

Capítulo VIII

Avaliação da gestão descentralizada do programa de DST/AIDS: um estudo em municípios baianos

Edivânia L. Araujo Santos Landim
Maria do Carmo Lessa Guimarães

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LANDIM, ELAS., and GUIMARÃES, MCL. Avaliação da gestão descentralizada do programa de DST/AIDS: um estudo em municípios baianos. In: MELO, CMM., FAGUNDES, NC., and SANTOS, TA., orgs. *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 265-309. ISBN 978-85-232-1161-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo VIII

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA DE DST/AIDS: UM ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS

Edivânia L. Araujo Santos Landim
Maria do Carmo Lessa Guimarães

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve tanto a definição das regras de operação do sistema quanto das que regem o próprio processo decisório. É norteadada também pelo legado histórico das políticas de saúde e pelas novas regras do sistema federativo brasileiro. (ARRETCHE, 2005)

Nesta direção, a estrutura institucional do SUS define como competências do governo federal financiar e coordenar as relações intergovernamentais, enquanto à esfera estadual cabe o papel de dar suporte aos municípios, responsáveis diretos pela gestão dos programas locais.

Ressalta-se que, apesar do forte viés descentralizador da política de saúde brasileira, essa partilha de responsabilidades e funções tem conferido ao governo federal poder para tomar as principais decisões sobre a política nacional de saúde. (ARRETCHE, 2005)

Ao discutir a descentralização das políticas públicas de corte social incluindo a política de saúde, Arretche (2005) considera que o modelo centralizador das políticas de saúde produziu ausência de capacidades estatais nos municípios e concentrou essas capacidades na instância federal, transformando-o no ator mais poderoso nas arenas decisórias de formulação e implementação da reforma. A autonomia política e fiscal é conferida pelo poder de veto aos estados e municípios, por meio da não adesão aos programas federais, o que sugere que o sucesso da descentralização está condicionado ao conteúdo das regras dos programas federais em tornar factíveis os compromissos assumidos pelos governos locais, ou seja, quanto mais custo se impõe aos governos locais, menores as chances de adesão e de sucesso na política de descentralização. (ARRETCHE, 2005)

Apesar do forte consenso nacional obtido no momento de formulação da proposta de descentralização da saúde, transformando-a numa política nacional, deliberada, com divisão de responsabilidades, definição de competências exclusivas e complementares entre as três esferas de governo, observa-se que a sua implementação implica novos enfrentamentos e embates. Isto porque, segundo Guimarães (2000), sendo a descentralização um fenômeno eminentemente político, este implica redistribuição de poder entre as unidades subnacionais, favorecendo conflitos e disputas intergovernamentais, em face principalmente das transferências de recursos e de encargos, que passam a ocorrer concretamente na etapa de sua implementação. (GUIMARÃES, 2000)

Ainda segundo esta autora, tais embates adquirem especificidades a depender do contexto histórico, social, cultural e econômico em que estas transferências ocorrem. Ou seja, os processos de descentralização

de políticas públicas em estados federais podem, por exemplo, reforçar ou não os princípios da separação de competências, da autonomia e da participação dos níveis de governo, orientadores das Federações e que são também potenciais focos de tensão e conflitos de interesse. Por esta razão, para Guimarães e outros (2003), os conflitos decisórios na implantação de políticas descentralizadoras nacionais somam-se àqueles decorrentes da própria estrutura federal. (GUIMARÃES et al., 2003)

Nesta perspectiva, um conjunto de situações levantadas a partir do estudo empírico realizado por Guimarães (2000) sobre a implementação da política descentralizada de saúde no estado da Bahia confirma a ausência de cooperação, principalmente entre a esfera estadual e municipal, não só em relação às transferências de recursos financeiros, que foram entendidas como única atribuição da esfera federal, como também em relação às outras transferências de recursos previstas pelo arcabouço jurídico, institucional e administrativo do SUS e contempladas pelo princípio da complementaridade entre as esferas de governo e entre prestadores de serviços de saúde. Observou-se também que o processo decisório conflituoso foi marcado por interesses das esferas de governo e dos segmentos sociais envolvidos e representados nas instâncias estaduais colegiadas de decisão, além de o poder deliberativo destas instâncias confrontar-se com outros espaços de poder no âmbito estadual e municipal, quando está em jogo o poder destas esferas, e/ou as lógicas distintas para a gestão da saúde.

Arretche (1999) também observou em seu trabalho que o grau de sucesso de um programa de descentralização “está diretamente associado à decisão pela implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual se dirigem” (ARRETCHÉ, 1999, p. 119), reduzindo os custos financeiros e elevando as transferências no processo de execução, tornando a política atraente. Segundo a autora, o estado da Bahia, com apenas 8% de seus municípios com população superior a 50 mil habitantes e com uma receita

média própria *per capita* de municípios abaixo dessa faixa populacional inferior a R\$10,00 (dez reais), foi gerido por sucessivos governos estaduais desfavoráveis à municipalização. Não é por coincidência que na Bahia se encontravam as mais baixas taxas de municipalização da amostra à época do estudo.

Depreende-se, portanto, que a gestão da saúde não ocorre num campo revestido de racionalidades, isento de conflitos de natureza político-ideológica. Paim (2006, p. 82) comunga desta assertiva ao afirmar que “[...] a gestão da saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios [...]”. Para este autor, a gestão da saúde pode ser considerada analiticamente em dois aspectos da dimensão de sua ação social, ou seja, ação estratégica e ação comunicativa, voltadas respectivamente para a negociação e o consenso entre dirigente e dirigidos; entendimento e trocas intersubjetivas na constituição dos sujeitos das práticas institucionais de saúde. A interação entre essas ações, por sua vez, implicam a articulação entre os objetos-meio e os objetos-fim para a produção de cuidados com a saúde, o que significa pensar na sua articulação com as instâncias política, econômica e ideológica que compõem a estrutura social. (PAIM, 2006,)

Esse pensamento aproxima-se do entendimento de gestão proposto por Junquillo (2001, p. 306) como “prática social”, em que os conflitos éticos e políticos se fazem presentes na vida das organizações e de seus gestores, em que estes são ao mesmo tempo agentes de disciplina e vivenciam conflitos e contradições, inerentes à estrutura social e organizacional.

Para este autor, a gestão não se resume à racionalidade técnica e administrativa dos seus agentes na pactuação de compromissos e projetos comuns, que viabilizem com eficiência e eficácia a produtividade organizacional, mas a uma conjunção de práticas sociais em que os conflitos de interesses são inerentes ao universo organizacional. Por esta

razão é que o autor entende a gestão como uma prática social, técnica e política. (JUNQUILHO, 2001)

Observada a coerência e a conexão entre as ideias acima expostas, infere-se que a implementação da política de saúde revela o momento da sua gestão, aqui concebida como sendo, ao mesmo tempo, espaço e expressão do dissenso, consenso, de conflito, poder, comando e direção do sistema de saúde. Sendo assim, a implementação da descentralização da saúde traduz-se como a etapa de sua operacionalização, ou seja, o seu *modus operandi*, revelando um campo de disputas e barganhas intergovernamentais. (GUIMARÃES, 2000)

Assim, estudos avaliativos sobre o processo de descentralização da saúde, em particular sobre a implementação/gestão de programas de saúde, são importantes no sentido de agregar evidências empíricas sobre a natureza conflituosa deste processo, e sobre os fatores que constroem a gestão das esferas subnacionais de governo frente aos novos papéis na condução das políticas públicas em seus respectivos territórios, o que lhes foi conferido pela Constituição brasileira de 1988.

Nesta perspectiva, este estudo busca compreender o contexto da descentralização em que opera o Programa de DST/AIDS, ou seja, a sua gestão, comungando do pensamento de Guimarães (2000) de que é no momento da implementação das políticas descentralizadas, ou seja, na gestão dos programas e projetos no âmbito municipal, que se requer a explicitação do conteúdo e da abrangência da descentralização e, por esta razão, é neste momento que os conflitos de poder entre os distintos interesses e atores sociais tomam contornos mais claros.

De acordo com Souza (2002), os governos locais estão respondendo de forma diferenciada à descentralização, cujos resultados se mostram bastante variáveis e “[...] as formas como as relações entre níveis de governos e de governança se estabelecem reforçam os aspectos contraditórios da descentralização”. (SOUZA, 2002, p. 433) Até porque, para a autora, a descentralização apóia-se em duas premissas: na

transferência de poder financeiro e decisório para instâncias, setores ou grupos anteriormente excluídos da estrutura de poder, e na liberdade de essas instâncias decidirem o que fazer com os recursos e poder que lhes foram transferidos. (SOUZA, 2002)

Diante deste cenário, este estudo buscou avaliar a gestão do Programa de DST/AIDS no âmbito municipal no estado da Bahia, no contexto da descentralização da política de saúde, identificando os fatores que interferiram nesta gestão no período de 2007 a 2008.

Considerando que o foco deste estudo reside no *modus operandi* da gestão descentralizada das ações programáticas de DST/AIDS, ou seja, na sua implementação, o conceito orientador desta pesquisa foi tomado de empréstimo de Guimarães e outros (2002), que define a gestão como a “[...] capacidade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão”. (GUIMARÃES et al., 2002, p. 6) Tal conceito-guia de gestão, segundo seus autores, foi construído a partir da concepção de governo de Carlos Matos (1986 apud GUIMARÃES et al., 2002), apresentado sob a forma de “triângulo de governo”.¹ Nesta direção, GUIMARÃES e outros (2002) assumem uma convergência conceitual entre o ato de “governar” e o ato de “gerenciar” por entender que, tanto em um ato como em outro, estão envolvidas questões normativas, técnicas, administrativas e políticas. Assim, os autores do modelo teórico-metodológico, para avaliar a capacidade de gestão descentralizada, consideram que:

[...] a capacidade de gestão de uma organização pode ser aferida através da capacidade de formular projetos, políticas, normas legais, das suas capacidades técnicas e administrativas (recursos humanos, ma-

¹ Os três vértices do Triângulo de Governo de Matos (1993) contemplam: (i) conteúdo dos projetos de ação propostos, de forma a levar o sistema ao alcance de seus objetivos; (ii) a governabilidade do sistema que se refere ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sob controle do ator responsável pela condução do projeto de governo; e (iii) a capacidade de governo que se refere ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, experiências etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

teriais e financeiros) que representam as condições logísticas para a execução e da sua capacidade de articular e de mobilizar alianças, parcerias e recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos através das políticas, dos planos e dos programas. (GUIMARÃES et al., 2002, p. 4)

Segundo esses autores, a gestão, em contextos democráticos e descentralizados, requer flexibilidade e autonomia decisória em todos os níveis da Organização, com redução do distanciamento hierárquico e dos entraves burocráticos, associada à prática do compartilhamento das decisões entre os atores institucionais e sociais para sustentar os resultados obtidos, de forma a favorecer a continuidade das ações e a confiabilidade na Organização.

Nesta direção, Guimarães e outros (2002), ao contextualizarem a gestão, defendem a importância de se agregar à sua dimensão política a ideia de sustentabilidade relacionada à institucionalização de mecanismos de gestão e às estratégias empreendidas pela Organização para ampliar e/ou consolidar sua base social de apoio, favorecendo assim o alcance dos resultados pretendidos, a continuidade das ações e a legitimidade política e institucional.

Espera-se que esta análise possibilite compreender os desafios colocados para a gestão municipal no contexto da descentralização, frente a suas novas responsabilidades na execução do SUS e de seus programas de saúde.

Este capítulo está estruturado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2, são apresentados os procedimentos metodológicos do estudo empírico realizado no estado da Bahia. A terceira seção discute os dados relativos ao programa de DST/AIDS e sua situação no estado. A seção 4 discute os resultados do estudo empírico em observância às dimensões do conceito orientador desta pesquisa, por meio de um modelo teórico-metodológico composto de indicadores, pautado numa concepção de gestão e de descentralização, como fenômenos

de natureza técnica, social e essencialmente política. As considerações finais estão na seção 5, chamando atenção para os desafios colocados para os municípios, na gestão das ações programáticas de DST/AIDS e no contexto da descentralização dos serviços de saúde para implementação do SUS no estado da Bahia.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O modelo teórico-metodológico construído por Guimarães e outros (2002) para avaliar a capacidade de gestão, e que esta pesquisa toma de empréstimo, assume a gestão como um processo dinâmico que envolve três dimensões que se inter-relacionam e se interdependem: (i) dimensão organizacional, entendida como capacidade de formular e decidir com autonomia e flexibilidade; (ii) dimensão operacional como capacidade para manter e ampliar recursos; e (iii) uma terceira dimensão relacionada com a sustentabilidade dos resultados da gestão, atribuída à capacidade de construir parcerias e alianças estratégicas, que confira legitimidade ao poder decisório.

Admite-se aqui que avaliar não é uma tarefa que prescinde de escolhas, inclusive conceituais. Neste sentido, ainda que reconheça que a literatura esteja plena de definições e conceitos sobre avaliação, assume-se como apropriada a concepção de avaliação, defendida por Draibe (2001), como sendo **pesquisa interessada** ou *Policy Oriented*, que tem como objetivo detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações – corrigir rumos do programa ou disseminar lições e aprendizagens – visando à melhoria da qualidade e do seu processo de implementação e do desempenho da política. Da mesma forma, toma como foco da avaliação a gestão, o que significa tratar-se de um tipo de **avaliação de processo**, entendida como aquela que foca as condições e o desenho da Organização, e como são desenvolvidas as ações programáticas – isto é, detecta os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um dado programa/atividade atinja seus

resultados da melhor maneira possível. (DRAIBE, 2001) Do mesmo modo, a exemplo do que assumiu Guimarães e outros (2002) ao tomar como foco da avaliação a gestão como processo, admite-se que o resultado conclusivo da análise deve sinalizar para um momento específico do processo de desenvolvimento da capacidade de gestão de uma dada Organização, política ou programa. Com isto, evita-se também, segundo os autores acima citados, as armadilhas de avaliações binárias que não geram perspectivas de aperfeiçoamento, seja para os “bons”, seja para os “maus”.

Para analisar a gestão descentralizada das ações programáticas de DST/AIDS no âmbito dos governos locais como território de práticas de saúde, utilizou-se como estratégia de pesquisa um estudo multicaso,² no estado da Bahia, observando-se o corte temporal de 2007/2008.

Para cada uma das dimensões da gestão foi incorporado um conjunto de indicadores e variáveis. Assim, **na dimensão organizacional**, foram selecionados indicadores relativos à autonomia dos municípios frente aos demais níveis de governo, a estrutura do processo decisório, os fatores que interferem no processo de planejamento e implementação das ações, a percepção dos atores institucionais sobre esses fatores, as estratégias utilizadas para superar os problemas/desafios, entre outros. **Na dimensão operacional**, foram incluídos indicadores que possibilitassem a investigação e análise da capacidade do governo local ampliar os recursos materiais, incluindo os recursos tecnológicos, informacionais, financeiros e os insumos estratégicos, a rede de articulações intra e interinstitucionais para organização e produção de serviços assistenciais de DST/AIDS e a regionalização desses serviços etc. **Na dimensão de sustentabilidade**, buscou-se identificar as estratégias utilizadas para formalizar parcerias e alianças, os conflitos e embates

² Estudo de mais de um caso sem natureza comparativa.

inerentes à dinâmica das relações sociais, a base social de apoio dos programas municipais de DST/AIDS, as coalizões de forças técnicas, políticas e institucionais, a institucionalização dos mecanismos de gestão, os resultados obtidos, entre outros dados.

Para seleção dos municípios-caso, foram utilizados os seguintes critérios: a) tempo de habilitação à Política de Incentivo ao Programa Nacional de DST/AIDS; b) habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal; c) taxas mais altas de incidência de casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico e município de residência, no período de 2007, de acordo com dados da SESAB/SINAN.

O cruzamento destes critérios levou à seleção dos municípios de Porto Seguro e Santo Antonio de Jesus, ambos com Gestão Plena do Sistema Municipal. Tais municípios estão habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, desde 2003 e 2007 respectivamente, além de apresentarem as mais altas taxas de incidência de AIDS, quando comparados aos municípios habilitados à referida política no mesmo período.

Para efeito de identificação neste estudo, os municípios citados serão identificados no decorrer da apresentação dos resultados e discussão como municípios "A" e "B", respectivamente, cujos informantes-chave serão assim denominados: Ator 1, para a categoria funcional de Secretários de Saúde; e Ator 2 para os profissionais de saúde que desempenham o papel de Coordenadores do Programa Municipal de DST/AIDS.

A fase de coleta de dados teve início logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual da Saúde, que ocorreu por meio do Ofício nº 290, datado de 28 de julho de 2008, em observância aos critérios de ética em pesquisa na área de saúde, em conformidade com a Lei nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para o levantamento de dados foram utilizados os seguintes procedimentos de coleta e fontes de informação: a) análise de documentos

disponibilizados por meio de arquivos tradicionais ou por via eletrônica; b) entrevistas semi-estruturadas com os gestores da esfera municipal representados pelos Secretários da Saúde e Coordenadores do programa de DST/AIDS; c) observação não participante realizada através de visita aos serviços assistenciais de DST/AIDS (Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e Serviços de Assistência Especializada – SAE) e à sede do núcleo de gestão do programa.

Foram entrevistados quatro atores institucionais considerados informantes-chave desta pesquisa, conforme citado anteriormente. Tal ato foi precedido do consentimento formal dos participantes, que também concordaram com a gravação das entrevistas, as quais foram posteriormente transcritas e analisadas, juntamente com as observações de campo.

A análise desses dados primários orientou-se pela triangulação de informações, recomendável para estudos de caso, buscando-se identificar aspectos e situações distintas, pontos de convergência e de oposição entre os informantes-chave analisados à luz do conceito de gestão e de descentralização, que sustentam teoricamente este estudo.

A POLÍTICA NACIONAL DE DST NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

A Política Nacional de DST/AIDS de repasse financeiro para unidades subnacionais, até 2002, quando foi instituída a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, foi efetivada pelos Projetos AIDS I e II, para os quais foram investidos, respectivamente, 250 e 296,5 milhões de dólares, com a finalidade de aprimorar as ações de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/AIDS, prevenção das DST, ampliação do diagnóstico, assistência e tratamento da AIDS, fortalecimento das instituições públicas, privadas e Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuavam neste campo. (BRASIL, 2004a)

O repasse de recursos financeiros para estados e municípios ocorria, até então, por meio da modalidade de convênio. A seleção das unidades subnacionais obedecia aos critérios sociodemográficos e epidemiológicos, bem como a capacidade organizacional e gerencial das mesmas, que passavam a funcionar como Órgãos Gestores do Programa (OGP) com a responsabilidade de elaborar e executar o Plano Operativo Anual (POA).

Entretanto, antes do término do Projeto AIDS II, inicia-se um processo de discussão, envolvendo atores governamentais e não-governamentais, instâncias de pactuação e de controle social, no sentido de buscar novas formas de financiamento e de sustentabilidade das ações de DST/AIDS, alinhada aos mecanismos de gestão e financiamento do SUS, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002. (BRASIL, 2004b)

Assim, após a Portaria 2.312 do Ministério da Saúde, em dezembro de 2002, a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS foi efetivada com o Projeto AIDS III, incorporando o programa “[...] de forma definitiva aos mecanismos gerenciais, administrativos e financeiros do SUS, o que passou a exigir mudanças significativas”. (BRASIL, 2004b, p. 38)

Entre as mudanças exigidas, destacam-se: (i) o processo de habilitação de estados e municípios selecionados conforme critérios sociodemográficos e epidemiológicos; (ii) o repasse automático fundo a fundo; (iii) a nomeação de grupo técnico para gestor das ações programáticas de DST/AIDS; (iv) a elaboração e negociação do Plano de Ações e Metas de DST/AIDS (PAM) nas instâncias de participação e controle social; (v) a descentralização dos projetos com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a esfera dos governos estaduais; (vi) a “pactuação” de insumos estratégicos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento entre as três esferas; e (vii) pactuação entre os gestores municipais para

referir a população, em conformidade com as diretrizes de descentralização e regionalização do SUS. (BRASIL, 2004b)

Na fase de implantação da Política de Incentivo, houve a ampliação do número de municípios habilitados à referida política para 427, além dos 26 estados da Federação e o Distrito Federal, já incluídos nos acordos de empréstimos anteriores, proporcionado assim, um aumento na cobertura populacional e de número de casos de AIDS, respectivamente de 97,0% e 98,0%. (BRASIL, 2006)

Neste período, foram habilitados, na Bahia, o próprio estado e os sete municípios (Salvador, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Porto Seguro, Vitória da Conquista) que faziam parte, respectivamente, dos Projetos AIDS I e II. O valor do repasse dos recursos financeiros foi definido pelo PN-DST/AIDS, com base em critérios *per capita*, apresentando variações nos seus valores de referência, por exemplo, de R\$ 139.221,74, para Porto Seguro, a R\$ 1.052.127,10, para Salvador.

Além dos municípios acima referidos, foram habilitados mais quatro: Eunápolis, Jequié, Lauro de Freitas e Teixeira de Freitas. Para estes últimos, o valor de repasse financeiro foi definido com base na quantia mínima para habilitação fixada pelo Programa Nacional de DST/AIDS, na ordem de R\$ 75 mil.

Essas variações de valores, se não comprometem, ao menos reforçam a importância da equidade na distribuição dos recursos públicos, visto que entre municípios existem semelhanças quanto ao contingente populacional, porém diferenças nos valores recebidos. Por outro lado, há que considerar também os dados epidemiológicos como instrumentos de gestão para a política de distribuição de recursos financeiros para as unidades subnacionais, observando-se as mudanças e a dinâmica social da própria epidemia.

Referente à implementação da política de descentralização do Programa de DST/AIDS em âmbito nacional, observa-se que, dois anos após a publicação da Política de Incentivo, foi instituído o Sistema de

Monitoramento, por meio da Portaria Ministerial nº 1.679 de 13 de agosto de 2004, com o objetivo de garantir a transparência no uso dos recursos financeiros, de gerar subsídios ao planejamento e tomada de decisão nos três âmbitos de governo e promover o exercício do controle social em relação às DST/HIV/AIDS.³ (BRASIL, 2006)

Nos anos que se seguem à publicação das Portarias nº 2.313 e nº 1.679, a habilitação de novos municípios à Política de Incentivo passa por um processo de mudanças, competindo aos estados a realização de estudos de viabilidade do município para gerenciar o programa e os recursos advindos dessa política, com base em critérios epidemiológicos, sociodemográficos e de regionalização, agregados à avaliação sobre a capacidade organizacional e política do poder local para o provimento de serviços assistenciais de DST/AIDS.

A impossibilidade momentânea do PN-DST/AIDS para habilitar novas unidades subnacionais é justificada em razão do orçamento federal e até mesmo da capacidade de gerenciamento de recursos financeiros por parte de alguns estados e municípios já habilitados, cujo valor em conta por vezes excede o valor repassado. Assim, a estratégia atualmente adotada tem sido a habilitação de novos municípios com recursos do teto financeiro dos estados, repassado pelo fundo nacional, implicando diretamente a redução do recebimento desses recursos por parte da esfera estadual.

Diante deste cenário, foi aprovado pela CIB, conforme Resolução nº 168, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE), em 28 de novembro de 2006, proposta de descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no estado da Bahia, tendo sido habilitados, no decorrer

³ O Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e AIDS, conhecido como MONITORAIDS, está estruturado sob três dimensões de análise: a) indicadores contextuais relacionados à epidemia de AIDS e outras DST, associada ao perfil sociodemográfico, econômico e cultural; b) indicadores relacionados ao programa, com ênfase nas questões de vulnerabilidades da população e de determinados segmentos sociais à infecção pelo HIV e outras DST, bem como nas estratégias para prevenção, assistência e controle das DST/AIDS; c) indicadores de impacto com o intuito de avaliar o controle da morbi-mortalidade da AIDS e demais DST. (ARISTIDES JUNIOR et al., 2006)

de 2007, dez municípios: Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Canavieiras, Guanambi, Irecê, Itaberaba, Paulo Afonso, Santo Antonio de Jesus e Serrinha. (BAHIA, 2007)

Em dezembro de 2007, o novo plano de descentralização da gestão do programa de DST/AIDS foi apresentado à CIB, que aprovou, por meio da Resolução nº 176, a inclusão de mais seis municípios: Bom Jesus da Lapa, Itamaraju, Itapetinga, Remanso, Senhor do Bonfim e Valença. O processo de habilitação ocorreu no decorrer deste ano de 2008, com exceção do município de Valença, que não apresentou em tempo o Plano de Ações e Metas em DST/AIDS, conforme exigência da Portaria nº 2.313.

Do ponto de vista epidemiológico, trata-se de uma epidemia que afeta a qualidade de vida da população, principalmente de adultos jovens, com grande impacto na economia do país e na estrutura social e familiar. (FONSECA et al., 2007)

A magnitude da epidemia de AIDS pode ser observada nos dados em âmbito mundial e nacional. Estima-se que no mundo existam cerca de 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que mais de dois terços das pessoas vivendo com HIV moram na região subsaariana⁴, onde também ocorrem mais de 75% dos óbitos associados ao HIV. Quase um terço de todas as novas infecções e de todos os óbitos acontecem em oito países da região sul da África (Botsawa, Lesotho, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbábue). Segundo o Programa da Organização das Nações Unidas para AIDS (UNAIDS), desde 2001 o número de pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu e na Ásia Central aumentou em mais de 150%, passando de 630.000 para 1,6 milhões em 2007, sendo que 90% das pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu, moram na Ucrânia e na Rússia. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS, 2007)

⁴ Corresponde à região do continente africano localizado ao sul do Deserto do Saara.

Na América Latina, estima-se que 1,8 milhões de pessoas são portadores do HIV, sendo que um terço delas vivem no Brasil, país mais afetado pela epidemia, quando comparado em números absolutos. (DOURADO et al., 2006) O Brasil tem notificado de 1980 até junho de 2008, em torno de 506.499 casos de AIDS, apresentando uma taxa de incidência e coeficiente de mortalidade respectivamente de 17,8 e 5,8 casos por 100.000 habitantes de acordo com o PN-DST/AIDS. (BRASIL, 2008)

Embora estudos tenham demonstrado que a disponibilidade universal da Terapia Anti-retroviral (TARV) na rede pública de saúde do Brasil tem causado notável redução da morbi-mortalidade, observada no aumento da sobrevivência dos portadores de HIV/AIDS, na redução da incidência e na queda das internações hospitalares (REIS et al., 2007), os desafios no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce do HIV/AIDS e outras DST, entre elas a sífilis, ainda são imperativos, o que faz da descentralização da gestão das ações programáticas de DST/AIDS um consenso nacional.

O estado da Bahia possui um total de 14.198 casos acumulados no período de 1984 até junho de 2008, apresentando ao longo dos anos uma taxa de incidência crescente, com uma pequena variação decrescente entre o ano de 2005 (9,4) e 2006 (8,9), voltando a crescer em 2007 para 9,2 segundo o PN-DST/AIDS de 2008. (BRASIL, 2008). A Bahia segue a tendência nacional da epidemia de AIDS de: a) pauperização, com crescimento da epidemia entre os setores mais pobres da sociedade; b) feminização, cuja razão, por sexo, nos últimos anos, tem sido de 2/1, ou seja, para cada dois homens portadores do HIV/AIDS, existe uma mulher infectada; c) interiorização, visto que 74% dos municípios baianos já têm pelo menos um caso notificado de AIDS. (BAHIA, 2007)

Embora a epidemia de AIDS ainda esteja concentrada na capital, é visível o seu crescimento para cidades de médio e pequeno porte, sendo este um dos critérios utilizados para a descentralização da gestão do programa de DST/AIDS no âmbito estadual. A implementação

desse processo constituiu-se em objeto de estudo desta pesquisa, e seus resultados são apresentados na seção seguinte, a partir das dimensões que envolvem a gestão e o modelo teórico-metodológico adotado, conforme discutido em seções anteriores.

A GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA DE DST / AIDS: RESULTADOS DO ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS

Esta seção discute os resultados da avaliação da gestão do Programa de DST/AIDS em municípios do estado da Bahia como territórios de práticas de saúde, identificando-se os seus fatores intervenientes. Tais resultados são apresentados por dimensão da gestão, segundo o conceito orientador deste estudo, o qual possibilitou o desenho de um modelo de avaliação composto por um conjunto de variáveis e seus respectivos indicadores. A pesquisa foi realizada em dois municípios do estado, aqui identificados como municípios “A” e “B”, conforme mencionado anteriormente.

Dimensão Organizacional

A dimensão organizacional da gestão, de acordo com o modelo de avaliação adotado, corresponde à estrutura do processo decisório, contemplando os seguintes indicadores: a) condições organizacionais, b) condições normativas, c) condições jurídicas e d) condições estratégicas.

No que se refere às condições organizacionais, o estudo empírico levantou aspectos relativos à inserção do Programa de DST/AIDS no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e a sua estrutura física e tecnológica. Em ambos os municípios, observa-se que o Programa Municipal de DST/AIDS está inserido na Vigilância Epidemiológica, semelhante ao que ocorre em outras unidades subnacionais. A justificativa apresentada foi a pertinência entre o papel da Vigilância Epidemiológica na promoção da saúde, na gestão e organização de serviços, na prevenção e controle de doenças e agravos, entre eles DST/AIDS.

Nos casos estudados, observou-se que o Programa de DST/AIDS encontra-se hierarquicamente subordinado à coordenação da Vigilância Epidemiológica, com um outro nível hierárquico entre o núcleo de gestão das ações programáticas e o gestor de saúde pública, representado pela figura do Secretário da Saúde. Entretanto, foi relatado que o fluxo administrativo costuma ocorrer diretamente entre a coordenação do programa e o Secretário da Saúde. Essa interação direta foi justificada tanto pela informalidade dos vínculos e flexibilidade protocolar quanto pela quantidade e complexidade das ações. Tais características têm conferido ao núcleo de gestão do Programa de DST/AIDS um caráter predominantemente técnico, no tocante à racionalidade dos processos produtivos de planificação e de cuidados à saúde, e essencialmente político quanto à negociação e mediação de conflitos de interesses inerentes ao processo decisório.

No que se referem às condições físicas e tecnológicas, os atores institucionais entrevistados afirmaram contar com estrutura física adequada, ou seja, sala, mobiliários, equipamentos e sistemas de informação necessários para a tomada de decisão e gestão das ações programáticas de DST/AIDS.

No entanto, em ambos os municípios, foi verificada uma situação muito comum nas instituições de saúde pública, concernente à distribuição e ocupação de espaço físico, onde o compartilhamento das mesmas instalações e recursos tecnológicos tem sido uma tônica. Observou-se que, no município "A", o núcleo de gestão do Programa de DST/AIDS compartilha espaço físico e equipamentos com a Coordenação de Saúde Bucal; enquanto que, no município "B", o espaço físico é conjugado com o Núcleo de Informação em Saúde.

Do ponto de vista do indicador **condição normativa**, verificou-se, nos dois municípios em análise, a ausência de formalização do grupo gestor, mediante nomeação da coordenação e equipe técnica, em conformidade com a Portaria nº 2.313/2002, por razões completamente distintas.

No município “A”, o núcleo de gestão do programa é composto apenas de uma profissional enfermeira do quadro efetivo da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), ou seja, a própria coordenadora que desempenha essa função desde o processo de implantação do programa, com uma intercalação de período de menos de um ano. Esta profissional acumula também a responsabilidade gerencial dos serviços assistenciais de DST/AIDS do município, ou seja, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Itinerante e o Serviço de Assistência Especializada (SAE). Neste caso, a ausência de nomeação formal da coordenação do programa foi justificada pela desvantagem deste ato normativo concernente aos ganhos e vantagens salariais.

Enquanto que, no município “B”, o núcleo de gestão do programa é composto também de uma profissional enfermeira, atuando na função de coordenadora em regime de contrato com a Secretaria Municipal da Saúde e uma auxiliar administrativo; esta última contratada com recursos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS.

Ainda no campo das condições normativas, os achados deste estudo constataram a ausência de comissões, comitês e/ou grupos técnicos assessores ao Programa Municipal de DST/AIDS, enquanto espaço social e político de articulação de práticas, saberes e interação de agentes institucionais e sociais.

No tocante à existência de marco legal normativo com vistas à regulação das demandas organizacionais no âmbito das DST/HIV/AIDS, verificou-se apenas no município “A” indicativo neste sentido. Trata-se da existência de uma Portaria Municipal de nº 20/2007, que autoriza às enfermeiras a prescrição de exames e medicamentos para Abordagem Síndrômica das DST (ABS), em conformidade com as diretrizes e protocolo do Ministério da Saúde.

De acordo com os informantes-chave da pesquisa, a regulação dessa prática profissional decorreu da necessidade institucional de am-

pliar a cobertura dos serviços de diagnóstico, assistência e tratamento das DST/AIDS com base nos princípios de descentralização, universalização e integralidade das ações em saúde, tendo como base do sistema a estratégia saúde da família.

No que se refere ao Município "B", foi justificada a ausência de arcabouço jurídico-normativo no campo das DST/HIV/AIDS, em razão do processo ainda recente de implantação do Programa Municipal de DST/AIDS, apenas um ano, quando correlacionado à data de publicação da portaria de habilitação do município à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, de 23/07/2007 e o período de coleta dos dados.

Referente à existência de assessoria jurídica, verificou-se que ambos os municípios possuem esse tipo de serviço, porém voltado, até então, apenas para questões de natureza administrativa e normativa do poder executivo local. Segundo informantes-chave, o município "A" dispõe deste tipo de serviço. No município "B", foi relatado que a SMS dispunha de assessoria jurídica. Entretanto, no contexto atual, esta encontra-se concentrada na sede da Prefeitura com o propósito de servir a todas as outras secretarias de governo.

Contudo, todos os entrevistados manifestaram a possibilidade de extensão do serviço de assessoria jurídica às necessidades demandadas pelos portadores de DST/AIDS, embora tenham afirmado que, até o momento, não tenham tido demandas neste campo. Somente no município "A" foi referida a existência, no passado, de um serviço de assessoria voluntária aos portadores de HIV/AIDS, porém tal serviço foi extinto após a mudança de cidade do profissional responsável pelo mesmo.

A realidade apresentada pelos municípios reitera a importância do fortalecimento das capacidades administrativas de natureza jurídico-normativa das SMS, ainda que reconheça os limites do universo normativo para regular, não somente questões sociais advindas do processo produtivo do cuidado à saúde, mas também de prover condições

materiais e simbólicas no campo do direito à saúde e da cidadania social e política das pessoas afetadas e/ou infectadas pelas DST/HIV/AIDS.

Ainda nesta dimensão organizacional, no indicador condições estratégicas, a inserção do Programa de DST/AIDS em unidade gestora foi considerada uma condição estratégica, compreendida como autonomia do processo decisório, para gerenciar recursos materiais e financeiros, incluindo a programação, aquisição, logística e controle dos insumos do programa, entre eles os recursos financeiros próprios e o advindo da Política de Incentivo. Os dados obtidos evidenciam realidades distintas nos municípios avaliados.

No município "A", por exemplo, a SMS é unidade gestora, sendo responsável administrativa e estrategicamente por essa ação, realizada respectivamente por meio dos setores de Compras e Licitação, Contabilidade e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Entretanto, no município "B", esta atividade está concentrada em setores, localizados na sede do poder executivo, os quais também foram formalmente constituídos para exercer o gerenciamento dos recursos públicos de todas as secretarias.

A questão de inserção do programa em unidade gestora mostrou-se pouco relevante neste estudo, visto que os problemas relatados pelos entrevistados não decorrem da inserção em si, mas das capacidades administrativas da SMS conforme relatos apresentados a seguir:

[...] a gente enfrentou grandes problemas no departamento de compras no ano passado dentro da secretaria. O processo licitatório demorava muito pra acontecer. Então, assim, ações que estavam programadas no primeiro semestre foram acontecer lá em dezembro ou não aconteceram por conta de você não ter os insumos necessários, com o recurso na conta. [...] Porque você não ter o recurso e ter que buscar é uma coisa, agora você ter o recurso e não conseguir cumprir é outra, né? [...] Ainda enfrentamos no primeiro semestre alguns problemas e agora parece que está regularizando isso. (Município A, Ator 2)

Para o município B:

[...] na verdade, a gente sabe que quem trabalha com serviço público é uma média de 45 dias realmente pra gente conseguir a efetivação. [...] É isso que eu fico colocando da importância do planejamento, que é vital realmente pra que a gente possa tá evitando essas situações de emergência. Porque um dos nossos consultores do controle interno daqui, ele diz sempre que urgência, emergência é assim: calamidade pública, tsunami, terremoto... Então, é isso que pode ser justificado como emergência. E que todas as outras coisas a gente pode planejar [...]. (Município B, Ator 1)

Quanto à autonomia política da SMS/Programa Municipal de DST/AIDS frente ao poder executivo local, os entrevistados afirmaram que ambos os municípios possuem total autonomia para decidir, tendo sido inclusive relatada a autonomia técnica e gerencial do núcleo de gestão do Programa. Entretanto, no que se refere à autonomia decisória do município frente às demais esferas de governo, em âmbito estadual e federal, observa-se que há um entendimento diferenciado quanto a essa questão.

No município "A", a compreensão dessa autonomia, na percepção de um dos entrevistados, coloca em evidência o caráter indutor e normativo do Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS no processo de decisão das políticas de prevenção, diagnóstico, assistência e controle das DST/HIV/AIDS.

[...] porque o que a gente aqui entende, não sei se está faltando alguma coisa pra gente compreender melhor, é que, na verdade, o Programa de DST/AIDS, ele é considerado um programa do Ministério. Ele não é um programa municipal. Então, assim, a gente sente tudo amarradinho. Eu não sei se estou fazendo uma crítica, mas... Na hora que você abre pra fazer o PAM, lógico você vai fazer as adequações para o local, para o município. Mas a gente percebe aquela coisinha amarradinha. (Município A, Ator 1)

No município “B”, essa autonomia é entendida sob o espectro da relatividade, ressaltando-se os papéis e competências distintas entre as esferas de governo que atuam de forma complementar.

Na verdade, como a gente está começando, estamos aprendendo a coordenar essas ações de DST/AIDS, esse programa. Então, a gente tem o Estado e o próprio Ministério como norteador, porque é importante a gente ter um ponto de partida e seguir, inclusive porque já são políticas nacionais. [...] A autonomia, não posso te dizer assim que é uma autonomia absoluta, porque, na verdade, não é. Mesmo porque a gente não tem condições ainda de ter essa autonomia absoluta [...]. (Município B, Ator 1)

Para o Ator 2 do município “B”:

[...] a nível estadual, federal é o seguinte: a gente precisa de uma luz, um guia pela nossa experiência ainda ser muito pouca, a gente precisa de orientações e tudo. Então, a gente precisa de, digamos assim, um GPS pra poder a gente deslanchar no programa. (Município B, Ator 2)

No que se refere ao processo de planejamento do Plano de Ações e Metas em DST/AIDS (PAM), verificam-se diferentes cenários, decorrentes de particularidades locais. No município “A”, foi afirmado que a SMS promove encontros mensais envolvendo todas as coordenações de saúde, sendo que uma dessas reuniões é destinada exclusivamente ao tema DST/AIDS, tendo como foco a apresentação e avaliação de indicadores e o levantamento de necessidades para programação do PAM. Além desses atores, outros são integrados no decorrer do processo, como a equipe interdisciplinar do CTA/SAE, a representação local da rede de pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras instituições parceiras.

No município “B”, o processo de elaboração do Plano de Ações e Metas de DST/AIDS encontra-se ainda restrito a poucos atores institucionais, centrado mais na figura da Secretária da Saúde, da diretora de vigilância à saúde, da coordenação do programa e técnicos do CTA/

SAE, tendo sido apresentado como justificativa o amadurecimento do grupo no processo de gestão das ações programáticas de DST/AIDS e o domínio pleno de habilidades gerenciais neste sentido. Entretanto, nos dois municípios, não foi visível a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração desse plano, embora seja da competência dos conselhos atuar na formulação e controle das políticas de saúde em defesa das diretrizes e princípios organizativos do SUS. Conforme foi observado, a participação do Conselho Municipal de Saúde restringe-se apenas à análise e aprovação do Plano de Ações e Metas, sem que tenha qualquer referência sobre sua participação no processo de elaboração, monitoramento e avaliação do PAM.

Em ambos os municípios, observa-se a tentativa de elaboração do Plano de Ações e Metas, consubstanciado em parâmetros locais e em sistemas de informações oficiais, tendo sido destaque o uso do Sistema de Informação de Notificação de Agravos, entre outros, para análise do perfil epidemiológico da população local.

Embora as responsabilidades atribuídas aos municípios na gestão do sistema de saúde requeiram a incorporação do monitoramento e avaliação como componentes do processo de planificação e de tomada de decisão, não foi percebido, nas unidades de estudo, que esta ação seja utilizada sistematicamente como ferramenta de gestão. Mesmo que exista um sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para esse fim, denominado MONITORAIDS, este, por si só, não garante a incorporação dessa prática no planejamento das ações programáticas de DST/AIDS e na estrutura do próprio processo decisório.

Dimensão Operacional

Essa dimensão refere-se à operacionalização do processo decisório, cujos indicadores são: (i) recursos materiais; (ii) recursos humanos; (iii) recursos financeiros. Como se percebe, essa dimensão diz respeito

à capacidade de governança dos municípios, no tocante à operacionalização das ações programáticas de DST/AIDS, levando-se em consideração a dinamicidade desse processo que requer dos governos municipais iniciativas de gestão para mobilizar e ampliar tais recursos, sejam eles materiais, humanos ou financeiros.

Nas visitas de campo aos CTA/SAE dos municípios estudados, foi verificado que estes possuem infraestrutura em termos de mobiliários, aparelhos de comunicação, refrigeração e equipamentos de saúde.

No que se refere aos recursos informacionais, foi verificado no município "A" que o Sistema de Informação de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM) havia sido recentemente implantado, e o Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) encontrava-se em fase de implementação. No município "B", encontra-se em fase de implantação o SICLOM e em funcionamento o SI-CTA. Destaca-se aqui a importância desses sistemas de informação enquanto ferramenta de gestão para a operacionalização do processo decisório, embora, pelo que se observa nos municípios em análise, estes sistemas ainda não tenham sido incorporados na sua totalidade ao processo do planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações programáticas de DST/AIDS.

Em que pese as observações acima, verifica-se um esforço conjunto das SMS com a gestão do programa de DST/AIDS para prover as unidades assistenciais de condições físicas, ambientais e tecnológicas que viabilizem um atendimento de qualidade, voltado para a integralidade da atenção à saúde. Para tanto, convém salientar a importância dos insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento como elementos constitutivos desse processo.

Em relação aos insumos de prevenção, especificamente material de informação, educação e comunicação em saúde, estes têm sido produzidos e distribuídos em maior volume pelas esferas federal e estadual. Entretanto, observa-se nos municípios a criação, produção e re-

produção de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC), justificada pela necessidade de atender demandas locais e específicas.

Nós produzimos, mas pouco porque a gente não tem necessidade de produzir tanto material assim, porque já tem um material muito rico que a gente já recebe da Coordenação Estadual de DST/AIDS. Então, não tem porque estar investindo tanto em material já que o que existe está completo e está atendendo muito bem ao nosso público. Nós fizemos algum material, mas com alguns ajustes a nossa necessidade. (Município B, Ator 2)

Ainda em relação aos recursos de IEC, convém resgatar a observação realizada por um dos informantes-chave do Município "A", no que se refere aos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, cujo descompasso de tempo entre envio e chegada aos municípios tem interferido no processo de operacionalização das campanhas, de âmbito nacional, situação esta também documentada nos Relatórios de Gestão de 2006 e 2007 do Programa Estadual de DST/AIDS.

Além dos recursos de informação e comunicação social, a política de prevenção das DST/HIV/AIDS no Brasil engloba uma série de outras atividades e insumos, entre eles o preservativo masculino, feminino e o gel lubrificante.

No que se refere à aquisição de preservativos, masculino e feminino, considerados aqui como insumos de prevenção, estes são de responsabilidade das três esferas de governo, sendo pactuada a aquisição, em caráter complementar, pelas unidades subnacionais. Esses insumos são encaminhados para os estados, que assumem a responsabilidade de gerenciar a logística de distribuição para os municípios.

Em pesquisa documental, verifica-se nos municípios em estudo o planejamento e alocação de recursos para aquisição dos preservativos, em observância às novas regras e também às recomendações do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS, no que se refere ao uso

da fonte de recursos próprios para essa finalidade. Essa informação foi ratificada pelos informantes-chave, conforme narrativa a seguir:

O único preservativo que a gente adquire aqui no município é o masculino de 52 mm. Os outros são enviados pelo estado. [...] A fonte de recursos utilizados é própria. Isso é a grande indignação de todo gestor. Com todos eles, eu tenho que sentar e explicar que preservativo e medicação são contrapartida do município. Não adianta questionar. E parece que já incorporaram isso e já está mais tranquilo. (Município A, Ator 2)

Recebemos regularmente do estado. Inclusive todas as unidades de saúde do município, elas têm preservativos em quantidade suficiente à demanda e temos comprado também. Agora, temos recebido do estado uma quantidade satisfatória. (Município B, Ator 2)

Referente aos demais insumos de prevenção, como o preservativo feminino e gel lubrificante, estes também são distribuídos pelo Ministério da Saúde para todos os estados da federação, observando-se as mesmas orientações quanto à logística de distribuição do preservativo masculino. No entanto, como estes insumos fazem parte de uma política de saúde focalizada em ações e públicos específicos, sua aquisição tem sido assumida predominantemente pelo governo federal, principalmente o preservativo feminino, em razão da sua demanda e dos custos de sua aquisição ser muito superior quando comparado ao valor do preservativo masculino.

Referente à aquisição de insumos de diagnóstico para testagem do HIV e Sífilis (VDRL), verificam-se semelhanças e diferenças nas estratégias adotadas nos municípios pesquisados. As semelhanças referem-se à descentralização dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis para os serviços da atenção básica, estando os municípios "A" e "B" com uma cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente, de 80% e 79,34%. Quanto à realização do VDRL, este

exame tem sido realizado por meio de serviços terceirizados, visto que o município "A" descentralizou a coleta e contratou serviços do setor privado para a realização deste e de outros exames, e o município "B" não possui Laboratório na rede própria. Outra semelhança observada foi a incorporação, nas atividades do Programa de DST, das ações de prevenção e diagnóstico das hepatites virais, como co-infecções relacionadas ao HIV/AIDS, sendo esta uma realidade cada vez mais constante em território nacional e estadual. Quanto às diferenças percebidas, estas se referem às estratégias para o diagnóstico do HIV, utilizando o método Elisa, visto que, no município "A", o aconselhamento ocorre de forma descentralizada, bem como a testagem para sífilis, sendo este tipo de exame, juntamente com os de hepatites virais, realizados pelo Laboratório Municipal. No município "B", essa ação está concentrada no CTA/SAE, cabendo ao município a realização do aconselhamento pré e pós-teste, coleta, armazenagem e transporte das amostras para o Laboratório Central e a Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), instituições com as quais é mantida uma relação de parceria.

No tocante à fonte de recursos utilizados para esse fim, foi afirmado e fornecido pelos informantes-chave, um documento atestando que estes insumos também têm sido adquiridos com recursos próprios, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS.

Com relação à aquisição de insumos de assistência, verifica-se que os dois municípios têm adquirido os medicamentos de DST, conforme pactuação envolvendo as três esferas de governo, e também os medicamentos para Infecção Oportunista, estes últimos de responsabilidade da esfera estadual.

A gente tem um problema sério com o rol de infecção oportunista, que seria de responsabilidade do estado e que a gente acaba tendo que comprar, porque você não vai deixar o paciente sem a medicação. E dificilmente, dificilmente não, eu nunca recebi todo o elenco de

medicação pactuado! Então, recebe assim: de vinte itens, três, quatro itens; os outros, os quais nossos pacientes fazem uso, a gente acaba adquirindo. Mas, assim, os básicos de Abordagem Sindrômica a gente recebe. Falta em algum momento, ou outro, mas normalmente você tem essa medicação. (Município A, Ator 2)

A gente implantou assim, posso chamar de um programa, para a dosagem supervisionada. Todas as unidades de saúde, elas foram treinadas com o Curso de Abordagem Sindrômica e faz o tratamento do paciente. O paciente já sai dali, já toma a dose supervisionada, dosagem única, e já tem a convocação do parceiro [...] Quanto aos medicamentos para infecção oportunista, por enquanto a gente não tá recebendo do estado. A gente está só com o do município. (Município B, Ator 2)

No que refere aos recursos humanos, foi observado, em ambos os municípios, a existência da equipe interdisciplinar nas unidades assistenciais de DST/AIDS, composta de profissionais da área médica, enfermagem, psicologia, laboratório e farmácia. Além desses profissionais, o município "A" dispõe também de serviço de vacina e odontologia, sendo este último direcionado para toda a rede de saúde. No município "B", acrescenta-se à equipe interdisciplinar de saúde um profissional da área de serviço social.

No tocante à modalidade de gestão dos vínculos de trabalho das equipes do CTA/SAE, as estratégias diferem de um município para outro. No Município "A" a equipe interdisciplinar possui vínculo efetivo com o poder executivo local, obtido por meio do concurso público, enquanto que, no Município "B", a modalidade adotada tem sido a de contrato temporário. No entanto, no município "A", o vínculo efetivo não abrange todos os trabalhadores da saúde, inclusive os da atenção básica, parceiros essenciais no processo de descentralização das ações, sendo a rotatividade de pessoal um dos problemas enfrentados no processo de implementação das ações programáticas de DST/AIDS, conforme se observa em depoimento a seguir.

[...] na implementação, eu acho que o grande entrave é a rotatividade de mão-de-obra, apesar da minha equipe do SAE e CTA não ter esse problema mais. Porém, as minhas ações de prevenção e de assistência de DST estão todas no PSF. [...] Então, assim, entra e sai, entra e sai, entra e sai, fica muito difícil! [...] Então, assim, fica difícil mesmo! Tem que capacitar! E isso, assim, vai bloqueando essas ações. Você tem hoje um que está funcionando e amanhã não funciona mais. Capacita novamente e não funciona de novo. Então eu acho que é o pior entrave [...]. (Município A, Ator 2)

Um dos “nós críticos” que eu vejo como entrave ainda no nosso quadro é a questão do vínculo empregatício. É um vínculo precarizado, porque a maioria é de contratado. Todos os técnicos e principalmente os técnicos de nível superior são contratados. Então, isso não inviabiliza a formação de um grupo gestor, mas como a gente tem pouco tempo... Na verdade, a gente está ainda construindo a nossa política de DST/AIDS municipal [...]. (Município “B”, Ator 1)

Para superar esse desafio da rotatividade de pessoal, o concurso público tem sido uma das estratégias utilizadas por um dos municípios pesquisados.

E foi uma pressão, não só da Coordenação de DST/AIDS, como de todas as Coordenações fizeram para que houvesse concurso público. Essa precarização tem que acabar. Não tem jeito! [...] Não é possível você tá capacitando, e isso não é só em DST, você tem que capacitar em todas as áreas. Profissional que entra pra atenção básica, ele vem especializado em alguma coisa pra atender tudo. Então, ele chega e tem que ser capacitado em Hipertensão, Diabetes, em Pediatria, em Pré-Natal, em tudo. (Município A, Ator 2)

A outra estratégia utilizada pelos dois municípios para superar obstáculos desta natureza tem sido o investimento permanente em capacitações, treinamentos, oficinas etc., para formação de novos quadros de pessoal, num esforço de minimizar os efeitos adversos da rotativi-

dade de profissionais no processo de operacionalização das ações de DST/AIDS. No entanto, essa estratégia, apesar de adequada à conjuntura e circunstâncias locais, representa também elevação nos custos de produção, além de focalização de demanda apenas em uma das áreas do desenvolvimento profissional (capacitação), em detrimento de uma proposta integrada entre serviço, ensino e pesquisa que envolva cursos de extensão e especialização.

Neste sentido, foi observado que a qualificação de pessoal tem sido, ao mesmo tempo, uma prioridade para a gestão municipal e também um desafio, visto que exige tempo e profissionais especializados nem sempre disponíveis nos municípios.

Do ponto de vista dos recursos financeiros, foi observado que ambos os municípios apresentam valores de contrapartida superiores ao teto mínimo exigido pelo Programa Nacional de DST/AIDS, da ordem de 15% a ser aplicado sobre o valor dos recursos repassados fundo a fundo pela Política de Incentivo. No município "A", o valor do incentivo corresponde à quantia anual de R\$ 139.221,74, estando os recursos de contrapartida alocados no PAM-2008, no valor de R\$ 49.503,46, representando, portanto, um aumento de 169,7% do valor pactuado. No município "B", o valor do incentivo é da ordem de R\$ 75 mil, e a contrapartida para o ano de 2008 foi de R\$ 28.200,00, apresentando também uma elevação de 113,1%.

Buscou-se observar também a capacidade de operacionalização desses recursos, ou seja, a relação existente entre recursos programados e efetivamente utilizados. Foi verificado que, até o fim do primeiro semestre de 2008, os municípios "A" e "B" já haviam despendido, respectivamente, 55% e 96% dos recursos de contrapartida para a aquisição de insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Ao considerar que a manutenção dos serviços assistenciais de DST/AIDS demanda investimentos próprios dos municípios para pagamento de pessoal, aquisição de insumos administrativos e de saúde,

entre outros itens, a participação de recursos próprios da esfera local vai além do pactuado e programado no Plano de Ações e Metas. O município "A", por exemplo, informou que os gastos com AIDS no ano de 2007 foram da ordem de R\$ 333.941,23, estando neste valor incluído o pagamento de salários e encargos sociais da equipe do CTA/SAE, manutenção predial e dos veículos, aquisição de insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento (preservativos, reagentes e medicamentos para IO e DST), conforme pactuação referida anteriormente.

Verificou-se também, nos municípios estudados, que as receitas proveem essencialmente da área de serviços, sendo este um dos motivos apresentados pelos informantes-chave para possíveis limitações na capacidade de investimento do município, visto que não dispõem de outras fontes de recursos para operacionalização das ações programáticas de DST/AIDS, além dos recursos próprios alocados e do incentivo financeiro da Política Nacional.

Apesar do esforço dos municípios para ampliar sua capacidade de investimento, os dados obtidos em campo têm evidenciado uma dependência, ainda forte, dos recursos advindos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, por meio do mecanismo de transferência automática fundo a fundo, conforme narrativa apresentada a seguir:

Eu acho que dá pra manter (referindo-se à manutenção do programa somente com recursos próprios do município), mas não com essa qualidade, entendeu? [...] Por exemplo, se eu quero fazer uma campanha, eu posso estar fazendo essa campanha, posso tá estruturando com um bom material, com uma boa divulgação. Eu vou fazer uma capacitação, eu posso organizar isso. [...] E duvido que pudéssemos ter esse recurso, porque eu vejo as outras pastas, andam, mas não com essa qualidade! (Município A)

Neste contexto, chamam atenção as diferenças no cálculo para estabelecimento dos valores repassados para os municípios, que, se não

revisados, podem vir a se constituir num indicativo de reprodução de iniquidades no âmbito da política social de saúde.

Dimensão da Sustentabilidade

Essa dimensão corresponde à institucionalização de mecanismos que contribuam para a sustentabilidade dos resultados de gestão, verificada a partir dos seguintes indicadores: a) ampliação de parcerias; b) ações intersetoriais; c) alianças e iniciativas estratégicas empreendidas; d) mecanismos institucionalizados para sustentar resultados.

Sob essa perspectiva, a dimensão de sustentabilidade da gestão fundamenta-se na compreensão de que as instituições de saúde estão imersas na dinâmica social e se constituem em espaço social e político, com a função de mediar interesses conflitantes, prover e regular demandas para toda a sociedade.

No que diz respeito à ampliação de parcerias, os achados empíricos evidenciam que os municípios têm empreendido esforços neste sentido, porém essas relações têm ocorrido com mais frequência no campo da articulação de práticas intersetoriais, sem que haja para isto um projeto formalizado de cooperação técnica e financeira entre as instituições. Apenas com referência ao município "B" há relato da existência de um projeto elaborado pelo poder local e financiado pelo Ministério da Saúde, cuja ação será voltada para a atenção à violência intradomiciliar.

No município "A", a experiência de parceria tem se dado por meio do apoio institucional à entidade local que representa o segmento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Entre esses apoios foram relatados: a) cessão de uso de um imóvel para sediar as atividades do núcleo; b) contratação temporária do representante local para dedicação às atividades do núcleo, como forma de garantir a implementação das ações, sem que isto implique em perda de autonomia política do grupo; c) financiamento de ações relacionadas aos eventos de prevenção e de for-

talecimento do movimento social; d) fornecimento de insumos estratégicos de prevenção (material de IEC, preservativos) para as atividades de prevenção do grupo; e) interação entre os serviços assistenciais e o núcleo de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Embora o município “B” não tenha ainda um núcleo de representação de pessoas vivendo com HIV/AIDS, foi mencionada a parceria com uma Organização da sociedade civil, especificamente o Sindicato de Trabalhadores Rurais, com vistas à ampliação do acesso às ações de prevenção das DST/AIDS e do diagnóstico do HIV, mediante a realização da testagem consentida.

No tocante à ampliação de parcerias com o setor privado, para a implementação de ações de prevenção com foco na informação e educação em saúde, ambos relataram experiências neste campo, principalmente durante as campanhas educativas de âmbito nacional, estadual ou datas comemorativas locais.

Com base nesses dados, infere-se que a ampliação de parcerias e a articulação entre setores governamentais e não-governamentais não se resume exclusivamente à ampliação de recursos financeiros, mas requer envolvimento e comprometimento da sociedade no enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST, sendo esta rede de solidariedade e cooperação um grande capital social e intelectual que repercute direta e indiretamente na institucionalização e sustentabilidade das ações programáticas.

Em relação às ações intersetoriais desenvolvidas pelos municípios, observa-se tentativas e esforços na construção de práticas que envolvam tanto os demais programas de saúde pública, que mantêm interface com as DST/AIDS, quanto com outros setores governamentais do poder executivo e representação de classe.

No município “A”, entre as ações intersetoriais desenvolvidas em parceria com as instituições locais, destacam-se: o Projeto Sentinela em parceria com a Secretaria de Assistência Social, a Delegacia da Mulher,

a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Casa de Passagem para usuários de drogas, o Núcleo de Apoio Integral ao Adolescente (NAIA), escolas, entre outras.

No município “B”, foram relatadas parcerias com setores governamentais, entre eles as Secretarias de Infraestrutura e de Assistência Social, Projeto Sentinela, Delegacia e Escolas.

Concernente ao desenvolvimento de ações intersetoriais com os outros programas/serviços de saúde, em ambos os municípios foi afirmada a articulação com os programas de tuberculose e hepatites (cujas ações deste último foram assumidas pelo Programa Municipal de DST/AIDS), além de saúde bucal, maternidades e hospitais locais, saúde mental, laboratório central, vigilância sanitária, atenção básica, entre outros, confirmando que a integralidade da atenção à saúde requer a articulação e integração de práticas sociais e institucionais.

Em relação às alianças estratégicas empreendidas pelo poder local, a parceria com a atenção básica é considerada, de forma unânime para ambos os municípios, como a mais importante para viabilizar o processo de descentralização das ações e serviços de DST/AIDS em âmbito municipal.

Pra mim, a mais estratégica é a atenção básica. Eu não vejo hoje nenhuma ação de saúde sem você descentralizar pra atenção básica! Não existe você fazer prevenção de DST, assistência de DST, nada disso, sem o agente comunitário de saúde, que é um instrumento de vital importância hoje quando você fala em prevenção. (Município A, Ator 2)

É a atenção básica, e através dela, é que a gente vai chegar na ponta e fazer o trabalho preventivo e divulgar o programa. Toda nossa finalidade mesmo é a prevenção. Então, eles é que estão corpo-a-corpo. Inclusive a gente fez um trabalho desses com os agentes comunitários, treinamos todos os agentes comunitários do município pra trabalhar com DST/AIDS. (Município B, Ator 2)

Esses depoimentos reforçam a tese da atenção básica de Saúde (ABS) como um primeiro nível de atenção e, portanto, como uma “porta de entrada” do usuário na rede do SUS, tendo sido considerada também como uma estratégia de reorientação do sistema de saúde. Com base nesse entendimento, depreende-se que a ABS tem se constituído em lócus ideal para a implementação das ações de promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/AIDS, entre outros agravos/doenças, sob a perspectiva da integralidade e universalização da atenção à saúde da população.

Neste sentido, destaca-se que, no município “A”, segundo depoimentos, este processo encontra-se em estágio mais avançado e em fase de consolidação, tendo sido inclusive salientado, por um dos informantes-chave, resultados obtidos com essa parceria.

[...] do ano passado pra esse ano nós estamos instrumentalizando todas as unidades de saúde com equipamentos para aplicação da penicilina benzatina dentro das unidades de saúde. Isso já aparece na queda da sífilis congênita. Quer dizer, é bacana de olhar porque ele é bem proporcional. Você instrumentaliza a unidade de saúde, capacita os profissionais e, na sequência, logo na sequência, você já começa ver uma queda na sífilis em gestante e em sífilis congênita, quer dizer, vai refletir lá no hospital. E aí tem que dar esse *feedback* pras equipes também. ‘Olha, que legal que vocês estão fazendo’. (Município A, Ator 2)

No município “B”, em razão do processo recente de habilitação à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, esta ação ainda está em fase de construção, conforme se observa a seguir.

[...] E temos um terceiro projeto também que já está até implantado, que é o Programa Amor com Saúde, que a gente tem em onze unidades. [...] Então, a gente tem pouco tempo que implantou, tem dois meses, a gente já fez o treinamento de enfermeiros e do médico e já estamos aprazando o treinamento pra técnicos de enfermagem, pra

recepção e pra o pessoal de limpeza e também pra atendente de consultório de odontologia. (Município B, Ator 2)

Há, portanto, um consenso em torno da importância da descentralização das ações de DST/AIDS para a atenção básica, como uma estratégia de ampliação do acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e assistência às DST/AIDS. Porém, há que se pensar na qualidade e aprimoramento contínuo desses serviços e ações, em razão das circunstâncias estruturais e conjunturais que se fazem presentes no campo da gestão de pessoas, com efeitos na alta rotatividade de pessoal, conforme discutido anteriormente.

Referente às iniciativas de gestão para institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde e áreas programáticas, chama atenção as iniciativas de implantação de canais institucionalizados para auscultar críticas e sugestões dos trabalhadores, usuários da rede de serviços, parceiros governamentais e não-governamentais e população em geral. Nesse particular, os municípios apresentaram estratégias semelhantes quanto à instalação de opinários nas unidades de saúde e sistema de ouvidoria. Foi afirmado que esses dados são processados e encaminhados ao setor correspondente para explicação e resposta social, tendo sido relatado também o uso da internet como ferramenta de gestão, no sentido de disponibilizar meios diversificados para o acesso da população.

A gente tem uma Ouvidoria Municipal que tem um 0800 para as pessoas. Tem um horário de funcionamento das 08 até as 16 horas. Fica uma funcionária específica só pra ouvir. E, nas unidades de saúde da família, a gente tem opinários que podem tá colocando o que quiserem. E, aí, a supervisão ou coordenação retira, faz relatório por unidade, e para cada reclamação, queixa, sugestão que tenha, ela consolida e encaminha para os setores correspondentes. [...] A mesma coisa é com a ouvidoria: ela separa o que é pra cada um. (Município A, Ator 1)

[...] todas nossas unidades têm uma caixa e temos também a ouvidoria. O fluxo é assim: a gente recebe da ouvidora daqui da secretaria ou então a própria ouvidoria já encaminha, porque a gente tem a internet. Os que são pela internet a gente já tira e aí eu encaminho ou a própria ouvidora já encaminha diretamente para aquele setor onde foi a queixa. Então, a maioria ainda são queixas, mas a gente recebe parabéns também, mas não são muitos não. A grande maioria ainda são queixas. E, então, eu encaminho pra aquele setor pertinente para ele fazer a defesa, a resposta, Sempre tem uma resposta. [...] A gente procura sempre fazer 100%. [...]. (Município B, Ator 1)

No tocante aos canais de comunicação utilizados para veiculação das informações, sejam de cunho gerencial e/ou educativo, verifica-se que os municípios em questão têm no boletim epidemiológico um instrumento de comunicação e compartilhamento dos resultados de gestão.

Além disso, foi relatada a utilização de outros veículos de comunicação social como estratégia de socialização das informações, conforme se observa a seguir.

A gente trabalha com o material informativo em pontos estratégicos. Não só em épocas de eventos. A gente trabalha mensalmente na feira, divulgando pro pessoal na feira, em escolas, em palestras, na zona rural, na rádio também e utilizamos a TV, que sempre está em contato com a gente, procurando saber o que está sendo realizado, qual a situação. [...] Tem um jornal da Secretaria Municipal. (Município B, Ator 2)

Tem as campanhas em que a gente utiliza folder, utiliza esse material instrucional, como também camisetas. Veículo de comunicação aqui é complicado porque todas as rádios estão na mão de políticos. Então, dependendo da gestão, a gente pode usar ou não. Isso é um outro entrave que a gente tem. Mas rádio funciona muito bem, e todas as vezes que utilizamos tem um retorno muito grande. [...] A gente utiliza

muito, que não é um instrumento, mas funciona como, que é o agente comunitário de saúde. Ele tem uma inserção maravilhosa dentro da comunidade. Então, quando você passa a informação a ele e solicita que ele divulgue, funciona muito bem! (Município A, Ator 2)

Sob essa perspectiva, depreende-se que, nos municípios estudados, o Programa de DST/AIDS tem buscado construir sua base de sustentação e apoio, o que deve estar contribuindo para lhe conferir o reconhecimento público observado em território nacional e internacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados do estudo empírico sobre a gestão descentralizada do programa de DST/AIDS, realizado em dois municípios do estado da Bahia, evidencia constrangimentos nas três dimensões da gestão aqui estudadas. Assim, no que diz respeito à dimensão organizacional, verificou-se nos dois municípios uma relação ainda frágil dos governos locais, no tocante à autonomia decisória frente aos demais níveis de governo, no que se refere à definição de diretrizes políticas, de prioridades institucionais, de tecnologias materiais, informacionais e humanas, bem como de normatizações administrativas e jurídicas que regulem as demandas organizacionais e sociais, relativas ao programa de DST/AIDS. Apesar dos achados empíricos apontarem para uma autonomia técnica das coordenações municipais de DST/AIDS na operacionalização do processo decisório, esta autonomia, por sua vez, mostrou-se vulnerável quando analisada sob a perspectiva dos mecanismos institucionalizados que legitimem sua atuação profissional.

Na dimensão operacional da gestão entre os problemas que se colocam como desafios a serem enfrentados pelos governos municipais, os dados apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do planejamento e dos mecanismos de programação de compras e licitações, monitoramento e avaliação das ações, no sentido de garantir raciona-

lidade, agilidade e eficiência administrativa para a operacionalização das ações.

Além desses problemas de natureza administrativa e gerencial, os municípios têm sido espaços sociais e políticos de tensão permanente decorrentes de questões estruturais, que impedem e/ou dificultam o processo de ampliação de suas ações e serviços. Neste sentido, o estudo empírico evidenciou a gestão de recursos humanos como um dos mais fortes elementos dificultadores do processo de descentralização da saúde e das ações programáticas de DST/AIDS, dada às desigualdades sociais intra e interregionais, traduzidas na precarização das relações de trabalho, dos vínculos empregatícios, na frequente rotatividade de pessoal, bem como na limitada estrutura de desenvolvimento humano, profissional e organizacional.

Em que pese os avanços na formatação de uma política de saúde fundamentada em um projeto ético, político e social de direito, ainda têm sido muito tímidas as iniciativas de gestão, dos três níveis de poder, em priorizar a política de desenvolvimento humano como um diferencial para a melhoria dos processos de trabalho no campo da saúde e na implementação de suas ações.

Agregados a esses fatores, os dados obtidos mostram a importância e necessidade de responsabilidades compartilhadas entre os entes federados, por meio de uma relação solidária e complementar, principalmente no caso do objeto em estudo, no cumprimento das pactuações que envolvem recursos financeiros, insumos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST/HIV/AIDS e co-infecções, sob pena de transformar ou limitar a descentralização a uma mera desconcentração de responsabilidades para os governos locais.

Ainda sob esse aspecto, evidências empíricas demonstraram a questão emblemática e até mesmo paradoxal que envolve os municípios, no tocante aos gastos públicos com as ações programáticas de DST/AIDS, muito além do formalmente pactuado, quando comparado

o investimento na manutenção dos serviços assistenciais de DST/AIDS e os recursos que recebem do governo federal por meio da Política de Incentivo. Os dados revelam que, embora os recursos advindos dessa Política de Incentivo se apresentem como a grande mola propulsora para o processo de ampliação de parcerias, alianças estratégicas e articulações intersetoriais, sem os quais os municípios não poderiam assegurar um padrão de qualidade e de expansão contínua de suas ações, os investimentos realizados com recursos próprios ultrapassam os valores repassados fundo a fundo. Ficou evidenciado também que iniquidades no âmbito da distribuição desses recursos públicos pelo gestor federal reforçam a reprodução das desigualdades regionais e sociais, fonte de problemas estruturais e conjunturais, com efeitos adversos no processo de descentralização da saúde e das ações programáticas de DST/AIDS.

Quanto à capacidade de ampliação dos recursos, por parte dos governos locais, observa-se a sua vinculação à capacidade administrativa de arrecadação de tributos, os quais se apresentam atrelados à atividade econômica dos municípios, que, nas unidades de análise em questão, mostram-se bastante limitadas.

No que diz respeito à dimensão da sustentabilidade, é possível concluir que os esforços para construir parcerias intersetoriais e alianças estratégicas têm sido visíveis, principalmente no processo de descentralização das ações para a atenção básica, como estratégia de reorganização do sistema e de melhoria do acesso da população aos serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST/AIDS, sendo este um avanço significativo no âmbito das ações coordenadas de saúde pública.

Contudo, as iniciativas de gestão para auscultar e compartilhar decisões, embora se verifiquem mecanismos institucionalizados para esse fim, a participação e controle social ainda se apresentam frágeis. Isto porque ainda é frágil a representação de pessoas vivendo com HIV/AIDS em Organizações e outras entidades da sociedade civil, visto que

as Organizações sociais que militam nesse campo costumam se concentrar, na sua grande maioria, na capital e em algumas cidades localizadas nas proximidades dos grandes centros urbanos.

Os achados desta pesquisa, ao trazer evidências empíricas sobre o conjunto de dimensões e variáveis envolvidas na gestão descentralizada do Programa Nacional de DST/AIDS, ratificam a complexidade e a natureza multifacetada da gestão descentralizada da saúde em contextos de carências e heterogêneos como o dos municípios baianos.

REFERÊNCIAS

ARISTIDES JUNIOR et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 40, p. 09-17, 2006. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800013>. Acesso em: 10 ago. 2011.

ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. A política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. SUÁREZ, J. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Relatório de Gestão do Programa de DST / AIDS – 2007*. Salvador, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Desenvolvimento recente das políticas de controle da AIDS e outras DST no Brasil: descentralização e controle social*. Brasília, DF, 2004a. Texto mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico AIDS*, Brasília, DF, ano 5, n. 01, jan. / jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *MONITORAIDS: sistema de monitoramento de indicadores do programa nacional de DST e AIDS*, Brasília, 2004b. [versão 1.0]

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e HIV/AIDS: subsídios de análise do monitoramento dos Planos de Ações e Metas das Secretarias Estaduais de Saúde*. Texto mimeografado. Brasília, 2006.

DRAIBE, S. M. Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Maria Cecília R. Barreira; Maria do Carmo B de Carvalho (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEI; PUCSP, 2001. p. 13-41.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 40, p. 09-17, 2006. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

FONSECA, M. et al. Vinte e cinco anos da epidemia de AIDS no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. *Caderno de Saúde Pública*, n. 23, Rio de Janeiro, 2007., n. 3, p. S333-S343. ISSN 0102-311X. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/02.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

GUIMARÃES, M. C. L. *Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998*. 2000. 385 f. Tese (Doutorado em Administração) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

_____. Processo Decisório e Conflitos de Interesses na Implementação da Descentralização da Saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH*, Salvador, n. 39, p. 105-132, jul. / dez. 2003.

_____. et al. *Relatório Final - Projeto de avaliação da capacidade de gestão das Organizações Sociais: uma proposta metodológica*. Salvador: Escola de Administração - UFBA, 2002.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. *Gestão & Produção*, São Carlos, SP, v. 8, n. 3, p. 304-318, 2001.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Tomos I e II. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS. *Situação da epidemia mundial de AIDS*. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde - UNAIDS, 2007. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/>>. Acesso em: 11 ago. 2011.

PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

REIS, A. C. et al. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. In: *Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil - Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul. / set. 2007.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, set. / out. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13023.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

COLOFÃO

Formato	170x240mm
Tipologia	ZapfCalligr BT e Zurich Cn BT
Papel	Alcalino 75 g/m2 (miolo) Cartão Supremo 250 g/m2 (capa)
Impressão	Setor de reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	Cian gráfica
Tiragem	400 exemplares