



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

EDIVÂNIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM

**DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROGRAMA DE
DST/AIDS NO ESTADO DA BAHIA:
DESAFIOS PARA O MUNICÍPIO COMO TERRITÓRIO DE
PRÁTICAS DE SAÚDE**

Salvador
2008

EDIVÂNIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM

**DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROGRAMA DE
DST/AIDS NO ESTADO DA BAHIA:
DESAFIOS PARA O MUNICÍPIO COMO TERRITÓRIO DE
PRÁTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Administração, Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA) da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Administração.

Orientador: **Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães**

Salvador
2008

Escola de Administração - UFBA

L257 Landim, Edivânia Lucia Araújo Santos
Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia : desafios para o município como território de práticas de saúde / Edivânia Lucia Araújo Santos Landim. – 2008.
145 f.

Orientadora : Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lessa Guimarães.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, 2008.

1. Política de saúde – Bahia. 2. AIDS (Doença) – Política governamental – Bahia. 3. Doenças sexualmente transmissíveis – Política governamental – Bahia. 4. Saúde pública - Bahia. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Guimarães, Maria do Carmo Lessa. III. Título.

362.1098142
CDD

EDIVÂNIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM

**DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROGRAMA DE
DST/AIDS NO ESTADO DA BAHIA:
DESAFIOS PARA O MUNICÍPIO COMO TERRITÓRIO DE
PRÁTICAS DE SAÚDE**

Dissertação aprovada para obtenção do grau de Mestrado Profissional
em Administração da Universidade Federal da Bahia

Salvador, 27 de novembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães
Universidade Federal da Bahia - UFBA
(Orientadora)

Profa. Dra. Vera Mendes
Universidade Federal da Bahia - UFBA
(Convidada)

Profa. Dra. Alcina Marta Andrade
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia -
SESAB
(Convidada)

*Aos meus pais, José Almeida (in memoriam) e Maria de Lourdes,
Ao meu marido e incentivador, José Landim,
Aos meus amigos e parceiros de luta social
e política, Beatriz Pacheco, Moysés Toniolo, Antonio Cassiano e Rozária Piriz.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lessa, minha orientadora, a quem tive a imensa felicidade de conhecer e compartilhar sentimentos, conhecimentos e inquietações. Suas orientações e contribuições foram muito valiosas, tanto para o meu crescimento profissional quanto para o meu desenvolvimento pessoal.

À Prof^a Dr^a. Vera Mendes, por quem tenho respeito, carinho e gratidão pelo acolhimento, desde quando ingressei no curso de especialização em gestão da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia e pelos incentivos constantes que resultaram na realização do mestrado profissional.

Aos docentes da Escola de Administração, que tive a honra de conhecer e ser aluna, especialmente os professores Uaçai Lopes, Sônia Fernandes, Neide Marques, Reginaldo Sousa, Elisabeth Matos, Mônica Mac-Allister, José Antonio Pinho, Ruthy Laniado, Marcos Lima, Célio Andrade e Carlos Milani.

Aos colaboradores do Núcleo de Pós-Graduação em Administração, André Luis Rocha, Artur Luiz Coelho, Geovana Rufino, Cristina Araújo e a José Carlos Sales, do Núcleo de Apoio à Pesquisa e Publicações, pela disposição em servir e ajudar com habilidade e competência, pela paciência de escutar com respeito, o que o transforma numa pessoa admirável e querida por todos.

À Alcina Marta Andrade, minha diretora, por quem tenho admiração e respeito inestimáveis, pelo que representa como ser humano e como profissional, cuja atuação na vida e no trabalho é reconhecida pelo extremado zelo, ética, retidão, serenidade e firmeza de propósitos e ideais.

A Edgar Lessa Crusoé, meu ex-diretor, parceiro de outros trabalhos em saúde pública, a quem agradeço pelo apoio, confiança e força para desenvolver e implementar o processo de descentralização das ações de DST/Aids no estado.

À Izabel Xavier, minha coordenadora, exemplo de compromisso e dedicação, a quem sou muita grata pela atenção, compreensão e por fazer parte de sua equipe.

Aos meus colegas da Vigilância Epidemiológica e do Programa Estadual de DST/Aids pela parceria, trocas, compartilhamento de informações, resultados e

aprendizados, em especial à Tânia Cordeiro, Maria do Carmo Pitta e Alba Souza, pela colaboração e presteza no fornecimento de dados e a Ana Francesca Cotrim pela imensa disponibilidade em ajudar e cooperar.

Às Diretorias Regionais de Saúde, especialmente os técnicos que atuam no campo da vigilância e prevenção das DST/Aids, atores importantes no processo de descentralização.

Às Coordenações Municipais de DST/Aids, com especial atenção para os(as) coordenadores(s) atuais e aos anteriores, que contribuíram para a expansão das ações no estado da Bahia. Agradeço pela convivência nestes quatro anos, em que tivemos a oportunidade de desenvolver uma relação de amizade e respeito mútuo, o que viabilizou uma rede solidária de trocas afetivas, comunicacionais e informacionais. Aprendi muito com todos, nos diálogos, embates, confrontos de idéias e proposições, na negociação de medidas e ações.

Aos municípios de Porto Seguro e de Santo Antônio de Jesus, *locus* desta pesquisa, com destaque para as secretárias de saúde Nazareth Coni e Márcia dos Santos; Oade de Souza e Beatriz Duarte, coordenadoras dos Programas de DST/Aids, amigas e parceiras; Márcia Rosa, pela colaboração e pela alegria do nosso encontro. Agradeço também à equipe técnica e administrativa desses municípios com os quais tive a honra de trabalhar.

Às Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids da Região Nordeste, pela oportunidade de aprender, partilhar e de representar no Comitê de Gestão do Programa Nacional de DST/Aids.

Ao Programa Nacional de DST/Aids, especialmente ao ex-diretor Dr. Pedro Chequer e a atual Dra. Mariângela Simão, pelo apoio e colaboração nesses anos de trabalho conjunto e ao inestimável Joel Sadi pela disponibilização de dados e informações preciosas para o conteúdo deste estudo.

À Eliana de Paula, profissional admirável no seu talento e competência para gerir e gerar resultados, tendo sido a idealizadora e responsável técnica pela implantação do núcleo de gestão do Programa de DST/Aids no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, a quem agradeço por iniciar este trabalho e pelos dados

fornecidos, que ajudaram a compreender o processo de estruturação da resposta à epidemia de Aids no estado da Bahia.

À Miriam Sepulveda, pelo seu trabalho à frente do Centro de Orientação e Apoio Sorológico, pela sua incansável luta no campo da prevenção e controle das DST/Aids, pelo seu apoio e colaboração.

À Cristina Camargo, pela coragem de enfrentar e vencer desafios, pelo trabalho realizado junto ao Centro de Referência Estadual de Aids, pela parceria e cooperação.

Aos meus colegas, parceiros e amigos que contribuíram para o meu crescimento profissional e muito me ajudaram na reestruturação e descentralização da gestão do Programa de DST/Aids do estado, em especial a Roberto Dias Fontes, Cynthia Magnavita Araújo, Clodége Fernandes Costa, Patrícia Fonseca, Lucia Tachard, Anamaria Rizzato, Simone Caldas, Samir Dahia, Edgard Martins, Diana Pedral Brasil, Eduardo Netto, Gabriela Travassos, Margareth Hamdan, Geruza Moraes, Mariza Soares, Angélica Brandão e Ângela Guimarães.

À equipe da Pathfinder do Brasil, representada por Carlos Laudari, Carmen Pereira, Elzi França e Cecília Simonetti e aos que colaboraram com o trabalho como consultores do Programa Estadual de DST/Aids, Javier José Angonoa, Jean Marcelo Costa, Ana Jussara dos Santos, Sarah Cerqueira, Maurício Batista Carvalho, Carlos Eduardo Conceição, Henriette Pina e Remilda da Silva Santos.

À Sociedade Civil Organizada, representada pelas redes e entidades que atuam no campo da prevenção e controle das DST/Aids e todos os outros parceiros governamentais e não governamentais.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com especial atenção a Inês Dourado e Carlos Lima pela parceria, colaboração e aprendizado.

Ao Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde, com especial destaque para Cristina Bustame e Joana Molesini.

Aos meus colegas de curso, em especial à Raylene Logrado e Ely Mascarenhas pela troca, compartilhamento, cooperação e apoio.

À Goret Moraes pela revisão ortográfica do texto, pela amizade e presença carinhosa em minha vida e a Bárbara Coelho pelo trabalho exaustivo de normalização.

Às inesquecíveis parceiras de trabalho, de luta e de caminhada, Lygia Mattos, Jeane Magnavita, Jackeline Fabíula Ferreira e Henriette Ahrens.

Ao meu grande amigo, Manoel Couto, a quem sou eternamente grata pelos ensinamentos, lições de vida e de superação e a minha tia Terezinha Lopes Castro por ter me acolhido tão generosamente em seu coração.

Ao meu marido, companheiro e amigo, José Landim Filho, pela paciência, pelas palavras de estímulo e incentivo, que renovam minhas forças e me enchem de paz, amor e tranquilidade.

*"A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltada igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia."*

(Verdade - Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

LANDIM, E. L. R. S. **Descentralização da gestão do Programa de DST/Aids no estado da Bahia**: desafios para o município como território de práticas de saúde. Salvador, 2008. 145f.: Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Escola de Administração UFBA, 2008.

A descentralização da saúde implementada no decorrer dos anos 90 tem assumido feições e contornos singulares, o que a coloca como um fenômeno permeado pelas influências político-institucionais, circunstanciada à correlação de forças intra e inter níveis de governos. A permeabilidade da descentralização aos fatores estruturais, conjunturais e políticos e os conflitos dela decorrentes, constituíram-se no argumento principal para a realização desta pesquisa, que tem como objeto de estudo a gestão descentralizada dos Programas de DST/Aids no estado da Bahia, visando à análise da implementação deste programa no contexto da implantação do Sistema Único de Saúde no período de 2007 a 2008. Para tanto foi realizado um estudo exploratório em dois municípios habilitados para a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids, utilizando-se da estratégia do estudo multicase, sem caráter avaliativo e/ou comparativo entre as duas unidades de análise em questão. A investigação teve como fonte de informação os documentos oficiais e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Utilizou-se também da técnica de observação não participante aos núcleos de gestão do programa e aos serviços assistenciais de DST/Aids. Os resultados do estudo empírico foram analisados à luz do conceito de gestão que ratifica e evidencia a natureza política da descentralização, correlacionado-a à capacidade de decidir, operacionalizar o decidido e sustentar os resultados. Foram evidenciados avanços e conquistas na implementação das ações programáticas de DST/Aids bem como fragilidades no âmbito das dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade que se apresentam sob a forma de desafios para os municípios como territórios de práticas de saúde.

Palavras-chave: Descentralização. Gestão. Implementação. Sustentabilidade. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Doença Sexualmente Transmissível.

ABSTRACT

The decentralization of the health implemented in elapsing of years 90 has assumed singular feature and contours, it places what it as a phenomenon permeate for the institutional-policy influences, detailed to the correlation of forces intra and Inter levels of governments. The decurrent permeability of the decentralization to the structural, conjunctural factors and politicians and conflicts of it, had consisted in the main argument for the accomplishment of this research, that has as study object the decentralized management of the Programs of DST/Aids in the state of the Bahia, aiming at to the analysis of the implementation of this program in the context of the implantation of the Only System of Health in the period of 2007 the 2008. For in such a way a exploring study in two cities qualified for the Politics of Incentive of the National Program of DST/Aids, using itself of the strategy of the study was carried through multiin case that, without avaliative and/or comparative character it enters the two units of analysis in question. The inquiry had as information source the official documents and interviews half-structuralized with informer-key. It was also used of the technique of not participant comment to the nuclei of management of the program and to the assistances services of DST/Aids. The results of the empirical study had been analyzed to the light of the management concept that ratifies and evidences the nature politics of the decentralization, correlated it the capacity to decide, to opering the determined one and to support the results. Advances and conquests in the implementation of the programmatical actions of DST/Aids as well as fragilities in the scope of the organizational, operational dimensions had been evidenced and of support that if presents under the form of challenges for the cities as territories of practical of health

Keywords: Decentralization, Management, Implementation, Sustainability, Acquired Immunedeficiency Syndrome, Sexually Transmissible Illness.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

ABS – Atenção Básica de Saúde

ABS – Abordagem Sindrômica

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAE – Associação de Pais e Amigos Excepcionais

BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

CAMS – Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação da Leis do Trabalho

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNAIDS – Comissão Nacional de Aids

COAS – Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico

COGE – Comitê de Gestão

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DOE – Diário Oficial do Estado

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FES – Fundo Estadual de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção

GPAB-A – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

HD – Hospital Dia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que Fazem Sexo com Homens

IEC – Informação, Educação e Comunicação

IO – Infecção Oportunista
LACEN – Laboratório Central
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA – Lei Orçamentária Anual
M&A – Monitoramento e Avaliação
MONITORAIDS – Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids
NAIA – Núcleo de Atenção Integral ao Adolescente
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OGP – Órgão Gestor do Programa
ONG – Organização Não Governamental
OSC – Organização da Sociedade Civil
PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde
PAM – Plano de Ações e Metas
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST e Aids
POA – Plano Operativo Anual
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SI-CTA – Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Ant-retroviral
TRD – Teste Rápido para Diagnóstico

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNAIDS – Organização das Nações Unidas para Aids

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Etapas do Processo de Descentralização da Gestão do Programa de DST/Aids no Estado da Bahia, no período de 1994 a 2008.....	54
Figura 2	Percentual de cobertura populacional e de casos de Aids pelos municípios habilitados à política de incentivo do programa de DST/ AIDS, no estado da Bahia (1998-2007).....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	22
1.2 DESENHO DO ESTUDO.....	29
2 O SUS E A IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: ESTRATÉGIAS INDUTORAS E CONFLITOS DECISÓRIOS.....	30
2.1 O ESFORÇO NORMATIVO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	35
2.2 OS EMBATES DO PROCESSO DECISÓRIO E A DIMENSÃO POLÍTICA DO CONCEITO DE GESTÃO.....	40
3 A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE DST/AIDS NO BRASIL E NA BAHIA.....	44
4 A GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA DE DST/AIDS: RESULTADOS DO ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS.....	59
4.1 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL.....	59
4.1.1 Condições organizacionais.....	60
4.1.2 Condições normativas.....	62
4.1.3 Condições jurídicas.....	66
4.1.4 Condições estratégicas.....	69
4.1.5 Direcionalidades.....	76
4.2 DIMENSÃO OPERACIONAL.....	77
4.2.1 Recursos materiais.....	80
4.2.2 Recursos humanos.....	89
4.2.3 Recursos financeiros.....	91

4.2.4	Iniciativas de gestão para ampliação dos recursos e insumos estratégicos.....	93
4.3	DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE.....	95
4.3.1	Ampliação de parcerias.....	96
4.3.2	Ações intersetoriais desenvolvidas.....	99
4.3.3	Alianças estratégicas.....	100
4.3.4	Mecanismos institucionalizados para sustentar resultados de gestão.....	102
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	119
	ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

A resposta brasileira à epidemia de Aids emerge num contexto marcado pela resistência social e política ao regime autoritário e pelo movimento da Reforma Sanitária, contribuindo para a construção do que viria a ser os princípios éticos e políticos do enfrentamento da epidemia no país por parte de governos e sociedade civil, ou seja: solidariedade, cidadania e direito à vida. (PARKER, 2001).

Neste contexto de luta social e política, a relação – saúde e democracia – esteve no centro do debate empreendido pelo movimento da Reforma Sanitária, constituído de profissionais da saúde, ativistas e movimentos sociais. Estas discussões se intensificaram durante a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, “[...] na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto da Reforma Sanitária que viria a orientar a proposta do movimento sanitarista no processo constituinte de 1988”. (LIMA; et al., 2005, p. 17).

Na Constituição de 1988, afirma-se a saúde como um direito fundamental de cidadania, de caráter universal e igualitário, dos usuários dos serviços de saúde, estes organizados de forma hierarquizada e a sua gestão descentralizada. Estabelece que as ações de saúde devem se submeter a instâncias de representação paritária, envolvendo as três esferas de governo, profissionais da saúde e do setor privado. Define-se também que o financiamento do sistema de saúde seria realizado por meio de transferência dos recursos da União para estados e municípios, cabendo aos serviços de assistência privada atuar de forma complementar e subordinados às estratégias globais da política setorial. Firma-se assim, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade, participação e descentralização, ratificando-se a

importância do poder local para a construção da democracia, com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde. (LIMA; et al., 2005).

Após a promulgação da Constituição de 1988, seguiram-se as Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que juntamente com a publicação das Normas Operacionais nos anos subsequentes, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da política de saúde no país. Foram definidos os fóruns de negociação e deliberação, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que se somaram às instâncias de participação e controle social, como os Conselhos e as Conferências de Saúde, conformando uma estrutura política de representação e articulação de interesses. (LIMA; et al., 2005).

Na visão de vários autores, o SUS estrutura-se na contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal estimuladas na década de 1980 pelo Banco Mundial e outros organismos multilaterais que defendiam o ajuste estrutural baseado em critérios de custo, eficácia, seletividade e focalização dos serviços e ações de saúde, contrapondo-se assim à proposta de acesso universal e igualitário empreendida pelo movimento de Reforma Sanitária.

Neste contexto de embates ideológicos, de lutas sociais e políticas, estrutura-se a resposta nacional à epidemia da Aids, que no decorrer das diversas conjunturas vai assumindo configurações variadas no que se refere a sua gestão e financiamento.

Ao analisarmos o processo histórico de construção da resposta nacional à epidemia, percebe-se uma característica que a distingue das demais políticas de saúde, no tocante ao processo de descentralização, ou seja:

[...] o modelo de ação brasileira frente à epidemia não começou de forma centralizada [...]. As ações frente à Aids tiveram início em comunidades, municípios e estados, e foram adotadas aos poucos em nível central, como uma maneira de desenvolver um Programa Nacional. Conseqüentemente, o problema não é simplesmente mudar um começo centralizado para um futuro descentralizado; é ver como é que podemos sair de um trabalho descentralizado para um momento de centralização, sem perder os ganhos que indiscutivelmente a centralização nos deu. Precisamos analisar como podemos construir em cima desses ganhos, um novo modo de trabalhar, onde a descentralização e o controle local exerçam um papel sobejamente mais importante. (PARKER, 2001, p.6).

Por outro lado, desde 1980, quando foi notificado o primeiro caso de Aids no Brasil, a epidemia tem apresentado sucessivas mudanças em seu perfil, podendo-se inferir que não se trata de uma única epidemia, mas um mosaico de epidemias regionais, refletindo a extensão e a diversidade sociogeográfica do país e a heterogeneidade regional. (FONSECA; et al, 2007). Tais mudanças, por sua vez, provocam alterações na gestão do sistema de saúde e no gerenciamento da produção de serviços e cuidados às pessoas infectadas e/ou afetadas pelo HIV/Aids e outras DST.

Além das questões epidemiológicas, estudos têm demonstrado que em “[...] países marcados por alto grau de heterogeneidade, a descentralização apresenta resultados contraditórios, criando tensões para antigos problemas, como os das desigualdades inter e intra-regionais”. (SOUZA, 2002, p.433).

Para essa autora, os governos locais estão respondendo de forma diferenciada à descentralização, cujos resultados mostram-se bastante variáveis e “[...] as formas como as relações entre níveis de governos e de governança se estabelecem reforçam os aspectos contraditórios da descentralização”. (SOUZA, 2002, p.433). Até porque, para a autora, a descentralização se apóia em duas premissas: na transferência de poder financeiro e decisório para instâncias, setores ou grupos anteriormente excluídos da estrutura de poder e na liberdade dessas instâncias decidirem o que fazer com os recursos e poder que lhes foram transferidos. (SOUZA, 2002).

Nesta direção, compartilha-se do pensamento defendido por Guimarães (2000) de que é no momento da implementação das políticas descentralizadas, ou seja, da 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.

Diante deste cenário, este projeto tem a seguinte questão de pesquisa: **como o Programa de DST/Aids vem sendo implementado no âmbito municipal, no contexto da descentralização dos serviços de saúde? Que fatores vêm**

interferindo na gestão dos Programas Municipais de DST/Aids no estado da Bahia?

Ao responder a esta questão este estudo objetiva analisar a implementação do Programa de DST/Aids no estado da Bahia, no período de 2007 a 2008, identificando os desafios na sua gestão no âmbito municipal, no contexto da descentralização dos serviços de saúde. Uma vez que o foco deste trabalho 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 et al. (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). Nesta perspectiva, esta pesquisa, ao pretender analisar a gestão do programa DST/AIDS busca:

- A. conhecer a estrutura organizacional, normativa, jurídica, administrativa e estratégica dos Programas Municipais de DST/Aids, bem como seu modelo de gestão;
- B. identificar a existência de recursos materiais, humanos, financeiros e logísticos para o desenvolvimento das ações programáticas de DST/Aids no município e a possibilidade de ampliação desses recursos;
- C. analisar os fatores estruturais, conjunturais e políticos que interferem no planejamento e implementação das ações de DST/Aids; e
- D. analisar as iniciativas de gestão voltadas para a ampliação de parcerias e construção de alianças na perspectiva de institucionalização das ações e sustentabilidade dos resultados de gestão.

Um dos pressupostos norteadores desta pesquisa é o de que a descentralização da gestão das ações programáticas de DST/Aids, por meio da transferência de recursos financeiros para os municípios não é garantia, por si só, de maior autonomia decisória desta instância de governo. Contudo, admite-se que tais recursos advindos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids são a mola propulsora para a implementação do programa em âmbito local. Reconhece-se também, que a autonomia conferida aos municípios, pelos mecanismos jurídico-

administrativos, amplia sua capacidade de investimento na gestão das ações programáticas de DST/Aids.

Outro pressuposto é o de que fatores de natureza estrutural, conjuntural e política interferem no planejamento e implementação das ações programáticas de saúde no âmbito municipal e conseqüentemente na ampliação desses recursos e insumos estratégicos e no fortalecimento do Programa Municipal de DST/Aids. Acredita-se que a interferência desses fatores atinge diretamente a manutenção e expansão do Programa de DST/Aids no âmbito municipal, porque sua sustentabilidade tem sido fortemente condicionada e/ou associada aos mecanismos institucionalizados de repasse de recursos financeiros, informacionais e tecnológicos pelas esferas federal e estadual, bem como a sua base social de apoio e de articulações intra e intersetoriais.

Espera-se que ao responder as questões de pesquisa e confirmar seus pressupostos, este estudo traga elementos que possibilite compreender os desafios colocados para os municípios, a partir da política de descentralização, em face de suas novas responsabilidades na execução do SUS e de seus programas de saúde.

1.1 ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

Para analisar a gestão descentralizada das ações programáticas de DST/Aids no âmbito dos governos locais como território de práticas de saúde, utilizou-se do método qualitativo considerado em sua essência aplicável ao campo da saúde.

Ao compreender a saúde como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos biológicos, culturais, estruturais, sociais e políticos, que lhe dão forma e significado material e simbólico, o processo de compreensão da descentralização do Programa de DST/Aids, em sua totalidade dinâmica, requer a escolha de um método que possibilite o estudo das inter-relações e interconexões entre ação comunicativa e estratégica, para a gestão e produção de cuidados com a saúde da população. Compartilha-se do pensamento de Minayo (2007) de que:

[...] saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos. (MINAYO, 2007, p.28).

Para isto foi utilizada a estratégia de estudo de caso, tendo como foco de análise o Programa de DST/Aids em âmbito municipal, visando a analisar a gestão descentralizada das ações programáticas contempladas pelo Programa, as intervenções promovidas nessa área, bem como as mudanças imprimidas na conformação desse processo de gestão.

O estudo empírico foi orientado pelo modelo teórico metodológico construído por Guimarães et al. (2002) para avaliar a capacidade de gestão de organizações em contextos descentralizados. Tal modelo foi orientado por um conceito guia de gestão, já citado anteriormente, o qual, 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 et al. (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, administrativas e políticas. Assim, os autores do modelo teórico metodológico para avaliar a 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, materiais 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

¹Os 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, refere-se ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sobre controle do ator responsável pela condução do projeto de governo e a (iii) capacidade de governo, refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, experiências, etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

institucionais e sociais para sustentar os resultados obtidos, de forma a favorecer a continuidade das ações e a confiabilidade na organização.

Nesta direção, Guimarães et al. (2002) ao contextualizarem a gestão, defendem a importância de se agregar à sua dimensão política a idéia 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.

Sendo assim, o modelo teórico metodológico (Apêndice A) concebido por Guimarães et al. (2002), refere-se à capacidade de gestão como um processo dinâmico que envolve três dimensões que se inter-relacionam e interdependem, são elas: dimensão organizacional, entendida como capacidade de formular e decidir com autonomia e flexibilidade; dimensão operacional como capacidade para manter e ampliar recursos e 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.

Ao pretender analisar a gestão do programa de DST/Aids, sem ter pretensões avaliativas envolvendo julgamento de valor, esta pesquisa toma de empréstimo as dimensões da gestão propostas por Guimarães et al. (2002), as quais estão assim concebidas:

a) dimensão organizacional - existência de condições estruturais, normativas, jurídicas, administrativas e estratégicas (autonomia decisória) para o desenvolvimento do Programa de DST/Aids;

b) dimensão operacional - existência de recursos e insumos estratégicos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST/HIV/Aids e a possibilidade de ampliação desses recursos; e a

c) dimensão da sustentabilidade - existência de iniciativas de gestão voltadas para o estabelecimento e ampliação de parcerias governamentais e não governamentais, alianças estratégicas, compartilhamento de informações e decisões

que garantam a institucionalização das ações e a sustentabilidade dos resultados de gestão.

Para cada uma dessas dimensões da gestão foi incorporado um conjunto de indicadores e variáveis, no sentido de mapear, descrever e analisar o contexto institucional do Programa de DST/Aids no âmbito local (ver Modelo de Análise no Apêndice A). 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 para 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 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 tanto, foi utilizada como estratégia de pesquisa um estudo multicaso², no estado da Bahia, observando-se o corte temporal de 2007/2008.

Para seleção da unidade de análise, ou seja, dos municípios caso, foi realizado inicialmente um quadro de classificação (Apêndice B), contendo apenas os municípios habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids até o primeiro quadrimestre de 2007, de modo que dos 22 municípios habilitados à época, restaram um total de 15, os quais foram identificados de acordo com a disposição a seguir:

² Estudo de mais de um caso sem natureza comparativa

A. localização do município segundo Plano Diretor de Regionalização – PDR/2007, bem como sua situação quanto à regionalização, no que concerne a sede de Diretoria Regional de Saúde (Dires) e de Microrregião;

B. população residente no município segundo PDR/2007;

C. taxa de incidência de casos de Aids, segundo ano de diagnóstico e município de residência no estado da Bahia, no período de 2007, de acordo com dados da Sesab/Sinan;

D. habilitação à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids, de 2003 a 2007 e respectivos valores financeiros obtidos anualmente por meio do repasse automático do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde;

E. habilitação do município, conforme tipo de gestão contido na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS / 2002, que classifica em: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); e a

F. existência de serviços assistenciais, sob a gestão municipal, voltados para a atenção à saúde em DST/Aids, a saber: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Serviço de Assistência Especializada (SAE); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT); Hospital Dia (HD).

As informações obtidas com esse quadro de classificação possibilitaram que fossem escolhidos, para seleção das unidades de análise, critérios relacionados ao campo da gestão e da epidemiologia, tendo sido priorizados:

a) tempo de habilitação à Política de Incentivo ao Programa Nacional de DST/Aids, com orientação para a escolha de um município habilitado em 2003 e um município habilitado na etapa mais recente, promovida diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde, de modo a obter campos de pesquisa distintos quanto ao período de institucionalização da gestão programática das DST/Aids no âmbito local;

b) habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal em conformidade com a NOAS/2002, considerada instrumento normativo de referência para a portaria que instituiu a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids;

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 em 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 de Saúde, que ocorreu por meio do Ofício nº 290, datado de 28 de julho de 2008 (Anexo A), em observância aos critérios de ética em pesquisa na área de saúde, em conformidade com a Lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN).

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, entre eles: Planos de Ações e Metas de DST/Aids (PAM) do Estado da Bahia e dos municípios em análise; Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Monitoraids); Boletins Epidemiológicos do Programa Nacional e Municipais de DST/Aids; Portarias do

Ministério da Saúde e dos governos municipais; Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias, Leis Orçamentárias Anuais, Plano de Saúde e Relatório de Gestão dos municípios em análise; Relatórios de Gestão do Programa de DST/Aids do estado da Bahia; Materiais de informação, educação e comunicação em saúde elaborados pelos Programas Municipais de DST/Aids; Relatório de acompanhamento financeiro de gastos com as ações programáticas de saúde em âmbito local.

b) entrevistas com os Gestores da esfera municipal representados pelos secretários de saúde e coordenadores do programa de DST/Aids;

c) observação não participante realizada através de visita aos serviços assistenciais de DST/Aids e à sede do núcleo de gestão do programa.

Estes dois últimos procedimentos, em particular, possibilitaram o levantamento de informações sobre os fatores condicionantes da descentralização das ações programáticas de saúde para o poder local, identificando suas respectivas percepções sobre os desafios e possibilidades dos municípios na gestão dessas ações.

As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiro prévio (Apêndice C) construído em consonância com o modelo teórico-metodológico adotado, tendo participado quatro atores institucionais considerados informantes-chave desta pesquisa, conforme citado anteriormente. Tal ato foi precedido do consentimento formal (Apêndice D) dos participantes, que também concordaram com a gravação das entrevistas, as quais foram posteriormente transcritas e analisadas, juntamente com as observações de campo (Apêndice E). A análise desses dados primários orientou-se pela confrontação de idéias ou 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, com vistas à confirmação ou não dos seus pressupostos e cumprimento dos seus objetivos.

1.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo está estruturado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2 discute-se o contexto social e político que antecede ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde, polarizado em duas correntes de pensamento representadas, respectivamente, pelo movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, possíveis convergências e divergências entre estes dois projetos no que diz respeito ao ideário da descentralização da gestão de serviços de saúde no país. A terceira seção faz referência à estruturação da resposta brasileira à epidemia de Aids, em consonância com os princípios do SUS de universalização, integralidade, equidade e controle social, com ênfase para a sua dinâmica de funcionamento em âmbito nacional e internacional e a repercussão dessa política de saúde na organização de serviços de DST/Aids no estado da Bahia. A seção 4 apresenta a análise do estudo empírico, cujos resultados são discutidos em observância às dimensões do conceito orientador desta pesquisa, por meio de um modelo teórico-metodológico composto de indicadores e variáveis, pautado numa concepção de gestão e de descentralização como fenômenos de natureza técnica, social e essencialmente política. As considerações finais, apresentadas na seção 5, chamam atenção para os desafios colocados para os municípios, como territórios de práticas de saúde, na gestão das ações programáticas de DST/Aids, no contexto da descentralização dos serviços de saúde para implementação do SUS no estado da Bahia.

2 O SUS E A IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: ESTRATÉGIAS INDUTORAS E CONFLITOS DECISÓRIOS

A descentralização constitui-se numa estratégia central na configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, não só por ser o eixo estruturante do projeto político empreendido pelo movimento da Reforma Sanitária e consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como por se materializar enquanto princípio organizativo do sistema de saúde incorporado pela Constituição de 1988. (GERSCHMAN, 2005).

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade. Define também as diretrizes que nortearão o Sistema Único de Saúde, no que diz respeito a sua organização, comando e gestão, com ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios concebidos como *locus* da prestação dos serviços de saúde à população, constituindo-se assim em território de práticas de saúde.

A idéia de descentralização remonta ao governo de João Goulart, por ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando a municipalização da assistência à saúde foi proposta, fundamentada nas dimensões continentais de nosso país e na necessidade de saúde da população para alcançar o crescimento econômico desejado. (GERSCHMAN, 2005).

Entretanto, no contexto político de 1980, em que as questões centrais residem nos anseios de liberdade civil e política, a proposta da descentralização institucional é associada à idéia de democracia e produz um discurso político gerador de identidade entre o ideário da Reforma Sanitária e o de democratização do país.

Neste sentido, a descentralização passa a ser uma ferramenta central de deslocamento do poder decisório, do nível central para os municípios, como território virgem a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde e um novo espaço mais facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos. (GERSCHMAN, 2005, p.309).

Diante deste cenário político, os princípios idealizadores da Reforma Sanitária cresceram e se desenvolveram na contramão da conjuntura política internacional e latino-americana de ajuste macroeconômico, em que a reforma do estado estava na ordem do dia.

No entanto, segundo Guimarães (2000), a defesa da descentralização pelo movimento sanitário acaba por reforçar o projeto da Reforma Administrativa do Estado brasileiro que toma a proposta da descentralização como uma estratégia para o alcance de “[...] maior racionalização dos recursos públicos, em face das novas exigências que se apresentam para o Estado, em decorrência das mudanças que são observadas na economia mundial e da inserção do Brasil na chamada globalização”. (GUIMARÃES, 2000, pp. 21-22).

Contudo, apesar do projeto político de ambos convergirem para a proposta de descentralização, na visão de Guimarães (2000), as razões políticas e as orientações ideológicas, nesses dois projetos, não são convergentes. Além disso, a proposta da descentralização da gestão dos serviços de saúde está associada à ampliação da participação dos cidadãos nas decisões sobre alocação dos recursos financeiros e no controle dos serviços prestados nas três esferas de governo, como estratégia para a melhoria da eficiência dos serviços de saúde. (GUIMARÃES, 2000).

Nessa perspectiva estratégica, ainda segundo Guimarães (2000), a convergência do projeto do governo e do movimento da Reforma Sanitária, no tocante à proposta da descentralização, além de revelar sua dimensão multifacetada, implicou em que a mesma se constituísse, ao mesmo tempo, numa estratégia para concretizar o ideário de forças progressistas que defendiam a democratização da saúde com ênfase na participação e controle social nas decisões, e como proposta para contenção dos gastos com a transferência de bens

públicos para o setor privado, incluindo a privatização dos serviços públicos. (GUIMARÃES, 2000).

De fato, segundo Noronha et al. (2006), ao tomar forma as reformas políticas de cunho neoliberal, adotadas na década de 90 em todo o mundo, com repercussão clara no Brasil, constatou-se um conjunto de propostas voltadas para abertura da economia e ajuste estrutural, com ênfase na estabilização da moeda. Destas propostas ressaltam as privatizações das empresas estatais, com ênfase na redução do tamanho do Estado, principalmente através da redução do quadro de funcionalismo público. Inclui ainda neste conjunto de medidas a reforma da previdência social, mudanças nas relações de trabalho e na desregulamentação dos mercados. O reflexo dessas políticas também se fez presente no setor saúde, no que se refere às dificuldades financeiras e institucionais frente ao processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde, potencializadas pelas diferentes capacidades financeiras e administrativas, e pelas distintas disposições políticas dos governos estaduais e municipais em investir no setor saúde. (NORONHA; et al., 2006).

A implantação do SUS ocorre, portanto, num contexto político de embates sociais, crises e Reforma do Estado, tendo que enfrentar entre os vários desafios, o legado histórico de verticalização das ações, centralização das decisões no governo federal, a forte presença do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a fragmentação entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária. (LIMA; et al., 2005).

A promulgação das leis federais 8.080 e 8.142, ambas de 1990, marca o início do processo de implementação do Sistema Único de Saúde no país, que ocorrerá em ambiente interno e externo tensionado por obstáculos de natureza estrutural e conjuntural, conferindo feições singulares ao processo de descentralização.

Os obstáculos estruturais relacionam-se a dois grupos básicos de problemas, ou seja, a heterogeneidade sociodemográfica e cultural do país e fatores de ordem institucional e organizacional, como: centralização excessiva, fragmentação

institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade. (NORONHA; et al., 2006).

O Brasil se apresenta como um país heterogêneo, seja: (a) na sua estrutura geográfica de dimensões continentais, cujo contingente populacional está irregularmente distribuído em território nacional, influenciando de forma distinta os determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, as modalidades de serviços de atenção à saúde e a formulação e implementação de políticas públicas; (b) nas desigualdades de natureza socioeconômicas, decorrentes do modelo econômico concentrador de renda e gerador de pobreza, exclusão social, que se reflete nas disparidades sociais e regionais, evidenciando as diferentes capacidades políticas, administrativas e organizativas de estados e municípios; (c) nas características do próprio federalismo brasileiro, em que os três níveis de governo gozam de autonomia administrativa, política e fiscal, sem vinculação hierárquica entre si, onde a diversidade entre os entes federados, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, arrecadação tributária, entre outros aspectos, implica em diferentes possibilidades de implementação da política de saúde e conseqüentemente do processo de descentralização.

Sob este aspecto, observa-se que a implantação do SUS e do modelo de federalismo fiscal são fenômenos interligados em sua origem, visto que são frutos da Constituição Federal de 1988. Entre suas características, o federalismo fiscal brasileiro tem se destacado: (a) pela forte descentralização das competências tributárias, (b) pelas disparidades inter-regionais onde as regiões mais pobres têm arrecadação *per capita* inferior às regiões mais ricas e (c) pela grande autonomia dos governos subnacionais ocasionando tensões e conflitos inter-regionais e interníveis de governo. (GERSCHMAN; et al., 2005).

Segundo estes autores, a descentralização efetivada pela Constituição de 1988 não foi acompanhada por descentralização planejada de encargos, haja vista que a mudança na equação da distribuição de recursos – em prol dos estados e, principalmente, dos municípios – colocou em prática um processo desordenado de descentralização de encargos, sem o estabelecimento de regras claras de cooperação financeira entre os entes federados implicando, portanto, numa rede

bastante diversa em território nacional, com distinta capacidade de oferta e de acesso à população. (GERSCHMAN; et al., 2005).

Apesar da edição da Emenda Constitucional (EC) n.29 de 2000 estabelecer mínimos escalonados de participação da União (5%), estados (12%) e municípios (15%) no financiamento do setor saúde, os autores, anteriormente referidos, argumentam que a mesma é baseada na disposição líquida de recursos de cada ente governamental, colocando em evidência que a oferta de serviços e ações é fortemente condicionada à extração de recursos próprios de cada unidade subnacional. (GERSCHMAN; et al., 2005).

No entanto, apesar de sua significativa importância para o estabelecimento de regras claras de participação dos entes federados no financiamento da saúde, há que se considerar que a EC 29 ainda depende de regulamentação, o que reforça o entendimento de que o processo de descentralização transcende aos limites jurídico-legal e normativo, mas se apresenta como um campo de forças sociais, institucionais e políticas, permeado de interesses conflitantes na luta pela partilha de recursos e na assunção do poder decisório, haja vista que a disponibilidade de recursos financeiros é considerada uma variável relevante no processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde.

Neste sentido, depreende-se que as regras de partilha do modelo de federalismo fiscal e setorial, ao possibilitar a implementação da descentralização das ações de saúde, impôs um padrão de oferta de serviços bastante diferenciado, no qual as desigualdades e iniquidades na oferta e no acesso tendem a se reproduzir, conformando ao processo de descentralização resultados distintos e, por vezes, contraditórios.

Compartilha-se do pensamento de Gerschman et al (2005), quando afirma que o desafio de combinar melhor a partilha fiscal e setorial pode se constituir no caminho para efetivar um processo de descentralização menos desigual, uma vez que o sucesso da descentralização é altamente dependente da disponibilidade de fundos para o cumprimento das atribuições e prioridades locais. (GERSCHMAN; et al., 2005).

Como é possível observar, os desafios para a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde são inúmeros, o que requer uma mudança substantiva do papel do Estado brasileiro, com vistas ao fortalecimento da gestão pública nos três níveis de governo para o enfrentamento dos problemas histórico-estruturais do setor saúde, incluindo o modelo de federalismo fiscal e setorial que reproduz desigualdades regionais e sociais, não superadas no decorrer desses vinte anos de SUS, apesar das estratégias normativas implementadas neste sentido.

2.1 O ESFORÇO NORMATIVO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em meio aos desafios de natureza estrutural e conjuntural, a implementação do SUS ocorreu de forma gradual e exigiu a adoção de mecanismos dinâmicos que possibilitassem identificar e corrigir problemas em cada estágio do processo. Entre as várias estratégias adotadas no processo de descentralização da saúde, destacam-se as Normas Operacionais, as Comissões Intergestores, a habilitação de estados e municípios e o repasse automático de recursos financeiros fundo a fundo. (OLIVEIRA, 2003). Esses dois eixos articulados – normatização e mecanismos financeiros – constituem a base da regulação da descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil. (NORONHA; et al., 2006).

As normas operacionais de saúde e as portarias que as complementam, tornaram-se principais mecanismos de regulação do processo de descentralização, por parte do gestor federal. Estes instrumentos de regulação de modo em geral definem: a) as diferentes atribuições gestoras dos três níveis de governo sobre o planejamento e programação da assistência, pagamento, execução, controle, avaliação, auditoria e serviços prestados pelas unidades de saúde públicas e privadas; b) as responsabilidades entre União, estados e municípios, a relação entre os três níveis de governo e os mecanismos de financiamento associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios; c) avaliação da capacidade gestora das secretarias estaduais e municipais para habilitação às diferentes condições de gestão; d) espaços de negociação e de pactuação no âmbito estadual

e federal, respectivamente por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (NORONHA; et al., 2006).

Segundo o entendimento de NORONHA et al. (2006) as normas operacionais do SUS não se constituem apenas em estratégias indutoras da descentralização, mas também expressam espaço político para negociação e pactuação de interesses distintos que originam novos arranjos institucionais, agregando novos atores à arena decisória. Por outro lado, expressam continuidade, visto que as contradições criadas por uma norma induzem mudanças na norma subsequente. (NORONHA; et al., 2006).

No decorrer dos anos 90 e início do ano 2000 foram publicadas seis normas operacionais de saúde, a saber: NOB/91, NOB/92, NOB/93, NOB/96, NOAS/2000 e NOAS/2001.

A Norma Operacional Básica (NOB 91) foi considerada instrumento de centralização do sistema de saúde, visto que não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais; reduziu a atenção à saúde a mera prestação de ações médico-assistenciais e tratou as esferas infranacionais como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, ferindo o processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então. Por sua vez, a NOB 93 caminhou na direção de resgatar o processo de descentralização ao instituir três níveis de gestão (incipiente, plena e semiplena) para habilitação das esferas infranacionais, tendo também estabelecido tetos financeiros para cobertura hospitalar, o que possibilitou efetuar transferências diretas fundo a fundo. Entre outros aspectos relevantes desta norma operacional, destaca-se a criação da CIB e CIT, de forma a contribuir para a democratização do processo decisório. (UGÁ; et al., 2005).

A NOB 96 deu passos significativos para aprofundar os avanços do processo de descentralização. Este instrumento normativo manteve a estratégia de permitir que estados e municípios escolhessem o nível de gestão a se habilitar, o qual foi reduzido para apenas duas opções: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Introduziu ainda, a programação pactuada integrada entre

as três esferas de governo, com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica. (UGÁ; et al., 2005).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001) foi construída sustentada no pressuposto de fortalecer o papel do estado nas funções coordenadoras do sistema estadual de saúde e os municípios no comando único na gestão do sistema junto a todos os prestadores localizados em seu território, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para viabilizar esta estratégia propunha a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e diretrizes para organização regionalizada dos serviços. (UGÁ; et al., 2005).

Em 2002, a publicação da NOAS 01/2002, visava a aprimorar o processo de pactuação nos três níveis de gestão, instituída por meio da NOAS 01/2001, tendo estabelecido: a) a regionalização, mediante elaboração em cada Estado de um Plano Diretor de Regionalização, como instrumento de ordenamento por meio de territórios (macro, microrregiões e módulos assistenciais), de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, compreendendo a hierarquização da rede de serviços, os fluxos de referência e contra-referência entre os diversos níveis de complexidade (atenção básica, especializada e hospitalar); b) a ampliação do acesso e qualidade da atenção básica, mediante a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), organização dos módulos assistenciais e qualificação das microrregiões, por meio de um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal; c) a organização dos serviços de alta complexidade e fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, tendo como instrumento a Programação Pactuada Integrada (PPI) entre estados, municípios e União, com definição de competências e responsabilidades em cada esfera de poder, para controlar, regular e avaliar a rede de assistência à saúde da população. (BRASIL, 2002a).

Conforme se observa, as normas operacionais de saúde tiveram importante papel na estratégia indutora pelo gestor federal de implementação do SUS e da proposta de descentralização da saúde. Por outro lado, foi fundamental a criação da CIB e CIT, como espaços de debate e negociação política entre os três níveis de governo, na formulação dessas normas e na implementação da política de

saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS.

Entre outras estratégias da implementação da descentralização da saúde, destaca-se a habilitação voluntária dos municípios à modalidade de gestão -, conforme estabelecido nas normas operacionais em observância das capacidades locais - e a transferência automática de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS), rompendo com a relação “convenial” existente entre o Ministério da Saúde com estados e municípios.

Entretanto, o esforço normativo do Governo Federal para avançar na implementação dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde não se encerra nas normas operacionais editadas no decorrer dos anos 90 e início de 2000, tendo sido publicada em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria GM 399 que instituiu o Pacto pela Saúde, o qual estrutura-se sob três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas dimensões estão alinhadas a uma unidade de princípios que visam: respeitar as diferenças locais e regionais; reforçar a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortalecer os espaços e mecanismos de controle social; qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde; redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valorizar a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida estabelece como prioridades para atenção à saúde da população: a atenção ao idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS reafirma os ideários da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a “repolitização” do debate em torno do SUS para discutir a

política de saúde sob a perspectiva do direito, propondo ações para a mobilização da sociedade, ampliação e fortalecimento das relações com o movimento social, regulamentação da EC, entre outras ações.

O Pacto de Gestão do SUS reforça a proposta de descentralização do sistema de saúde e estabelece como diretrizes políticas a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada integrada, a regulação da atenção à saúde e da assistência, a participação e controle social, a gestão do trabalho, a educação na saúde. No Pacto de Gestão do SUS são estabelecidos também os blocos de financiamento para custeio de sistema de saúde, com alterações nas regras até então praticadas.

No âmbito do Programa de DST/AIDS, tais alterações implicaram em mobilização e debates, uma vez que os recursos financeiros repassados fundo a fundo e vinculados em conta específica para este fim, com base nas novas regras, passam a ser repassados para o bloco da Vigilância em Saúde com implicações para a execução, monitoramento e avaliação da política de prevenção e controle das DST/Aids no país. Isto tem gerado dúvidas e inquietações quanto à capacidade dos governos estaduais e municipais manterem o compromisso ético e político com o SUS, assegurando a qualidade das ações programáticas de DST/Aids e as conquistas da sociedade brasileira no campo do direito à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento às DST/HIV/Aids.

Acredita-se que o Pacto pela Saúde, tal como foi concebido pode representar uma possibilidade de um pacto cooperativo nos moldes constitucionais, uma vez que: (a) confirma o compromisso dos gestores com a consolidação dos princípios organizativos do SUS e a importância do diálogo e participação da sociedade civil no controle social da política de saúde do país; (b) define competências e responsabilidades para os entes federados e acena para uma articulação solidária e compartilhada entre as unidades subnacionais, favorecendo espaços de relacionamento e negociações multilaterais e regionais; (c) reafirma a autonomia política dos entes federados na definição de políticas de intervenção à saúde da população, em consonância com as diretrizes nacionais.

Contudo, o Pacto pela Saúde enquanto estratégia indutora do governo federal não garante *per se* a implementação de suas diretrizes, ações e iniciativas de gestão, uma vez que os instrumentos jurídico-normativos têm demonstrado não ser suficientes para superar as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades intra e inter-regionais. Neste sentido, espera-se que a retórica ceda espaço para práticas e ações de saúde coordenadas e compartilhadas solidariamente.

2.2 OS EMBATES DO PROCESSO DECISÓRIO E A DIMENSÃO POLÍTICA DO CONCEITO DE GESTÃO

Conforme se observa, a segunda fase da reforma, compreendida como período de implementação do SUS, envolveu tanto a definição das regras de operação do novo sistema, quanto das regras que regeriam o próprio processo decisório, sendo norteadas pelo legado histórico das políticas de saúde e também pelas novas regras do sistema federativo brasileiro. (ARRETCHE, 2005).

Na estrutura institucional do SUS, compete ao governo federal financiar e coordenar as relações intergovernamentais, enquanto à esfera estadual coube o suporte aos municípios, responsáveis diretos pela gestão dos programas locais. 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).

Para a autora, 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).

Em que pese o 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, no entanto, que o momento da sua implementação envolve enfrentamentos e embates. Isto porque, segundo Guimarães (2000), a descentralização como fenômeno eminentemente político, implica em 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 a 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 (2003), os conflitos decisórios na implantação de políticas descentralizadoras nacionais somam-se àqueles decorrentes da própria estrutura federal. (GUIMARÃES, 2003).

Depreende-se, portanto, que a gestão da saúde não ocorre num campo revestido de racionalidades, isento de conflitos de natureza político-ideológica. Paim (2006) 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 [...]”. (PAIM, 2006, p.82). 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 na articulação entre os objetos-meio e os objetos-fim, para a produção de cuidados com a saúde na sua totalidade, 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) como “prática social”, onde os conflitos éticos e políticos se fazem presentes na vida das organizações e de seus gestores, onde estes são ao mesmo tempo agentes de disciplina e vivenciadores de conflitos e contradições, inerentes à estrutura social e organizacional. (JUNQUILHO, 2001).

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 onde os conflitos de interesses perpassam todo o universo organizacional. Por esta razão entende a gestão como uma prática social, técnica e política. (JUNQUILHO, 2001).

Observada a coerência e a conexão entre as idéias acima expostas, infere-se que a gestão da saúde tem sido 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, aqui entendida como a etapa de sua operacionalização, ou seja, o seu *modus operandi*, não se reduz a construção do arcabouço jurídico que a regulamenta, na medida em que se trata de um campo de disputas e barganhas intergovernamentais, requerendo operações de diferentes naturezas e visão estratégica para lidar com um universo político de difícil regulação através apenas de expedientes normativos. (GUIMARÃES, 2000).

Diante disso, e em face dos desafios estruturais, conjunturais e da permeabilidade da gestão da saúde às influências político-institucionais, esta pesquisa ao tomar como **objeto de estudo a gestão descentralizada do Programa de DST/Aids no estado da Bahia**, concebe a gestão como capacidade de decidir, de executar o decidido e de sustentar os resultados de gestão (GUIMARÃES, et al., 2002), o que vai requerer dos municípios habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids determinadas condições como:

(A) dimensão organizacional - condições normativa, jurídica, administrativa e estratégica que imprimam direcionalidades ao Programa Municipal de DST/Aids para as demandas sociais, com base em decisões e parâmetros locais e regionais;

(B) dimensão operacional - manter e ampliar recursos/insumos estratégicos que garantam a implementação das ações e o alcance dos resultados propostos, com vistas ao fortalecimento do Sistema de Saúde / Programa Municipal de DST/Aids e da rede de serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento do HIV/Aids e outras DST; e a

(C) dimensão da sustentabilidade - participação, articulação intersetorial, controle social e mecanismos institucionalizados que garantam a sustentabilidade da gestão das ações programáticas de DST/Aids, em âmbito local.

A análise da situação destes diferentes indicadores contemplados nas três dimensões da gestão encontra-se exposta na seção 4, em que são apresentados os resultados do estudo empírico realizado em municípios do estado da Bahia.

Na perspectiva de compreender o contexto em que opera o Programa de DST/Aids, ou seja, a sua gestão, faz-se necessário uma análise histórica da estruturação da resposta do governo brasileiro à epidemia de Aids, com ênfase no processo de descentralização da gestão em âmbito nacional e no estado da Bahia, o que será apresentado na seção seguinte.

3 A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE DST/AIDS NO BRASIL E NA BAHIA

O sentido de urgência e a necessidade de responder as demandas das pessoas infectadas e/ou afetadas pela epidemia da Aids – cuja mobilização e pressão social foram determinantes na estruturação da resposta brasileira – aliada à conjuntura política do país e o movimento histórico da Reforma Sanitária, possibilitaram que a inserção e estruturação do Programa Nacional de DST/Aids, no âmbito do Ministério da Saúde, assumisse características bastante peculiares. Assim, a história da resposta brasileira à epidemia de Aids, com vistas à organização dos serviços voltados para a intervenção sobre este problema é analisada por Parker (2001), a partir de seis períodos, a saber:

O primeiro corresponde ao período de 1981 a 1984, sendo chamado de negação. Tal denominação se refere à negação, pelos setores do governo, da importância da epidemia. Este período se caracteriza pela notificação dos primeiros casos de Aids, pelo desconhecimento da doença por parte da população, gerando preconceito e discriminação. É também um período marcado pela criação, em 1983, do primeiro Programa de DST/Aids, o qual foi estruturado no âmbito da Secretaria de Saúde do estado do governo de São Paulo.

O segundo período situa-se entre 1984 a 1989, e é identificado como de mobilização inicial, em razão da movimentação e pressão de setores sociais que resultou no surgimento das primeiras organizações da sociedade civil, a exemplo do Grupo de Apoio a Prevenção (GAPA), criado em 1985 na cidade de São Paulo e Rio Grande do Sul e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), em 1986, no Rio de Janeiro, entre outras organizações com ramificações nestes e em outros estados da federação. Neste período, contabiliza-se também, a criação do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), por meio da Portaria Nº 236, de maio de 1985 e a estruturação de Programas Estaduais de DST/Aids em 11 estados da federação.

Entre essas unidades subnacionais, a Bahia encontra-se inserida, cujo núcleo de gestão das ações programáticas de DST/Aids foi estruturado no ano de 1984, data de notificação do primeiro caso de Aids no estado.

O terceiro corresponde ao período de 1990 a 1992, chamado pelo autor de “retrocesso no nível central”, visto que foi caracterizado por uma conjuntura política de adversidade no Ministério da Saúde, com desmantelamento de ações programáticas desenvolvidas no período anterior e intensa polarização entre o Estado e a sociedade civil organizada.

O quarto, situado entre os anos de 1992 a 1994, é identificado como a fase de “reestruturação do programa nacional”, sendo marcado pelas mudanças no quadro da presidência do país e do Ministério da Saúde, alterando-se a correlação de forças, o que promoveu uma aproximação gradual entre o Estado e a sociedade civil organizada, favorecendo o clima de diálogo, negociação e participação coletiva na construção do projeto a ser firmado entre o Brasil e o Banco Mundial, para implementação do chamado Projeto Aids I.

O quinto período, entre 1994 a 1998, é denominado como “mobilização centralizada”, em razão da alteração das práticas de trabalho e centralização dos recursos financeiros do Estado em relação à sociedade civil, em decorrência do convênio firmado entre o Brasil e o Banco Mundial.

Por fim, o sexto período que se inicia em 1998 é chamado de “descentralização parcial”, tendo sido implementados os Projetos Aids II e III, estando este último ainda em vigência.

O Programa Nacional de DST/Aids organiza-se, em seu início, como um setor da Secretaria de Políticas de Saúde com autonomia administrativa para controlar parte significativa de seu orçamento e de seus recursos, incluindo contratação e gerenciamento de pessoal. (BRASIL, 2004a). Essa estrutura imprimiu ao Programa Nacional uma dinâmica de funcionamento interna e externamente – envolvendo os níveis nacionais, subnacionais e internacionais – bastante diferenciada no que tocante à articulação em redes, a intersetorialidade, integralidade das ações, participação e controle social.

No âmbito externo, a articulação com as instâncias de gestão do SUS tem possibilitado a ampliação do debate, a coalização de forças e a aprovação das propostas e diretrizes políticas para a prevenção e controle da Aids e outras DST, no contexto nacional. No cenário internacional, tem sido notada e reconhecida sua inserção na agenda decisória de políticas de prevenção, assistência e tratamento das DST/HIV/Aids. (BRASIL, 2004a).

No âmbito interno, em consonância com o princípio do SUS de participação e controle social, tendo como espelho as instâncias de gestão do SUS, foi se estruturando, no decorrer do processo histórico do Programa Nacional de DST/Aids, instâncias consultivas com representação social dos governos e sociedade civil. Estas instâncias têm possibilitado debates, embates, dissensos, consensos, compartilhamento e legitimidade ao processo decisório do programa, ratificando a afirmação de Noronha et al. (2006) que o arranjo institucional do SUS, por meio da lei 8.080 requer a participação de outras instâncias e atores no processo decisório sobre a política de saúde, possibilitando que a gestão pública seja cada vez mais compartilhada, cabendo aos gestores assumirem a liderança na negociação política em defesa da implementação do SUS. (NORONHA; et al., 2006).

O discurso proferido pelo Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão, por ocasião da realização do VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, que ocorreu em junho de 2008, na cidade de Florianópolis, confirma a importância do Programa Nacional de DST/Aids no contexto das políticas de saúde e reconhece a estratégia de gestão participativa como elemento de sucesso para a resposta brasileira no cenário nacional e internacional, conforme se depreende do trecho a seguir:

No Brasil, duas forças combinatórias possibilitaram afirmar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na área da saúde. O primeiro tem sua proposta materializada na experiência do movimento sanitário, que ganha força nos anos 70 com a luta pela democracia e reforma do setor saúde; a outra força tem sua base de sustentação e afirmação no movimento contra a epidemia da AIDS, pautado pela luta contra a discriminação e o estigma. [...] A resposta brasileira foi desde sempre alicerçada na sinergia de um sistema de saúde estruturado, descentralizado e integrado, associado à força do movimento social. Sem este amálgama não teríamos obtido os resultados que nos projetam como um programa de visibilidade internacional. (TEMPORÃO, 2008. p.1-3).

Fazem parte da engrenagem institucional da gestão participativa para construção da Política Nacional de DST e Aids as seguintes instâncias: (a) Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), instituída em 1986, com a finalidade de assessorar o Ministério da Saúde na definição de estratégias que visem à qualificação da resposta nacional à epidemia de Aids, tendo em sua composição participação de representantes de organizações governamentais e não governamentais; (b) o Comitê Nacional de Gestores de Programas de DST/Aids (COGE), criada em 2000, com o propósito de discutir propostas e estratégias que auxiliem a implementação das políticas de prevenção e controle das DST/Aids; e a (c) Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais/Aids (CAMS), instituída em 2004, com o objetivo de viabilizar a articulação do governo com a sociedade civil organizada. Merece ainda destaque, os Comitês Assessores e a articulação com Fóruns de ONGs Aids, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – RNP+ e Cidadãs Positivas, Articulação Nacional de Travestis e Transexuais e Transgêneros, entre outras entidades e redes sociais de apoio. (BRASIL, 2004b).

No entanto, em que pese o sucesso obtido pelo Programa Nacional de DST/Aids ao longo da sua história, a dinâmica interna de funcionamento em rede implicou em alguns desafios. Se por um lado favorecia a busca constante por resultados, uma vez que as instâncias de participação e controle social assim o exigiam, por outro imprimia um caráter contínuo de “urgência” influenciando o processo de gerenciamento estratégico das ações. Aliada a esses aspectos, ressalta a capacidade organizacional e gerencial dos executores dos programas em âmbito estadual e municipal, que no processo inicial de estruturação da resposta brasileira se mostravam ainda muito dependentes, técnica e financeiramente do nível central de governo, questão esta relacionada ao modelo político-administrativo do Brasil e a heterogeneidade das condições em que se encontram as unidades subnacionais. A conjunção desses e outros aspectos, inclusive as questões operacionais dos projetos voltados para as OSCs, centralizadas no nível federal, gerou uma hipertrofia e verticalização das ações com duplicidades de competência. (BRASIL, 2004b).

A análise crítica desse processo por parte do próprio Programa Nacional de DST/Aids foi fundamental para a implementação, a partir de 1993, do processo de

descentralização e fortalecimento dos Programas Estaduais e Municipais, participantes do Projeto Aids I e II, onde a epidemia de Aids mostrava-se com maior magnitude. (BRASIL, 2004b).

Embora a resposta brasileira à epidemia preceda aos acordos de empréstimos firmados com o Banco Mundial, haja vista a estruturação de serviços de prevenção e assistência às DST/HIV/Aids, a exemplo dos Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), implantados em diversos estados da federação a partir de 1988; Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), entre outras modalidades assistenciais, bem como o acesso universal ao tratamento medicamentoso à zidovudina (AZT) em 1992 e legislação específica para questões referentes à doação de sangue, entre outras medidas adotadas pelo governo brasileiro, verifica-se que após os acordos financeiros firmados com o Banco Mundial, a política de controle das DST/Aids assume configurações diferenciadas no processo de formulação e implementação de políticas setoriais, no desenvolvimento de modelos organizacionais, práticas gerenciais e sociais.

Em 1993, iniciam-se os acordos de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução do Desenvolvimento (BIRD) para controle da epidemia da Aids, chamado de Projeto Aids I, sendo este um marco na descentralização de recursos financeiros da União para os estados e Sociedade Civil.

A Bahia entre outras unidades da federação, incluindo a cidade de Salvador, integra a relação de estados e municípios das capitais com convênio firmado para desenvolver ações de prevenção e controle das Aids e outras DST, durante a vigência desse projeto. Verifica-se que neste período, por meio do Projeto de Lei do Governo do Estado da Bahia, de Nº 10.297 /94, é estruturado na cidade de Salvador com recursos dessa política, o primeiro Centro de Referência Estadual para Prevenção e Controle das DST/Aids, denominado de COAS. Tal centro, além de ser unidade de referência para os serviços de prevenção e diagnóstico do HIV e outras DST, viria a se transformar, no ano seguinte, em centro de treinamento de referência para a região Nordeste, numa parceria com o Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST/Aids.

Na avaliação do UNAIDS (2000), o Projeto Aids I possibilitou resultados no campo da redução da incidência da epidemia de Aids em segmentos sociais específicos, o que lhe rendeu a indicação como uma das melhores experiências *best practice* no mundo, facilitando o processo de aprovação do Aids II. (BRASIL, 2004a).

Sendo assim, no ano de 1998 tem início o Projeto Aids II, com vigência até 2003, o que proporcionou a expansão da descentralização de recursos financeiros para 26 estados, incluindo o distrito federal e 150 municípios. No caso específico da Bahia, 06 municípios são integrados a esta etapa (Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Porto Seguro e Vitória da Conquista), iniciando, portanto, o processo de descentralização da gestão das ações de DST/Aids em âmbito estadual. Destaca-se também neste período, a criação em 2001 do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), localizado ao lado do COAS, e que implicou em mudanças significativas, no campo da oferta e produção de serviços assistenciais para as pessoas vivendo com HIV/Aids na Bahia. Além disso, este centro contribuiu para o desenvolvimento institucional, por meio da realização de atividades de capacitações para profissionais da rede de saúde voltadas para o manejo clínico da infecção pelo HIV/Aids e co-infecções, entre outras ações.

No tocante à Política Nacional de DST/Aids, observaram-se embates políticos e ideológicos entre a equipe do governo brasileiro com o Banco Mundial, que na época se mostrava contrário aos princípios e diretrizes do SUS de universalidade e integralidade da atenção à saúde da população. A estratégia dessa instituição financeira tinha centralidade apenas nas ações de prevenção das DST/Aids, em detrimento do financiamento de ações assistenciais para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Entretanto, apesar das argumentações contrárias do Banco Mundial, os acordos de empréstimos foram firmados, tendo como princípios norteadores à institucionalização e descentralização do Programa de DST/Aids; a sustentabilidade das instituições governamentais e não governamentais nas dimensões política e financeira; integralidade das ações, universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde, participação e controle social. (BRASIL, 2002b).

Como resultado dessa interlocução e negociação com o Banco Mundial, os recursos dos Projetos Aids I e II, respectivamente de 250 e 296,5 milhões de dólares, foram investidos 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 município 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).

Em dezembro de 2002, por meio da Portaria 2.313, foi instituída a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids, cuja efetivação ocorreu no ano seguinte com a vigência do 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, destaca-se o processo de habilitação de estados e municípios selecionados conforme critérios sociodemográficos e epidemiológicos; o repasse automático fundo a fundo; a nomeação de grupo técnico gestor para gestão das ações programáticas de DST/Aids; a elaboração e negociação do Plano de Ações e Metas de DST/Aids (PAM) nas instâncias de participação e controle social; a descentralização dos projetos com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a esfera dos governos estaduais; a “pactuação” de insumos estratégicos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento entre as três esferas; pactuação entre os gestores municipais para referir a população, em conformidade com as diretrizes do SUS de descentralização e regionalização. (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, 2006a).

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\$ 75.000,00.

Essas variações de valores, se não compromete, ao menos reforça a importância da questão da equidade na distribuição dos recursos públicos, visto que entre municípios existem semelhanças quanto ao continente populacional, porém diferenças nos valores recebidos. Por outro lado, há que se considerar também, os dados epidemiológicos como instrumento de gestão para a política de distribuição de recursos financeiros para as unidades subnacionais, observando-se as mudanças e 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 1.679 de 13 de agosto de 2004, com o objetivo de garantir a transparência no uso dos recursos financeiros, gerar subsídios ao planejamento e tomada de decisão nos três níveis de governo e promover o exercício do controle social, no âmbito das DST/HIV/Aids. (BRASIL, 2006a).

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).

Nos anos que se seguem à publicação das portarias 2.313 e 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 critérios epidemiológicos, sociodemográficos e de regionalização, agregado 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 na redução do recebimento desses recursos por parte da esfera estadual.

Diante deste cenário foi aprovado pela CIB, conforme Resolução nº 168, publicada em 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 de 2007, dez municípios, a saber: Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Canavieiras, Guanambi, Irecê, Itaberaba, Paulo Afonso, Santo Antonio de Jesus e Serrinha. (BAHIA, 2007a).

Em dezembro de 2007, 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 06 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 2.313.

O processo de descentralização da gestão do Programa de DST/Aids no estado da Bahia, observando-se cada uma de suas etapas, percorridas no período de 1994 a 2008, encontra-se representado pelas figuras a seguir:

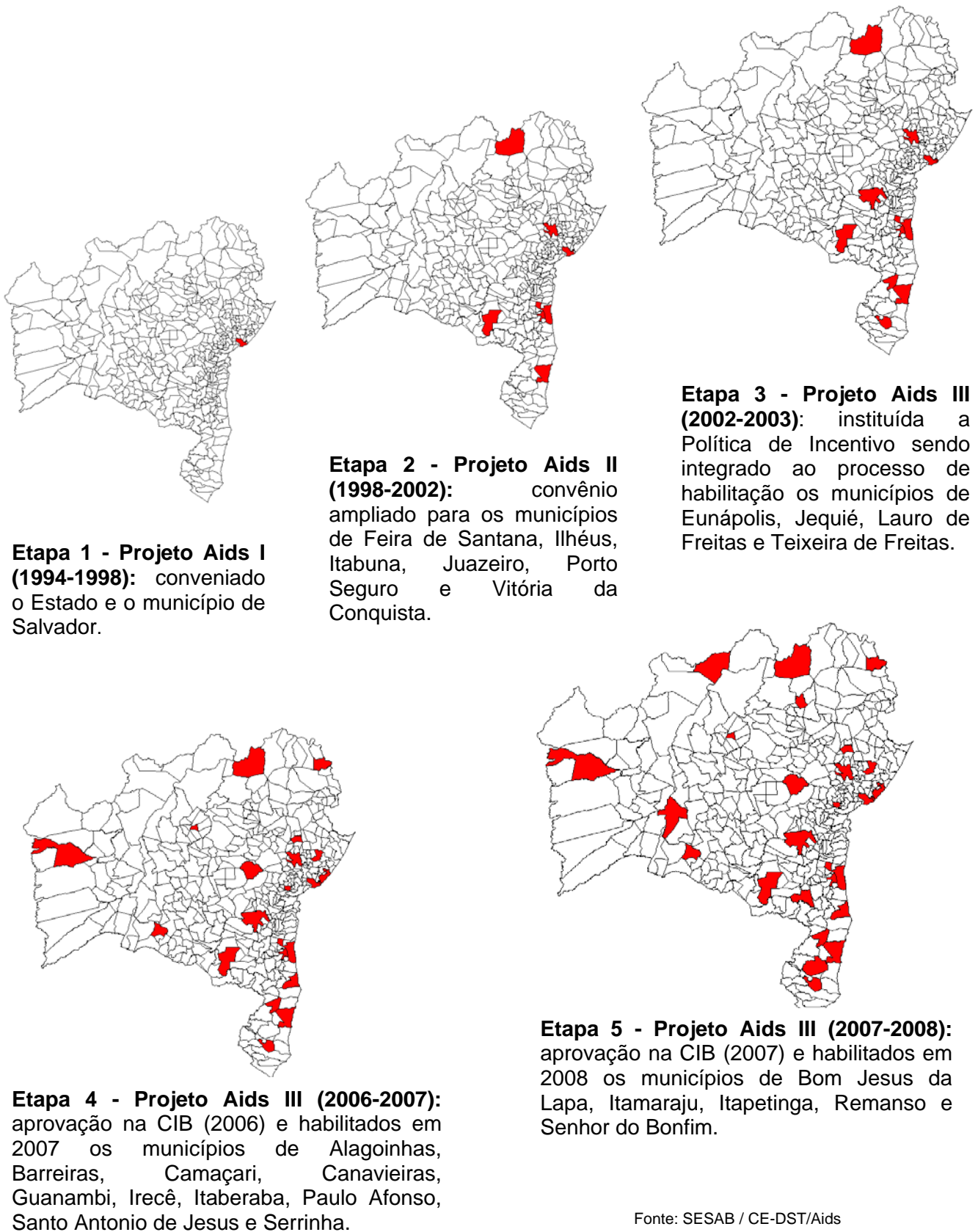


Figura 1: Etapas do Processo de Descentralização da Gestão do Programa de DST/Aids no Estado da Bahia, no período de 1994 a 2008

Vale ressaltar que com a descentralização das ações programáticas de DST/Aids, no estado da Bahia, apoiada pela política de Incentivo financeiro do Programa Nacional de DST/Aids, observa-se o aumento da cobertura populacional, conforme gráfico disposto a seguir. Entretanto, o mesmo não ocorre quando observado a cobertura dos casos de Aids, evidenciando o processo de interiorização da epidemia e a necessidade de esforço concentrado para a ampliação do processo de descentralização da gestão das ações programáticas de DST/Aids no estado, ratificando a importância da estratégia adotada pela Secretaria Estadual de Saúde neste sentido.

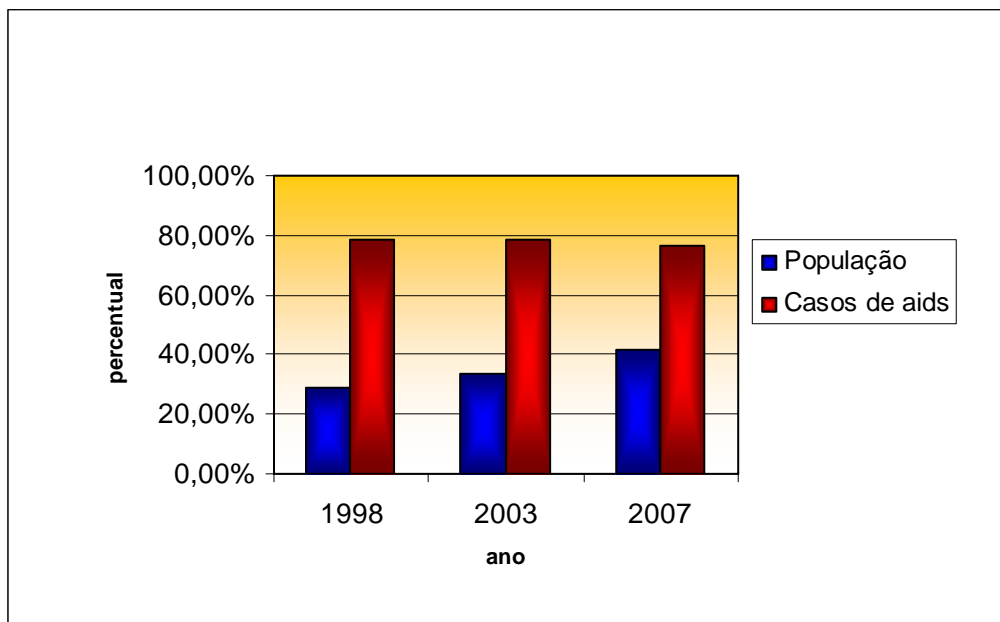


Figura 2: Percentual de cobertura populacional e de casos de Aids pelos municípios habilitados à política de incentivo do programa de DST/ Aids, no estado da Bahia (1998-2007)

Fonte: SESAB / CE-DST/Aids

Com relação ao valor de repasse financeiro para os municípios habilitados nas etapas 4 e 5, este foi fixado com base na referência mínima de R\$75.000,00, implicando uma redução no valor dos recursos a serem recebidos pelo estado na ordem de R\$ 1.125.000,00. Embora este seja um indicativo do processo de descentralização da gestão das ações programáticas de DST/Aids no estado da Bahia, compartilha-se do pensamento de que a descentralização da saúde transcende aos limites administrativos operacionais vinculados exclusivamente ao campo das transferências financeiras.

Um estudo realizado para analisar, em retrospectiva história, o processo de descentralização da gestão do Programa de DST/Aids do estado de São Paulo, no período de 1994 a 2003, incluindo como unidades de análise os Projetos Aids I, II e III, reforça a importância da descentralização das ações e serviços para o poder local, porém faz algumas observações sobre o processo de implementação dessa política.

Entre as observações, Barboza (2006) confirma a tese de que a descentralização não ocorre de forma linear e que apresenta diferentes graus e distintas formas de construção e operacionalização no âmbito das coordenações dos programas nas três esferas de governo, caracterizando a fase de implementação dos Projetos Aids I e II, em conformidade com o modelo teórico adotado naquele estudo, respectivamente de desconcentração administrativa, seguida de um incremento na redistribuição do poder decisório e maior autonomia política e administrativa para as unidades estaduais e municipais. (BARBOZA, 2006). Para este autor, a descentralização da gestão programática de DST/Aids no período da política de incentivo proporcionou maior eficiência na alocação dos recursos, em razão de sistemas de informação utilizados para esse fim, destacando também o aperfeiçoamento das ações intersetoriais para o controle das DST/Aids.

Os dados acima expostos corroboram com o entendimento de que a descentralização é um processo político e que a implementação das ações programáticas de DST/Aids, ao tempo que se expande e se estrutura no âmbito dos governos locais, aumenta a responsabilidade e também os desafios da gestão municipal, para gerenciar recursos financeiros, insumos estratégicos e tecnologias gerenciais para manter e mobilizar parcerias.

Entende-se que a descentralização e institucionalização da política de saúde não podem ser analisadas somente sob o prisma da habilitação ou adesão dos municípios, mas também sob a perspectiva de desafios epidemiológicos, estruturais e conjunturais que moldam e conformam o sistema de saúde, conferindo-lhe configurações próprias e específicas a sua dinâmica de funcionamento.

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 estrutural 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 subsaariana³ 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 Zimbábwe). 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..., 2007).

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, cerca de 506.499 casos de Aids, apresentado 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 de 2007. (BRASIL, 2007a).

A epidemia no Brasil tem aproximadamente 60% dos casos notificados associados à transmissão sexual, sendo que 42% do total de casos notificados decorrem entre homens que fazem sexo com homens. Embora ainda predomine um padrão de transmissão homo/bissexual, os dados epidemiológicos demonstram uma redução do crescimento da epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis e um crescimento entre os heterossexuais, com destaque para o segmento social das mulheres. (DOURADO; et al., 2006). Para esses autores, observa-se o crescimento do número de casos de Aids entre os segmentos sociais de menor escolaridade e baixo poder aquisitivo, bem como em cidades com menos de 50 mil habitantes,

³ Corresponde à região do continente africano localizado ao sul do Deserto do Saara.

possibilitando-se uma correlação entre comportamento da epidemia e as desigualdades sociais, econômica e de gênero no país.

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 apresenta um total de 14.198 casos acumulados 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). O estado 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 74,0% dos municípios baianos já têm pelo menos um caso notificado de Aids. (BAHIA, 2007a).

Embora a epidemia de Aids ainda esteja concentrada na capital, tem sido 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 em âmbito estadual. A implementação desse processo se constituiu 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.

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

Esta seção discute os fatores que interferem na gestão do Programa de DST/Aids em municípios do estado da Bahia, como territórios de práticas de saúde. Parte do entendimento de que a gestão de programas na área de saúde enfrenta desafios estruturais, conjunturais e são permeáveis às influências político-institucionais. A pesquisa foi realizada em dois municípios do estado, aqui identificados como Municípios “A” e “B”, conforme mencionado anteriormente.

Para a análise das dimensões que envolvem a gestão descentralizada do Programa de DST/Aids foram levantados dados referentes aos diferentes indicadores contemplados em cada dimensão, estabelecendo um diálogo entre eles e os conceitos orientadores deste estudo.

4.1 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

A dimensão organizacional da gestão, de acordo com o modelo de análise adotado nesta pesquisa, corresponde à estrutura do processo decisório, integrada pelas seguintes variáveis e respectivos indicadores:

A) condições organizacionais - envolve a inserção do Programa de DST/Aids no organograma da Secretaria de Municipal de Saúde e a sua estrutura física e tecnológica;

B) condições normativas - envolve a nomeação do grupo técnico gestor em conformidade com a Portaria 2.313 / 2002, a composição e qualificação técnica da

equipe e a existência de comissões, comitês e/ou grupos técnicos assessores ao Programa Municipal de DST/Aids;

C) condições jurídicas - envolve a existência de leis e regulamentos do município que proporcionem organicidade à Secretaria Municipal de Saúde e ao Programa de DST/Aids sob a perspectiva da universalização, integralidade e equidade dos direitos da saúde e de cidadania, bem como de assessoria jurídica ao poder público local e aos portadores de DST/HIV/Aids, no sentido de promoção de políticas sociais inclusivas e de proteção das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) contra o preconceito e discriminação social;

D) condições estratégicas - envolve a autonomia decisória atribuída para o desenvolvimento do Programa de DST/Aids, em relação ao planejamento do Plano de Ações e Metas de DST/Aids (PAM), execução, monitoramento e avaliação das ações programáticas; a participação de atores sociais e institucionais nesse processo; a sua inserção em unidade gestora, como também os sistemas de informação e/ou parâmetros locais utilizados para a tomada de decisão; e

E) direcionalidades - envolve a existência de missão, objetivos e prioridades do Programa Municipal de DST/Aids e a participação social nesse processo de elaboração e definição.

4.1.1 Condições organizacionais

No que se refere às condições organizacionais o estudo empírico levantou aspectos relativos à inserção do Programa de DST/Aids no organograma da Secretaria de Municipal de Saúde e a sua estrutura física e tecnológica. Em ambos os municípios, observou-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 à 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.

No entanto, convém salientar que existem diferenciações sobre tal inserção em âmbito nacional, dadas às especificidades regionais e locais decorrentes de questões de natureza estrutural, conjuntural e política, o que tem configurado arranjos institucionais completamente diversos e singulares no contexto da descentralização da saúde e, conseqüentemente, das ações programáticas de DST/Aids.

Nos casos estudados, observou-se que o Programa de DST/Aids encontra-se hierarquicamente subordinada à coordenação da vigilância epidemiológica, havendo, portanto, um outro nível hierárquico entre o núcleo de gestão das ações programáticas e o gestor de saúde pública, representado pela figura do secretário de saúde. Entretanto, foi relatado que o fluxo administrativo costuma ocorrer diretamente entre a coordenação do programa e o secretário de 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 possuir estrutura física adequada, ou seja, sala, mobiliários, equipamentos e sistemas informacionais, 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. O processo histórico da organização do setor saúde e a prática cotidiana de suas instituições têm demonstrado que esse “compartilhamento” nem sempre está associado à interação de ações comunicativas e integração de práticas profissionais e organizacionais, mas a uma dificuldade estrutural do sistema de saúde em prover espaços físicos dimensionados às reais demandas dos setores, departamentos, serviços. 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.

Embora estas situações possam espelhar a conjugação de esforços institucionais desses municípios em responder às demandas funcionais, com base em princípios de racionalidade administrativa, não há evidências empíricas para afirmar que tal prática implique necessariamente na eficiência dos custos de produção do trabalho, efetividade e qualidade dos serviços e ações desenvolvidas. Uma análise mais apurada desses indicadores e/ou variáveis agregaria componentes relacionados ao custo-efetividade desse processo e, dimensões outras no campo da subjetividade, ambas não contempladas no modelo teórico-metodológico adotado nesta pesquisa.

4.1.2 Condições normativas

Os resultados sobre a nomeação do grupo técnico gestor, em conformidade com a Portaria 2.313 / 2002, a composição e qualificação técnica da equipe e a existência de comissões, comitês e/ou grupos técnicos assessores ao Programa Municipal de DST/Aids revelam aspectos sobre as condições normativas.

Em relação às capacidades normativas da gestão do Programa de DST/Aids, verifica-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 2.313/2002, por razões completamente distintas.

No município “A”, o núcleo de gestão do programa é composto apenas de uma profissional de enfermagem do quadro efetivo da Secretaria Municipal de 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 isso, no município “B”, o núcleo de gestão do programa é composto também de uma profissional com formação em enfermagem, atuando na função de coordenadora em regime de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e uma auxiliar administrativo, esta última contratada com recursos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids.

O quadro acima descrito, ao tempo que expõe questões estruturais do setor saúde referente às relações de trabalho, revela a multiplicidade dos modelos de gestão de recursos humanos adotados. Isto porque coexistem, desde o mais recomendável mecanismo de seleção de pessoal realizado pela via do concurso público, até as modalidades alternativas de contratação por regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), contratações temporárias, entre outras.

O processo de descentralização político-administrativa da saúde propiciou não apenas a transferência de incentivos financeiros e serviços de saúde para as unidades subnacionais, como implicou na ampliação da oferta desses serviços e ações por parte de estados e principalmente dos municípios, conferindo-lhes *status* de prestador direto da atenção à saúde da população.

Entretanto, em que pese à transferência de tais responsabilidades, verifica-se que o contexto político da descentralização da saúde foi circunstanciado por questões conjunturais relacionadas ao ajuste fiscal e à Reforma Administrativa do Estado. Os reflexos desses ajustes da reforma estrutural se fazem presentes na política de gestão de pessoal do setor saúde da atualidade, muito embora o processo de construção e modelagem do sistema de saúde no país evidencie a existência de antecedentes históricos de iniquidades no âmbito do planejamento e distribuição espacial de pessoal, bem como na gestão de cargos, salários e vantagens adicionais.

As repercussões dessas iniquidades têm resultado, quase sempre, na precarização das relações sociais de trabalho e respectivos vínculos empregatícios,

provocando interferências diretamente no processo de organização do trabalho, na qualificação e efetividade das ações e serviços de saúde.

No caso da saúde e especificamente da gestão do cuidado ao portador de DST/HIV/Aids, o vínculo profissional/usuário, além de condição necessária à humanização do atendimento, constitui, também, em ação estratégica para a consecução de resultados no campo da adesão terapêutica e das demais formas de prevenção e cuidado com a saúde. Ilustra esta situação o depoimento de dois dos gestores municipais entrevistados:

[...] pra se ter uma idéia de médicos que fazem atendimento ao portador de HIV/Aids, eu estou no quarto médico. [...] É complicado pra o programa, é complicado pro paciente que é difícil ficar trocando de médico toda hora. Não é uma situação adequada mesmo! É a precarização mesmo! Você não tem nada, você está contratado, você não tem nenhuma segurança no seu trabalho e um outro município oferece um salário um pouquinho melhor, você vai embora. Então, a gente entende tudo isso. Por isso, a importância do concurso público pra fixar essa pessoa, pra dá mais garantias a ela. (Município "A", Ator 2, Informação verbal).

Para o município B:

[...] todos são contrato, com exceção de dois funcionários que nós temos [...]. Os demais são contrato. Isso até atrapalha um pouco. Atrapalha um pouco não! Eu acho que isso atrapalha muito o programa, porque você tem um profissional que ele não tem estabilidade, então ele acaba trocando e é um local onde a gente não pode estar com essa troca, porque tem um vínculo com o paciente, e acaba aí todo o trabalho voltando à estaca zero. (Município "B", Ator 2, Informação verbal).

Por outro lado, as desigualdades regionais/locais, de natureza econômica, social e política, conformam também uma desigualdade no âmbito da distribuição espacial de profissionais qualificados técnica, administrativa e gerencialmente para assumir funções especializadas na área da saúde pública. A concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos atraídos pelas condições de vida, trabalho, remuneração, especialização e crescimento profissional, entre outros, produz lacunas na organização do sistema de saúde local, comprometendo, na grande maioria das vezes, a ampliação e aumento da cobertura de serviços de atenção à saúde da população, conforme se observa nesse depoimento:

[...] temos 30 equipes de saúde da família e 09 PACS. Então, isso tudo significa que são áreas descobertas, entendeu? Só que não tem médico pra colocar! Não é da nossa vontade não ter 100%. A gente não tem... não consegue médico pra cobrir o restante das áreas. [...] A questão de não cobrir os 100% é porque a gente não consegue profissional. (Município "A", Ator 1, Informação verbal).

Percebe-se, que muito além da vontade e interesse político na priorização de políticas de saúde e de gestão de pessoal, somam-se desafios estruturais e sociais que precisam ser enfrentados e superados.

Diante do exposto, acredita-se que a nomeação do grupo técnico gestor das ações programáticas de DST/Aids, não se reduz apenas a um ato normativo, mas um indicativo da prioridade dos governos subnacionais com o projeto ético-político do SUS/Programa Nacional de DST/Aids em âmbito regional e local, no sentido de assegurar a sua legitimidade e sustentabilidade institucional. Para tanto, essa legitimidade e sustentabilidade deve vir agregada não somente de condições técnicas e estruturais de trabalho, mas também de autonomia decisória, diretrizes políticas e de outros indicativos no campo do desenvolvimento profissional e organizacional.

Ainda no campo das condições normativas, os achados deste estudo constatarem 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.

Compartilha-se do pensamento que a comunicação e interação entre os agentes públicos podem possibilitar o estabelecimento de correlações entre ações, tidas por vezes como diferentes, abrindo-se espaços para a negociação de consensos de natureza técnica e política, necessários à construção de um projeto convergente de gestão da saúde, tendo como alicerce os problemas e prioridades locais, objetivos e resultados comuns esperados.

Esse "modo de ser e fazer profissional" encontra no campo da saúde, especificamente no âmbito das DST/Aids, um terreno extremamente fértil de possibilidades. Ao considerar, por exemplo, a dimensão da transversalidade do tema DST/HIV/Aids, que agrega diferentes saberes, práticas instrumentais, experiências profissionais, atores individuais e coletivos, observa-se que a ação comunicativa e a

interação das ações entre agentes sociais, institucionais e políticos parecem necessárias para a formulação e implementação de políticas de saúde com ênfase na prevenção e controle das DST/HIV/Aids.

Por outro lado, verifica-se que a estrutura programática das ações de DST/Aids encontra-se disposta sob quatro grandes eixos de atuação, que se interconectam e se interdependem, quais sejam: 1) promoção, prevenção e proteção; 2) diagnóstico, assistência e tratamento; 3) gestão e desenvolvimento humano e institucional; 4) parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC). Tal estrutura, fundamentada no princípio do SUS de integralidade da atenção à saúde, requer dos gestores e instituições de saúde uma ação coletiva construída sob a forma de participação social, negociação política, por meio de consensos técnicos e operacionais que viabilizem as diretrizes políticas do Programa DST/HIV/Aids em âmbito nacional, estadual e local.

Nos espaços institucionais pesquisados, nota-se que o núcleo de gestão tem desenvolvido concomitantemente funções relacionadas à planificação, implementação, monitoramento e avaliação da política de prevenção e controle das DST/HIV/Aids, bem como gerenciamento de recursos, insumos estratégicos e dos serviços assistenciais de DST/Aids, ou seja, do CTA/SAE.

O desempenho duplo de papel do núcleo de gestão do Programa de DST/Aids, implica no desenvolvimento de múltiplas funções e de infinitas possibilidades práticas de atuação em campos, por vezes distintos, porém complementares entre a gestão do sistema e a gerência administrativa das unidades de saúde de prevenção e assistência especializada às DST/Aids.

4.1.3 Condições jurídicas

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 aos profissionais de enfermagem a prescrição

de exames e medicamentos para Abordagem Síndrômica das DST (ABS), em conformidade com as diretrizes e protocolo do Ministério da Saúde.

[...] é uma portaria municipal que autoriza os enfermeiros a prescrever dentro da abordagem síndrômica, especificamente pra DST. [...] Então, o enfermeiro do município, ele pode fazer tanto a prescrição de medicação como as solicitações de exames laboratoriais dentro do protocolo do Ministério da Saúde. [...] essa foi uma demanda mesmo da descentralização das ações, quando a gente descentralizou as ações para o PSF [...]. Então, a gente percebeu que precisaria dar suporte aos enfermeiros. Que não adianta nada fazer diagnóstico, se ele está lá e percebe a existência de uma DST e não tem autonomia pra tá prescrevendo, solicitando exames. [...] Isso tem funcionado de uma forma maravilhosa [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal)

De acordo com a narrativa acima, infere-se que regulação dessa prática profissional, decorreu da necessidade institucional de ampliar 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 de saúde da família.

No que se refere ao Município "B", este justificou 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. Entretanto, durante a entrevista foi verbalizada a intencionalidade governamental de identificar demandas e formular propostas no campo da regulação das práticas de diagnóstico e assistência das DST/Aids, bem como de demandas outras na área do direito à saúde das pessoas afetadas e/ou infectadas pelo HIV/Aids.

[...] embora estejamos já pensando em está colocando, fazendo algumas portarias, inclusive encaminhando para a Câmara de Vereadores, pra que a gente possa dar visibilidade e transparência a essas ações e também maior autonomia aos próprios trabalhadores de saúde do CTA e do SAE. Então, isso é importante. A gente já visualizou isso, como um passo importante a ser tomado e estamos em estudo pra colocar em andamento. (Município B, Ator 1, informação verbal)

Referente à existência de assessoria jurídica, verificou-se que ambos os municípios afirmam possuir esse tipo de serviço, porém voltado até então, apenas para questões de natureza administrativa e normativa do poder executivo local. O município “A”, afirmou dispor deste tipo de serviço. No município “B”, foi relatado que a SMS dispunha de assessoria jurídica, entretanto no contexto atual está 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 o município “A” relatou 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 envolvido com esta demanda. Esta situação expõe a fragilidade de ações de cunho exclusivamente voluntário, estruturadas quase sempre no idealismo e vontade própria de uma ou poucas pessoas, sem qualquer lastro de sustentação. Se de um lado, as ações voluntárias de assessoria jurídica, enquanto agentes socialmente constituídos, podem canalizar anseios e demandas populares na viabilização do acesso da população aos serviços sociais, de forma a assegurar o estado de direito, por outro expõe a face da vulnerabilidade dessas ações frente a sua institucionalização e sustentabilidade.

A situação acima referida expõe outra dimensão da realidade social, no tocante às demandas sociais na vocalização e exercício pleno de seus direitos de cidadania. A malha social constitutiva do tema Aids tem sido tecida de sentimentos controversos onde ainda coexistem o medo, a culpa, castigo, punição, expiação e a vergonha, transformando-se em barreiras psicológicas e sociais à interação das PVHA. Com base neste argumento, infere-se que a ausência de demandas dos cidadãos portadores de DST/HIV/Aids, pode expressar o lado obscuro do medo do preconceito, da discriminação e exclusão social, que por vezes, paralisa as pessoas dificultando-as e/ou impedindo-as de exercerem o seu papel de ator histórico e social na construção de políticas sociais inclusivas, justas e solidárias.

Entende-se que as demandas das pessoas vivendo com HIV/Aids transcendem aos limites invisíveis da ação em saúde, focalizada na prevenção, assistência e tratamento das DST/Aids, mas inclui outras dimensões centradas na perspectiva da integralidade do SER, como demandas por transporte, moradia, abrigo, alimentação etc.

Embora essas necessidades sejam também demandadas por outros grupos sociais que se encontram igualmente inseridos em contexto de vulnerabilidades sociais e programáticas, constituem-se, no entanto, em demandas universais de toda a sociedade. Todavia o usufruto, por parte da população, desses bens e serviços retrata diferenciadas formas de acesso, moldadas por uma estrutura de extrema desigualdade social.

Neste sentido, acredita-se que a política de focalização das demandas de saúde, em particular das pessoas afetadas e/ou infectadas pelo HIV/Aids, torna-se um requisito fundamental para a universalidade e equidade da atenção à saúde, enquanto um direito constitucional.

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.

4.1.4 Condições estratégicas

Neste estudo, 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 em análise.

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 e setores correspondentes e da relação de poder que decorre dessa relação. Entre os problemas abordados, pelos municípios, destacam-se: a) planejamento das ações programáticas de DST/Aids com base nas necessidades e demandas reais; b) programação do processo de compra e aquisição de insumos, produtos e serviços; c) descrição exata dos itens a serem adquiridos; d) equacionamento do tempo decorrido entre o pedido e fornecimento das solicitações; e) utilização correta da fonte de recursos para esse fim, entre outros, 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, informação verbal).

Para o município B:

[...] na verdade a gente sabe que quem trabalha com serviço público é uma média de 45 dias realmente pra a 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, informação verbal).

Pelos relatos acima, observa-se que estes fatores aliados aos outros já mencionados anteriormente, têm se constituído em dificuldades administrativas e gerenciais para a implementação das ações programáticas de DST/Aids. Essas dificuldades, ao tempo que em são consideradas desafios para a gestão, são também pontos de conflitos e envolvem toda a organização, confirmando a afirmação de Junquillo (2001), quanto à natureza técnica e política da gestão.

Quanto à autonomia política da SMS / Programa Municipal de DST/Aids frente ao poder executivo local, ambos os municípios e respectivos entrevistados afirmaram possuir total autonomia para decidir, tendo sido inclusive evidenciada a autonomia técnica e gerencial do núcleo de gestão do programa, de acordo com os depoimentos transcritos a seguir:

Acho que eu tenho bastante autonomia. Agora assim, toda ela voltada pro plano que a gente faz. [...] Então isso me dá o respaldo pra tá trabalhando dentro do PAM. Por exemplo: se tem um congresso que você quer levar 04 técnicos pra participar, mas a secretaria está sem recurso, porém existe o recurso do incentivo, então eu tenho autonomia pra tá levando esses 04 técnicos para esse congresso. Não me lembro de ter acontecido alguma coisa que não vá fazer. Mas eu acho que o respaldo lá, não sou eu. [...] É o plano que existe, que está lá, que é respeitado e que é legal! Então assim, nenhum gestor vai fazer um enfrentamento a um plano que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Isso é uma grande arma que a gente tem! (Município A, Ator 2, informação verbal).

Eu acho que sim! Porque a gente tem viabilizado o que tem necessidade e tem sempre, apesar de todo o processo que tem que ser passado por toda essa burocracia, mas a gente consegue no final o resultado satisfatório. [...] Então, eu considero que eu tenho autonomia em conseguir, digamos assim, viabilizar as coisas para o programa. (Município B, Ator 2, informação verbal).

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 uma das entrevistadas, 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, informação verbal).

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

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, informação verbal).

Para o Ator 1 do município “B”:

[...] à 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, informação verbal).

Os depoimentos acima, embora aparentemente contraditórios evidenciam a dependência dos governos locais das regras estabelecidas pelo gestor federal e/ou estadual para implementação de suas políticas, o que em certa medida implica em constrangimentos a autonomia da gestão municipal do programa.

No que se refere ao processo de planejamento do Plano de Ações e Metas em DST/Aids (PAM), verificam-se diferentes cenários, decorrente 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.

Esse plano é realizado em conjunto. Existem encontros com as coordenações de toda a secretaria. [...] a gente se encontra e assim, dentro do programa de DST/Aids, o que é que vocês gostariam de tá trabalhando e o que é que vocês precisam pra isso: é capacitação? é equipamento? [...] Então é um plano construído em conjunto. É chamado também, numa outra fase desses encontros, o pessoal que trabalha diretamente com o portador de HIV [...]. É ONG que a gente também procura. [...] está longe de ter um relacionamento ideal com a existente aqui, a gente só tem uma, infelizmente. [...] Então, toda a população, todo o profissional que tiver alguma coisa ligada à saúde é chamado nesse momento para a discussão desse plano. (Município “A”, Ator 2, informação verbal).

De acordo com a narrativa acima, verifica-se o esforço de promover a articulação de práticas, de setores, atores institucionais e sociais para que o planejamento das ações programáticas de DST/Aids contemple os diferentes aspectos dessa realidade social. Por outro lado, encontra-se subjacente nessa narrativa a presença de interesses conflitantes, próprios do processo de gestão entendido como uma prática social que se constrói coletivamente. Em que pese as tensões e conflitos advindos dessa interação social, os resultados relatados podem ser considerados como bônus desse processo de engenharia e arquitetura organizacional e relacional.

[...] como todo mundo participa da construção do plano, também todo mundo sabe da sua responsabilidade durante esse ano que esse plano vai ter que ser cumprido. Então assim, é muito bom porque se divide responsabilidades. E existe uma cobrança também [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

No município “B”, o processo de elaboração do Plano de Ações e Metas de DST/Aids encontra-se ainda restrito a poucos atores institucionais, centrados mais na figura da secretária de saúde, diretora de vigilância à saúde, coordenação do

programa e técnicos do CTA/SAE, tendo sido apresentado como justificativa o processo de amadurecimento do grupo no processo de gestão das ações programáticas de DST/Aids e o domínio pleno de habilidades gerenciais neste sentido.

A gente ainda está verde nesse processo decisório, porque quando a gente reúne, reúne com o secretário, com funcionários do CTA... é uma coisa ainda muito restrita. E a gente observou que a gente precisa ampliar e ter, digamos assim, um trabalho intersetorial. [...] Então, a gente já está vendo a necessidade, a importância de trabalhar assim também e abrir na hora do planejamento, pra não ficar uma coisa restrita à Coordenação Municipal de DST/Aids, Secretário, CTA e pronto! (Município B, Ator 2, informação verbal).

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 de saúde 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 restringe-se apenas a análise e aprovação do Plano de Ações e Metas, sem que tenha qualquer referência a sua participação no processo de feitura e de monitoramento/ avaliação.

Embora exista uma estrutura do planejamento das ações programáticas de DST/Aids, normatizada pelo Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST/Aids, em quatro áreas de atuação, conforme mencionadas anteriormente, compete a cada unidade subnacional dimensionar as suas prioridades. Neste sentido, é proposto também um elenco de áreas temáticas que podem ser dispostas em cada área de atuação e que se somam ao plano, sendo transformadas respectivamente em metas e ações.

Compartilha-se do pensamento, que a estrutura do Plano de Ações e Metas em DST/Aids, tal qual se encontra configurado, não implica numa homogeneização de demandas e públicos. Até porque, tem sido conferido às unidades subnacionais, habilitadas a essa Política de Incentivo, a liberdade para escolher entre as áreas de atuação e temáticas, aquelas que sejam prioridades para estados e municípios, em consonância com a análise da situação de saúde, considerando os indicadores e/ou parâmetros de abrangência nacional, regional e local.

A estrutura de planificação do PAM tem contribuído para que estados e municípios possam realizar uma análise da situação de saúde, que contemple a heterogeneidade estrutural, social e cultural, a distribuição desigual de bens econômicos e materiais, as segmentações sociais decorrente dessa distribuição, seus reflexos nas condições de vida e saúde da população e suas vulnerabilidades às DST/HIV/Aids, no plano individual, social e institucional.

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 o Sistema de Informação de Notificação de Agravos (Sinan), entre outros, para análise do perfil epidemiológico da população local. Para a análise da situação de saúde local, conforme se verifica nos relatos abaixo, foram agregados outros dados e informações que demandaram estratégias de ações comunicativas e de interação entre o nível macro (atribuída ao núcleo de gestão, coordenações, etc.) e micro social (profissionais responsáveis pela produção do cuidado).

A nossa notificação é vinculada à entrega de medicação. Então a unidade de saúde pra receber a medicação de tratamento pra DST, ela tem que notificar. Isso cria um vínculo bem interessante onde a gente está forçando essa notificação e tendo um retrato mais fidedigno do que acontece. Isso nos mostra as estratégias que devem ser tomadas. Se eu tenho uma unidade que está silenciosa. Então essa unidade tem que ser trabalhada com mais urgência. Eu tenho outras que têm muita notificação. Então, ótimo! Mas, vamos trabalhar a estratégia de prevenção ali: 'Porque você tem tanta notificação?' 'Porque você tem tanta DST nesse local?' Então, fazer esse diagnóstico também junto com a equipe. (Município A, Ator 2, informação verbal)

A gente começou a trabalhar por distritos [...] porque o município ele geograficamente tem diferenças [...] Você tem (*localidade x*) que está a 40 Km daqui. Parece outra cidade! Aí vem (*localidade y*) que a gente tem cinco minutos só de balsa, mas é uma outra dificuldade geográfica. Aí você tem o (*localidade z*), que é uma área de periferia muito grande, tem mais de 40 mil habitantes lá. E tem o que a gente chama de área rural e o centro. Então, a gente dividiu a cidade em distrito e vamos dizer que as coordenações ainda estão aprendendo a trabalhar desta forma. A Vigilância Epidemiológica foi que absorveu rapidamente e tudo que ela apresenta agora é por distrito [...] (Município A, Ator 1, informação verbal)

São as notificações das unidades básicas de saúde, notificação de um modo em geral, não só das unidades, mas até do centro de hemoderivados. Então, nós temos assim, as notificações [...] o contato que a gente tem com as unidades básicas de saúde, com os profissionais, com os agentes comunitários, pra conhecer a necessidade daquela localidade. Então, a gente começa atuar aí e também pela, digamos assim, pela necessidade que a gente vê a nível de zona rural. Então, a gente vem fazendo um trabalho em cima disso aí: zona rural, zona urbana, para a coleta desse material. (Município B, Ator 2, informação verbal)

Nesses relatos, percebe-se que o diagnóstico da situação de saúde transcende ao limites impostos pelos sistemas de informação, visto que nem sempre são suficientes para contemplar e correlacionar problemas relacionados ao estado de saúde da população e problemas de serviços de saúde, fazendo-se necessário o desenvolvimento de outras estratégias de comunicação e informação em saúde.

Embora as responsabilidades atribuídas aos municípios na gestão do sistema de saúde requeiram a incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) como componentes do processo de planificação e de tomada de decisão, não foi percebido, nas unidades de estudo, que esta ação esteja sendo utilizada de forma sistemática 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.

4.1.5 Direcionalidades

Em que pese as tentativas e esforços empreendidos no processo de planificação pelos municípios estudados, observa-se, em ambos, lacunas institucionais no sentido de direcionalidades da gestão programática das ações de DST/Aids, refletidas na ausência de missão e objetivos que sirvam de eixo norteador para o monitoramento e avaliação da adequação existente entre problemas priorizados e a intervenção social propriamente dita.

Acredita-se que a instituição/núcleo de gestão das ações programáticas de DST/Aids ao se interrogar e definir, de forma participativa, sua missão dentro do

contexto social mais amplo e da descentralização da saúde – considerando as tendências da epidemia de Aids e os múltiplos fatores de vulnerabilidades – possibilita um pensar crítico e reflexivo sobre as razões de existir enquanto programa de saúde pública, os significados e consistência de suas atividades e propósitos.

Agregada à missão, encontram-se os objetivos daquilo que o programa deseja ser num futuro determinado, para que sirvam de referência para o planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, sendo essencial o compartilhamento entre os atores institucionais e sociais para que haja um entendimento e uma convergência em suas práticas.

Para a viabilização da missão e objetivos deve ser utilizado um conjunto de ações interdependentes que visem não apenas a eficiência e eficácia dos seus métodos, mas que propiciem o enfrentamento dos desafios, a superação de problemas e a mudança da realidade social.

A missão e objetivos, enquanto componentes gerenciais, juntamente com as condições organizacionais, normativas, jurídicas e estratégicas são muito importantes para que se imprimam direcionalidades a uma organização/programa e estrutura ao seu processo decisório.

De acordo com o entendimento acima, convém institucionalmente que a estrutura do processo decisório da gestão programáticas das DST/Aids, em âmbito municipal, possa ressaltar e preservar as particularidades locais, alinhando-as às diretrizes de abrangência estadual e nacional, visando ao fortalecimento da resposta brasileira de enfrentamento da Aids e outras DST.

4.2 DIMENSÃO OPERACIONAL

Essa dimensão refere-se à operacionalização do processo decisório, cujas variáveis e indicadores para análise e discussão, são:

A. **Recursos materiais** adquiridos e recebidos: envolve 1) insumos tecnológicos, compreendidos como: mobiliários, equipamentos e sistemas de informação da área de DST/Aids implantados e em funcionamento, especificamente o Sistema de Controle de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Informação do CTA (SI-CTA); 2) insumos de prevenção, envolvendo material de informação, educação e comunicação em saúde (IEC), preservativos masculino, feminino e gel lubrificante; 3) insumos de diagnóstico, restrito apenas para a testagem do HIV e Sífilis (testes anti-HIV e VDRL), visto que estes são de competência da esfera municipal; 4) insumos de assistência, correspondendo aos medicamentos para Infecção Oportunista (IO) e DST, conforme pactuação entre as três esferas de governo.

B. **Recursos humanos**: envolve o quadro de pessoal do CTA/SAE, serviços oferecidos por essas unidades assistenciais, bem como a qualificação dos processos de trabalho por meio do monitoramento e capacitação dos profissionais de saúde que atuam no âmbito das DST/Aids e áreas afins;

C. **Recursos financeiros**: envolve recursos próprios do município e os recursos transferidos por meio da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids, acrescido de outras fontes de recursos;

D. **Iniciativas de gestão para ampliação dos recursos e insumos estratégicos**, frente aos problemas e desafios na implementação das ações de DST/Aids.

Como se percebe, essa dimensão se refere à capacidade de governança dos municípios, no tocante à operacionalização das ações programáticas de DST/Aids, cuja compreensão da dinamicidade desse processo, requer que se considere:

a) a complexidade do próprio programa, que exige ações voltadas tanto para o campo da vigilância epidemiológica, promoção e prevenção, como também para a produção de cuidados à saúde com intervenções nas áreas de diagnóstico, assistência e tratamento, não limitadas apenas ao controle da epidemia de Aids, mas também de todas as outras DST, entre elas a Sífilis, que ainda se apresenta como um grave problema de saúde pública. Além da Sífilis, incluem-se outras

infecções sexualmente transmissíveis, cujo enfrentamento e controle requerem a implementação de ações coordenadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

b) a diversificação da epidemia de Aids no país, a qual se apresenta de forma dinâmica, mutável e permeada pelas desigualdades regionais, sociais e de gênero, demandando a execução de ações múltiplas e variadas, visando atingir os mais diversos públicos vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST. Entre essas ações, incluem-se planos e programas de âmbito nacional, os quais já vêm sendo operacionalizados, em parceria com as unidades subnacionais, setores governamentais e não governamentais, a saber: Programa de Redução de Danos, em parceria com a área de Saúde Mental; Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, envolvendo diretamente os setores de educação e saúde; Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST, em articulação com a área de saúde da mulher; Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita, que prevê a redução, de forma escalonada e regionalizada, das taxas de transmissão vertical pelo HIV e Sífilis até o ano de 2011, cuja parceria com os serviços da atenção básica, hospitais, maternidades e casas de parto são de fundamental importância para o êxito dessas ações; Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis, envolvendo setores governamentais e da sociedade civil organizada; Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids e Ações Estratégicas com População Indígena, entre outros.

c) a universalidade da atenção à saúde, não restrita apenas a universalização da Terapia Anti-retroviral (TARV), mas ao acesso aos bens e serviços da sociedade, entre eles os serviços de saúde nos mais variados graus de complexidade. Neste sentido, as diretrizes nacionais do Programa de DST/Aids tem visado: 1) ampliar o acesso aos serviços e insumos de prevenção; 2) promover e intensificar as práticas de educação e comunicação em saúde, respeitando-se as diferenças étnicas, sociais, sexuais e de gênero; 3) aumentar a cobertura diagnóstica para detecção precoce dos casos de HIV e outras DST, incluindo também a prevenção, assistência e tratamento dos/das parceiros/as sexuais; e 4) ampliar o acesso aos serviços e insumos de assistência e tratamento das DST/HIV/Aids, incluindo a Terapia Anti-

retroviral (TARV) e também os medicamentos para Infecção Oportunista (IO) e para as DST, cujas responsabilidades pela aquisição e gerenciamento desses últimos insumos são dos governos estaduais e municipais, respectivamente.

d) a equidade da atenção à saúde, no sentido de equacionar necessidades gerais e demandas específicas de determinados segmentos sociais vulneráveis à infecção do HIV e outras DST, sob a perspectiva das relações de gênero, da diversidade social e sexual, tendo como eixo estruturante o direito à saúde.

e) a regionalização dos serviços de DST/Aids em redes de referência e contra-referência, em conformidade com as diretrizes da NOAS 2002, reiterada pela Portaria 2.313/2002, o que implica no estabelecimento de relações intergovernamentais e interinstitucionais para pactuação de metas e ações e mais recentemente com o Pacto pela Saúde.

f) ampliação das ações de DST/Aids em âmbito local, para a atenção básica e demais serviços de atenção à saúde, incluindo outros programas de saúde, como: tuberculose, hepatites virais, câncer, etc..

Considerando-se os aspectos acima expostos, a operacionalização das ações programáticas de DST/Aids, requer dos governos municipais iniciativas de gestão que promovam a articulação interinstitucional e intersetorial de práticas sociais e de saúde, que possibilitem a materialização do plano de ações e metas, sob a forma de cuidados diretos à saúde da população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Com base nesse entendimento, depreende-se que a capacidade de operacionalização das ações programáticas de DST/Aids está intimamente vinculada às estratégias do governo municipal para mobilizar e ampliar os recursos, sejam eles, materiais, humanos, ou financeiros.

4.2.1 Recursos materiais

No tocante à capacidade para mobilizar e ampliar os recursos materiais foi observado que a aquisição de mobiliários e equipamentos de saúde tem ocorrido

com bastante intensidade, sendo que esta ação tem sido realizada predominantemente com recursos da Política de Incentivo, o que evidencia a importância do repasse financeiro para os municípios para a operacionalização e fortalecimento das ações programáticas de DST/Aids, em âmbito local. Foi afirmado que a aquisição desses insumos destina-se para melhoria da infra-estrutura dos serviços assistenciais de DST/Aids (CTA/SAE) e de unidades de saúde parceiras do programa na descentralização das ações.

[...] esses equipamentos que a gente colocou nas unidades de saúde, cilindros de oxigênio, máscara. Já são vinte unidades que já estão com o equipamento. Autoclave, a gente adquiriu várias no final ano passado, adquiriu um carro pro CTA... todo adaptado. Então, muita coisa! [...] Ano passado a gente recebeu data-show, recebeu máquina fotográfica da Coordenação Estadual. Recebeu um microscópio de imunofluorescência. Isso também é uma parceria ótima, né? Porque são equipamentos que tem um recurso mais alto e que inviabiliza pra gente [...] (Município A, Ator 2, informação verbal).

Temos adquirido e antes da gente ter o PAM, nós recebemos da Coordenação Estadual, a coordenação anterior. Nós recebemos um material que nos ajudou bastante no trabalho de prevenção às DST/Aids. (Município B, Ator 2, informação verbal)

Além da aquisição de equipamentos, por parte dos municípios, os depoimentos acima afirmam também a cooperação da Secretaria Estadual de Saúde com os governos municipais, no que se refere a aquisição e transferência de bens permanentes, visando à implementação e o fortalecimento das ações programáticas, em âmbito local e regional.

Nas visitas de campo aos CTA/SAE desses municípios, foi verificado que estes possuem infra-estrutura em termos de mobiliários, aparelhos de comunicação, refrigeração e equipamentos de saúde (ver Apêndice E).

No que se refere aos recursos informacionais foi verificado no município "A", que o Siclom havia sido recentemente implantado e o 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. Embora, durante análise da dimensão organizacional tenha sido observada a predominância do uso do Sinan, entre os sistemas de informação utilizados pelos municípios para análise da situação de

saúde e tomada de decisão, merece destacar a importância do Siclom e SI-CTA, enquanto ferramenta de gestão para a operacionalização do processo decisório. Pelo que se observa, estes sistemas ainda não tem sido incorporados na sua totalidade ao processo do planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações programáticas de DST/Aids, nos municípios em análise.

Em que pese às observações acima expostas, verifica-se um esforço conjunto das Secretarias Municipais de Saúde, com a gestão do programa de DST/Aids em 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 reprodução de material de IEC, justificada pela necessidade de atender demandas locais e específicas.

A gente recebe muito material e produz também! Recebe da Coordenação Estadual e recebe do Ministério da Saúde diretamente. Normalmente...eu tenho uma crítica a fazer. Normalmente o material do Ministério da Saúde, ele vem muito atrasado. O material do dia da Mulher (08 de março), a gente vai receber 08 de abril. Já foi! Eu não vou utilizar isso, não tem como você utilizar porque ele é totalmente direcionado, vem escrito lá: Dia Internacional da Mulher. Não dá pra utilizar! Então a gente acaba fazendo. Nós fizemos um material pro Dia Internacional da Mulher, fizemos até pra Páscoa [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

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 está 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, informação verbal).

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 pelo Programa Estadual de DST/Aids, nos Relatórios de Gestão de 2006 e 2007.

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 pactuado 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.

No estado da Bahia, a gestão desses insumos tem sido realizada em observância aos critérios de regionalização e descentralização, envolvendo diretamente as Diretorias Regionais de Saúde (Dires), - responsáveis pelo planejamento, controle e distribuição junto aos municípios de sua área de abrangência -, municípios habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids e algumas instituições governamentais e não governamentais que desenvolvem ações de prevenção das DST/Aids, totalizando aproximadamente 72 unidades dispensadoras.

Nos últimos anos, observa-se que o Plano Estadual de Necessidades de Preservativo, que prevê o quantitativo necessário para suprir demanda da população e dos serviços de saúde, aumentou de 16.432.812 no período de 2004/2005 para 29.488.046 em 2007. A aquisição desse insumo pelo governo estadual também foi ampliada de 3.000.000 em 2004 para 6.987.168 de unidades em 2007. (BAHIA, 2007c).

O aumento de demanda, por sua vez, implicou na revisão da pactuação existente com os municípios habilitados à Política de Incentivo, concernente ao quantitativo mínimo de preservativos a serem adquiridos a título de contra-partida local, passando de 10% para 25%, a ser aplicado sobre o volume de unidades enviadas anualmente pelo estado, conforme Resolução CIB N° 159/2007.

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 contra-partida do município. Não adianta questionar. E parece que já incorporaram isso e já está mais tranquilo. (Município A, Ator 2, informação verbal).

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, informação verbal).

Referente aos demais insumos de prevenção – 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.

O estado da Bahia tem adquirido apenas o gel lubrificante, em caráter complementar, e os municípios pesquisados afirmaram que não adquiri nenhum desses insumos, visto que a demanda local tem sido suprida com o quantitativo enviado pela Secretaria Estadual de Saúde (Sesab).

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, às 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, igualmente 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 (Lacen) e a Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), instituições que quem mantém uma relação de parceria.

A gente adquire teste de HIV. Eu não tenho demanda reprimida de HIV. Hoje eu tenho um bioquímico e um biomédico que trabalham só pra DST. Então, eles fazem HIV e marcadores de hepatites. Ficaram para a rede própria esses exames. O restante dos exames, inclusive o VDRL é terceirizado [...] fica pra cada laboratório responsável por um distrito. Mas a coleta continua sendo descentralizada. Quer dizer, a pessoa faz a coleta na própria unidade de saúde onde ela faz o pré-natal, por exemplo, onde ela é atendida por abordagem sindrômica. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Nosso laboratório é terceirizado. A gente não tem laboratório próprio. Nós temos o VDRL que é feito tanto para gestantes, como para população de um modo em geral. E o teste de HIV que é feito também. O município tem a contrapartida dele com a parte de HIV pra todas gestantes, fazendo os dois testes que é preconizado pelo Ministério no pré-natal. O município tem convênio com APAE pra fazer o teste de HIV. E fazemos também com o Lacen que tem nos ajudado e a gente manda toda a sorologia para o Lacen e alguns diagnósticos que fazemos. E tem o teste rápido para diagnóstico que recebemos também do estado e realizamos no CTA. (Município B, Ator 2, informação verbal).

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

Ainda sobre o tema diagnóstico, merece ressaltar a estratégia mais recente do Programa Nacional de DST/Aids de disponibilização de Teste Rápido para Diagnóstico (TRD), para estados e municípios, com vistas à ampliação das ações de redução da Transmissão Vertical do HIV. Esta ação, pensada inicialmente para ser aplicada em áreas/regiões de difícil acesso, considerando-se o grau de vulnerabilidade individual, social e programática, tem sido utilizada em processo crescente pelos CTAs municipais, inclusive nos municípios pesquisados, evidenciando a possibilidade de conjugação dos dois métodos de forma racional.

Entretanto, dada às limitações do estudo e do modelo teórico-metodológico adotado que não contempla aferições dos efeitos da intervenção diagnóstica, não será aqui analisado e/ou discutido se o cumprimento da pactuação por parte dos municípios, no tocante à aquisição desses insumos, tem sido suficientes para equacionar a demanda potencial e real em termos de cobertura.

No entanto, dados nacionais obtidos por meio do Estudo Sentinela Parturiente/2006, evidenciam que o Brasil tem uma taxa de cobertura do teste HIV no pré-natal de 62%, sendo o Nordeste a região que tem apresentado as mais baixas taxas, correspondendo a apenas 41%, seguida das Regiões Norte com 46%, Centro-Oeste (70%), Sudeste (74%) e Sul (86%).

Os dados acima, permitem ratificar a existência de iniquidades regionais e sociais no acesso aos serviços de diagnóstico, que se apresentam sob a forma de desafios para a gestão das ações programáticas de DST/Aids, em âmbito nacional, regional, estadual e local.

Por exemplo, a sub-rede do HIV que prevê a organização e regionalização dos serviços de diagnóstico em redes de referência e contra-referência, em conformidade com a Portaria 2.458/2003, ainda não foi efetivamente implantada no estado da Bahia, estando o processo de referenciamento entre municípios sendo praticado sem qualquer tipo de pactuação formal. O mesmo tem ocorrido no campo da assistência, sendo esta situação motivo de preocupação para a gestão do sistema do município de referência, visto que o atendimento em saúde pode demandar várias intervenções na área de diagnóstico, assistência e tratamento, não somente das DST/HIV/Aids como de outras doenças / agravos.

[...] a médica do SAE, ela atende ali o geral. Aí, ela coloca que precisa, por exemplo, de uma consulta com a ginecologista, certo? Aí, é de um município que não tem pactuação comigo pra ginecologia e eu não tenho recurso pra pagar uma consulta pra aquele município. [...] Porque assim, se vai ao ginecologista, o ginecologista quer uma consulta de dermato, quer uma ultrassom. E esse munícipe... eu não tenho nada pactuado, você entendeu? Então isso está sendo um “problemão” [...] E o recurso vai pra eles, fica lá no município deles. (Município A, Ator 1, informação verbal).

[...] a demanda do SAE, tudo bem! É tranqüilo, o município não vê problema nenhum em está atendendo. Só que esse SAE, ele demanda outros serviços. [...] Essa ginecologista vai pedir uma colposcopia, vai pedir uma ultrassom. Aí criou um entrave imenso, que eu acho que tem que sentar e negociar, porquê? Esses gestores, na realidade, eles nem tem conhecimento disso. [...] Então, não é assim: vamos cortar! É: vamos negociar! [...] Eu não acredito que hoje, gestor nenhum vai se negar a negociar pro paciente que a gente já está atendendo e que tem a importância que tem. Porque queira ou não, o paciente de Aids é um paciente que sensibiliza, porque tem uma importância dentro do contexto da saúde muito grande. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Nós estamos atendendo os outros municípios, mas nós não estamos ainda com essa pactuação, que é que o já foi conversado com a secretária que manifestou pretensões de encontrar, reunir com os secretários e ter essa pactuação. Porque nós estamos atendendo a todos os municípios da redondeza, mesmo aqueles que não pertencem a nossa regional. Estamos atendendo a todos esses municípios que nos procura e a gente não deixa de jeito nenhum que esse atendimento não seja efetuado. (Município B, Ator 2, informação verbal).

Conforme se verifica, um “problema” pode ser também ao mesmo tempo uma “possibilidade” para a articulação interinstitucional entre os diferentes níveis de governo, no sentido de superar possíveis conflitos, pactuar metas e ações que coloquem a saúde da população na condição de prioridade, acima de qualquer interesse econômico e político.

Com relação à aquisição de insumos de assistência, verifica-se que os dois municípios têm adquiridos os medicamentos de DST, conforme pactuação envolvendo as três esferas de governo, e também os medicamentos para Infecção Oportunista (IO), 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, em outro, mas normalmente você tem essa medicação. (Município A, Ator 2, informação verbal).

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 do município. (Município B, Ator 2, informação verbal).

Considerando-se que o manejo clínico das infecções oportunistas adicionada à Terapia Anti-retroviral, além do aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids, tem influenciado na diminuição da morbi-mortalidade relacionadas à Aids e na queda das internações hospitalares, depreende-se que qualquer lacuna na política de aquisição, distribuição e dispensação desse insumo deve ser evitada.

Face aos dados acima expostos, reitera-se a importância da priorização política concernente ao fornecimento efetivo para os municípios, do rol de medicamentos para IO, na sua totalidade e em quantidades satisfatórias, uma vez que as ações em curso têm evidenciado falhas e fragilidades institucionais, que tende a repercutir no sistema como um todo. Repercute diretamente no estado de saúde das pessoas que vivem com o HIV/Aids (PVHA), cujo agravamento no quadro clínico pode demandar ações de saúde em níveis mais complexos e também de custos mais elevados, além de provocar um efeito em cadeia na própria seguridade social, traduzida pelo aumento na procura por benefícios previdenciários e de assistência social. Repercute também com sobreposição de atividades, visto que os municípios tendem a assumir responsabilidades da esfera estadual para evitar descontinuidade e fragmentação das ações de saúde, implicando diretamente no aumento dos investimentos próprios, os quais poderiam ser direcionados para implementação de outras áreas e/ou serviços.

4.2.2 Recursos humanos

No que refere a este item, foi observado que ambos os municípios, possuem equipe interdisciplinar nas unidades assistenciais de DST/Aids, composta de profissionais da área médica, enfermagem, psicologia, laboratório e farmácia (ver Apêndice 5). 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, uma 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, conforme discutido na dimensão organizacional. 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 de 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, informação verbal).

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, informação verbal).

Para superar esse desafio da rotatividade de pessoal, o concurso público tem sido uma das estratégias utilizada 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, informação verbal).

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 rotatividade 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.

A minha equipe toda é efetiva! Então assim, hoje eu não tenho mais o problema dessa rotatividade de mão-de-obra que a gente percebe muito no PSF, ainda hoje. Esse é um dos grandes problemas no enfrentamento da epidemia, porque você capacita; você utiliza muito recurso pra isso. [...] É um recurso grande que se utiliza pra ter uma equipe adequada mesmo [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Neste sentido, foi observado também 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.

[...] até o ano retrasado a gente solicitava parceria com a Coordenação Estadual que nos mandava os técnicos pra cá pra fazer essa capacitação e hoje a gente já tem psicólogo que faz a parte de aconselhamento e a nossa médica, que faz a parte teórica, vamos dizer assim, do manejo. Então, a gente já teve bastante sucesso o ano passado. [...] Agora, com essa dificuldade da rotatividade da mão-de-obra, todo ano vai continuar tendo que fazer, né? Assim, eu não vejo isso como uma coisa pontual. [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

A gente tem feito capacitação com a Atenção Básica e com os profissionais do CTA e com agente comunitário. Sempre que um profissional participa a nível estadual de uma capacitação, a gente repassa essa capacitação aqui. (Município B, Ator 2, informação verbal).

4.2.3 Recursos financeiros

Concernente à capacidade de mobilizar e ampliar os recursos financeiros foi observado que, ambos os municípios, apresentam valores de contra-partida 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 a quantia anual de R\$ 139.221,74, estando os recursos de contra-partida 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\$ 75.000,00 e a contra-partida para o ano de 2008 foi de R\$ 28.200,00 apresentando também uma elevação de 113,1%.

Em consulta ao sistema público on-line, foi verificado que dos 23 municípios baianos habilitados à Política de Incentivo até abril/08, 14 deles apresentaram no PAM-2008 valores de contrapartida superior ao minimamente pactuado. Embora este seja um indicativo sugestivo de maior envolvimento e comprometimento da esfera municipal na gestão das ações programáticas de DST/Aids, este não deve ser o único indicador a ser utilizado para analisar a capacidade para ampliar os recursos operacionais.

Neste sentido, buscou-se nesta pesquisa observar também a capacidade de operacionalização desses recursos, numa tentativa de evidenciar com mais proximidade e clareza 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 contra-partida 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.

E recursos próprios, a gente tem demonstrado aqui, através da contabilidade, que tem sido três, quatro, cinco vezes mais que o valor estipulado (*referindo-se ao valor da contra-partida*). Porque, tudo bem, pactuado é preservativo e medicação, mas tem toda equipe, a parte de diagnóstico, tem carro, manutenção, manutenção de prédio. Tem muita coisa que entra aí junto e que é importante. Agora, os outros equipamentos e os outros materiais são com recursos do PAM e ele é essencial pra isso. Porque assim, dificilmente a secretaria teria esse recurso pra gente está trabalhando DST. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Embora não tenha sido possível adquirir esses dados junto ao município “B”, foi constatada a existência de serviços assistenciais de DST/Aids e de equipe técnica interdisciplinar para esses serviços, corroborando com o argumento de que o investimento dos governos locais com as ações programáticas de DST/Aids ultrapassa aos limites formalmente estabelecidos.

Diante do acima exposto, há que se considerar a capacidade dos municípios frente ao financiamento da saúde e especificamente das ações programáticas de DST/Aids, visto que afirmaram que suas receitas são limitadas à arrecadação de impostos e tributos sociais. No caso dos municípios em análise, as receitas provem 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 está 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, Ator 1, informação verbal).

[...] antes a gente tinha Coordenação de DST/Ais, mas não tinha assim uma independência das ações por causa do recurso, pela situação em que se encontrava na secretaria, como estava DST/Aids. E hoje a gente já teve assim, um avanço, um crescimento [...] Com esse Plano de Ações e Metas, a gente tem um CTA implantado, que a gente não tinha. [...] e isso aí deu pra gente subsídios pra que a gente possa estar desenvolvendo um trabalho [...] crescendo cada vez. (Município B, Ator 2, informação verbal).

Diante deste contexto, há de se considerar a necessidade de revisão dos valores repassados para os municípios, cujas diferenças no cálculo para estabelecimento desses valores, podem se constituir num indicativo de reprodução de iniquidades no âmbito da política social de saúde. Os municípios que tiveram seu processo de descentralização iniciados por ocasião dos Projetos Aids I e II, como é o caso do município “A”, juntamente com mais 06 outros municípios do estado da Bahia, tem valores do incentivo acima do limite mínimo estabelecido atualmente que é da ordem de R\$ 75.000,00, como é o caso do município “B” e de mais 19 municípios, do total de 26 atualmente habilitados à Política de Incentivo, no estado da Bahia.

4.2.4 Iniciativas de gestão para ampliação dos recursos e insumos estratégicos

Em que pese os problemas e desafios enfrentados pelos municípios, seja no planejamento das ações, no gerenciamento de compras e insumos, seja na gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, observam-se avanços e conquistas

no âmbito das ações programáticas de DST/Aids. Entres esses avanços e conquistas, está a própria descentralização da gestão do Programa de DST/Aids para os municípios, as iniciativas desenvolvidas pela esfera local para estruturar e operacionalizar um programa dessa envergadura e prover a população com serviços assistenciais nesse campo.

Embora tenda sido constatado que as iniciativas locais para ampliação dos recursos e insumos estratégicos estão mais voltadas para a articulação intra e intersectorial, no sentido de formar parcerias e alianças, - conforme será discutido a seguir na análise da dimensão de sustentabilidade -, essas estratégias tem um significado especial para as práticas de saúde pública, quando percebidas sob o olhar, mesmo que ainda tímido, da integralidade, universalidade e equidade da atenção em saúde.

Os dados até aqui apresentados e discutidos, ratificam a percepção da gestão como um processo multidimensional. Neste sentido, depreende-se que a operacionalização das ações programáticas de DST/HIV/Aids exige ao mesmo tempo:

- a) articulação e compartilhamento das decisões para a planificação e implementação da sua política de saúde, em observância aos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de DST/Aids;
- b) ações comunicativas para promover interação das práticas e saberes para a produção dos serviços de assistência à saúde das pessoas infectadas e/ou afetadas pela DST/HIV/Aids;
- c) intencionalidade e racionalidade técnica na produção desses serviços assistenciais, com foco na qualidade e na satisfação das necessidades sociais, que resulte na prevenção e controle da epidemia de Aids e das outras DST; e a
- d) busca constante pelo equilíbrio dinâmico entre a gestão do Programa de DST/Aids e a gerência dos serviços assistenciais, entendendo o que tornam essas práticas distintas e complementares entre si, evitando a duplicidade e/ou concorrência de ações.

4.3 DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Essa dimensão corresponde a sustentabilidade dos resultados de gestão através da institucionalização das ações programáticas de DST/Aids, verificadas a partir das seguintes variáveis e respectivos indicadores:

a) ampliação de parcerias: existência de projetos de cooperação técnica e financeira desenvolvidos com setores governamentais e não governamentais, organismos nacionais e internacionais; parcerias e/ou ações com o setor privado da área industrial (empresas), comercial e de serviços, para implementação das atividades de prevenção e educação em saúde; tipos de recursos utilizados e/ou incorporados por meio dessas parcerias;

b) ações intersetoriais desenvolvidas com outros programas de saúde pública e demais setores governamentais, envolvendo os poderes executivo, legislativo e judiciário;

c) alianças e iniciativas estratégicas empreendidas, que visem à descentralização das ações em âmbito municipal e os resultados obtidos com esse processo;

d) mecanismos institucionalizados para sustentar resultados, relacionados à inserção das ações programáticas de DST/Aids no Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e Plano Plurianual (PPA), bem como canais de comunicação utilizados para auscultar críticas e sugestões, veicular informações e conhecimentos, compartilhar resultados do PAM e da gestão do Programa Municipal de DST/Aids junto aos profissionais de saúde, usuários da rede de serviços e demais parceiros governamentais e não governamentais.

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 demanda para toda a sociedade. E como tal,

as redes de interlocução e interação conjunta entre governo e sociedade civil, a participação e o controle social, se constituem em base para o diálogo, transparência das ações, credibilidade institucional, legitimidade política e social.

Isto posto, significa pensar, no âmbito da gestão programática das ações de DST/Aids, na ampliação de parcerias, no desenvolvimento de ações intersetoriais, na formação de alianças estratégicas e em mecanismos de interação e comunicação social que possibilitem a institucionalização dessas ações.

4.3.1 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 o município “B”, relatou a existência de um projeto elaborado pelo poder local e financiado pelo Ministério da Saúde, cuja ação será voltada para a atenção à violência intra-domiciliar. Considerando a interface entre as ações de DST/Aids e violência, dado ao contexto de vulnerabilidades individuais, sociais e coletivas, foi afirmado a possibilidade de interação entre essas ações.

[...] A gente está com um projeto já em andamento com o Ministério da Saúde que é o projeto de violência e a gente fez baseado na violência intra-domiciliar num bairro periférico daqui. [...] E claro que o Programa de DST/Aids vai ter uma participação bem efetiva. A gente está programando uma grande Feira Temática envolvendo todo o bairro. É um bairro bastante populoso aqui, de nível social baixo, então a gente pretende tá chamando atenção, não só da violência intra-domiciliar contra criança, como também a questão das DST e Aids. Esse projeto já está em andamento. (Município B, Ator 1, informação verbal).

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, tendo sido, inclusive, realizado uma visita ao local

durante a fase da pesquisa em campo; 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, segundo afirmações dos informantes-chave, haja vista os conflitos advindos dessa relação, os quais foram relatados no decorrer desta análise; c) financiamento de ações relacionadas aos eventos de prevenção e de fortalecimento 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.

Hoje eles têm algumas ações junto ao SAE. Então eles têm um relacionamento dentro do SAE. Eles levam paciente pra lá, alguma coisa de busca ativa que é solicitada pela enfermeira do SAE, que eles acabam fazendo. Tem uma relação de parceria, mas eu acho assim, muito frágil, que poderia ser fortalecida. Em relação à Coordenação é assim: 'Ah, nós queremos participar de tal evento'. 'Tudo bem, está programado no PAM!' Eu peço uma ata de reuniões, da reunião que eles fizeram para documentar de que aquilo é uma participação popular mesmo, que é dentro do grupo e aí eles me mandam e a gente libera o recurso pra participação e é só isso. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Embora o município "B" não tenha ainda 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.

[...] inclusive a gente tem um trabalho de DST com o pessoal da feira, com o Sindicato Rural, onde a gente reúne e faz teste de diagnóstico com o pessoal da feira, porque facilita o acesso ao pessoal da zona rural, que está ali na feira levando sua mercadoria pra tá vendendo e aí facilita, porque o Sindicato Rural fica na feira e também é bem freqüentado pela população da zona rural. (Município B, Ator 2, informação verbal).

Entendendo a parceria com os setores não governamentais como estratégica para o enfrentamento da epidemia de Aids e outras DST, a realidade apresentada pelos municípios pesquisados, pode expressar a diminuta capacidade de articulação e mobilização desse segmento social, principalmente em cidades de pequeno e médio porte onde a presença de organizações da sociedade civil, no campo das DST/HIV/Aids, ainda é quase nula ou incipiente. Observa-se que as diferenças e desigualdades regionais e estruturais têm também seus reflexos no processo de mobilização e organização da sociedade, em formas participativas de poder e de

representação social, com repercussões na formalização de parcerias com o poder governamental.

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.

No município “A”, por exemplo, foi narrada uma dessas experiências de parceria com o setor privado durante o período de carnaval prolongado da cidade, o qual costuma atrair uma quantidade muito grande de turistas.

[...] tivemos uma pesquisa aqui que foi muito interessante! Tem uma casa aqui, que é uma casa particular, mas que tem um carnaval muito grande, que é o carnaval prolongado de (*referindo-se ao município*), e que já é famoso e concentra um número imenso de pessoas. Nós fomos fazer um trabalho durante esse carnaval prolongado com a distribuição de preservativos. A direção da casa veio nos contar que o que mais chamou à atenção do carnaval, que eles fizeram um opinário para os participantes, e a grande maioria são de turistas, a grande maioria não, 90% são turistas, foi a distribuição de preservativo. Foi o que mais chamou à atenção, o que mais gostaram, mais do que qualquer banda, mais do que as atrações. Isso nos deixou muito satisfeitos. Então, percebe que é necessário que é importante está fazendo essas ações de parceria. (Município A, Ator 2, informação verbal).

No município “B”, foi relatada também experiências com empresas, postos de gasolina, *shopping center*, entre outros.

O que a gente tem de recurso é assim com as parcerias, que a gente tem com empresas privadas. A gente faz palestras nas empresas, oficinas. Então, eles disponibilizam o lanche, local, funcionários. [...] Nós fazemos *pit stop* em posto de gasolina. Isso aí eles viabilizam, ajudam a gente nesse trabalho. O shopping também, que fornece material e tudo pra o local, como stand pra que a gente possa trabalhar lá. (Município B, Ator 2, informação verbal).

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 social³ e intelectual que repercute direta e indiretamente na institucionalização e sustentabilidade das ações programáticas.

4.3.2 Ações intersetoriais desenvolvidas

No tocante às ações intersetoriais desenvolvidas pelos municípios em análise, 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: Projeto Sentinela em parceria com a Secretaria de Assistência Social; Delegacia da Mulher; Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); Casa de Passagem para usuários de drogas; Núcleo de Apoio Integral ao Adolescente (NAIA); Escolas, entre outras.

Por exemplo, o Sentinela é um serviço que trabalha com crianças e adolescentes, então é parceiro e estamos trabalhando junto. Na área de educação a gente tem algumas dificuldades, mas mesmo assim trabalha. [...] Temos Casa de Passagem pra adolescentes, meninos e meninas. Então assim, a gente trabalha esses adolescentes. [...] Outra parceria, é uma casa que tem em ... (*referindo-se a localidade*) que é pra usuário de drogas, também. [...] O CTA Itinerante é que está à frente disso, que está trabalhando com essas entidades. [...] Então, a gente tem uma parceria com Assistência Social. A gente começou a trabalhar essa coisa da violência contra a mulher e criança. Então, abriu mais o leque ainda. [...] A gente tem a parceria da Delegacia da Mulher, a parceria da OAB [...] Então são parceiros que a gente vai encontrando, vai formando redes e que vão apresentando novas demandas de trabalho também. [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

³ Termo polissêmico e não consensual sendo compreendido como um “bem coletivo que garante o respeito de normas de confiança mútua e de compromisso cívico; ele depende diretamente das associações horizontais entre pessoas (redes associativas, redes sociais), das redes verticais entre pessoas e organizações (indo além das mesmas classes sociais, das pessoas da mesma religião, dos membros do mesmo grupo étnico), do ambiente social e político em que se situa a estrutura social (o respeito das liberdades civis e políticas, o ambiente jurídico-legal, o compromisso público, o reconhecimento apropriado do papel e da posição do outro nas deliberações e negociações, a permissão que as pessoas se dão ou não em ter o direito ou o dever de participar de processos coletivos, bem como as normas dos compromissos assumidos entre o privado e o público) e, finalmente, do processo de construção e legitimação do conhecimento social (a transformação de informações atomizadas ou práticas referentes a apenas alguns grupos em conhecimento socialmente compartilhado e aceito)”. (MILANI, 2004, p.111)

No município “B”, foi relatado também parcerias com setores governamentais, entre eles, as Secretarias de Infra-estrutura e de Assistência Social, Projeto Sentinela, Delegacia, Escolas.

[...] a gente trabalha junto com Educação e com a Infra-estrutura, quando a gente trabalha na feira. [...] A gente tem também com o Projeto Sentinela que é um projeto sobre violência contra a criança e adolescente. Então, a gente tem esse trabalho aqui e que casa com o nosso, como a violência sexual. Nós temos outros projetos [...] Já estamos implantando, como é o caso, de projeto para profissionais do sexo. [...] Como a gente não tem aqui penitenciária, mas a gente tem um complexo, então nós já estamos em andamento com um projeto. Tivemos uma reunião com o delegado, com a área, tudo direitinho. [...] Então, a gente achou que seria viável, mesmo por pouco tempo (*referindo-se ao tempo de permanência do detento na delegacia*), que a gente desse uma assistência ao pessoal do complexo. [...]. (Município B, Ator 2, informação verbal).

Os depoimentos acima, têm em comum, além da preocupação com a articulação de ações, práticas e saberes por vezes distintos, uma forte preocupação com as interfaces entre a área de DST/Aids, Educação e Atenção à Pessoas em Situação de Violência, evidenciando nexos entre vulnerabilidades sociais e programáticas com a infecção pelo HIV e outras DST.

Concernente ao desenvolvimento de ações intersetoriais com os outros programas/serviços de saúde, em ambos os municípios, foi afirmado a articulação com os programas de tuberculose e hepatites (cujas ações deste último foram assumidas pelo Programa Municipal de DST/Aids); 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.

4.3.3 Alianças estratégicas

Entre as várias ações intersetoriais empreendidas pelo poder local, a parceria com a Atenção Básica se apresenta, de forma unânime, para os municípios em questão, como uma aliança estratégica 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, informação verbal).

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, informação verbal).

Com a Atenção Básica, sem sombra de duvida, porque exatamente vai fechar aquilo que eu falei da gente ampliar o acesso, desmistificando, falando de Aids como a gente fala hoje de Tuberculose, como a gente fala de Câncer, que já foram estigmatizados mesmo. [...] Então é importante essa questão da ampliação do acesso. Para mim, é primordial e a gente vai conseguir fazer, na medida em que a gente realmente qualificar, capacitar todos nossos trabalhadores da Atenção Básica. (Município B, Ator 1, informação verbal).

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 Sistema Único de Saúde, 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 *locus* 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 a estratégia empreendida pelos dois municípios, para descentralização das ações de DST/HIV/Aids para a atenção básica, sendo que no município “A”, pelos relatos obtidos e mencionados anteriormente, este processo se encontra 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 nos 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 seqüência, logo na seqüência, 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, informação verbal).

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, informação verbal).

Pelo que se verifica, há 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.

4.3.4 Mecanismos institucionalizados para sustentar resultados de gestão

Com relação a este item, os municípios em análise, apresentaram o Plano Municipal de Saúde. Em revista ao material obtido, pôde-se perceber que os referidos planos contem uma análise da situação de saúde com descrição dos problemas de saúde relacionados ao perfil epidemiológico, sociodemográfico, cultural e econômico do município; a organização e distribuição dos serviços de saúde; a parceria público-privada; a priorização de problemas/demandas sociais e

institucionais, incluindo as ações programáticas de DST/Aids, entre outros itens. Foi observado que a inclusão dessas ações no plano de saúde local tem sido alinhada às metas e atividades propostas no PAM municipal, o mesmo ocorrendo no Relatório de Gestão quanto ao seu monitoramento.

Referente às demais iniciativas de gestão para institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde e áreas programáticas, os municípios demonstraram atuação do poder público local, em consonância com o artigo 165 da Constituição Federal de 1988, que estabelece para o orçamento público: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei dos Orçamentos Anuais (LOA). Estes elementos administrativos têm a função de organizar e institucionalizar o planejamento, o controle e avaliação das ações e dos gastos públicos. Para tanto, requer a articulação setorial para identificar as necessidades sociais, problemas e/ou oportunidades no cenário político, econômico e social; estabelecer objetivos e diretrizes políticas; especificar ações, produtos e monitorar resultados da gestão pública, em observância aos princípios de clareza dos propósitos, equilíbrio das finanças, uniformidade dos procedimentos e divulgação das informações.

Referente aos canais institucionalizados para auscultar críticas e sugestões dos trabalhadores, usuários da rede de serviços, parceiros governamentais e não governamentais e população em geral, 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 com 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 às 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, informação verbal).

[...] todas nossas unidades tem 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 ouvidoria 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, informação verbal).

Entende-se que esses mecanismos podem ser considerados relevantes para a construção de políticas sociais mais inclusivas e equânimes, visto que a legitimidade e reconhecimento público das instituições de saúde está relacionada a sua capacidade de absorver e responder às demandas sociais com transparência e visibilidade, aliada a aglutinação de forças sociais na defesa do estado de direito, face aos conflitos e interesses, por vezes antagônicos, numa sociedade de classes.

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.

Então, a gente está compartilhando isso. Essa semana mesmo, nós tivemos uma reunião com todas as coordenações onde você apresenta seus indicadores, as ações, o que estava programado, o que conseguimos, as metas realizadas. Isso é dividido com todos os coordenadores da secretaria. É dividido com os agentes comunitários de saúde, quando você tem uma campanha, tem alguma coisa que você está precisando divulgar. O boletim epidemiológico é uma outra forma da gente tá divulgando. O site da Prefeitura, sempre: todas as ações e os resultados alcançados. Então assim, dependendo do que é que a gente está querendo divulgar é um instrumento que é utilizado. (Município A, Ator 2, informação verbal).

A gente faz um boletim epidemiológico onde a gente distribui para todas as unidades de saúde e reunimos com os profissionais da unidade de saúde, onde a gente dá assim, a situação do semestre no município com relação às DST/Aids e o que a gente tem feito. Não só as unidades de saúde, como também ao Conselho Municipal de Saúde e a Coordenação Estadual de DST/Aids, nós mandamos relatórios e pra 4ª Dires também. (Município B, Ator 2, informação verbal).

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, informação verbal).

Tem as campanhas onde 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 às 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, informação verbal).

Os depoimentos acima, especificamente este último, evidencia a relação triangular entre o Estado enquanto sociedade política, a sociedade civil e os aparelhos de comunicação como difusores da ideologia da sociedade de classes, cujos embates são inerentes ao processo das relações sociais na luta pelo poder.

Em que pese os confrontos ideológicos e partidários, foi verificado que o saber técnico e gerencial tem conseguido, no espaço contraditório das estruturas sociais, articular ações e atores numa conjunção de esforços para viabilizar o projeto ético e político do SUS e das ações programáticas de DST/Aids.

Quando você lança uma campanha de sífilis congênita, tem até um aumento no número de mulheres fazendo pré-natal, porque você trabalha isso: 'procure o seu posto de saúde pra fazer o teste'. Quando ela procura, ela já encontra lá uma equipe pronta pra tá fazendo todo o pré-natal Então, conforme a campanha você observa. Tem algumas campanhas que são assim, por exemplo, campanha do carnaval, você não tem muito como obter um resultado. Você sabe que a pessoa soube da campanha, mas você não tem como mensurar se ela obteve grandes resultados. Mas são necessários porque se não tiver, há uma cobrança imensa. Então, tem que ter! [...]. (Município A, Ator 2, informação verbal).

Os dados obtidos em campo permitem que se façam algumas inferências sobre a sustentabilidade das ações programáticas de DST/Aids em âmbito local, uma vez que requer:

- a) uma base social de apoio que amplie as relações de parcerias, o compartilhamento das decisões e os resultados de gestão;

- b) transparência e visibilidade do poder municipal na gestão dessas ações, seja na captação e utilização de recursos públicos, seja nos serviços e benefícios gerados à sociedade; e
- c) a participação e o controle social, o que pressupõe a organização da sociedade civil e sua articulação com as instâncias institucionais do SUS, no sentido de mobilização e luta contínua para obtenção de ganhos e ampliação das conquistas sociais.

Sob essa perspectiva, depreende-se que as políticas sociais e neste caso em particular, a política de saúde representa um espaço de articulação de forças organizadas da sociedade pela ampliação do atendimento de suas necessidades e reivindicações. Nesse espaço de confronto de interesses e expansão dos direitos de cidadania, o Programa de DST/Aids tem buscado estabelecer a sua base de sustentação e apoio, o que tem lhe conferido reconhecimento público em território nacional e internacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Sistema Único de Saúde ocorreu numa conjuntura política e econômica complexa, marcada pelo processo de redemocratização do país e pelo fortalecimento das idéias neoliberais empreendidas na década de 80, de cunho privatizante, regidas sob a lógica de regulação da economia pelas leis do mercado, o que implicou na Reforma Administrativa do Estado Brasileiro.

No entanto, em que pese às adversidades conjunturais, o que se observa ao analisar a política de saúde nos anos 90, é que esse contexto, ao tempo que favoreceu o debate político no âmbito da saúde, culminando com o reconhecimento pela Constituição de 1988 do Direito à Saúde impôs, por outro lado, uma tensão contínua na concretização dos princípios e diretrizes do SUS, face aos desafios de natureza estrutural. Entre eles, a marcante desigualdade social do país, a estrutura do federalismo brasileiro e a montagem de um novo sistema de saúde sob as bases de um modelo médico-assistencial e privatista hegemônico.

Neste cenário, a diretriz organizativa do SUS de descentralização da gestão dos serviços de saúde apesar de colidir frontalmente com os preceitos do liberalismo econômico – haja vista que os ideários da Reforma Sanitária brasileira propunha a universalização, integralidade e equidade da atenção à saúde da população, participação social e controle da política de saúde, com vistas à democratização das relações sociais e do poder decisório, ao passo que a Reforma Administrativa do Estado defendia a proposta de descentralização sob o argumento da melhoria da eficiência dos serviços e/ou recursos públicos mediante a racionalização de custos – teve seu processo implementado.

Embora estes dois projetos apresentem fundamentos políticos e ideológicos diferentes, o consenso em torno da descentralização da saúde possibilitou o seu

avanço, favorecida pelas estratégias indutoras do governo federal de normatizações e transferências de recursos financeiros para as unidades subnacionais.

Entretanto, a operacionalização da descentralização da saúde evidencia a natureza política desse fenômeno, considerado multidimensional e multifacetado, o que a coloca como variável às circunstâncias políticas e sociais do poder local, face à heterogeneidade do país e a sua permeabilidade às influências político-institucional.

Neste sentido, este estudo foi orientado pelos seguintes argumentos:

- A. as disparidades inter e intra regionais conformam os resultados da descentralização e das relações governamentais. (GUIMARÃES, 2000; SOUZA, 2002);
- B. as instituições são moldadas pela história, cultura, incentivos e constrangimentos que mudam e se transforma em cada ambiente. (SOUZA, 2002); e
- C. os conflitos presentes no processo decisório são inerentes ao processo de implementação da descentralização e a estrutura federativa do país. (GUIMARÃES, 2000, 2003).

Com base nestes argumentos, e orientado pelo conceito de gestão tomado de empréstimo de Guimarães et al. (2002), que integra às dimensões organizacional, operacional e política e mantém uma interação mútua de interdependência, foi selecionado um conjunto de variáveis e respectivos indicadores, que se configurou em um modelo de análise construído para o estudo empírico.

Assim, esse modelo foi utilizado para mapear, descrever e analisar a descentralização da gestão das ações programáticas de DST/Aids, tendo como *locus* privilegiado de análise a esfera municipal, considerando o contexto técnico, político e institucional desses programas, sua estrutura organizacional para manter e ampliar recursos, os desafios enfrentados na implementação e na sustentabilidade de suas ações e/ou serviços.

Os dados obtidos com essa investigação confirmam o argumento acima exposto, porém esses resultados não podem ser generalizados para uma leitura da

realidade estadual, visto que contraria o próprio argumento, o qual confere à descentralização uma dinâmica própria a cada localidade, circunstanciada por questões estruturais e pela correlação de forças intra e inter níveis de governo.

As conclusões apresentadas, acerca dos dados obtidos, têm como alicerce os pressupostos teóricos que sustentam este estudo, implicando num esforço de síntese, dada a amplitude, complexidade e riqueza das interações sociais no contexto institucional.

A análise dos dados evidencia a relação ainda frágil dos governos locais, no tocante a 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, no âmbito da focalização de políticas públicas que assegurem o estado de direito das pessoas vivendo com HIV/Aids e promovam a sua inclusão social.

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.

Por outro lado, a dinâmica funcional da gestão das ações programáticas de DST/Aids, fundamentadas nos princípios de integralidade da atenção à saúde, requer das Coordenações Municipais de DST/Aids não somente capacidades técnicas e administrativas, mas habilidades e competências gerenciais e estratégicas para articular e gerir, concomitantemente, os níveis de planificação e de produção dos cuidados assistenciais à população infectada e/ou afetada pelo HIV /Aids e outras DST.

Essa situação evidencia a indivisibilidade da realidade social, que requer uma interação dinâmica entre as ações de gestão e de produção da saúde, próprias de um Estado que desempenha, por meio das suas instituições, o papel de mantenedor

e provedor de serviços para a população, bem como regulador das questões sociais, na qual a saúde se insere.

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 racionalidade, agilidade e eficiência administrativa para a operacionalização das ações, como também visibilidade e transparência que assegurem a sustentabilidade dos resultados de gestão.

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 inter regionais, 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 tem 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 trabalhos 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. Por outro lado, ficou evidenciado também que iniquidades no âmbito da distribuição desses recursos públicos pelo gestor federal reforçam a reprodução das desigualdades regionais e sociais, fontes 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. Mesmo com todos esses desafios, o provimento de serviços de saúde pelos governos municipais é uma realidade e também uma conquista do ponto de vista social e político.

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.

Concernente às iniciativas de gestão para auscultar e compartilhar decisões, embora tenha sido constatado mecanismos institucionalizados para esse fim, a participação e controle social ainda se apresentam frágeis. Isto por que, ainda é

frágil a representações 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.

Sendo a saúde um fenômeno relacionado às condições de vida e trabalho da população, envolvendo desde aspectos biológicos e sociais, até as dimensões econômicas e culturais, encontra-se, portanto, impregnada de conteúdos simbólicos, onde sonhos, desejos, expectativas e vontades de indivíduos, somam-se aos interesses da coletividade, exigindo do poder público uma resposta que contemple o individual e o coletivo, o particular e o geral, o nacional e o local. Por outro lado, o país e o mundo deparam-se com uma epidemia que atinge pessoas, grupos sociais, família, sociedade, empresas e as instituições sociais e políticas, visto que afeta direta e indiretamente o desenvolvimento sócio-econômico de uma nação.

Diante desse contexto, a sustentabilidade das ações de DST/Aids requer dos três níveis de governo, uma ação social, política e institucional de responsabilidades compartilhadas, associadas ao capital social das redes de interação da sociedade civil como força de coalizão, representação, legitimidade política e social. Neste campo, o fortalecimento das capacidades administrativas, técnicas, gerenciais e estratégicas das diferentes esferas de gestão do programa, torna-se urgente e necessária para fazer frente a uma epidemia que não escolhe sexo, idade, cor, etnia social, credo religioso, orientação sexual.

Acredita-se que ações coordenadas de saúde, envolvendo os três níveis de governo, associadas à participação e controle social podem contribuir para que a descentralização da saúde possa produzir os efeitos virtuosos atribuídos a ela de forma recorrente na literatura da área da saúde.

Os achados desta pesquisa evidenciaram que, em que pese a experiência histórica e social do Programa Nacional de DST/Aids, o que o torna diferenciado no contexto da saúde, seus resultados não são os mesmos em cada localidade, o que reforça a compreensão sobre a gestão como uma prática social, política e técnica cujas matizes são dadas pelo contexto e circunstâncias, os quais condicionam inclusive os limites dos arranjos administrativos e do uso de ferramentas gerenciais.

Este estudo, ao trazer evidências empíricas sobre o conjunto de dimensões e variáveis envolvidas na gestão descentralizada do Programa Nacional de DST/Aids contribui para ratificar o conhecimento sobre a complexidade e a natureza multifacetada da gestão em contextos descentralizados.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia; et al. (orgs). **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. **Plano Estadual de Ações e Metas em DST/Aids**. Salvador, 2004.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Plano Estadual de Ações e Metas em DST/Aids**. Salvador. 2006a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução da Comissão Intergestora Bipartite Nº 168 / 2006**, Salvador; 2006b.

_____. 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/vAids – 2007**. Salvador, 2007a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Plano Estadual de Ações e Metas em DST/Aids**. Salvador; 2007b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução da Comissão Intergestora Bipartite Nº 176 / 2007**, Salvador, 2007c.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução da Comissão Intergestora Bipartite Nº 159 / 2007**. Salvador, 2007d.

BARBOZA, Renato. **Gestão do programa de DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional no 9, de 9 de novembro de 1995. Dá nova redação ao art. 177 da Constituição Federal, alterando e inserindo parágrafos. **Lex: legislação federal e marginália**, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez. 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/91)**. Brasília; 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/92)**, Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96)**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01)**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02)**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Projeto Aids II: relatório de implementação e avaliação acordo de empréstimo BIRD 4392/BR**. [versão preliminar]. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portarias 2.313 e 2.314** publicadas em 19 e 20 de dezembro de 2002. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento recente das políticas de controle da Aids e outras DST no Brasil: descentralização e controle social**, (Mimeo). Brasília, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Programa estratégico de ações afirmativas: população negra e Aids**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Distritos sanitários especiais indígenas: diretrizes para implantar o programa de DST/Aids**. Série Manuais nº 64, 2ª Edição. Brasília, 2005.

_____. 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**, (Mimeo), Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim epidemiológico AIDS / DST**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde/ Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim epidemiológico AIDS / DST**. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis**. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implementação do projeto saúde e prevenção nas escolas**. Série Manuais nº 77. Brasília, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília, 2008.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Julio (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

DOURADO, Inês; et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 40 (Supl): 09-17, 2006.

FONSECA, Maria; 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.

GUIMARÃES, M. do Carmo Lessa; et al. **Relatório final do projeto: avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais - uma proposta metodológica**. Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2002.

GUIMARÃES, M. do Carmo Lessa. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998**. 2000. Tese (Doutorado) – 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**, n.39, p.105-132. Salvador, 2003.

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

ARISTIDES JUNIOR; et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 40 (Supl): 09-17, 2006.

JUNQUILHO, Gelson Silva. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, v.8, n.3, pp.304-318, Universidade de São Carlos, São Paulo, 2001.

LIMA, Nísia; et al. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil. In: LIMA, Nísia; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Julio (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NORONHA, J. Carvalho; et al. A gestão do sistema único de saúde: características e tendências. In: SERRUYA, Suzanne; GUIMARÃES, Reinaldo; TUESTA, Antonia (orgs). **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2006. (Série B Textos Básicos de Saúde).

OLIVEIRA, M. Helena. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: PIERANTONI, Célia; VIANA, Cid; (orgs). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 2003.

PAIM, Jairnilson. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

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

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

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

UGÁ, Maria; et al. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Julio (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

TEMPORÃO, José Gomes. Conferência Magna do Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão. Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. 7. **Anais...**, [S.d.], 2008. Disponível em: <www.aids.gov.br/noticias>. Acesso em julho de 2008.

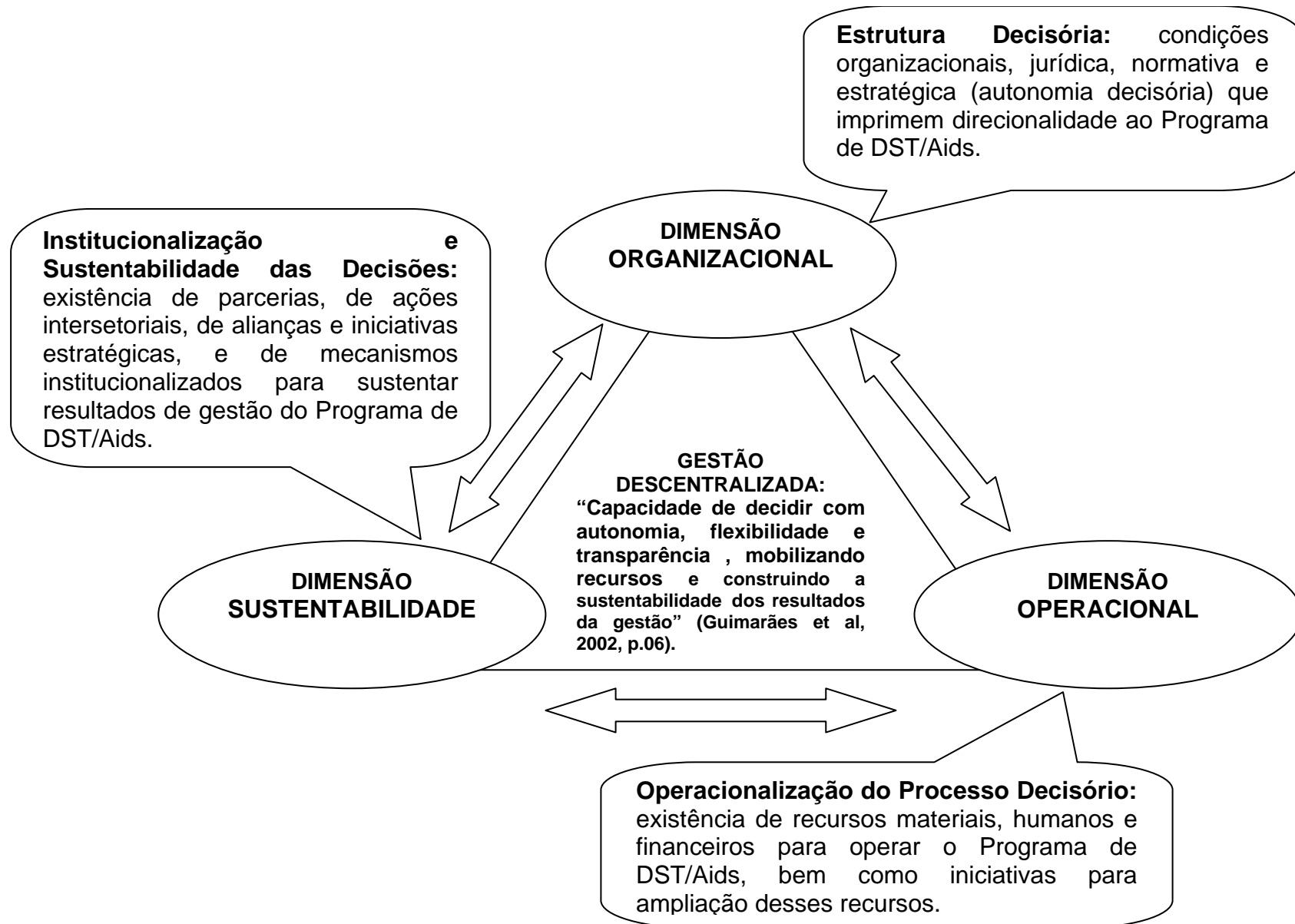
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS, **Situação da epidemia mundial de Aids**. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde, UNAIDS, 2007.

UNESCO/UNAIDS, **Compêndio para legisladores sobre HIV/AIDS Legislação e Direitos Humanos**: Ação para combater o HIV/AIDS em virtude de seu impacto devastador sobre os aspectos humano, econômico e social. Brasília: UNESCO / UNAIDS, Inter – Parliamentary Union, 2000.

YIN, Robert. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. São Paulo: ARTMED, 2005.

APÊNDICES

Matriz do Modelo Teórico Lógico da Descentralização da Gestão das Ações Programáticas de DST/Aids



DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: Estrutura do Processo Decisório <i>Condições organizacionais, jurídicas, normativas e estratégicas (autonomia decisória) que imprimem direcionalidade ao Programa de DST/Aids.</i>			
PRESSUPOSTO		OBJETIVOS ESPECIFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> A descentralização de recursos financeiros para os municípios não é garantia, por si só, de autonomia decisória e condições organizacionais, jurídicas, normativas e estratégicas do setor saúde e respectivas áreas programáticas. 		<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a estrutura organizacional, normativa, jurídica, administrativa e estratégica do Programa Municipal de DST/Aids, bem como seu modelo de gestão. 	
COMPONENTES	VARIÁVEIS / INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	
		Entrevista	Documento
Condições Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> Inserção do Programa Municipal de DST/Aids no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Estrutura física e tecnológica do Programa Municipal de DST/Aids (equipamentos, recursos informacionais etc). 	Secretário/a Municipal de Saúde. Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.	<ul style="list-style-type: none"> Organograma da SMS.
Condições Jurídicas	<ul style="list-style-type: none"> Existência de leis e/ou regulamentos que regulem as demandas institucionais referentes ao Programa de DST/Aids e da sociedade, especificamente das pessoas infectadas pelo HIV e outras DST. Existência de assessoria jurídica à SMS/ Programa Municipal de DST/Aids e aos portadores de HIV/Aids. 	Secretário/a Municipal de Saúde. Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.	<ul style="list-style-type: none"> Leis municipais.
Condições	<ul style="list-style-type: none"> Nomeação do Grupo Técnico Gestor 	Secretário/a Municipal de	<ul style="list-style-type: none"> Portaria Municipal

Normativas	<p>em conformidade com a Portaria 2.313 /2002, composição (quantitativo de funcionários, formação profissional, vínculo de trabalho, tempo de serviço) e qualificação do/a coordenador/a e equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de Comissões, Comitês e /ou Grupos Técnicos Assessores do Programa Municipal de DST/Aids (Comissão Interinstitucional de DST/Aids; Comitê Gestor de Saúde e Prevenção nas Escolas; Comitê de Saúde Mental e Aids; Comitê de Saúde da Mulher etc). 	<p>Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<p>de Nomeação grupo Técnico Gestor e/ou Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids.</p> <ul style="list-style-type: none"> Portarias, regulamentos, regimentos de comissões, comitês e/ou grupos técnicos assessores e respectivas atas/relatório de atividades, se houver.
Condições Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> Inserção do Programa Municipal de DST/Aids em unidade gestora. Autonomia da SMS / Coordenação Municipal de DST/Aids para decidir. Desenvolvimento do processo decisório e participação das decisões (atores institucionais e sociais que participam do processo decisório). Participação na elaboração e monitoramento do Plano de Ações e Metas de DST/Aids (PAM), problemas enfrentados no planejamento e execução das ações 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> PAM no MONITORAIDS.

	<p>programáticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros e/ou sistema de informação ou fontes de informação utilizadas para tomada de decisão e definição das ações programáticas. 		
Direcionalidades	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de missão, objetivos, prioridades do Programa Municipal de DST/Aids. • Participação de atores sociais e institucionais na definição da missão, objetivos, prioridades. 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missão, objetivos, diretrizes políticas para o Programa Municipal de DST/Aids.

<p>DIMENSÃO OPERACIONAL: Operacionalização do Processo Decisório</p> <p><i>Existência de recursos materiais, humanos e financeiros para operar o Programa de DST/Aids, bem como iniciativas para ampliação desses recursos.</i></p>	
PRESSUPOSTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Apesar da autonomia conferida aos municípios para ampliar sua capacidade de investimento na gestão das ações programáticas de DST/Aids, os recursos financeiros advindos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids ainda são a mola propulsora para a implementação do programa em âmbito local. • Fatores de natureza estrutural, conjuntural e política tem interferido no planejamento e implementação das ações programáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a existência de recursos materiais, humanos, financeiros e logísticos para o desenvolvimento do Programa de DST/Aids no município e a possibilidade de ampliação desses recursos; • Conhecer os fatores estruturais, conjunturais e

de saúde no âmbito municipal e conseqüentemente na ampliação dos recursos e insumos estratégicos e no fortalecimento do Programa Municipal de DST/Aids.		políticos que interferem no planejamento e implementação do Programa Municipal de DST/Aids.	
COMPONENTES	VARIÁVEIS / INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	
		Entrevista	Documento
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Insumos Tecnológicos para os serviços assistenciais de DST/Aids: (mobiiliários, equipamentos) adquiridos x recebidos e sistemas de informação implantados e em funcionamento (SICLOM e SI-CTA). • Insumos de Prevenção (material de informação, educação e comunicação em saúde, preservativo masculino e feminino, gel lubrificante) adquiridos x recebidos. • Insumos de Diagnóstico (testes anti-HIV e VDRL para Sífilis) adquiridos e Testes Rápido para o Diagnóstico do HIV recebidos. • Insumos de Assistência (medicamentos para DST e IO) adquiridos x recebidos. • Fonte dos recursos utilizados para aquisição desses insumos estratégicos. 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAM no MONITORAIDS, notas de aquisição e/ou transferência de recursos/insumos, plano municipal de preservativo e de insumos de diagnósticos, mapa mensal de distribuição de medicamentos de DST e IO.

Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Composição da equipe dos serviços assistenciais de DST/Aids (CTA/SAE), vínculo de trabalho, serviços disponibilizados. • Promoção da qualificação dos processos de trabalho, por meio do monitoramento e capacitação dos profissionais de saúde que atuam em serviços assistenciais de saúde e áreas afins. 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	
Recursos Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos do incentivo recebido x utilizados. • Recursos próprios pactuados x utilizados. • Recursos próprios utilizados na manutenção dos serviços de DST/Aids (CTA/SAE). • Existência de outras fontes de recursos financeiros utilizadas para gerir ações do Programa Municipal de DST/Aids. 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAM no MONITORAIDS. • Orçamento da saúde junto ao FMS.
Iniciativas de Gestão para Ampliação dos Recursos e Insumos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas e desafios enfrentados na implementação das ações de DST/Aids. • Iniciativas de gestão utilizadas para superar e enfrentar os desafios. • Iniciativas de gestão desenvolvidas para manter e ampliar os recursos e insumos 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAM no MONITORAIDS.

	estratégicos (parcerias, convênios, contratos, pactuação e/ou consórcios com outros municípios etc).		
--	--	--	--

DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE: Institucionalização e Sustentabilidade das Decisões			
<i>Existência de parcerias, de ações intersetoriais, de alianças e iniciativas estratégicas, e de mecanismos institucionalizados para sustentar resultados de gestão do Programa de DST/Aids.</i>			
PRESSUPOSTO		OBJETIVOS ESPECIFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> A sustentabilidade do Programa de DST/Aids em âmbito municipal tem sido fortemente condicionada e /ou associada aos mecanismos institucionalizados de repasse de recursos financeiros, informacionais e tecnológicos pelas esferas federal e estadual, bem como a sua base social de apoio e de articulações intra e inter setoriais. 		<ul style="list-style-type: none"> Analisar as iniciativas de gestão voltadas para ampliação de parcerias e construção de alianças na perspectiva de institucionalização das ações e sustentabilidade dos resultados de gestão. 	
COMPONENTES	VARIÁVEIS / INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	
		Entrevista	Documento
Ampliação de Parcerias	<ul style="list-style-type: none"> Projetos de cooperação técnica e financeira desenvolvidos em parceria com setores governamentais e não governamentais, organismos nacionais e internacionais. Projetos/ações em parceria com o setor privado para implementação das atividades de prevenção e educação em saúde, no 	Secretário/a Municipal de Saúde. Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.	<ul style="list-style-type: none"> Cópia dos projetos desenvolvidos.

	<p>âmbito das DST/HIV/Aids.</p> <p>Tipos de recursos utilizados e/ou incorporados através dessas parcerias externas.</p>		
Ações Intersetoriais Desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Ações desenvolvidas com outros programas de saúde pública (tuberculose, hepatites, saúde da criança, mulher, adolescente, saúde mental, atenção básica, saúde bucal etc). • Ações desenvolvidas com outros setores governamentais dos três poderes (educação, assistência social, transporte, justiça etc). 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	
Alianças e Iniciativas Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de gestão para estabelecer alianças estratégicas com setores governamentais e não governamentais, com vistas à descentralização das ações. • Resultados obtidos com estas alianças. 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	
Mecanismos Institucionalizados para Sustentar Resultados de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção das ações programáticas de DST/Aids no Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Lei do Orçamento Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), Plano Plurianual (PPA). • Canais de comunicação institucionalizados para auscultar críticas e sugestões dos trabalhadores, usuários da 	<p>Secretário/a Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenador/a do Programa Municipal de DST/Aids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Municipal de Saúde, LDO, PPA.

	<p>rede de serviços assistenciais em DST/Aids e parceiros governamentais e não governamentais.</p> <ul style="list-style-type: none">• Como tem sido trabalhada essa escuta (se sistematiza as críticas e sugestões; se incorpora as sugestões; se faz devolução das informações aos parceiros, clientes etc).• Canais de comunicação utilizados para veiculação de informação e conhecimento junto aos trabalhadores, usuários da rede de serviços assistenciais em DST/Aids e demais parceiros governamentais e não governamentais.• Compartilhamento dos resultados do PAM e da gestão do Programa Municipal de DST/Aids com os trabalhadores, usuários da rede de serviços assistenciais em DST/Aids e demais parceiros governamentais e não governamentais.		
--	--	--	--

APÊNDICE B

Quadro da classificação dos municípios do estado da Bahia habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids, no período de 2003 até o 1º quadrimestre de 2007, elencados segundo critérios para seleção da unidade de análise.

Macro Regional PDR 2007 ⁱ	Município	Sede de Dires ⁱⁱ	População segundo PDR 2007	Taxa de Incidência /100.000, no ano de 2007 ⁱⁱⁱ	Nº Portaria da Habilitação ^{iv} / Data	Habilitação NOAS 2002 ^v		Valor do Incentivo (R\$)	Modalidade Assistencial ^{vi}			
						Sede Micro	Gestão		CTA	SAE	ADT	HD
Centro Leste	Feira de Santana	X	535.820	5,6/100.000	1.416 / 24.07.2003	X	GPSM	373.821,90	X	X		X
Extremo Sul	Porto Seguro		140.692	12/100.000	1.668 / 29.08.2003	X	GPSM	139.221,74		X		
	Eunápolis	X	94.118	1,1/100.000	1.416 / 24.07.2003		GPSM	75.000,00	X	X		
	Teixeira de Freitas	X	123.557	0,8/100.000	642 / 23.05.2003	X	GPSM	75.000,00	X	X		
Sul	Ilhéus	X	220.932	6,3/100.000	1.668 / 29.08.2003	X	GPSM	348.054,43	X	X	X	
	Itabuna	X	205.070	1,0/100.000	1.927 / 09.10.2003	X	GPSM	400.987,33	X	X		
	Jequié	X	148.992	1,3/100.000	1.416 / 24.07.2003	X	GPSM	75.000,00	X	X		
Leste	Camaçari*		197.144	2,5/100.000	671 / 28.03.2007	X	GPSM	75.000,00	X	X		
	Salvador	X	2.714.018	6,5/100.000	2.242 / 25.11.2003	X	GPSM	1.052.127,10	X			

	Lauro de Freitas		146.150	7,5/100.000	642 / 23.05.2003		GPSM	75.000,00	X	X		
	Sto. Antonio de Jesus*	X	86.970	4,6/100.000	671 / 28.03.2007	X	GPSM	75.000,00	X	X		
Norte	Juazeiro	X	208.299	1,9/100.000	1.668 / 29.08.2003	X	GPSM	252.352,07	X	X		
	Paulo Afonso*	X	103.776	2,6/100.000	671 / 28.03.2007	X	Não habilitado a nenhuma modalidade de gestão.	75.000,00	X	X		
Oeste	Barreiras*	X	138.037	1,4/100.000	836 / 19.04.2007	X	GPSM	75.000,00	X	X		
Sudoeste	Vitória da Conquista	X	290.042	11/100.000	642 / 23.05.2003	X	GPSM	349.501,44	X	X	X	X

Fonte:

^I Plano Diretor de Regionalização, conforme Resolução CIB Nº 132 de 20 de setembro de 2007;

^{II} Diretorias Regionais de Saúde;

^{III} Casos de aids notificados segundo município de residência, no estado da Bahia, no período de 1984-2008. SESAB/SINAN;

^{IV} Portaria 2.313 e 2.314 de 19 e 20 /12/2002, Ministério da Saúde, que instituiu a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/Aids;

^V Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS / 2002: Sede de Micro; Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);

^{VI} Modalidades Assistenciais: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Serviço de Assistência Especializada (SAE); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e Hospital Dia (HD);

* Municípios habilitados à Política de Incentivo por meio de recursos programados no Plano Estadual de Ações e Metas PAM de DST/Aids (PAM), conforme da Resolução CIB Nº 168/2006 publicada em Diário Oficial do Estado (DOE) em 28/11/2006.

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista

Público: Secretário(a) Municipal de Saúde e Coordenadores (as) dos Programas Municipais de DST/Aids

I – Dimensão Organizacional

1.1 Condições Organizacionais

- Onde está inserido o Programa Municipal de DST/Aids no organograma da SMS?
- Quem e como decidiu esta inserção?
- Recursos físicos e tecnológicos do Programa Municipal de Saúde (equipamentos, recursos informacionais etc).

1.2 Condições Jurídicas

- Existem leis e/ou regulamentos municipais que regulem as demandas institucionais referente ao Programa Municipal de DST/Aids (funcionamento, direcionalidade etc) e das pessoas infectadas pelo HIV e outras DST ?
- Se sim, quais? Qual o objeto destas leis?
- Existe assessoria jurídica à SMS e ao Programa Municipal de DST/Aids?
- Existe assessoria jurídica da SMS disponível aos portadores de DST/Aids?
- Se não, existe alguma assessoria do poder público municipal à serviço à SMS/Programa Municipal de DST/Aids e portadores de DST/Aids?

1.3 Condições Normativas

- Existe grupo técnico gestor nomeado pela SMS, em conformidade à Portaria 2.313 / 2002? Se sim, nº da Portaria e grupo técnico nomeado.
- Identificação do informante-chave (nome formação profissional, tempo de atuação na função atual etc)
- Existem Comissões/Comitês assessores ao Programa de DST/Aids (Comissão Interinstitucional de DST/Aids; Comitê Gestor de Saúde e Prevenção nas Escolas; Comitê de Saúde Mental e Aids; Comitê de Saúde da Mulher etc)?

1.4 Condições Estratégicas

- O Programa Municipal de DST/Aids está inserido em unidade gestora?
- A SMS/Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids possui autonomia para decidir (em âmbito municipal e frentes aos demais níveis de governo)?
- Como se desenvolve o processo decisório e quem participa das decisões (atores institucionais e sociais que participam do processo)?
- Quem participa da elaboração do Plano de ações e Metas (PAM)?
- Como é viabilizada a execução das ações programáticas?
- Quais os parâmetros e/ou sistemas de informação ou fontes de informação utilizadas para a tomada de decisão e definição das ações programáticas?

1.5 Direcionalidades

- Qual a missão, objetivos e prioridades do Programa?
- Quem e como foi definido a missão, objetivos e prioridades?

II – Dimensão Operacional

2.1 Recursos Materiais

- Quais os equipamentos e materiais adquiridos e recebidos? Se recebidos, especificar a fonte.
- Quais/Quanto os recursos de informação, educação e comunicação adquiridos e recebidos? Se recebidos, especificar a fonte.
- Quantidade de preservativos adquiridos e recebidos?

- Insumos de diagnóstico (teste anti-HIV, exames confirmatórios para HIV, VDRL etc) adquiridos x recebidos.
- Insumos de assistência (medicamentos para DST e IO) adquiridos x recebidos.
- Quais as fontes de recursos utilizadas para aquisição desses recursos materiais e insumos estratégicos?

2.2 Recursos Humanos

- Qual a composição e qualificação da equipe técnica do CTA/SAE (formação profissional, vínculo de trabalho, tempo de serviço, carga horária, área de atuação, capacitações etc)?
- Existe algum tipo de ação para qualificar e/ou capacitar os profissionais que atuam no âmbito das DST/Aids e áreas afins?

2.3 Recursos Financeiros

- Recursos da política de Incentivo recebido x utilizados.
- Recursos próprios pactuado x utilizados.
- Recursos próprios utilizados na manutenção dos serviços de DST/Aids (CTA/SAE).
- O Programa Municipal de DST/Aids conta com outras fontes de recursos financeiros. Se sim, quais?

2.4 Iniciativas de Gestão para Ampliação dos recursos e Insumos Estratégicos

- Quais os problemas e desafios enfrentados no planejamento e implementação das ações de DST/Aids?
- Quais as iniciativas de gestão utilizadas para superar e enfrentar os desafios?
- Quais as iniciativas de gestão desenvolvidas para manter e ampliar os recursos e insumos estratégicos (parcerias, convênios, contratos, pactuação e/ou consórcios com outros municípios etc)?

III – Dimensão Sustentabilidade

3.1 Ampliação de Parcerias

- Existem projetos de cooperação técnica e financeira desenvolvidos em parceria com setores governamentais e não governamentais, organismos nacionais e internacionais?
- Existem projetos/ações em parceria com o setor privado para implementação das atividades de prevenção e educação em saúde, no âmbito das DST/HIV/Aids?
- Quais os tipos de recursos utilizados e/ou incorporados através de parcerias externas à SMS?

3.2 Ações Intersectoriais Desenvolvidas

- Existem ações desenvolvidas pelo Programa Municipal de DST/Aids em parceria com outros programas de saúde pública (tuberculose, hepatites, saúde da criança, mulher, adolescente, saúde mental, atenção básica, saúde bucal etc). Se sim, quais?
- Existem ações desenvolvidas pelo Programa Municipal de DST/Aids em parceria com outros setores governamentais (educação, assistência social, transporte, justiça etc). Se sim, quais?

3.3 Alianças e Iniciativas Estratégicas

- Quais as iniciativas de gestão para estabelecer alianças estratégicas com vistas à descentralização das ações?
- Quais os resultados obtidos com estas alianças?

3.4 Mecanismos Institucionalizados para Sustentar Resultados de Gestão

- As ações programáticas de DST/Aids estão inseridas no Plano Municipal de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO, Plano Plurianual - PPA?
- Existem canais de comunicação institucionalizados para auscultar críticas e sugestões dos trabalhadores, usuários da rede de serviços assistenciais em DST/Aids e parceiros governamentais e não governamentais?
- Se sim, quais?
- Como tem sido trabalhada essa escuta (se sistematiza as críticas e sugestões; se incorpora as sugestões; se devolve as informações aos parceiros, clientes etc)?
- Existem canais de comunicação utilizados para veiculação de informação e conhecimento junto aos trabalhadores, usuários da rede de serviços assistenciais em DST/Aids e demais parceiros governamentais e não governamentais. Se sim, quais?
- A SMS/ Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids compartilha os resultados do PAM e da gestão do programa com os trabalhadores, usuários da rede de serviços assistenciais em DST/Aids e demais parceiros governamentais e não governamentais? Se sim, como realiza este processo de compartilhamento?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Secretário(a) Municipal de Saúde / Coordenador(a) do Programa Municipal de DST/Aids

Prezado(a) Senhor(a):

Este é um projeto de pesquisa de Mestrado Profissional em Administração, do Núcleo de Pós-graduação em Administração (NPGA) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), intitulado “*A Descentralização da Gestão do Programa de DST/Aids no Estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas de saúde*”, cujo objetivo é analisar o processo de descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no estado da Bahia, no período de 2007 a 2008, buscando identificar os desafios e as possibilidades do município na gestão de ações programáticas de DST/Aids. São informantes chave desta pesquisa o secretário(a) municipal de saúde, coordenador(a) do programa municipal de DST/Aids.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a elaboração de estratégias políticas voltadas à melhoria da capacidade de gestão de ações programáticas de DST/HIV/Aids, com ênfase no fortalecimento do SUS.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e que lhe é facultado o direito de desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso acarrete nenhum prejuízo ou dano ao pesquisador e à instituição promotora da pesquisa. Asseguramos sigilo e confidencialidade, de modo que garantimos que sua identidade não será revelada na análise dos dados e também não será divulgada no relatório final ou em qualquer outra forma de divulgação dos resultados desta pesquisa. Esclarecemos também, que a entrevista será gravada e depois transcrita, podendo os dados ser incluídos ou não no relatório final, cuja cópia será enviada para conhecimento do(a) senhor(a) ao término do projeto.

Agradecemos a sua participação, ao tempo que informamos que o(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora, podendo dirimir quaisquer dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer outro momento.

Edivânia Lucia Araújo Santos Landim

Pesquisadora responsável pelo estudo / RG 2.134.392-63

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)/
Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)/
Programa Estadual de DST/Aids
Av. ACM, s/n – Centro de Atenção à Saúde
José Maria de Magalhães Neto – Iguatemi
Tel/Fax.: (71) 3270-5706 / 5819
vanialandim@hotmail.com

Eu, _____ portador do RG Nº
_____, declaro que compreendi os objetivos, riscos e
benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar deste
estudo.

_____, ____/____/2008.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

APÊNDICE E

Relatório da Observação de Campo do Município “A”

I – Recursos Físicos, Mobiliário e Tecnológicos

Unidade	Espaço Físico	Mobiliários/Equipamentos
Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids	01 sala conjunta para DST/Aids e Saúde Bucal, localizada na sede da Secretaria Municipal de Saúde.	Mesa, cadeiras, computador interligado à internet, aparelho de telefone
Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – SAE OBS: 1. Localiza-se dentro de uma Policlínica, onde é disponibilizado serviços de: Pronto Atendimento, centro Cirúrgico (laqueadura etc), cardiologia, Otorrinolaringologia, ortopedia, Ginecologia, Oftalmologia, Fisioterapia; 2. Há sistema de referenciamento interno de pacientes entre Policlínica e SAE.	Sala de Farmácia (já é Unidade Dispensadora de medicamento)	02 estantes de aço c/ 05 prateleiras 01 refrigerador 01 mesa com 02 gavetas 01 cadeira 01 computador com internet 01 armário com 02 portas 01 ar condicionado
	Sala de Coleta	01 maca 01 balança pediátrica 01 balança adulto 01 mesa com 02 gavetas 02 cadeiras 02 armários (pequeno) 01 armário com 02 portas 01 ventilador
	Sala de Espera	05 longarinas 03 arquivos aço com 04 gavetas
	Consultório nº 20	01 mesa com 02 gavetas 03 cadeiras 01 computador 01 armário com 02 portas 01 maca 01 escada 01 negatoscópio 01 armário com 02 prateleiras (pequeno)
Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS - SAE		

		01 pia 01 ar condicionado
	Consultório nº 21	01 mesa para computador 01 computador com internet e impressora 01 mesa com 02 gavetas 03 cadeiras 01 geladeira com vacinas 01 armário com 02 portas 01 aparelho de telefone fixo 01 aparelho celular 01 armário estante (pequeno) 01 pia 01 ar condicionado
	Sala de Odontologia (atende paciente HIV+ e HIV-)	01 equipo e demais aparelhos e mobiliários, os quais não foram possíveis de listar, pois a sala estava em atendimento.
Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA Itinerante	Possui apenas CTA móvel	01 veículo adaptado com mobiliário para guarda e condicionamento de material.
<p>Observação: Existe projeto de expansão do SAE, estando previsto:</p> <p>01 sala de reuniões para realização de aconselhamento coletivo, capacitações;</p> <p>01 sala para equipe técnica do CTA Itinerante;</p> <p>Transferência do consultório de odontologia para o CEO, cuja sala será transformada em sala de reunião;</p> <p>01 recepção independente;</p> <p>Ampliação da sala de farmácia.</p>		

II – Recursos Humanos

Unidade	Categoria Profissional	Qtd.
Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids	Enfermeira	01
SAE e CTA Itinerante OBS: 1. Atividades são desenvolvidas em áreas não cobertas pelo PSF, sendo desenvolvidas durante o	Médico Clínico	01
	Médico Infectologista	01
	Enfermeiro (01 para SAE e 02 para	03

dia e à noite;	CTA)	
2. O CTA tenta promover a ponte entre população e unidades de saúde, além da testagem consentida para HIV, utilizando o Teste Rápido para Diagnóstico – TRD e o método Elisa.	Técnico de Enfermagem (01 para SAE e 01 para CTA)	02
	Psicólogo	01
	Farmacêutico	01
	Dentista	01
	ACD	01
	Motorista	01
Observação:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. O SAE tem um fluxo semanal em torno de 30 a 50 pacientes; 2. O SAE tinha aproximadamente 116 pacientes em uso da TARV na época da visita, sendo 114 adultos e 02 crianças; 3. O SAE tem implantado sistema de busca consentida conforme portaria do MS; <p>O SAE tem implantado o SI-CTA e SICLOM.</p>		

APÊNDICE F

Relatório da Observação de Campo do Município “B”

I – Recursos Físicos, Mobiliário e Tecnológicos

Unidade	Espaço Físico	Mobiliários/Equipamentos
Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids	01 sala para Coordenação de DST/Aids conjugada com o serviço de Informação em Saúde, localizada na sede da Diretoria de Vigilância à Saúde que integra a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária.	02 mesas com 02 gavetas 01 estante de aço com 05 prateleiras 01 arquivo aço com 04 gavetas 01 armário com 02 portas 01 computador com internet e impressora 01 aparelho de fax 03 cadeiras digitador 01 split
Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – CTA/SAE	Sala de Enfermagem e Serviço Social	01 arquivo aço com 04 gavetas 02 mesas com 02 gavetas 01 armário de aço e vidro com 01 porta 01 balança para adulto 01 armário com 02 portas 01 armário aço com 05 prateleiras 01 impressora 01 mocho 01 mesa ginecológica 01 foco 01 escada 02 cadeiras digitador 02 cadeiras sem braço 01 mesa de mayo 01 computador com internet 01 ar condicionado
OBS: 1. Localiza-se dentro de uma Policlínica, onde é disponibilizado serviços de: Cardiologia, Ortopedia, Ginecologia, Oftalmologia, Gastroenterologia 2. Há sistema de referenciamento interno de pacientes entre Policlínica e SAE	Sala de Expurgo (para toda a Policlínica)	01 longarina 01 pia com 02 cubas
Centro de Testagem e	Sala de Espera	05 longarinas com 05 lugares cada

Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – CTA/SAE	Sala de Armazenagem com ante-sala utilizada para Registro	01 freezer 01 geladeira 01 bancada com 03 gavetas 01 mocho 01 ar condicionado 01 mesa com 02 gavetas 02 cadeiras
	Sala de Coleta	01 estante com 05 prateleiras 01 pia com 01 cuba e armário de 04 portas e 04 gavetas 01 mesa auxiliadora 01 braçadeira 01 armário de aço e vidro com 01 porta 01 ventilador 01 centrífuga 01 exautor
	Sala de Reunião e Informática	01 mesa com 02 gavetas 01 mesa auxiliar 01 computador com internet e impressora 01 cadeira digitador 01 armário aço com 02 portas 01 aparelho de fax 20 cadeiras de braço tipo escolar 01 ar condicionado
	Consultório Médico e de Psicologia	01 mesa com 02 gavetas 01 cadeira digitador 02 cadeiras 01 maca 01 escada 01 suporte para soro 01 armário aço com vidro de 01 porta 01 estante com 05 prateleiras 01 sofá com 02 lugares
	Corredor	01 bebedouro para toda policlínica
Observação: O projeto de expansão do CTA/ SAE, em execução no momento da		

visita prevê:

01 sala de reuniões para realização de aconselhamento coletivo, capacitações, ficando a atual apenas para Sala de Informática;

02 Consultórios;

01 Copa para servidores de toda a Policlínica;

01 Corredor de Circulação unindo os consultórios e salas existentes no CTA/SAE.

II – Recursos Humanos

Unidade	Categoria Profissional	Qtd.
Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids	Enfermeira	01
	Auxiliar Administrativo	01
CTA/SAE	Enfermeira (assume o cargo de Coordenadora do CTA/SAE)	01
	Médico Pediatra	01
	Médico Clínico	01
	Técnico de laboratório	01
	Psicólogo	01
	Farmacêutico	01
	Assistente Social	01
Observação:		
<p>4. O SAE tem implantado sistema de busca consentida conforme portaria do MS; O SAE tem implantado o SI-CTA. Embora seja Unidade Dispensadora de Medicamento – UDM, ainda não tem SICLOM implantado</p>		

ANEXOS

