação social vem sendo construída como um dos princípios organizativos centrais, declarado e repetido em foros regionais e internacionais, dos processos de deliberação democrática no âmbito local. Fazer

participar os cidadãos e as organizações da sociedade civil (OSC) no processo de formulação de políticas públicas foi transformado em modelo da gestão pública local contemporânea (MILANI, 2008, p. 553)".

Antes de prosseguir, é crucial fazer a correta definição de participação social, que, segundo Milani (2008), também pode ser conhecida como participação popular, democrática, comunitária, dentre outros termos atualmente utilizados para referir-se à prática de inclusão dos cidadãos e das Organizações da Sociedade Civil no processo decisório de políticas públicas, sendo construída como um princípio político-administrativo. A participação social tornou-se, na década de 90, um dos princípios organizativos dos processos de formulação de políticas públicas e de deliberação democrática em escala local. Milani (2008) complementa:

A participação é reivindicação histórica de alguns movimentos sociais, por exemplo, os relacionados à pauta dos trabalhadores rurais sem terra, à gestão de políticas urbanas ou à educação popular. Além disso, o tema encontra-se bastante presente no âmbito acadêmico e intelectual: como lembram Ziccardi (2004) e Paddison(1999), a participação social é apresentada pelos intelectuais da nova direita como resposta necessária aos impactos nocivos do Estado-providência na construção de uma cidadania ativa; outros cientistas políticos e sociólogos vêm trabalhando com a hipótese do (re)surgimento da democracia participativa baseada em diferentes formas de delegação da representação política (...) Com base em fontes diversas, constrói-se o "princípio participativo", apoiado por atores tão diversos quanto o Banco Mundial, a OCDE, a União Européia, as Nações Unidas, muitas organizações não-governamentais e integrantes do Fórum Social Mundial (MILANI, 2008, p. 554).

A participação popular é o processo político concreto produzido pela sociedade; pode ser considerada como um processo, pois compreende o desenvolvimento de ações contínuas no tempo e no espaço, aperfeiçoadas com a prática e com a utilização de técnicas adaptadas à participação. (DIAS, 2007, p. 46)

Já na definição de Dias, "a participação popular é entendida como uma intervenção periódica, refletida e constante nas definições e nas decisões das políticas públicas" (DIAS, 2007, p. 47).

De acordo com Milani (2008), as experiências de participação social devem ser pensadas em seu contexto, em concordância com as histórias políticas nacionais, a tradição cívica local, a cultura política e as estruturas de desigualdade socioeconômica de cada contexto. Ou seja, não há modelos únicos e universais, porquanto os projetos políticos e culturais são muito distintos de acordo com os contextos que são muito variados.

Segundo Gazeta (2004), no caso brasileiro, a partir da segunda metade dos anos 70, com a emergência da atuação dos movimentos sociais no ambiente político, a administração pública passou a ser mais permeável à participação popular.

Milani (2008) ressalta que, ao analisar o caso brasileiro, as políticas assistenciais e de combate à pobreza, por exemplo, foram estruturadas, do ponto de vista institucional, por dois eixos importantes de mudanças: a descentralização do poder decisório e de recursos, e a ampliação e a institucionalização da participação.

Os atores dos novos movimentos sociais construíram, por meio de suas lutas sociais nas décadas de 70 e 80, um campo comum de referência para a ação e para os discursos políticos. Segundo Gazeta (2004), este campo estava centrado na reivindicação de uma cidadania que privilegiava o fortalecimento do papel da sociedade civil na condução da vida política do país.

Nos anos 90, esse discurso, em prol da participação, foi recrudescido por meio do envolvimento de diversos atores, representantes da sociedade e do Estado, que apoiavam a democracia participativa, o controle social sobre o Estado e a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

É importante lembrar que o mandamento participativo é um preceito constitucional. Segundo Perez (2009), a Constituição Federal de 1988 foi fundamental para a conquista de mecanismos de participação social. Em seu artigo 1º, parágrafo único, diz: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

A Constituição Cidadã consagrou um novo princípio de organização da Administração Pública, o princípio da participação popular. Esse princípio pode ser caracterizado como implícito e derivado. Implícito, pois não se encontra de forma expressa no *caput* do art. 37, ou em qualquer outra norma constitucional (art. 10; art. 29, X; art. 37, § 3º art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; art. 205; art.

227, § 1º, dentre outras), mas é constituído por meio da combinação de diversas normas constitucionais; e derivado, por estar conectado a outros princípios constitucionais, tais como princípio do Estado de Direito, princípio democrático e o princípio da eficiência administrativa.

A alteração da Constituição Federal pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998, que inseriu o parágrafo 3º no artigo 37, deu maior destaque à participação popular e ao controle social na administração pública:

A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;

III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, artigo 37, § 3º).

Também, a partir da Constituição Federal de 1988, no Brasil, foram conquistados outros importantes mecanismos de participação. Destacam-se: os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, o Orçamento Participativo, o dispositivo de Iniciativa Popular de Lei, as Audiências Públicas, o Referendo, o Plebiscito, as ouvidorias e a própria Constituição Federal.

Eduardo Gomes (2003), em sua dissertação de mestrado, argumenta sobre a emergência de novas formas de participação conquistadas nas últimas décadas:

(...) Estes novos canais visam, de um lado, a ampliar o conteúdo democrático da vida política, a partir de uma visão crítica do sistema representativo, e de outro, a propiciar maior eficiência econômica e social no uso dos recursos públicos, dentro do contexto atual de reforma do Estado. Podemos ainda dizer que estes novos mecanismos de participação procuram ser simultaneamente espaço de educação política e de construção e exercício da cidadania e também fóruns democráticos destinados ao controle do cumprimento dos compromissos feitos pelos governantes e à identificação e captação de novas sinalizações de políticas. Como exemplos destas novas formas de participação, cada qual com maior ênfase em um ou outro objetivo, podemos citar as audiências públicas normalmente realizadas pelos legislativos para debater projetos, as ouvidorias ou “ombudsman” destinadas a mediar reclamações e denúncias dos cidadãos quanto aos serviços públicos, os conselhos gestores de

políticas públicas que têm participação da população e os referendos (GOMES, 2003, p. 27).

Segundo Pires e Vaz (2010), nos últimos anos, as instituições participativas – tais como os orçamentos participativos, os conselhos Gestores de saúde, educação e assistência social - tornaram-se parte da dinâmica da gestão dos municípios brasileiros. Essas instituições foram disseminadas massivamente nas últimas duas décadas e passaram a ser um fenômeno nacional e não apenas experiências de alguns municípios brasileiros.

A partir desse contexto, de ampla disseminação de instituições participativas, para Pires e Vaz (2010), surge a necessidade de mensuração e classificação em relação ao grau de institucionalização da participação dos seus governos, podendo contribuir para uma descrição mais apurada das semelhanças e diferenças entre os municípios, em relação aos seus esforços para democratização da gestão por meio da participação.

Dessa forma, estabelecendo o nível de institucionalização da participação no município, esta variável pode auxiliar na explicação da variação e desempenho entre os municípios em diversas áreas como fiscal, administrativa, eleitoral ou nas áreas finalísticas de saúde, educação etc.

Para Wampler (2010), apesar de mais de 20 anos de institucionalização da gestão participativa nos estados e municípios brasileiros, ainda existe grande incerteza sobre como esses processos têm transformado o governo local e a sociedade civil. Os cidadãos estão, cada vez mais, utilizando esses espaços, mas ainda não se sabe até que ponto eles estão influenciando as políticas públicas.

Nesse sentido, segundo Teixeira (2014), em seu artigo “Da participação como transformação social para a participação como escuta”, a literatura mais recente sobre participação estuda o fenômeno da representação nos espaços participativos a partir da análise da construção da representação nestes espaços e do vínculo entre representante e representado.

Segundo a autora, há necessidade de se repensar a representação nos conselhos gestores a partir da polarização entre Estado e sociedade, que vigorava na década de 90. Pois, atualmente, o governo e a sociedade se

apresentam de uma forma mais plural, na qual os espaços participativos passam a ter conflitos que atravessam essa polarização.

Para Teixeira (2014), o Governo Lula foi mais aberto à participação, levando em consideração a criação de novos canais de participação, como conselhos e conferências. Nesse governo, aumentou a interlocução e a variedade de interlocutores nos espaços participativos, e também cresceu o quantitativo de movimentos sociais e ONG's como representação da sociedade civil. Esses foram avanços importantes no reconhecimento de direitos e de sujeitos nas leis, nos planos normativos e na criação de secretarias e ministérios. De acordo com Teixeira (2014):

Analistas apontam que o processo das conferências e do conselho provocou mudanças na percepção dos participantes. Com ritmos e acúmulos diferentes, ao mesmo tempo em que os olhares de cada participante tornaram-se mais multidisciplinares, algo novo e transdisciplinar ocorreu. O resultado foi uma institucionalidade, com leis, programas, projetos em andamento que costuram várias áreas, atores e políticas, tais como a assistência social, saúde, agroecologia, economia solidária etc (COSTA, 2008) (...) Mas é importante assinalar que esta construção não se dá sem conflitos. Há heterogeneidade de concepções sobre segurança alimentar e sobre a própria participação (TEIXEIRA, 2014, p.14).

Entretanto, segundo Teixeira (2014), o resultado dessa multiplicação dos espaços participativos no Governo PT, além de aumentar o diálogo, também criou mais vozes dissonantes. Para a autora, nesse processo de transformação “também desapareceram por parte do governo referências a palavras como “partilha do poder”, “cogestão”, e “poder popular” (que permearam as experiências participativas dos anos 80 e 90)” (TEIXEIRA, 2014, p.18). Atualmente, os termos predominantes são: "diálogo", "escuta," e “formulação junto”.

Em seu trabalho, Teixeira (2014) procurou encontrar um sentido de participação predominante para cada período, identificando suas principais tendências. Segundo Teixeira (2014), nos anos de 1975 a 1990, predominou “a participação como emancipação”. Esse termo foi usado para nomear as ideias, os valores e as apostas associadas à participação no período. Para Teixeira (2014):

Essa aposta encontrou tradução histórica nos conselhos de políticas públicas e nas experiências de orçamento participativo. Neste momento, o PT é um importante lócus de experimentação, mas o legado participativo não se construiu apenas por dentro do PT e nas suas administrações, embora o partido tenha conseguido se associar com essa marca no imaginário popular. No caso da Saúde, os partidários desta ideia ultrapassavam as fronteiras do PT. Tinham uma forte influência dos sanitaristas italianos e muitos dos seus membros eram filiados ao Partido Comunista Brasileiro, mas de fato agregavam várias colorações partidárias. A saúde seria a inspiração para muitas políticas públicas que também se estruturariam como sistema descentralizado, ao longo dos anos 90 e 2000, tais como a assistência social, criança e adolescente, segurança alimentar, entre outros (TEIXEIRA, 2014, p.30).

No período de 1991 a 2002, de acordo com Teixeira (2014), o modelo predominante foi o de “participação como deliberação”, que utilizou termos que expressavam a expectativa de uma nova relação entre Estado e sociedade como: “cogestão”, “partilha do poder de governar”. A “participação como deliberação” se materializou nas seguintes instâncias participativas: conselhos de políticas públicas e orçamentos participativos. Para Teixeira (2014):

Neste momento, o PT é um importante lócus de experimentação, mas o legado participativo não se construiu apenas por dentro do PT e nas suas administrações, embora o partido tenha conseguido se associar com essa marca no imaginário popular. No caso da Saúde, os partidários desta ideia ultrapassavam as fronteiras do PT. Tinham uma forte influência dos sanitaristas italianos e muitos dos seus membros eram filiados ao Partido Comunista Brasileiro, mas de fato agregavam várias colorações partidárias. A saúde seria a inspiração para muitas políticas públicas que também se estruturariam como sistema descentralizado, ao longo dos anos 90 e 2000, tais como a assistência social, criança e adolescente, segurança alimentar, entre outros (TEIXEIRA, 2014, p.30).

Já no período de 2003 a 2010, para Teixeira (2014), predomina a participação como “escuta” no âmbito federal, que é associada à ideia de colaboração vigilante, na qual há debate, mas não há deliberação, ou seja apenas ocorre uma “escuta”. A participação como escuta se aproxima das noções de boa governança e accountability. “Nesse modelo há um valor positivo para a pluralidade na representação de interesses, o que amplia o espectro de temas e atores reconhecidos como legítimos” (TEIXEIRA, 2014, p.31).

3.2.1 Controle Social

O processo acelerado de mudanças na gestão pública brasileira remete a significativas transformações da relação entre o Estado e a sociedade, tornando essas relações mais democráticas.

Assim, para Pereira (2005), a participação e o controle social estão intimamente relacionados e surgem como importantes instrumentos para o levantamento das demandas da sociedade. Como resultado dessa participação, a sociedade pode participar do processo decisório de políticas públicas, priorizando os temas levados para a agenda política.

O controle social também é fundamental para o fortalecimento da cidadania. De acordo com a Controladoria Geral da União – CGU, controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios que a regem, (CGU, 2013). Ainda segundo a definição da CGU, o controle social pode ser entendido como “a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública” (Idem).

Esse tipo de controle complementa o controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos. Essa participação é importante porque contribui para a correta aplicação dos recursos públicos, atendendo às demandas da sociedade de maneira eficiente (Ibidem).

De acordo com Pereira (2005), o controle social exercido sobre os governantes não deve ser representado apenas pelas eleições.

Nesse sentido, além do voto, o controle dos governantes pode ser feito por meio de: controle parlamentar; controle de procedimentos no interior da burocracia, através da fiscalização da conduta financeira e jurídica dos funcionários e de mecanismos de controle externo, como tribunais de contas, auditorias, comissões de inquérito; controle social, exercido tanto pela mídia como por grupos organizados da sociedade civil (PEREIRA, 2005, p.11).

Para a prática do controle social devem ser consideradas duas condições básicas: a disponibilidade de recursos para que a sociedade possa tornar exigível a prestação de contas por parte da administração pública com

relativa independência da eficácia do controle estatal; e a possibilidade de votar e deliberar publicamente (PEREIRA, 2005, p. 12).

O conceito mais atual de controle social, segundo Gomes (2003), é um controle ascendente, associado às relações políticas, à responsividade e à responsabilização do governo, em uma relação não eleitoral com a sociedade. O autor complementa:

(...) Isto implica para a sociedade, como nas eleições, o direito de exigir a prestação de contas no uso dos recursos, influenciar ou decidir sobre escolha das políticas públicas, fiscalizar o cumprimento de suas deliberações e sancionar, dentre outras prerrogativas, sendo que tal controle é empreendido de forma direta ou por meio de instâncias de representação distintas da representação parlamentar, como os conselhos gestores deliberativos. É por meio dos novos mecanismos deste controle social que se pretende amenizar os problemas associados à insuficiência das eleições, satisfazer em maior grau a necessidade de uma responsabilização ininterrupta, aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas, contribuir para a relegitimação do Estado pela sociedade e, enfim, aprofundar o conteúdo democrático da vida política (GOMES, 2003, p.33).

Cabe ressaltar que o foco deste trabalho está nesses novos mecanismos de participação, mais especificamente, nos conselhos gestores de políticas públicas, com o estudo de caso a CIADAIDS do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Dessa forma, o próximo tópico irá abordar, detalhadamente, os conselhos gestores de políticas públicas, apresentando as definições e os desafios enfrentados pelos conselhos para a prática da participação social.

3.3 Conselhos Gestores de Políticas Públicas

A Constituição Cidadã de 1988 definiu a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Também estabeleceu um sistema público de saúde, o Sistema Unificado de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade e equidade na provisão da saúde, introduzindo a noção de controle e participação social. Os Conselhos de Saúde emergiram dessa estrutura legal como instituições responsáveis por capacitar a participação dos cidadãos para a governança das políticas públicas de saúde.

Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, nos quais a sociedade exerce efetivamente o seu direito de cidadania e de controle social. O papel importante dos conselhos está no fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrado nas três esferas do governo, no âmbito federal, estadual e municipal.

De acordo com a definição do Portal da Transparência, “os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais” (BRASIL, 2013).

Segundo Carneiro (2007), os conselhos são canais de participação política, de controle público sobre a ação governamental, de deliberação legalmente institucionalizada, e de publicização das ações do governo. Dessa forma, constituem espaços de argumentação sobre valores, normas e procedimentos, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais. Eles têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos e em seus sistemas administrativos.

Os conselhos, para Carneiro (2007), podem ser vistos como espaços de formação de vontades e de opinião, representando mecanismos de ação, que inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse público, para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas. Desse modo, mais do que um canal de comunicação para ressonância das demandas sociais, os conselhos possuem dimensão jurídica e têm poder de tornar efetivas as questões, os valores e os dilemas vivenciados no espaço da sociedade civil.

Entretanto, estudos realizados por Tatagiba e Teixeira (2007), sobre os conselhos de saúde, criança e adolescente, assistência social e habitação mostraram que esses conselhos se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento e consolidação.

Logo, segundo as autoras, nas diferentes gestões de um mesmo conselho, podem ser percebidas variações no que se refere à capacidade de

incidir sobre as políticas, a forma de diálogo com o Estado, a dinâmica participativa, a relação com outros atores políticos, dentre outras.

É importante ressaltar que, para Tatagiba e Teixeira (2007), os conselhos gestores, em seu conjunto, estão em diferentes estágios de desenvolvimento e graus de consolidação, expressando também o grau de mobilização e organização dos atores da sociedade civil, o modo de atuação dos agentes governamentais envolvidos e a trajetória política de construção dos sistemas participativos das políticas públicas.

Fuks e Perissinoto (2004), ao analisarem experiências de conselhos gestores de políticas públicas na cidade de Curitiba, apontam que é fundamental observar as interações do processo decisório e os recursos possuídos pelos atores políticos, além de considerar o contexto interno e externo como fatores determinantes da conduta política dos atores dentro dos conselhos.

Para os autores, esse contexto é determinado por uma série de aspectos, tais como a existência de arenas alternativas, o desenho institucional dos conselhos, a interferência do governo na eleição dos representantes não governamentais, a existência de valores e *ethos* específicos de cada *policydomain*, bem como a natureza da relação entre governo e sociedade civil, diretamente influenciada pelo grau de associativismo e pela orientação ideológica do Poder Executivo.

Isso expressa, claramente, na opinião dos autores, que os limites socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como obstáculos relevantes à participação, sendo capazes de aprofundar a desigualdade política no âmbito dos próprios dispositivos participativos.

Após definir e fazer as devidas reflexões sobre os conselhos gestores, é preciso ressaltar a importância da análise do desenho institucional dos conselhos.

A fim de complementar a discussão sobre a temática conselhistas, é fundamental apontar a relevância de um adequado arcabouço institucional para os conselhos viabilizarem a participação social. Para isso, é preciso apresentar o entendimento da dimensão institucional no presente estudo.

No âmbito da perspectiva da democracia participativa, segundo Lígia Lüchmann, “pensar a institucionalidade significa pensar uma construção

institucional pautada em mecanismos democráticos de garantia dos princípios da igualdade, pluralismo e liberdade” (LÜCHMANN, 2009, p. 217).

Nesse sentido, para Lüchmann (2009), o poder deve organizar-se democraticamente através de instituições construídas coletivamente através da discussão pública, mediando as relações entre os interesses individuais e coletivos, na construção do interesse público a ser implementado pelo complexo administrativo estatal. Portanto, o aparato institucional deve ser pautado em regras e critérios que, resultantes de processos deliberativos, sejam capazes de desobstruir os canais que impossibilitam ou limitam a efetividade decisória dos processos participativos, como as diferenças de poder, as desigualdades sociais, a cultura clientelista e autoritária e a lógica burocrática da organização político-institucional (LÜCHMANN, 2009, p. 219).

De acordo com Lüchmann (2009), três questões parecem centrais na análise que pretende incorporar à dimensão institucional:

Em primeiro lugar, a idéia de que as instituições apresentam um importante caráter de estabilidade ou durabilidade, constituindo-se em um conjunto de regras (ou normas) que, mais ou menos formalizadas, organizam – de alguma forma – as diferentes atividades sociais. Em segundo lugar, as instituições regularizam, modelam ou impactam comportamentos. A questão central da vertente neo-institucional está ancorada na idéia básica de que, embora os indivíduos construam as regras, as normas e as condutas, eles são limitados e condicionados por escolhas passadas (Scott, 1995). Por outro lado, ao mesmo tempo em que as instituições constroem comportamentos, elas também “empoderam” (empowerment) os atores sociais, estruturam novas agendas, mudam preferências e comportamentos sociais. Em terceiro lugar, as instituições não apenas apresentam um importante ancoramento cultural, como também sofrem importantes influências e mudanças advindas das correlações de interesses e forças sociais. Neste sentido, há que se resgatar e ressaltar o caráter aberto e contingente das lutas e conflitos sociais no processo de organização – ou reorganização – institucional. Ou seja, resgatar o papel da “agência humana” na estruturação da vida político-social. Mais especificamente, na construção e/ou formatação do desenho institucional (LÜCHMANN, 2009, p. 223).

De acordo com Lüchmann (2009), o desenho institucional caracteriza-se por um conjunto de regras utilizadas por indivíduos para determinar quem participa do processo decisório, quais ações podem ser tomadas e como as ações individuais são agregadas e transformadas em decisões coletivas.

Seguindo esse conceito, aplicado ao caso dos conselhos gestores de políticas públicas, pode-se considerar que a sua institucionalização abrange legislações federais, estaduais e municipais, além dos regimentos internos, que prescrevem os sujeitos da participação e do controle social, a composição dos conselhos, a forma de escolha dos conselheiros, suas atribuições e deveres, o âmbito de sua atuação, os instrumentos de sanção disponíveis, os procedimentos para a tomada de decisão, dentre outras regras.

O próximo tópico descreve o Conselho Nacional de Saúde. O CNS foi selecionado devido à relevância de sua atuação na Política Nacional de Saúde. Ele tem o dever de exercer o controle social, nos âmbitos público e privado, além de atuar na formulação e no controle da política nacional de saúde.

3.4 O Conselho Nacional de Saúde - CNS e a Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS- CIADAIDS

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937 como um órgão consultivo, porém, apenas em 1990, o conselho deixa de ser órgão de consulta e começa a caminhar para se tornar um canal de interação do Estado com a sociedade, passando a ter natureza deliberativa e a ser integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde. A lei de criação do CNS foi regulamentada pelo decreto 99.438/1990 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Ele é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), possui caráter permanente e deliberativo. As funções do CNS são: deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde. Ao CNS compete: aprovar o orçamento da saúde; acompanhar a execução orçamentária e aprovar o Plano Nacional de Saúde a cada início de mandato presidencial.

A composição do CNS é bastante diversificada, sendo formado por representantes de entidades, de usuários, de trabalhadores da saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. O presidente do CNS é eleito dentre os membros do Conselho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Durante o governo militar, o CNS teve sua função consultiva confirmada pela legislação, além do número de conselheiros reduzido pela primeira vez para quatorze, sendo que o segmento dos médicos era a maioria. Naquele momento, a presença militar também se fortalecia na área da saúde como em todas as outras instâncias governamentais (IPEA, 2012).

Na década de 70, no auge do movimento da reforma sanitária, o grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e universalização, aumentou o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do país. Nesse período, começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil (IPEA, 2012).

Dentre essas manifestações, destaca-se a realização da 8ª Conferência Nacional para o movimento sanitário:

O movimento sanitário, cujo motor estava no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), teve como marco principal a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, em 1986, define os princípios básicos do novo sistema, no qual o Estado brasileiro deve prover saúde a todos. Defendia-se, além da participação popular, a descentralização das políticas entre os entes federativos, a atenção integral à saúde, a cobertura universal e a acessibilidade. Participaram desta conferência histórica em torno de 4 mil pessoas representando universidades, instituições da área de saúde – públicas e privadas –, estudantes, associações e sindicatos de trabalhadores em geral, profissionais de saúde, comunidades, partidos políticos e igrejas cristãs. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, integrada de forma paritária por governo e sociedade civil, e originada na conferência, é considerada pelos citados autores como a semente do novo CNS. Em 1986, o CNS inicia seu processo de reformulação, para o qual foi instalada comissão da qual faziam parte representantes do MS, do Ministério da Educação, do Ministério do Planejamento e da Assistência Social; a proposta de novo CNS, elaborada pela citada comissão, é consolidada em janeiro de 1987 (IPEA, 2012, p. 14).

É importante destacar que as Conferências de Saúde foram fundamentais para a democratização do setor. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde embasou a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde" (IPEA, 2012).

Dessa forma, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde pôde avançar com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em

dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de Controle Social (IPEA, 2012).

Nessa linha, para Silva, Jaccoud e Beghin (2005), o Conselho passou por diferenciados momentos que se relacionaram com o contexto social mais amplo.

(...) o perfil e desenvolvimento dos conselhos está atrelado com as transformações do Estado em sucessivos períodos e das diferentes funções de legitimação que lhes correspondem. No caso do CNS, como afirmam aqueles autores: “em um primeiro momento, a estrutura do CNS foi composta dentro da concepção de um corpo de especialistas cuja função era simplesmente consultiva. É possível que as opiniões e posicionamentos desses especialistas não tivessem sido freqüentemente decisivos, pois o órgão do qual participavam não estava investido das atribuições legais e nem dispunha de recurso políticos adequados. No segundo momento, a partir da década de 70, o CNS ganhou estruturas burocráticas para o desempenho de suas atribuições legais. Este é um fato marcante. Suas funções institucionais não sofrem grandes alterações neste período. Contudo, ricos movimentos e remanejamentos nas formas de arranjo setorial colocarão novos grupos, segmentos e movimentos no jogo político transformando profundamente os conceitos de participação social e as definições do que deveriam ser os conselhos de política. No terceiro momento, de finais da década de 80 e início dos anos 90, reconhece-se que os problemas de saúde não são apenas técnicos, mas também políticos, portanto resultado de conflitos e acordos entre as mais diversas forças políticas. O CNS modificou-se a partir desta concepção. A idéia chave é a de um *Estado na sociedade*, ou seja, um Estado atravessado por conflitos e embates, mas com áreas próprias à representação e à negociação política” (BEGHIN, JACCOUD e SILVA, 2005, p. 385).

Em 2006, o Decreto Presidencial n.º 5.839, definiu uma nova estrutura baseada nas deliberações aprovadas na 11ª e na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse sentido, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também passa a eleger seu presidente, cargo antes ocupado pelo Ministro da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde também passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores (IPEA, 2012).

Atualmente, o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008, define o Conselho Nacional de Saúde – CNS como órgão colegiado de caráter permanente deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Esse Conselho também atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e de controle social, no âmbito dos setores público e privado. É fundamental ressaltar que as atividades dos conselheiros não são remuneradas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A seguir serão apresentadas características relevantes para o entendimento da estrutura e funcionamento do CNS, dentre as quais se destacam a composição, as competências e a estrutura organizacional.

3.4.1 Composição e processo eleitoral

Segundo o Decreto n.º 5.839, de 11 de Julho de 2006, em sua composição, o CNS é formado por 48 conselheiros titulares (com direito a primeiro e segundo suplentes) que são representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Dentre os membros, cinquenta por cento são de representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto. Os outros cinquenta por cento dos membros são formados por representantes de entidades de profissionais de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, eleitas em processo eleitoral direto. Além de representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) que são indicados pelos seus respectivos dirigentes (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Em suma, com o intuito de manter o equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A legislação estabelece como integrantes do segmento os prestadores de serviço, os hospitais, os estabelecimentos e os serviços privados, com ou sem fins lucrativos. Já as entidades empresariais atuantes na área de saúde, entendem-se a Confederação Nacional da Indústria (CNI), a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo, a Confederação Nacional da Agricultura e a Confederação Nacional do Transporte.

3.4.2 Competências

Segundo o CNS (2014b), em seu regimento interno, as competências do CNS são as seguintes: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde; estabelecer diretrizes a ser observadas na elaboração dos planos de saúde; acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, por meio de contratos ou convênios; Articular com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde; fortalecer a participação e o controle social no SUS, dentre outros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Esta última competência, fortalecimento da participação e controle social no SUS, é a mais relevante para este estudo e foi normatizada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

Segundo a Lei 8.142, de 1990, o SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Ela é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

3.4.3 Estrutura Organizacional

O Conselho Nacional de Saúde é organizado em Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria Executiva (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Este estudo analisou as reuniões do Pleno do CNS. Por isso, é importante definir o plenário como: fórum de deliberação máxima, plena e conclusiva das políticas de saúde. Ele é formado por representantes de usuários, governo e prestadores da área da saúde e profissionais de saúde. As reuniões do plenário ocorrem ordinariamente, doze vezes por ano, uma vez por mês, ou por convocação extraordinária requerida pelo Presidente do CNS ou por deliberação do Plenário. As decisões do plenário são colegiadas, preferencialmente, por consenso (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A Mesa Diretora é eleita pelo Plenário, possui estrutura colegiada, sendo composta por oito conselheiros titulares. Ela é responsável por toda a condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Pleno (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A Presidência do CNS é definida por votação secreta, entre os conselheiros titulares. O mandato é de um ano, permitidas reeleições desde que observado o prazo de três anos. Dentre as principais atribuições estão: a representação do Conselho, além da expedição de atos decorrentes de deliberações do conselho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

As Comissões do CNS são organismos de assessoria ao Plenário do CNS que reiteram os princípios do SUS e do Controle Social. Elas não são deliberativas e nem normatizadoras. Apenas discutem e articulam as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse do Sistema Único de Saúde, além de submeter ao pleno do CNS as suas recomendações (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

As comissões são compostas por 22 membros (titulares e suplentes), entre Conselheiros Nacionais e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, do Conass, do Conasems e de Entidades e Movimentos Nacionais. Os conselheiros nacionais coordenam as Comissões permanentes. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Os Grupos de Trabalho (GT) são instituídos pelo plenário para assessoramento temporário ao CNS ou às Comissões, o prazo para o seu funcionamento é de até seis meses. A composição é de até cinco Conselheiros, incluindo o Coordenador, garantindo, preferencialmente, a representação de todos os segmentos do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

A Secretaria-Executiva é um órgão vinculado ao Gabinete do Ministro da Saúde com a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do CNS. Ela tem por objetivo dar suporte técnico-administrativo ao CNS, fazer o encaminhamento das demandas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde após deliberação do Pleno, organizar o processo eleitoral do CNS, além de participar da organização da Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Temáticas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

3.4.4 Atos emanados pelo CNS

As deliberações do conselho podem estar em forma de resoluções, de recomendações e de moções. As deliberações podem ser apresentadas durante a ordem do dia por qualquer conselheiro, por escrito ou verbalmente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

As resoluções instituem atos gerais de caráter normativo que definem regras a ser homologadas pelo Ministro da Saúde. A resolução aprovada pelo CNS que não for homologada pelo Ministro de Estado da Saúde, no prazo de até trinta dias após sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do CNS na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa. As resoluções do Conselho Nacional de Saúde somente poderão ser revogadas pelo Plenário do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Já as recomendações, geralmente, abordam assuntos que não são de responsabilidade direta do CNS, tais como advertências ou sugestões a instituições, requerendo posicionamento específico em relação a políticas públicas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Por último, as moções são formas de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b).

Os dados citados anteriormente, sobre o desenho institucional, foram escolhidos, pois esse estudo considera que eles provocam maior impacto no desempenho do conselho e que, por isso, merecem destaque para esta análise.

3.4.5 Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS

A Resolução CNS nº 323, de 08 de maio de 2003, aprovou o Grupo de Trabalho “Acompanhamento das Políticas de DST e AIDS”. Depois, considerando a relevância das políticas de DST e AIDS para a saúde pública, foi instituída, por meio da Resolução CNS 382, de 14 de junho de 2007, a Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a).

A CIADAIDS possui caráter consultivo e de assessoramento ao plenário do CNS. Ela é composta por titulares e seus respectivos suplentes, além do coordenador e do coordenador adjunto que são conselheiros nacionais. As suas atribuições são: a formulação do calendário das reuniões e do plano de trabalho; a realização de estudos e debates; e o acompanhamento da elaboração e implantação das políticas de DST. Os resultados das reuniões estão em formato de propostas e recomendações que são encaminhadas para apreciação do plenário da CNS. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a)

A Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS - CIADAIDS, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, foi reestruturada em agosto de 2013, com a composição de doze titulares e dez suplentes (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a):

I – Titulares

- 1) Coordenador – Movimento Nacional de Luta contra AIDS
- 2) Coordenador-Adjunto – Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais - MBHV
- 3) Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/ MS
- 4) Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
- 5) Rede Nacional LaiLai Apejo - População Negra e Aids
- 6) RNP + - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids
- 7) Parceria Brasileira de Combate contra a Tuberculose
- 8) Central Única dos Trabalhadores - CUT

- 9) Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais - ABGLT
- 10) Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE
- 11) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Público do Brasil - FASUBRA
- 12) Conselho Federal de Farmácia - CFF

II – Suplentes

- 1) Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS
- 2) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS
- 3) Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB
- 4) Fórum de ONG AIDS
- 5) Movimento Popular de Saúde - MOPS
- 6) Força Sindical - FS
- 7) Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil - ANTRA
- 8) Conselho Federal de Psicologia - CFP
- 9) Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
- 10) Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a).

3.5 Evolução da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida, em 1981, nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco. Esses pacientes apresentavam comprometimento do sistema imune e Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, características típicas da aids (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996).

A cura da aids até hoje não foi descoberta, os avanços científicos em termos do tratamento, melhoria da qualidade de vida, e no campo dos antirretrovirais estão cada vez mais eficazes, proporcionando melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. A descoberta tardia da sorologia, além de piorar o prognóstico, também impacta negativamente na prevenção ao HIV/aids, pois o indivíduo infectado pode permanecer transmitindo o HIV por muito tempo, sem estar ciente de sua situação, expondo número considerável de pessoas ao risco (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996)

Além disso, a aids é uma doença extremamente estigmatizada, então além das pessoas sofrerem com as doenças oportunistas e com os efeitos colaterais dos antirretrovirais, nas relações sociais, essas pessoas sofrem os efeitos da intolerância, do medo e do preconceito.

No Brasil, os primeiros casos de aids confirmados ocorreram em 1982, em São Paulo. Nas últimas décadas, os diversos campos de conhecimento estiveram envolvidos na pesquisa sobre o HIV/AIDS, construindo um arcabouço teórico que nos permite hoje um entendimento da epidemia em suas dimensões sociais, históricas, antropológicas, biológicas e psicológicas.

É em meio a acontecimentos importantes no cenário político brasileiro e na saúde pública que o HIV/AIDS surge como um problema de saúde pública que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais do país; o HIV/AIDS constitui-se espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996).

Na década de 80, a epidemia de HIV/Aids surge no Brasil em um momento de intensa mobilização política e social. As respostas iniciais à epidemia ocorreram de maneira diferente nos estados brasileiros em razão das pressões de grupos militantes e da mídia de estados e municípios onde a epidemia crescia. E, nesse contexto, a resposta do Governo Federal foi assumir oficialmente o HIV/aids como um problema de saúde pública. Esses grupos eram compostos pela sociedade por meio das ONGs, igreja, mídia e outros grupos organizados; passaram a exercer importante função na formulação das políticas públicas com relação à aids no Brasil (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996).

Segundo Parker (1997), a primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, aliada ao medo, estigma e discriminação. Nessa linha, para os autores, Alves, Pinheiro, Pinto e Vieira:

Na falta, porém, de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir de baixo, das comunidades afetadas e de setores progressistas, chegando até à formação das primeiras organizações não-governamentais. Com o surgimento de uma resposta no patamar federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no Brasil parece estender-se aproximadamente de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de DST/aids (PNDST/AIDS) mudou pela primeira vez os seus dirigentes, seguindo as mudanças políticas no período do governo Collor. É preciso, no entanto, frisar que essa abordagem estava cada vez mais técnica, o que não agradou as organizações não governamentais, que queriam uma resposta rápida e agressiva. A terceira fase na evolução da resposta política à epidemia de HIV/aids, ainda segundo o autor, no Brasil, corresponde ao período de 1990 a 1992, que foi marcado por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando clara a dificuldade de sustentar uma resposta em longo prazo à epidemia, também ocorrendo um antagonismo crescente entre o Programa Nacional e todos os outros setores envolvidos com a resposta à epidemia. A quarta fase, assim chamada pelo autor, ocorre de 1992 até o presente momento, período que se caracteriza pela reorganização do PNDST/Aids no Ministério da Saúde e pela efetivação da política de controle da epidemia (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996, p. 48).

A epidemia de aids foi responsável por mudanças significativas em outros campos além da saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença trazendo desafios para a área científica. A participação de

atores dos movimentos sociais foi fundamental nesse processo. (ALVES; PINHEIRO; PINTO; E VIEIRA, 1996).

Nas últimas décadas, a parceria entre o governo e a sociedade civil tem sido fundamental para a superação dos obstáculos impostos pela doença, desde o início da epidemia.

3.5.1 Atual Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais

Segundo informações presentes no site do Ministério da Saúde, a política nacional implementada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) , da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) , do Ministério da Saúde prioriza investimentos em estratégias voltadas às populações chave, com a realização de pesquisas de comportamento, práticas e atitudes voltadas a estes segmentos, projetos em parceria com a sociedade civil com o objetivo de reduzir estigmas e promover os direitos humanos, ampliação da oferta da testagem voluntária em parceria com ONG (Viva Melhor Sabendo) em espaços de sociabilidades destas populações e implementação da profilaxia pós-exposição sexual na rede do SUS. (MS, 2014)

Os segmentos populacionais chave são: Homens que fazem sexo com homens; Profissionais do sexo (homens e mulheres); Pessoas que usam drogas (com especial atenção no uso injetável em alguns países); Travestis e Transexuais. (MS, 2014)

Os riscos individuais não são suficientes para explicar a disseminação do HIV e avaliar a dinâmica da epidemia da aids no mundo. É preciso considerar os contextos sociais, estruturais e comportamentais das populações chave para uma resposta sustentável à epidemia do HIV. (MS, 2014)

Uma das estratégias da atual política nacional de prevenção é o tratamento como Prevenção (TASP). O Brasil passou a adotar o tratamento como prevenção a partir da publicação do último protocolo clínico de tratamento lançado em 1º de dezembro de 2013. A partir de então, a recomendação é que o início da terapia antirretroviral deve ser estimulado para todas as PVHA, independente de seu nível de CD4, com vistas não apenas a

impactos clínicos, como também a redução do risco de transmissão do HIV no Brasil. Essa estratégia é considerada fundamental para a erradicação da epidemia (MS, 2014)

Para isso, é preciso investir na ampliação da oferta da testagem nos serviços de saúde e nas comunidades (em parceria com movimentos sociais).

Atualmente, dentre as estratégias adotadas pelo Departamento estão:

- Oferta de testagem para HIV na rede de serviços do SUS: Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), rede básica, consultório na rua e Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE);
- Implantação do Projeto Viva Melhor Sabendo, com oferta da testagem para o HIV com amostra de fluido oral em espaços de sociabilidades das populações-chave, atualmente desenvolvido por 54 ONGs;

Uma das iniciativas da atual política de enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais é o Projeto Viva Melhor Sabendo. Esse projeto- piloto é uma iniciativa do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em parceria com 33 ONGs, e apoio das coordenações estaduais de 21 Estados, de 30 coordenações municipais e do Distrito Federal. (MS, 2014)

O objetivo do projeto é ampliar a testagem voluntária e oportuna do HIV para populações-chave (gays e HSH, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, travestis e profissionais do sexo) com a utilização de teste rápido de fluido oral. (MS, 2014)

A vigência do projeto- piloto é de um ano, de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. Desde o mês de março de 2014, as equipes das ONGs iniciaram a realização das testagens em campo, com o suporte técnico do Departamento.

As pessoas com resultado reagente para HIV são encaminhadas à rede de serviço de referência previamente definida, para confirmação do diagnóstico e tratamento em cada município sede do projeto. (MS, 2014)

4. METODOLOGIA

Segundo RICHARDSON, “método é o caminho ou a maneira para chegar a determinado fim ou objetivo, e metodologia são os procedimentos e regras utilizadas por determinado método” (RICHARDSON, 1999, p.22).

Nesse trabalho, quanto aos objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória, para GIL (2002), procura dar uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, por meio da realização de levantamento bibliográfico e da realização de entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema a ser pesquisado, no caso, os Assessores Técnicos e Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde; e os servidores e consultores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Esta pesquisa também pode ser classificada como pesquisa descritiva, pois descreve as características de determinada população ou fenômeno. Pertencem a esse grupo as pesquisas que buscam levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Algumas pesquisas descritivas acabam se aproximando das pesquisas exploratórias, visto que servem para proporcionar uma nova visão de um problema. Pesquisas descritivas e pesquisas exploratórias são as que os pesquisadores sociais, preocupados com a atuação prática, mais realizam (GIL, 2002).

Também foi realizada pesquisa social, com abordagem qualitativa, visando a uma melhor compreensão do fenômeno social estudado. Segundo Diehl (2004), a pesquisa qualitativa, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, além de contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das particularidades dos indivíduos.

Segundo (CASSELL; SYMON, 1994, p. 127), as características básicas da pesquisa qualitativa são:

- Foco na interpretação ao invés de na quantificação: geralmente, o pesquisador qualitativo está interessado na interpretação que os próprios participantes têm da situação em estudo;

- Ênfase na subjetividade ao invés de na objetividade: aceita-se que a busca de objetividade é um tanto quanto inadequada, já que o foco de interesse é justamente a perspectiva dos participantes;
- Flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa: o pesquisador trabalha com situações complexas que não permitem a definição exata e *a priori* dos caminhos que a pesquisa irá seguir;
- Orientação para o processo e não para o resultado: a ênfase está no entendimento e não num objetivo pré-determinado, como na pesquisa quantitativa;
- Preocupação com o contexto, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência;
- Reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação de pesquisa: admite-se que o pesquisador exerce influência sobre a situação de pesquisa e é por ela também influenciado.

Segundo Bauer e Gaskell (2007), para realizar a mensuração de fatos sociais é imprescindível categorizar o mundo social. Para os autores, a pesquisa qualitativa evita dados quantificáveis, focando nas interpretações das realidades sociais e, para isso, utiliza entrevistas. Assim, a pesquisa qualitativa geralmente é utilizada apenas no estágio exploratório do processo de pesquisa, com o intuito de explorar variáveis qualitativas, obtendo maior familiaridade com o campo de pesquisa.

Como procedimentos metodológicos para coleta de dados foram adotados: pesquisa bibliográfica sobre o tema; pesquisa documental e entrevistas individuais semi-estruturadas.

A pesquisa bibliográfica do trabalho utilizou como referencial teórico autores que estudam a democracia participativa, representativa e deliberativa, a exemplo de Cristiano de Faria (2012), Solange Dias (2007), Bresser Pereira (2005), Eduardo Gomes (2003), dentre outros. Além de autores que pesquisam participação e controle social, os conselhos gestores de políticas públicas e o Conselho Nacional de saúde, tais como Carlos Milani (2008), Brian Wampler (2010), Luciana Tatagiba (2007), Lígia Lüchmann (2009), Carla Carneiro (2007). E, por último, autores que estudam a epidemia de Aids no Brasil, como: Pinheiro, Vieira e Alves (1996).

A pesquisa documental foi baseada em documentos do Ministério da Saúde e dos órgãos da administração pública que têm interface direta com o CNS. Para investigar se as propostas apresentadas pela comissão foram incorporadas à política, foram analisadas as atas das reuniões do plenário do CNS, de 2011 a 2014. Foram selecionados os trechos em que eram discutidos temas relacionados à Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais.

Esta pesquisa utilizou entrevistas semi-estruturadas, com o intuito de não utilizar um roteiro rígido com perguntas padrão, ou seja, as entrevistas semi-estruturadas possuem um caráter aberto, pois o entrevistado responde as perguntas dentro de sua concepção, pois o entrevistado não fala livremente. Dessa forma, pesquisador não perde o foco da pesquisa (MAY, 2004).

Gil (1999, p. 120) explica que “o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada”. Percebe-se que nesta técnica, o pesquisador não pode se utilizar de outros entrevistadores para realizar a entrevista mesmo porque, faz-se necessário um bom conhecimento do assunto.

Nessa pesquisa, foram entrevistados, presencialmente, Assessores Técnicos e/ou Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde; e servidores e/ou consultores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. As entrevistas ocorreram em novembro de 2014, foram gravadas em aparelho de áudio e duraram cerca de 40 minutos cada.

O critério de seleção dos entrevistados no caso do CNS se deu em função do cargo ocupado e do tempo de serviço. E para obter uma maior quantidade de informações, durante as entrevistas, os entrevistados foram informados que seus nomes não seriam divulgados no relatório final da pesquisa, sendo garantida a confidencialidade.

Quadro 1 – Relação de entrevistados por cargo e área de atuação no Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde.

ENTREVISTADOS /CARGO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Servidor Público	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS)

Consultor	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS)
Consultor	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS)
Coordenador - CIADAIDS	Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS(CIADAIDS/CNS/MS)
Assessor Técnico- CNS	Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – (CIADAIDS /CNS/MS)
Conselheiro- CIADAIDS	Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – (CIADAIDS /CNS/MS)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a análise das informações obtidas nas entrevistas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, com a sistematização dos dados por meio da frequência das respostas dos entrevistados, a partir dos conteúdos manifestos das mensagens, gerando, à luz dos objetivos específicos da pesquisa, as seguintes categorias de análise: política; mudanças; funcionamento; dificuldades; identificação; e incorporação das propostas; desafios; e sugestões (BARDIN, 2009).

Entende-se por análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (BARDIN, 2009, p. 44).

Esta técnica analisa o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências. Na abordagem qualitativa procura-se analisar a presença ou a ausência de uma ou de várias características do texto. Depois da leitura da entrevista, deve-se codificar (salientar, classificar, agregar e categorizar) trechos da entrevista transcrita (BARDIN, 2009).

Quadro 2 – Categorias de análise de conteúdo

Categoria de	Descrição
---------------------	------------------

Análise	
Política	A configuração da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais.
Mudanças	Mudanças na política de AIDS nos últimos 4 anos.
Funcionamento	Análise do funcionamento da CIADAIDS e do CNS.
Dificuldades	Principais dificuldades para o funcionamento da CIADAIDS e do CNS.
Identificação e incorporação das propostas	Identificação das recomendações e resoluções apresentadas pela CIADAIDS e deliberadas no CNS de 2011 a 2014.
Desafios	Principais desafios enfrentados para inserção das propostas da CIADAIDS na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.
Sugestões	Sugestões para o fortalecimento da relação do DDAHV e o CNS, mais especificamente a CIADAIDS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização da presente pesquisa foram entrevistados, presencialmente, Assessores Técnicos e/ou Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, servidores e/ou consultores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O critério de seleção dos entrevistados se deu em função do cargo ocupado e do tempo de serviço.

Para identificar as propostas e discussões apresentadas pelos conselheiros da CIADAIDS e os encaminhamentos dados, foram analisadas as atas das reuniões do pleno do CNS, de 2011 a 2014. Nesse período, ocorreram quarenta e oito reuniões ordinárias e três reuniões extraordinárias, ou seja, foi analisado o total de cinquenta e uma reuniões de pleno do CNS.

5.1 A configuração da Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais

Para Wampler (2010), a gestão participativa tem contribuído para a transformação das relações entre o estado e a sociedade, produzindo novas redes e novos tipos de acordos e conexões entre os líderes comunitários, os ativistas dos movimentos sociais, os especialistas em políticas públicas, os burocratas e produzindo novas formas de engajamento entre esses atores.

Nessa perspectiva, segundo todos os entrevistados, a atual Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais evoluiu em razão da grande influência do engajamento dos movimentos sociais, desde o início da epidemia.

A resposta brasileira à epidemia de aids foi muito baseada em uma articulação com movimentos sociais. Todavia, essa característica tem mudado com o passar do tempo. Segundo os entrevistados do DDAHV:

(...) “O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais sempre foi muito tocado, historicamente, por pessoas que vieram do movimento social e que tinham um conhecimento de causa que, inicialmente, não se tinha no campo institucional. Durante muito tempo, o movimento social esteve muito mais próximo da constituição, do pensar a política brasileira. Com o passar do tempo, foi necessário ter um fortalecimento maior das respostas locais, então os processos de descentralização foram instituídos com uma constituição de um corpo

técnico com muito mais conhecimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde, de forma de a gente ter uma articulação mais triangulada entre os estados e municípios, o movimento social e a esfera federal (Entrevistado, DDAHV, 2014)”.

Segundo os entrevistados, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais foi instituído oficialmente no organograma do Ministério da Saúde somente em 2010. Atualmente ele é um dos departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde. O departamento já teve várias nomenclaturas, já foi Coordenação Nacional e Programa Nacional. Devido à autonomia financeira, em razão do grande financiamento de organismos internacionais, o departamento já foi considerado um ministério à parte, independente da estrutura do Ministério da Saúde.

O departamento ganha corpo institucional dentro do Ministério da Saúde, como estrutura legitimada pelo próprio Ministério, como uma estrutura formal, a partir de 2001. O departamento é criado depois, mas a sua estrutura de formalização é dada por esse posicionamento que ocorre em 2001. Antes disso, você tem uma situação mais de programa, menos de departamento, e tem uma estrutura mais programática que, dependendo da situação e da conjuntura política, você poderia estar ou não subordinado a qualquer uma das estruturas, dada a flexibilidade que um programa tem (Entrevistado, DDAHV, 2014).

Para os entrevistados, a média de permanência dos diretores no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é de quatro anos. E o término da gestão de cada diretor não interfere na continuidade das políticas, pois somente há mudanças no enfoque dado à política, que pode ser mais baseada em direitos humanos ou na biomedicina, por exemplo. Nesse sentido, cada diretor tem seu perfil, mas a política de AIDS tem um diferencial, pois é considerada uma política do Estado e não política de governo. Na percepção dos entrevistados:

A política vem se implantando e se consolidando ao longo dos 30 anos. Então, não existe a política de gestor A ou gestor B. Existe, um contínuo de uma política, que se consolidou ao longo dos 30 anos. As diferenças são mais de estratégias que se colocam como oportunidade para enfrentamento da epidemia, seja no campo tecnológico, seja no campo da gestão. Então são essas estratégias

que marcam, um pouco, a dinâmica da resposta à situação da epidemia na atualidade (Entrevistado, DDAHV, 2014).

A antiga gestão era mais focalizada na prevenção da população geral. Já a atual gestão possui foco mais direcionado às populações-chave: Homens que fazem sexo com homens; Profissionais do sexo (homens e mulheres); Pessoas que usam drogas (com especial atenção no uso injetável em alguns países); Travestis e Transexuais. Nesse sentido, o atual diretor “traz uma proposta de recondução da política no sentido de trabalhar fortemente com as populações que, mesmo historicamente afetadas pela epidemia, continuavam com prevalências muito altas (Entrevistado, DDAHV, 2014)”.

Na realidade, mudou um pouco o foco. Até então, a gente trabalhava com população em geral, sem focalizar em determinados segmentos da sociedade que, pelos dados epidemiológicos, percebe-se que são os mais afetados pela epidemia. Nos últimos anos, seguindo também com as recomendações da OMS, a gente acabou mudando o foco, priorizando esses segmentos que são mais afetados pela epidemia. Isso não quer dizer que a gente deixou de trabalhar com a população em geral, mas seguindo o princípio da equidade do SUS, Sistema Único de Saúde, você tem que atender, de forma diferente, os diferentes, ou seja, oferecer mais para quem precisa mais (Entrevistado, DDAHV, 2014).

Nessa linha, segundo os entrevistados, de 2011 a 2014, a política de enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais esteve ligada, desde o início, às diretrizes dos organismos internacionais, por exemplo, da Organização Mundial da Saúde- OMS. Assim sendo, um dos entrevistados do DDAHV aponta que:

A política sempre teve muito alinhada às diretrizes mundiais. O que deve ser levado em consideração é se que está se preconizando internacionalmente cabe para cá? Então, quando a gente fala de uma intervenção biomédica, por exemplo, a circuncisão, que já foi provada sua eficiência em vários lugares do mundo, a pergunta é: ela seria pertinente para nossa cultura? Eu acho que isso é um bom exemplo. Existiu um caminhar na construção da política brasileira que sempre foi muito discutido com movimento social e sempre foi baseado em coisas muito importantes, como respeito aos direitos humanos, redução do estigma, do preconceito. Então, sempre, essas ideias, esses princípios foram as bases para a incorporação de várias recomendações da OMS (Entrevistado, DDAHV, 2014)

Já os entrevistados do CNS, que representam o movimento social, consideram um retrocesso o alinhamento da política de aids às diretrizes da OMS. Já que a política de aids do Brasil sempre se destacou por não seguir integralmente as recomendações da OMS, um exemplo foi a distribuição dos medicamentos. Outro diferencial da política brasileira era trabalhar com a sociedade civil, pois “não tem política que resista a não trabalhar com a sociedade civil. Mas eles estão virando as costas para a sociedade civil. Não entendem as demandas que a sociedade civil está trazendo” (Entrevistado, CNS, 2014).

A partir de 2008, de acordo como o entrevistado do DDAHV, ocorreu uma mudança significativa no rumo da política de aids relacionada à estratégia internacional de ampliar o acesso à testagem, incluindo a testagem como uma estratégia de prevenção vinculada ao tratamento. A partir disso, toda a estratégia do departamento muda, pois ampliando a testagem, aumenta a oportunidade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A partir desse ano, também ocorre a focalização para as populações mais vulneráveis, em situação de risco. O entrevistado conclui:

Na verdade, tem que pensar na política da AIDS, não como uma política estanque, ela é um contínuo de atividades e ações, e que você vai tendo estratégias diferentes sendo adotadas de acordo com a situação epidemiológica. No ponto de vista de marcos referenciais da política, eu faria essas três diferenças. Primeiro, em 1996, a política de acesso universal; segundo, em 2001, a descentralização das ações para estados e municípios; e terceiro, em 2008, essa mudança na política que passa a orientá-la a partir de novas tecnologias no campo prevenção. Então, são três grandes marcos de referência para a política (Entrevistado, DDAHV, 2014).

5.2 Desenho Institucional e funcionamento da CIADAIDS e do CNS

Segundo os assessores técnicos do CNS, as reuniões do Pleno do Conselho Nacional de Saúde ocorrem mensalmente, geralmente nas primeiras quartas e quintas-feiras de cada mês. Nessas reuniões, os titulares são convocados, mas os suplentes participam se quiser, com ônus de sua própria instituição. As reuniões da mesa diretora ocorrem nas primeiras terças de cada mês e possuem caráter mais deliberativo.

Os assessores técnicos apontaram que durante as reuniões de pleno são encaminhadas recomendações das comissões ao plenário, podendo ser acolhidas ou não, ou seja, os encaminhamentos das comissões não possuem caráter deliberativo. Em geral, acontecem quatro reuniões anuais das comissões, mas podem ocorrer mais ou menos de quatro reuniões.

No caso da CIADAIDS, no ano de 2014, ocorreram apenas duas reuniões da comissão, nos meses de fevereiro e agosto, pois segundo o coordenador é difícil reunir a comissão, já que as pessoas não residem em Brasília e possuem agendas complicadas. Também é difícil conciliar as datas com a agenda dos participantes convidados para discutir temáticas específicas da comissão. Por isso, nas poucas reuniões em que a comissão consegue se reunir, é importante discutir as pautas prioritárias e não apenas cumprir com as pautas do CNS.

É para ter até quatro reuniões por ano. Mas nesse ano, nós conseguimos nos reunir duas vezes, em fevereiro e em agosto. Em 2013, foi só uma vez. Em 2012, eu entrei em maio, e acho que nos reunimos só uma vez. Daí, teve que recompor toda a comissão porque esse era o processo. A gente não se reunia porque estava em processo de recomposição e as reuniões das comissões estavam suspensas pelo Conselho até serem aprovadas as novas composições, e isso levou mais de ano. E essa não é uma discussão fácil dentro do Conselho, porque é uma forma de participação, é muita disputa. É bem complicado (Entrevistado do CNS, 2014).

Em fevereiro de 2014, todas as comissões se reuniram, no mesmo dia, para fazer o planejamento das suas ações baseadas no planejamento do Conselho. Isso impossibilitou que a CIADAIDS discutisse a Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais e Tuberculose.

Para os entrevistados, como as comissões devem cumprir com as pautas do CNS, isso acaba comprometendo a qualidade da discussão durante os encontros das comissões. Um dos entrevistados do CNS argumenta:

“O conselho solicitou à comissão que discutisse e trouxesse a política de AIDS de novo para o Conselho. Só que nesse meio tempo, as demandas que o Conselho passou pra comissão acabaram impedindo que a comissão fizesse isso”. Impossibilitou porque vieram outras demandas, como: “você terão que avaliar o RAG, o Relatório de Gestão.”, etc. Isso é uma coisa que deve ser avaliada com muita calma, a montagem da política” (Entrevistado do CNS, 2014).

A reunião da CIADAIDS, de maio de 2014, foi suspensa por problemas burocráticos do Conselho, houve problema com as passagens, não foi possível emitir nenhuma passagem pelo Conselho, e a reunião não aconteceu.

Em agosto de 2014, a reunião da comissão foi mais produtiva, foram discutidas questões que vão além da análise do Relatório Anual de Gestão. Uma das pautas foi a Resolução 462/ 2012 do Conselho, que ainda não foi homologada. Na ocasião, também foi marcada uma nova reunião para os dias 24 e 25 de novembro de 2014, porém o Conselho desmarcou. Pois de acordo com o coordenador da CNS “foram suspensas todas as reuniões das comissões para que haja uma nova reunião para se discutir apenas a 15ª Conferência Nacional de Saúde”. A próxima reunião da comissão será apenas em janeiro de 2015. O coordenador da Comissão também apontou que:

(...) É um quebra-cabeça para conseguir reunir todo mundo. Quando reunir, o interessante era discutir a pauta prioritária. Como as comissões são parte de assessoramento do Conselho, as pautas das comissões têm que ser a pauta do Conselho, não a pauta que nós queremos discutir. A Comissão de AIDS não é um Conselho de AIDS, que tem sua pauta própria. Até tem, mas ela está vinculada às demandas. E se não respondermos a essa demanda, nós seremos cobrados. E se o Conselho achar que não respondemos as demandas dele, ele pode decidir que não precisamos mais existir (Entrevistado do CNS, 2014).

Essas dificuldades remetem à crítica de estudiosos da temática conselheira, para Lückmann:

(...) as análises sugerem que diversas experiências conselheiras têm sido “engolidas” pela lógica político-burocrática e acabam legitimando, sob novas roupagens, procedimentos pouco ou nada democráticos de tomada de decisões, configurando um quadro de desmobilização e pseudo- representação social (...) (LÜCKMANN. In: LYRA, 2008, p. 49)

5.3 Propostas apresentadas pela Comissão Intersectorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS

Como já foi mencionado, as reuniões de pleno do CNS ocorrem, em média, doze vezes ao ano. Essa pesquisa analisou as atas das reuniões do pleno do CNS, de 2011 a 2014 para identificar as propostas e discussões

apresentadas pelos conselheiros da CIADAIDS e os encaminhamentos que foram dados.

O coordenador da CIADAIDS, José Marcos de Oliveira, do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, esteve presente em quase todas as reuniões de pleno do CNS, de Janeiro/2011 a maio/2012. A partir de junho de 2012, foi aprovada a indicação do conselheiro Carlos Alberto Duarte para coordenação e da conselheira Nádia Elizabeth para coordenação adjunta. Portanto, a partir dessa data, o conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte, também do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, assumiu a coordenação da CIADAIDS.

Com base nas atas das reuniões de Pleno de 2011 a 2014, a temática da Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais foi colocada em pauta poucas vezes. A análise das propostas apresentadas pela CIADAIDS foi feita cronologicamente, sendo selecionadas as discussões, as recomendações e resoluções apresentadas nesse período.

Em 2011, no mês de fevereiro o então Ministro da Saúde, conselheiro e Presidente do CNS, apresentou um resumo sobre as discussões ocorridas na comissão de Aids. Alexandre Padilha ressalta que:

“(...) é preciso avaliar e reformular as campanhas de prevenção das DST/AIDS para que dialoguem com as pessoas que não viveram a epidemia de AIDS das décadas de 80 e 90. As campanhas devem reconstruir o que foi a AIDS no Brasil e no mundo para a geração de hoje e o controle social é decisivo nesse debate de reformulação. Inclusive, destacou que a campanha de prevenção da AIDS no carnaval tem como foco mulher jovem. Além dessa questão, salientou que é preciso aprofundar o debate do diagnóstico precoce de DSTs, AIDS, hepatite e sífilis. Ressaltou que foi possível ampliar o acesso, diagnóstico, tratamento e cuidados no parto no que se refere à AIDS, mas não houve redução dos índices da sífilis congênita. Explicou que essa questão foi debatida na Comissão Nacional de DST/AIDS e, se necessário, será disponibilizado teste rápido para detecção da sífilis” (CNS, Ata fev/2011, p. 02).

Já na reunião do mês de março de 2011, os conselheiros debateram com mais intensidade a temática de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose. O conselheiro José Marcos de Oliveira, representante do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, apresentou duas minutas de recomendação à plenária do CNS.

A primeira recomenda que os Conselhos de Políticas Públicas e as Frentes Parlamentares em HIV/AIDS incorporem a temática da Tuberculose em suas agendas prioritárias nos âmbito municipal, estadual e federal.

Já a segunda recomenda ao Ministério da Saúde a articulação com as demais áreas do governo federal, contando com a participação e apoio dos movimentos sociais, do Congresso Nacional e das instituições intersetoriais a criação e manutenção de benefícios sociais para pessoas com tuberculose, de modo a ampliar a adesão ao tratamento e a diminuir as taxas de abandono. Em seguida, foi deliberada a aprovação das duas recomendações elaboradas pelo GT (CNS, Ata mar/2011, p. 20).

Nessa mesma reunião, o Conselheiro Júlio Cesar Figueiredo Caetano, do Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV, ressaltou que, além de ampliar o diagnóstico precoce da AIDS, é preciso garantir regularidade e continuidade na distribuição do medicamento para o tratamento. Nessa linha, manifestou preocupação com o desabastecimento de medicamentos para AIDS e solicitou providências (CNS, Ata mar/2011, p. 27).

O Ministro Alexandre Padilha respondeu ao questionamento apontando as duas grandes prioridades da então política de aids : diagnóstico precoce e segurança do fornecimento de antirretrovirais. Em seguida ele argumenta que:

(...) os problemas decorreram do processo de compras em 2010, mas que foi determinado um conjunto de mudanças nesse processo. Esclareceu que não houve interrupção da distribuição do medicamento, mas sim fracionamento, e solicitou fluxograma do ocorrido para identificar as mudanças necessárias. Também disse que será instituído Grupo do Ministério da Saúde para planejar e acompanhar o fornecimento de antirretrovirais e sugeriu a definição de um mecanismo para informar o planejamento passo a passo para a Comissão de AIDS do CNS (CNS, Ata mar/2011, p. 30).

Em julho de 2011, o Conselheiro José Marcos de Oliveira apresentou a prévia do texto da resolução do GT Tuberculose e, em seguida, o plenário aprovou o mérito da resolução, mas com a necessidade de reelaboração do texto, a partir das proposições dos conselheiros, para ser reapresentado ao pleno.

Em fevereiro de 2012, também aconteceu uma importante discussão no CN, após questionamento do então coordenador da CIADAIDS, José Marcos de Oliveira, referente à retirada de circulação de um vídeo com um casal

homossexual da Campanha do Carnaval de 2012, cedendo a posições conservadoras, houve a seguinte deliberação do CNS:

“(…) solicitar a COFIN análise do custo das campanhas do Ministério da Saúde, em especial a do Carnaval 2012; e tratar na recomendação sobre quais temas e ações do MS devem ser submetidos ao Pleno do CNS a proposta de apresentar ao CNS as campanhas do Ministério da Saúde de luta contra a AIDS voltadas à grande mídia (CNS, fev/2012, p. 18)”. (CNS, Ata fev/2012, p. 18).

Para discutir essa temática nessa reunião de pleno, o CNS, atendendo as manifestações e reivindicações de entidades e movimentos, incluiu um item extra na pauta para os devidos esclarecimentos. O Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, explicou que, desde 2011, cresce a preocupação da Secretaria em adequar as campanhas contra a AIDS ao quadro epidemiológico da doença. Por isso, o Ministério da Saúde passou a elaborar materiais educativos para auxiliar no enfrentamento dessa realidade.

Ele concluiu esclarecendo que para a campanha do carnaval 2012, o Ministério da Saúde desenvolveu diversas peças publicitárias destinadas a diferentes públicos e de veiculação em lugares específicos. Ele argumentou que:

(…) a campanha do carnaval é parte de uma série de ações para prevenção da AIDS e disse que durante esse período serão distribuídos 70 milhões de preservativos. A propósito do vídeo, explicou que, após o carnaval, será apresentado nos locais onde for necessário, mas concordou que é preciso aperfeiçoar o processo, ampliando a participação social. Por fim, salientou que não haverá retrocesso nos avanços alcançados em relação à luta contra AIDS e a homofobia. A reprodução do vídeo, em evento no Rio de Janeiro, com imagens de casal hetero e homossexual não era voltado à televisão aberta e que, apesar dos esclarecimentos, gerou questionamentos e inquietação. A respeito do uso de recursos, disse que a campanha do carnaval oferece testagem, envolve produção e divulgação de vídeo e que os apresentados no Rio de Janeiro – casal gay e heterossexual – serão utilizados por mais de 300 parceiros do Ministério durante o carnaval e estarão disponíveis aos interessados. Ou seja, todos os vídeos produzidos serão utilizados de acordo com a necessidade. p.29 (CNS, Ata fev/2012, p. 28).

Porém, o conselheiro, José Marcos de Oliveira, rebateu a resposta do Secretário Jarbas, afirmando que o “vídeo reproduzido no Rio de Janeiro era voltado a jovens gays com a finalidade de ser reproduzido na TV aberta, o que não ocorreu por conta de pressão de bancadas religiosas. Para Oliveira, retirar

o vídeo educativo de circulação é fortalecer o comportamento homofóbico da sociedade” (CNS, Ata fev/2012, p. 29).

Na plenária de julho de 2012, após questionamento da coordenadora adjunta da CIADAIDS, Nádia Elizabeth, sobre o fato do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais não estar dando o tratamento que a patologia merece, levando em consideração que o dia 28 de julho é o dia mundial de luta contra as hepatites virais, foi deliberado pelo plenário do CNS que fosse pautado na reunião ordinária do CNS do mês de setembro o debate do componente estratégico da assistência farmacêutica – tuberculose, hanseníase, hepatites e AIDS (CNS, Ata julho/2012, p. 32).

Entretanto, a temática das DST, Aids e Hepatites Virais, somente entrou na pauta das reuniões de pleno no mês de novembro, no item 8, cujo tema foi: VIGILÂNCIA EM SAÚDE – EPIDEMIA DE AIDS (H1N1, DST-AIDS), com a participação do Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS, Jarbas Barbosa; do coordenador da CIADAIDS, Carlos Alberto Ebeling Duarte; e do então coordenador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS, Dirceu Bartomeu Greco. A mesa foi coordenada pela conselheira Jurema Pinto Werneck, da Mesa Diretora do CNS (CNS, Ata Novembro/2012, p. 2).

Nessa reunião, o Diretor do DDAHV apresentou a agenda estratégica da política, que possui dois pilares: redução da transmissão das DST, Aids e Hepatites Virais e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com esses agravos. Greco afirmou que a epidemia de Aids é considerada concentrada, heterogênea e desigualmente distribuída entre as regiões, ocorrendo e atingindo diferentes subgrupos populacionais de estados e municípios do Brasil, com maior concentração de casos nos grandes centros urbanos, atingindo mais intensamente populações em situação de maior vulnerabilidade (CNS, Ata Novembro/2012, p. 28). Ele também apresenta características da política de aids da época:

“(…) a resposta à epidemia passa pela integração das diferentes estratégias de prevenção do HIV: modificação de comportamento, estratégias biomédicas, direitos humanos e justiça social e tratamento. Explicou que, para reduzir a mortalidade e a transmissibilidade, serão ampliadas as oportunidades para o diagnóstico precoce. (...) frisou que é preciso expandir as oportunidades de diagnóstico e, a esse respeito, destacou o projeto “Quero Fazer” (testagem e aconselhamento) e DEBI (intervenção

comportamental e gestão de risco) e a Ação Programática do “Fique Sabendo”. Ainda na linha da ampliação do acesso ao diagnóstico explicou que no período de 2003 e 2011 o SUS realizou 7,5 milhões de testes. No que se refere à qualidade da atenção, disse que foram tomadas as seguintes ações: desenvolvimento e atualização das diretrizes; novos medicamentos – três em um; integração com atenção básica; avaliação dos serviços e da qualidade (Qualiaids, QualiUsuário); vigilância clínica; novo consenso, com antecipação do tratamento; desenvolvimento e atualização de diretrizes: saúde mental, alimentação e nutrição, atividade física e lipodistrofia) – academias da saúde (CNS, Ata Novembro/2012, p. 29) .

Greco também fez um panorama dos principais avanços da Política Brasileira de Enfrentamento da Aids - 1980-2012: garantia do acesso universal ao tratamento com aumento da sobrevida; gestão descentralizada com aumento do orçamento; ampliação do acesso aos insumos de prevenção; produção nacional de preservativos, testes diagnósticos e medicamentos; rede de serviços estabelecida; resposta intersetorial; e parceria com a sociedade civil organizada (CNS, Ata Novembro/2012, p. 29).

Em seguida, o então Diretor do DDAHV apresentou os desafios da Política de enfrentamento à epidemia de aids junto à atenção básica: focalização no diagnóstico precoce do HIV, sífilis, TB e hepatites; envolvimento interministerial: educação, direitos humanos, justiça, mulheres; integração com CONASS e CONASEMS; sustentabilidade da resposta nacional; acesso aos insumos de tratamento e prevenção; decisões baseadas em evidências científicas; financiamento e sustentabilidade das OSCs; desigualdade de gênero; desigualdade de raça; pobreza; direitos humanos; e violência (CNS, Ata Novembro/2012, p. 29).

Também apresentou as ações que seriam desenvolvidas até 2015, salientando a importância da participação da sociedade civil, dos governos estaduais e municipais: 50% de redução na transmissão sexual do HIV; 50% de redução do HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis; 50% de redução nas mortes por TB em PVHA; garantir que nenhuma criança nasça com HIV e redução nas mortes maternas relacionadas à AIDS; e 15 milhões em tratamento com Antirretrovirais (CNS, Ata Novembro/2012, p. 29)

Em seguida, o então coordenador da CIADAIDS/CNS, explicou que o movimento de luta contra a AIDS percebeu uma mudança na epidemia de AIDS e na estratégia de enfrentamento da doença ao longo dos últimos anos.

Ele argumentou que, em 2000, o Programa de Combate à AIDS foi considerado o melhor do mundo, e isso foi resultado da intenção tripartite de enfrentar a epidemia (CNS, Ata Novembro/2012, p. 30). O conselheiro faz as seguintes críticas:

Acerca do financiamento, disse que há cerca de R\$ 160 milhões parados nas contas dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e, por uma negociação na CIT, esses recursos passam a ser da vigilância em saúde e não mais para o combate à AIDS. Disse que esses recursos não foram utilizados por preconceito e discriminação, além de falta de priorização da política (CNS, Ata Novembro/2012, p. 31).

Além disso, Carlos Duarte salientou que, nessa resposta do Brasil à epidemia, foram fundamentais o SUS – sistema universal, integral, equânime, com controle social, descentralizado - a participação da sociedade civil e o protagonismo das pessoas que vivem com HIV. Disse que o movimento considera que há uma epidemia diferente daquela colocada pelas três esferas de governo na década de 90. Nessa linha, o movimento de luta contra a AIDS considera que é importante “resignificar” a epidemia de AIDS, a fim de continuar o seu enfrentamento (CNS, Ata Novembro/2012, p. 30).

Segundo o coordenador, a Comissão de Articulação do Movimento Social, Comissão de AIDS e a CIADAIDS/CNS reuniram-se no final de outubro para debater os cinco pontos colocados pelo movimento de luta contra a AIDS. Salientou que é preciso entender a epidemia de AIDS no país, lembrando que a situação é distinta nas regiões brasileiras. Salientou ainda que as populações mais vulneráveis ao HIV enfrentam preconceito e discriminação, o que, entre outras questões, dificulta ainda mais o acesso aos serviços de saúde (CNS, Ata Novembro/2012, p. 30).

Logo em seguida, foi apresentada uma minuta de recomendação com os cinco pontos colocados pelo movimento social para rediscutir a epidemia são os seguintes: 1) reconhecer que há uma epidemia de AIDS crescente no país; 2) a política de AIDS deve basear-se nos direitos humanos, garantindo os direitos das populações com maior vulnerabilidade em relação a HIV – homens que fazem sexo com homens, gays, travestis, transexuais, trabalhadores comerciais do sexo, pessoas privadas de liberdade, usuários de drogas e populações em situação de rua; 3) discussão ampla, envolvendo gestores, pesquisadores e sociedade civil a respeito da incorporação de novas

tecnologias de prevenção, visando a diminuição de novas infecções; 4) reforço a estados e municípios que estão fechando ambulatório e leitos, sem reposição de profissionais em um contexto de crescente número de pacientes com HIV em acompanhamento; e 5) apoio ao fortalecimento das ONGs que trabalham com ONG AIDS (CNS, Ata Novembro/2012, p. 30).

Outro ponto relevante apresentado pelo coordenador foi a necessidade de se combater o imaginário de que “viver com AIDS é bom”, pois viver com aids é muito difícil. Muitas pessoas vivendo com HIV/Aids não conseguem trabalho e nem têm acesso aos benefícios sociais. Ele afirmou que “a cara da AIDS mudou e hoje pode ser vista na face marcada pela deformação causada pelos medicamentos, principalmente nas mulheres” (CNS, Ata Novembro/2012, p. 31).

É notório o jogo político presente nessas reuniões de pleno do CNS, o que pode ser visto através da defesa feita pelo Secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, apontando que foram passadas mensagens equivocadas sobre o que era a epidemia de AIDS no país. Ele ressaltou que estratégias universais são necessárias, mas há grupos que necessitam de ações focais por conta da prevalência maior. No final concordou, inclusive, que o movimento social é importante para fazer chegar aos grupos mais vulneráveis que necessitam de ações específicas (CNS, Ata Novembro/2012, p. 31).

Antes da leitura da minuta de recomendação, o coordenador da CIADAIDS/CNS, se retrata registrando que a política de enfrentamento da AIDS é um exemplo a ser seguido no mundo; quando ele teceu críticas à resposta brasileira frente à epidemia de AIDS, não teve a intenção de diminuir a importância do Departamento de AIDS e frisou que alguns avanços tem sido retomados por conta do dialogo entre gestão e movimento social (CNS, Ata Novembro/2012, p. 32).

Por fim, percebe-se que a reunião de pleno do CNS de setembro/2012 foi a mais significativa dos últimos quatro anos, pois a partir foi deliberada uma extensa recomendação:

“O Plenário aprovou o mérito da proposta, da seguinte forma: 1) resolução com os itens 1 e 2 da minuta (a) seja mantido o Piso Variável de Vigilância em Saúde relacionada ao Incentivo para as

ações de DST/AIDS e Hepatites Virais e que sejam estabelecidas diretrizes, normas e regras para a utilização dos recursos do incentivo para as ações de DST/AIDS e Hepatites Virais, respeitando as prioridades estabelecidas, os parâmetros epidemiológicos, as especificidades e diferenças locais, a participação da sociedade civil e as necessidades das populações em situação de maior vulnerabilidade às DST/AIDS e Hepatites Virais; e b) os recursos destinados até 2011, previstos pela Portaria n.º. 2.313/2002, e repassados aos Estados e Municípios, na modalidade fundo a fundo, sejam aplicados integralmente, durante o ano de 2013, nas ações diretas de enfrentamento da epidemia de DST/Aids em cada esfera de gestão, com respectivo plano de trabalho inserido nos planos de saúde, incluindo os recursos repassados para ações desenvolvidas pelas Organizações da Sociedade Civil; e 2) recomendação com o item 3 (que o Ministério da Saúde, em articulação com estados, municípios, sociedade civil e academia, realize uma análise da epidemia de AIDS, das políticas e ações de prevenção e ampliação de diagnóstico e qualidade da atenção para seu enfrentamento no Brasil, possibilitando sua ressignificação, de forma a subsidiar a definição das ações e metas a serem implementadas, diante do contexto atual e seguindo as normativas vigentes do SUS). Além disso, acordou-se que o CNS deverá divulgar no seu site a mobilização nacional “Fique Sabendo” - faça o teste de AIDS, sífilis e hepatite (de 20 de novembro de 2012 a 1º de dezembro)” (CNS, Ata Novembro/2012, p. 33).

Em 2013, na reunião do mês de abril, o conselheiro Carlos Duarte manifestou preocupação com a censura, por parte do governo federal, do material educativo de prevenção a AIDS e outras DST do “Saúde e Prevenção nas Escolas”, pois isso prejudica a discussão da prevenção da AIDS nas escolas. Duarte criticou as declarações do Deputado Marcos Feliciano, então presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados afirmando que qualquer material de conteúdo “mais polêmico” não circule antes de ser avaliado e aprovado pela bancada evangélica. E também afirmou que a situação é preocupante, pois o Ministério da Saúde foi provocado, mas não se manifestou a respeito. O conselheiro concluiu afirmando que elaborou e disponibilizou aos conselheiros uma recomendação a esse respeito (CNS, Ata Abril/2013, p. 18).

Em maio de 2013, na reunião de pleno do CNS, foi feita uma recomendação do Movimento Nacional de Luta contra a AIDS ao Ministério da Saúde. A proposição foi apresentada pelo conselheiro Jasiel da Silva Pontes. No texto, o CNS recomenda ao Ministério da Saúde: 1) a retomada de campanhas de prevenção educativas com relação à infecção pelo HIV Aids dirigidas a jovens e adolescentes e as populações em situação de maior

vulnerabilidade, conforme apontam os boletins epidemiológicos; 2) a retomada da produção e distribuição de materiais preventivos/educativos junto ao SPE; 3) a manutenção das ações de políticas afirmativas na área de saúde, entendendo que sem cidadania não existe direito à saúde e sem esse direito inexistem direitos humanos; e 4) a disponibilização do material educativo produzido e destinado à população jovem, fundamentado no caráter laico do Estado brasileiro, sem levar em consideração possíveis objeções de natureza meramente teológica, desprovida de qualquer fundamento científico (CNS, Ata Maio/2013, p. 29).

Além disso, a recomendação também manifestou repúdio a qualquer forma de censura baseada em questões ético-religiosas de cunho pessoal ou político que possam interferir no direito à informação, ao respeito aos Direitos Humanos e ao direito à saúde. Para o movimento, a saúde deve ser tratada como política de Estado e não como política de governo (CNS, Ata Maio/2013, p. 29).

Essa recomendação foi aprovada. Além disso, o conselheiro Jasiel Pontes também solicitou que o CNS cobrasse uma resposta do Ministério da Saúde sobre a não homologação da Resolução 462/2012 (CNS, Ata Maio/2013, p. 29).

Na reunião de Junho 2013, como não obteve resposta do Ministério da Saúde, Carlos Duarte volta a tocar na temática dos Direitos Humanos. Ele afirmou que foram publicadas diversas notas com críticas ao Ministério da Saúde sobre veto a questões que tratam de direitos humanos na saúde. Desse modo, solicitou a autorização do CNS para realização de uma reunião conjunta da CIADAIDS e da CISPLGBTT para debater essa questão e trazer uma proposta ao CNS. A solicitação foi atendida e foi dado o seguinte encaminhamento: pautar o tema na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS e, posteriormente, chamar reunião da CIADAIDS e da CISPLGBTT para tratar do tema (CNS, Ata Junho/2013, p. 31).

Em 2014, com base em um resumo executivo da reunião de pleno, percebe-se que em julho de 2014 foi discutido o item 04, com a seguinte temática: Hepatites Virais – Um Desafio do Sus. A mesa foi apresentada pelo Secretário de vigilância em Saúde/MS, Jarbas Barbosa. Por fim, nesse item de pauta, foram aprovados os seguintes encaminhamentos: 1) Em virtude da

grande demanda, os esclarecimentos serão feitos no encontro da CIADAIDS.

2) Será realizada reunião da comissão ampliada em dois dias com representantes de todas as áreas, academia, trabalhadores, usuários, para discutir alterações na política, processos e experiências, articulada com a SAS, SVS, SGEP, SGETS e verificar a necessidade de criação de um GT vinculado à comissão pra discutir os problemas da área, como a ausência de notificação e disseminação de boas práticas. Entretanto, a reunião da CIADAIDS iria ser realizada no mês de novembro/2014, porém a reunião foi suspensa, e foi remarcada somente para 2015 (CNS, Ata Julho/2014, p.2).

A partir da análise das atas das reuniões de pleno de 2011 a 2014, e da análise das respostas dos entrevistados do CNS, pode-se perceber que, na maioria das vezes, os encaminhamentos e resoluções não foram respondidos a exemplo da Resolução 462 de 2012 e da Recomendação 026 de 2012 que até hoje elas não foram homologadas. E isso demonstra que o diálogo entre a CIADAIDS e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais foi rompido. O que repercute negativamente na incorporação das propostas dessa comissão na política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.

5.4 Incorporação das recomendações e resoluções na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014 (potencialidades e desafios)

A partir da análise das atas das reuniões de pleno de 2011 a 2014 e das entrevistas, pode-se perceber que ainda existem muitos desafios para que ocorra a efetiva incorporação das recomendações e resoluções do CNS. Do ponto de vista dos conselheiros do CNS, elas não foram incorporadas à política no referido período, o que vai de encontro à percepção dos entrevistados do DDAHV.

Segundo os entrevistados do CNS, o Departamento de DST, Aids e Hepatites virais não tem participado das reuniões da comissão, na última reunião (agosto/2014), tiveram que decidir sem consultar tecnicamente os gestores e técnicos do Departamento. E, na opinião desses entrevistados, esse distanciamento do departamento repercute negativamente na qualidade da

análise do Relatório Anual de Gestão e nas propostas apresentadas pela CIADAIDS no CNS.

Nós avaliamos o que está no Plano Nacional de Saúde referente a AIDS. Então isso que foi feito, lá tinha metas, por exemplo, a produção de medicamentos no Brasil para a AIDS, e nós estudamos essa meta, se a produção de medicamentos foi cumprida ou não, como está, etc. Para isso, temos que entrar em contato com quem executa, que é o Departamento. Então fizemos essa reunião, o Departamento faz parte da Comissão, ele é o gestor da Comissão. Mas ele não tem participado, não veio à reunião. Nós chamamos o indicado pela gestão como titular e avisamos o Departamento de que esse ponto seria discutido, mandamos uma pauta e teria que vir alguém. Nós discutimos a Resolução 462, o RAG, para Hepatites Virais e para DST/AIDS sem a participação da gestão. Fizemos a avaliação que achamos que tinha que fazer. Como fizemos a reunião sem eles estarem presentes, ficamos em dúvida quanto ao recurso financeiro repassado para os estados e municípios pela nova Portaria 63 ou 36, de 13 de dezembro de 2014 (Entrevistado, CNS, 2014).

Outro ponto que pode ser confirmado pela análise das atas das reuniões de pleno é que o movimento social, atualmente, discorda de muitos aspectos da política de enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais, como o manejo do tratamento na atenção básica, o tratamento como prevenção e a testagem com a tecnologia do fluido oral.

O movimento social está muito dividido também. Essa política dividiu e enfraqueceu o movimento social. E quando divide, é esse o processo. O local onde isso poderia ser discutido é aqui. Mas por exemplo, quando se discutiu, aqui no ano passado, veio a questão da atenção básica, muita gente fez crítica a trazer a AIDS para a atenção básica por várias questões, pela própria estrutura da atenção básica que não é das melhores, falta de profissionais para fazer acolhimento, dispensação de medicamentos e entregar o remédio, tem que fazer um aconselhamento, tem que conversar (Entrevistado, CNS, 2014).

Na percepção dos entrevistados do CNS, a nova Política de AIDS está seguindo a tendência do momento e não foi discutida com o movimento social, “ela foi trazida e quando o movimento social recebeu, parou aí e rompeu-se o diálogo. Por exemplo, a Resolução 462 do Conselho que nunca foi homologada” (Entrevistado, CNS, 2014).

A Política de AIDS sempre foi considerada uma Política de Estado. Já na gestão do Dirceu, já começou a haver um rompimento com o movimento social em função das campanhas, um rompimento com o Ministério da Saúde, a campanha dos homossexuais no carnaval, depois a cartilha, depois a campanha das prostitutas. Então, já começou um conflito pois já estava mudando. Aí já começa a romper

com aquilo que foi, desde o início, trabalhado dentro do Programa de AIDS. Só consegue trabalhar a epidemia de AIDS, respeitando as diversidades de direitos humanos. Sempre foi o diferencial do Brasil. (Entrevistado, CNS, 2014).

Apesar de todas essas dificuldades, ainda que a CIADAIDS tenha se reunido poucas vezes de 2011 a 2014, as discussões nas reuniões de pleno sempre procuram pautar as DST, Aids e Hepatites Virais. Para os entrevistados do CNS, “ a pauta da AIDS é recorrente no Conselho, ela sempre é discutida. Não é porque a Comissão não se reúne que a pauta não vem, a pauta tem aparecido” (Entrevistado, CNS, 2014). Ainda segundo o entrevistado:

Então, a gente vem discutindo isso, porque a Política de AIDS no Brasil sempre foi pautada na questão de Direitos Humanos, e hoje ela vem sendo pautada na questão biomédica, ela sempre foi pautada muito na questão do direito individual, hoje ela está mais no direito coletivo, mas no direito coletivo muito amplo, desrespeitando muitas vezes, o direito individual. Então aí tem críticas. Quando se discutiu isso no Conselho em novembro/dezembro do ano passado, deu briga (Entrevistado, CNS, 2014).

5.5 Principais desafios ao fortalecimento da relação entre Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, o Conselho Nacional de Saúde, e a CIADAIDS.

Na opinião dos entrevistados do DDAHV, o departamento sempre esteve muito aberto às demandas do conselho nacional de saúde, para responder e debater quando fosse demandado. Assim, “a maior dificuldade, talvez não seja na relação do departamento com o conselho, mas sim, pautar a aids dentro do conselho, quando você tem tantos outros agravos e que também são prioridades” (Entrevistado, DDAHV, 2014).

Entretanto, como já mencionado, os entrevistados do CNS discordam desse posicionamento, argumentam que a atual gestão está distanciada do CNS e da CIADAIDS. A atual Política de DSTA, Aids e Hepatites Virais não foi discutida com o movimento social, “ela foi trazida e quando o movimento social recebeu, parou aí e rompeu-se o diálogo. Por exemplo, a Resolução 462 do Conselho que nunca foi homologada” (Entrevistado, CNS, 2014).

Apesar das críticas, o CNS pode ser considerado referência para outros setores de políticas públicas na implantação de mecanismos de participação popular. Devido à diversidade de atores envolvidos e interessados na questão da saúde que conquistam seus espaços no CNS, por meio de um diálogo que envolve companhias farmacêuticas, profissionais de saúde, prestadores de serviços hospitalares e associações de portadores de patologias específicas. Na opinião dos entrevistados:

A instância máxima de controle de saúde é o Conselho Nacional de Saúde. É no conselho que você discute a política do ministério como um todo, os diversos agravos, é ali que você tem representação das várias patologias da sociedade, dos movimentos sociais, então é a instância máxima. E cada secretaria, cada departamento tem as suas instâncias, suas comissões consultivas, colaborativas, seus grupos de trabalho. Nesse sentido, nós temos uma Comissão Nacional de aids que tem representação dos movimentos sociais que atuam na luta contra a aids, aqui nós temos representação das sociedades médicas, dos conselhos, de outros ministérios, nós temos a comissão de articulação com os movimentos sociais, e além das reuniões, dos grupos de trabalhos pontuais que o departamento sempre executou com a participação social. (Entrevistado, DDAHV, 2014)

Todavia, essas relações ocorrem permeadas por conflitos e por desigualdades de poder. O que pode ser depreendido no artigo de Schevisbiski (2008):

A atuação dos conselhos no plano real está sujeita a uma série de fatores responsáveis por afetar o seu desempenho efetivo. Entre os fatores apontados pela literatura destacam-se os relativos à participação, entre os quais o problema da desigualdade de recursos entre os atores participantes, a orientação político-ideológica do Executivo, a vinculação entre conselheiro e entidade, o processo de seleção das entidades participantes e a qualificação dos conselheiros. (SCHEVISBISKI, 2008, p.5).

Segundo os entrevistados, o CNS é um espaço de conflituoso, os interesses dos usuários, geralmente, são diferentes dos interesses dos trabalhadores e dos gestores. “Tem uma complexidade muito grande. Se a gente interfere nas Políticas de Saúde, eu não sei se a gente consegue, de fato, interferir como a lei imaginava (Entrevistado, CNS, 2014)”.

Para Carneiro (2007), a expansão quantitativa dos conselhos gestores e o seu caráter deliberativo não significam, necessariamente, seu sucesso na superação de desafios, já que eles enfrentam deficiências quanto à

representatividade dos conselheiros e quanto à capacidade de deliberar e impor suas decisões ao governo.

Em relação à questão da representatividade, deve-se levar em consideração que o Brasil é um país continental, com grandes desigualdades regionais. Isso, aliado aos conflitos de poder entre os grupos representados no CNS, dificulta a representatividade do CNS. Para o entrevistado, a realidade do nordeste é bem diferente da realidade do sul, então “nessas comissões é impossível você ter a representação de todas as regiões e todos os estados, senão, a gente não chega a lugar nenhum. Vira um grande fórum de debates e que não chega, efetivamente, a coisas palpáveis, exequíveis (Entrevistado, CNS, 2014)”.

Segundo os entrevistados do DDAHV, existem vários desafios para o fortalecimento da participação e do controle social; é necessário fazer estados e municípios olharem para a sua realidade e reconhecerem as populações com maior vulnerabilidade ao HIV/Aids e às hepatites virais e que dialoguem com o movimento social, incentivando a participação social local. Assim, o entrevistado argumenta:

“Eu acho que esse é o primeiro desafio, porque a gente não tem gerência disso. A gestão é plena, estados e municípios têm a sua autonomia. E pelo fato de termos mudanças constantes nos gestores, nas pessoas que estão a frente dessas pastas. Outro grande desafio é trazer realmente e identificar essas populações, por exemplo, a população de gays, homens que fazem sexo com homens e travestis. Ainda há locais em que as pessoas se escondem, simplesmente por sua orientação sexual. Então, por conta do preconceito, por conta do estigma, essas pessoas acabam não buscando os serviços de saúde, não buscando o diálogo com os gestores locais, os conselhos municipais. Então, eu acho que o grande desafio é isso. É identificar, é fazer com que essas populações seja visibilizada, que ela apareça, que ela esteja dentro, que ela seja contemplada nos planos estaduais de saúde, nos planos municipais de saúde, que ela se torne visível e reconhecida aos olhos da sociedade. E uma vez que você identifica, então fica muito mais fácil, você fazer com que elas acessem ao diagnóstico do HIV, das DSTs, das hepatites virais e tenham acesso ao tratamento (Entrevistado, DDAHV, 2014)”.

Quando perguntados em relação às sugestões que teriam para a melhoria do trabalho do CNS, os entrevistados do CNS disseram que os conselhos têm muito pouca autonomia em relação à gestão, e que dependem de recursos do Ministério da saúde. Também disseram que falta uma boa estrutura e espaço físico para acomodar os 48 conselheiros e os seus

suplentes. “Se um conselheiro chegar atrasado, não tem lugar pra sentar. Nós estamos precisando de estrutura, mas não podemos ser levados para outro lugar porque temos que estar juntos ao Ministério, pois nossa demanda é com o Ministério” (Entrevistado, CNS, 2014).

Já os entrevistados do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, apontaram as seguintes sugestões para o fortalecimento da relação entre Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, o Conselho Nacional de Saúde e a CIADAIDS.

A minha sugestão é que a gente não responda as demandas, e sim, que levemos as demandas. Eu acho que não só o departamento, mas como todas as áreas do Ministério, obviamente, você tem que ser pautado em evidências, em dados, mas nós temos instrumentos para isso. Então, eu acho que a gente não deve ficar esperando que a sociedade nos demande. Enquanto poder público, nós temos que ir até a sociedade porque a gente sabe das demandas. Então, eu acho que seria uma forma de agilizar o processo (Entrevistado, CNS, 2014).

A outra sugestão, apresentada pelo entrevistado, é que o trabalho do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais esteja mais próximo da gestão estadual e municipal. É importante fortalecer o diálogo com secretários de saúde. Conforme afirmou um dos entrevistados: “atualmente, estamos passando por um período de mudanças, no qual os estados irão assumir novos gestores em todas as pastas, especificamente na área da saúde. Esse seria um ótimo momento para estar próximo desses gestores, repactuando aquilo que já está sendo pactuado ao longo dos anos” (Entrevistado, DDAHV, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social em políticas públicas pode ser vista como um instrumento para o efetivo exercício da democracia participativa no Brasil, pois atua na legitimação e na eficácia das ações governamentais. Os cidadãos podem participar da elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, contribuindo para o aumento do controle social.

No Brasil, esse discurso em prol da participação foi recrudescido, na década de 90, por meio do envolvimento de diversos atores, representantes da sociedade e do Estado, que apoiavam a democracia participativa, o controle social sobre o Estado e a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

A Constituição Cidadã brasileira trouxe importantes mecanismos de participação social, sendo o princípio participativo, um preceito constitucional. E os Conselhos Gestores de Políticas Públicas emergiram dessa estrutura legal como espaços de articulação entre o Estado e a sociedade civil que deliberam acerca das políticas públicas, sendo disseminados a partir da década de 90, em grande parte como resultado das lutas de significativos setores organizados da sociedade civil.

Segundo Carneiro (2007), os conselhos de políticas públicas podem ser vistos como espaços de formação de vontades e de opinião, representando mecanismos de ação, que inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse público, para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas.

Entretanto, os mecanismos existentes de participação social devem ser aprimorados, dessa forma, é necessário analisar criticamente as instâncias de participação já consolidadas, no caso conselhos gestores de políticas públicas.

O objetivo deste trabalho foi analisar a atuação da Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS – CIADAIDS do CNS, a partir da inserção de suas propostas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais, no período de 2011 a 2014, apontando os principais desafios encontrados nesse processo. O presente estudo foi

desenvolvido mediante pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Inicialmente, foi feita pesquisa bibliográfica e documental, além de seis entrevistas individuais semi-estruturadas com assessores técnicos e/ou conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, servidores e/ou consultores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O critério de seleção dos entrevistados se deu em função do cargo ocupado e do tempo de serviço.

Posteriormente, foram construídas categorias de análise que colaboraram para o alcance dos objetivos propostos. As categorias de análise foram: mudanças na política de AIDS nos últimos quatro anos; análise do funcionamento da CIADAIDS e do CNS; principais dificuldades para o funcionamento da CIADAIDS e do CNS; identificação das recomendações e resoluções apresentadas pela CIADAIDS e deliberadas no CNS de 2011 a 2014; principais desafios enfrentados para inserção das propostas da CIADAIDS na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014 e sugestões para o fortalecimento da relação do DDAHV e o CNS, mais especificamente a CIADAIDS. Para a análise das informações obtidas nas entrevistas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, com a sistematização dos dados por meio da frequência das respostas dos entrevistados.

Para identificar as propostas e discussões apresentadas pelos conselheiros da CIADAIDS e os encaminhamentos dados, também foram analisadas as atas das reuniões do pleno do CNS, de 2011 a 2014.

Nessa pesquisa, foram levantados importantes questionamentos sobre as potencialidades e desafios do funcionamento do CNS por meio da análise da atuação da CIADAIDS na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014. Neste período, chegou-se à conclusão que, na maioria das vezes, os encaminhamentos e resoluções apresentados pela CIADAIDS não foram respondidos. Isso pode ser verificado por meio da ausência de homologação da Resolução 462 de 2012 e da Recomendação 026 de 2012. E isso demonstra as dificuldades de diálogo entre a CIADAIDS e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, o que repercute negativamente na incorporação das propostas dessa comissão na política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais de 2011 a 2014.

Outro ponto relevante estudado foi o desenho institucional do CNS que, em alguns aspectos, pode ser um fator limitante no estabelecimento de um

processo de aprofundamento da democracia participativa. Segundo o relatório de pesquisa do IPEA (2012), os conselheiros consideram como principais falhas do CNS: a existência de questões políticas alheias à sua agenda, pouca antecedência de disponibilização dos subsídios para discussão nas reuniões e pouco tempo para debate nas reuniões das comissões.

Na concepção dos entrevistados do CNS, as comissões devem cumprir com as pautas do CNS, o que compromete a qualidade da discussão durante os encontros das comissões. A CIADAIDS conseguiu se reunir poucas vezes de 2011 a 2014. Entretanto, segundo os entrevistados, isso não comprometeu as discussões nas reuniões de pleno que sempre procuram pautar a Política de Enfrentamento às DST, Aids e Hepatites Virais.

Para Lüchmann (2009), a institucionalização dos conselhos ainda precisa de uma articulação mais orgânica com o conjunto das instituições estatais. Assim, ao mesmo tempo em que os Conselhos tendem a uma importante aproximação com o poder político estatal, por outro lado, eles tendem a se constituir como instituições paralelas. Em decorrência da sua fragilidade na capacidade deliberativa, eles acabam se constituindo como apenas mais um espaço institucional dentro da máquina político-estatal.

Apesar de todas as dificuldades apresentadas, o CNS pode ser considerado referência para outros setores de políticas públicas na implantação de mecanismos de participação popular em razão da diversidade de atores que compõem o CNS e pautam a saúde em toda a sua complexidade, dando encaminhamentos por meio de recomendações e resoluções que colaboram para a melhoria das políticas públicas de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Maria Dalva S.; PINHEIRO, Patrícia N.C.; PINTO, Agnes Caroline S.; E VIEIRA, Neiva F.C. *Compreensão da Pandemia da Aids nos Últimos 25 Anos*. 1996.

AMARAL, Roberto, *A democracia representativa está morta: viva a democracia participativa!* 2001. Revista de informação legislativa. Disponível em: <http://www.psb40.org.br/bib/b388.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2013.

BARDIN, Laurence. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BEGHIN, Nathalie; JACCOUD, Luciana; SILVA, Frederico Barbosa da; , *Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias*. In: *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.

BRASIL. *Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. *Portal da Transparência do Governo Federal, 2012*. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2013.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. *Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização*. In: SARAIVA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas – Coletânea 2*. Brasília: ENAP, 2007.

CASSELL, Catherine; SYMON, Gillian. *Qualitative methods in organizational research*. London: Sage Publications, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Décima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Fevereiro, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Décima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Março, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Vigésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Julho, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm Acesso em: 15 de agosto de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Trigésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Fev, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm. Acesso em: 18 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Trigésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Julho, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Novembro, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Trigésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Agosto, 2012.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm. Acesso em: 24 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Quadragésima Quarta Reunião Ordinária Do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Abril, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_13.htm. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Quadragésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Maio, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_13.htm. Acesso em: 28 de setembro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da Ducentésima Quadragésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS*. Junho, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_13.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Comissões CNS. CIADAIDS*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/capda/index.html. Acesso em: 20 de outubro de 2014a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008*. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2014b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resumo Executivo da Ducentésima Quinquagésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde*. Julho, 2014. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_14.htm. Acesso em: 08 de outubro de 2014.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. *Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social*.

Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/CartilhaOlhoVivo/Arquivos/ControleSocial.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2014.

DIAS, Solange Gonçalves. *Reflexões acerca da participação popular*. São Paulo: Integração. v. 48, p. 45-53, 2007.

DIEHL, Astor Antonio. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FARIA, Cristiano Ferri Soares de. *O Parlamento Aberto na Era da Internet. Pode o povo colaborar com o Legislativo na elaboração das leis?* Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 334 p. – (Série temas de interesse do Legislativo; n. 18).

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M. & SOUZA, N. R. (orgs.). *Democracia e participação : os conselhos gestores do Paraná*. Curitiba: UFPR, 2004.

GAZETA, Alexandre Perles. *Democracia e Participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. Em Tese, Vol. 2, n. 1, p. 1-19, 2004.*

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições*. São Paulo: EAESP/FGV, 2003.

IPEA. *Relatório de Pesquisa: Processo Político e Decisório no Âmbito do CONAMA – Relatório 1: O CNS na Visão dos seus Conselheiros*. Brasília: Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), 2012.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn H. H. *O desenho institucional dos conselhos gestores*. In: LYRA, R.P. (Org.) *Participação e segurança pública no Brasil: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2009.

MILANI, Carlos R. S. *O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise das experiências latino-americanas e européias*. Revista da Administração Pública / RAP, Rio de Janeiro, v.42, nº 3, p.551-579, maio/junho de 2008.

MAY, TIM. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Site do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais*. Disponível em <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

PARKER, Richard. *Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PEREIRA, José Matias. *Reformado Estado e controle da corrupção no Brasil*. Caderno de pesquisas em Administração, São Paulo, v. 12, n.2, p. 1-17, abril/junho 2005.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Democracia Republicana e Participativa*. *Novos Estudos Cebrap*, março 2005: 77-91.

PEREZ, Marcos Augusto. *A Administração Pública democrática: Institutos de Participação Popular na Administração Pública*. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

PIRES, Roberto R.C. ; VAZ, Alexander C. N.). *Participação faz a diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucional*. In: AVRITZER, Leonardo (org.) *A dinâmica da participação local no Brasil*, V. 3, *Coleção Pensando a democracia participativa*. São Paulo, Cortez, p. 253- 303, 2010.

PONTUAL, Pedro. *Desafios à construção da Democracia Participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas*, Coleção Cadernos da Cidade, Porto Alegre, v.12, nº14, novembro 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social - Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHEVISBISKI, Renata S. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas: desenho institucional e formação de políticas*. 2008. Disponível em: <http://www.geocities.ws/politicausp/cultesoc/participacao/Renata.pdf>
Acesso em: 03/11/2014.

TATAGIBA, Luciana. *Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil*. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra, p. 17-45, 2002.

TATAGIBA, Luciana, TEIXEIRA, Ana Cláudia. *O papel do CMDCA na política de criança e adolescente em São Paulo*. São Paulo: Pólis/PUC-SP, Cadernos do Observatório, v. 28, 2007.

TEIXEIRA, ANA CLAUDIA CHAVES. *Da participação com “transformação social” para a participação como “escuta”*. São Paulo: 38º Encontro Anual da Anpocs, 2014. Disponível em: http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8947&Itemid=456. Acesso em: 10/12/2014.

WAMPLER, Brian. *Transformando o estado e a Sociedade Civil por meio da expansão das comunidades política, associativa de políticas públicas*. In: AVRITZER, Leonardo (org.) *A dinâmica da participação local no Brasil*, V. 3, Coleção Pensando a democracia participativa. São Paulo, Cortez, p. 395- 439, 2010.

ANEXOS

ENTREVISTA (CNS)

Local: Brasília

Data:

PERFIL

Nome:

Formação:

Idade:

Sexo:

Fone:

Email:

Instituição: MS

Cargo ou função:

Tempo no cargo:

Ingresso no MS:

Cargo comissionado:

ROTEIRO

- 1) Na sua opinião, as ações do CNS, mais especificamente da CIADAIDS, estão colaborando para a promoção da participação e do controle social?
- 2) De maneira geral, como é a estrutura e o funcionamento da CIADAIDS? Qual a periodicidade das reuniões? E qual o perfil dos conselheiros e suplentes?
- 3) Quais são as propostas da comissão? Elas estão em que formato (resoluções, recomendações, moções, deliberações)?
- 4) Como se dá a relação da CIADAIDS com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais?
- 5) As propostas da CIADAIDS são incorporadas pelas políticas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais(DDAHV, SVS, MS). Como? O que mudou nesse processo desde 2004?
- 6) Quais os principais desafios enfrentados pela CIADAIDS para inserir suas propostas na Política de Enfrentamento às DST, AIDS e Hepatites Virais?
- 7) O CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde de caráter permanente e deliberativo. Esse órgão realmente atende às demandas de setores representativos de usuários trabalhadores da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde.

ENTREVISTA (DDAHV)

Local: Brasília

Data:

PERFIL

Nome: Formação:

Idade:

Sexo:

Fone:

Email:

Instituição: MS

Cargo ou função:

Tempo no cargo:

Ingresso no MS:

Cargo comissionado:

ROTEIRO

- 1) Atualmente, qual é a política de prevenção às DST, Aids e Hepatites Virais? O DDAHV sempre seguiu as recomendações da OMS?
- 2) A política de prevenção e tratamento das DST, Aids e Hepatites Virais mudou muito nos últimos 4 anos? Por que?
- 3) A direção do DDAHV permanece no poder por quanto tempo? Qual é média de permanência? Esse comportamento influencia no continuísmo dessa política?
- 4) Na sua opinião, as ações do DDAHV estão colaborando para a prática da participação e do controle social?
- 5) De maneira geral, como é a relação entre o DDAHV, o CNS e a CIADAIDS? Algo mudou nesse processo desde 2011? O que?
- 6) As propostas da CIADAIDS são incorporadas pelas políticas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais? Como? Exemplos?
- 7) Quais os principais desafios enfrentados pela DDAHV para inserir as propostas do CNS na política de prevenção e tratamento às DST, Aids e Hepatites Virais ?
- 8) O CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde de caráter permanente e deliberativo. Esse órgão realmente atende às demandas de setores representativos de usuários, de trabalhadores da saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde?
- 9) Quais seriam as sugestões para o fortalecimento da relação do DDAHV e o CNS, mais especificamente a CIADAIDS?