



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Renato Chuster Hamed Humar

Análise da política para o HIV/AIDS no Estado do Amazonas e as relações federativas no âmbito do SUS

Rio de Janeiro

2017

Renato Chuster Hamed Humar

Análise da política para o HIV/AIDS no Estado do Amazonas e as relações federativas no âmbito do SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientador Principal: Prof. Dr. Gustavo Corrêa  
Matta

Segunda Orientadora: Prof. Dra. Arlinda  
Barbosa Moreno

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

H918 Humar, Renato Chuster Hamed  
Análise da política para o HIV/AIDS no Estado do Amazonas e as relações federativas no âmbito do SUS / Renato Chuster Hamed Humar. -- 2017.  
79 f. ; tab.  
  
Orientadores: Gustavo Corrêa Matta e Arlinda Barbosa Moreno.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.  
  
1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Infecções por HIV. 3. Federalismo. 3. Descentralização. 4. Políticas Públicas. 5. Regionalização. I. Título.

CDD – 22.ed. – 614.5993098113

Renato Chuster Hamed Humar

Análise da política para o HIV/AIDS no Estado do Amazonas e as relações federativas no âmbito do SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 12 de setembro de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira  
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dra. Marly Marques da Cruz  
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta (Orientador Principal)  
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família pelo apoio e compreensão em mais este importante passo de minha formação acadêmica. A meus queridos pais, Valdir e Marlene, inspiração de vida e luta, sempre incentivando os estudos e o esforço para alcançar meus objetivos. Minha esposa e companheira de todas as horas, Maria, meu refúgio constante e fonte inesgotável de ânimo para seguir na caminhada. Meu filho João, cuja chegada a esse mundo se deu durante esse trabalho, motivo maior para deixar de lado facilmente qualquer desânimo diante das dificuldades. Meu irmão Marcio, minhas primas queridas Fabianne e Fernanda, o fruto desse trabalho também se deve muito a vocês. Em meu histórico profissional, inúmeras são as pessoas que contribuíram para esse trabalho desde que iniciei minha caminhada na luta contra o HIV/Aids, a partir momento em que entrei no então Programa de Aids do Ministério da Saúde, no já um pouco distante ano de 2004. São muitos os nomes e não caberiam todos aqui, mas deixo meu agradecimento aos colegas de UCP, UAD (em especial os amigos da licitação), CGG, ACI e todos aqueles com quem trabalhei no hoje chamado Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatite Virais do Ministério da Saúde. Mais recentemente, indispensável agradecer também aos colegas de AHF Brasil pela paciência e apoio nos momentos finais deste trabalho. Por fim, muito obrigado aos professores Gustavo da Matta e Arlinda Moreno, meus orientadores nessa jornada; mesmo diante de mudanças, ajustes e novidades que não estavam previstas no começo de nossa parceria, conseguimos superá-las trabalhando, e muito, em conjunto.

## RESUMO

Este trabalho realiza uma análise das políticas públicas para o HIV/Aids no estado do Amazonas, tendo como referencial as relações entre as três esferas da federação brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde. As políticas públicas brasileiras para enfrentamento do HIV/Aids, em geral, são consideradas exitosas em diversos estudos. No entanto, restam ainda alguns desafios, especialmente ao se olhar para os diferentes níveis da epidemia em algumas regiões do país. Sob essa lógica, o estado do Amazonas é um dos que apresentam alguns dos piores indicadores relativos ao HIV/Aids nos últimos anos em relação às médias nacionais. Este estudo apresenta histórico das políticas para o HIV/Aids primeiramente no Brasil e, em seguida, no estado do Amazonas, enfocando nas questões da descentralização e regionalização. Em seguida, foram reunidos documentos das instâncias formais do SUS, a fim de verificar como se dão as relações entre gestores e a participação da sociedade civil nesses foros. Assim, foi feito levantamento de registros de reuniões e de resoluções do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado Amazonas no período de 2010 a 2016, que nos mostrou a força das políticas de indução de ações do Ministério da Saúde por meio do chamado instrumento da Programação de Ações e Metas (PAM), em contraste com a fragilidade, tanto das instâncias intergestores do SUS no Amazonas, como é o caso da CIB local, quanto da própria Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Tal fato parece levar à consecução de políticas para o HIV/Aids no Amazonas insuficientes para suprir as peculiaridades locais e regionais, tal como nos parecem apontar os atuais índices epidemiológicos para esse agravo naquele estado.

Palavras-chave: HIV/Aids; Amazonas; Descentralização; Federalismo; Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

This work analyzes the public policies for HIV / AIDS in the state of Amazonas, using as reference the relations between the three spheres of the Brazilian federation within the scope of the Unified Health System. Brazilian public policies to face HIV / AIDS, in general, are considered successful in several studies. However, there are still some challenges, especially when looking at the different levels of the epidemic in some regions of the country. Under this logic, the state of Amazonas is one of those that present some of the worst indicators related to HIV / AIDS in recent years in relation to national averages. This study presents a history of policies for HIV / AIDS primarily in Brazil and then in the state of Amazonas, focusing on the issues of decentralization and regionalization. Next, documents were gathered from the formal instances of the SUS, in order to verify how the relations between managers and the participation of civil society in these forums are. Thus, a record of meetings and resolutions of the State Health Council (CES) and of the Bipartite Intergovernmental Commission (CIB) of the State of Amazonas was carried out considering the period from 2010 to 2016, which showed us the strength of the policies of induction of actions of the Ministry through the so-called Program of Actions and Goals (PAM), opposed to the fragility of both the SUS intergovernmental bodies in Amazonas, as is the case of the local CIB, and of the State of Amazonas State Health Department itself. This fact seems to lead to the achievement of HIV / AIDS policies in Amazonas that are insufficient to meet the local and regional peculiarities, as the current epidemiological indexes for this disease in that state seem to point.

**Key Words:** HIV/Aids; Amazonas; Decentralization; Federalism; Public Policies.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Marcos Históricos – Aids no Brasil.....	25
Quadro 2 -	Inserção do tema HIV/AIDS nos documentos da CIB-AM e do CES-AM (2010 – 2016).....	47
Quadro 3 -	Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que apontam protagonismo da FMT.....	49
Quadro 4 -	Resumos de reuniões do CES-AM que apontam que apontam apresentações sobre PAM sem detalhamento das discussões.....	54
Quadro 5 -	Resumos de reuniões do CES-AM que trazem apresentações sobre PAM, com detalhamento das discussões.....	55
Quadro 6 -	Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que abordam o tema da INTERFAM.....	58
Quadro 7 -	Trechos de resumos de reuniões da CIB-AM que trazem discussões relacionadas à PAM.....	61
Quadro 8 -	Excertos de resumos de reuniões da CIB-AM que trazem trechos sobre a INTERFAM e questões logísticas.....	70



## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
AZT	Azidotimidina = Zidovudina
CD4	Grupamento de Diferenciação 4
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNAIDS	Comissão Nacional de Aids
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRT-SP	Centro de Referência e Treinamento do Estado de São Paulo
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMT	Fundação de Medicina Tropical
FUAM	Fundação Alfredo da Matta
GGE	Grupo Gestor Estadual
HAART	Terapia antirretroviral
HEMOAM	Fundação de Hematologia do Amazonas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
INTERFAM	Cooperação Interfederativa do Amazonas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PAM	Programação Anual de Ações e Metas
PNDSTAIDS	Programa Nacional de DST/Aids
PPA	Plano Plurianual
PRODAM	Processamento de Dados do Amazonas
PSPE	Programa Saúde e Prevenção nas Escolas
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento Médico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TB	Tuberculose
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids
UNDCP	Programa das Nações Unidas para o Controle das Drogas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO BRASIL: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
3.1	POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO BRASIL.....	24
3.2	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS PARA O HIV/AIDS.....	28
<b>4</b>	<b>POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS – DESCENTRALIZAÇÃO? REGIONALIZAÇÃO?.....</b>	<b>34</b>
4.1	POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS.....	35
4.2	A INTERFAM NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS.....	38
4.3	DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS.....	40
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS ACHADOS.....</b>	<b>45</b>
6.1	CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS (CES-AM).....	47
6.2	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO AMAZONAS (CIB-AM)..	60
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“No meio dessa estupenda valsa, o homem deixa cair o chapéu, e o tenente-coronel, que o seguia assustado para pedir que parasse, viu com horror que o tal sujeito tinha a cabeça furada. E em vez de ser homem era um boto, sim, um grande boto, ou o demônio por ele, mas um senhor boto que afetava, como por maior escárnio, uma vaga semelhança com o Lulu Valente. O monstro, arrastando a desgraçada dama pela porta afora, espavorido com o sinal da cruz feito pelo Bento de Arruda, atravessou a rua, sempre valsando, ao som de Varsoviana, e chegando à ribanceira do rio, atirou-se lá de cima com a moça imprudente, e com ela se atufou nas águas” (DE SOUZA, 2012, p. 82).

O trecho acima é parte do conto “O Baile do Judeu”, que integra a obra “Contos Amazônicos”, de autoria de Inglês de Souza, publicado originalmente no ano de 1893. Nesta obra, o autor reúne contos que apresentam muito do folclore e do imaginário dos habitantes da floresta, trazendo um retrato das crenças populares na região da Amazônia ao final do século XIX.

Neste trecho, De Souza nos apresenta à lenda do boto, bastante difundida e parte integrante do folclore da Amazônia. Segundo tal lenda, alguma jovem garota de um povoado ribeirinho acaba seduzida pelos encantos do “boto”, que a enfeitiça fazendo-se passar por homem e dançarino e a leva junto consigo para dentro do rio.

É bem possível que tal lenda tenha surgido no imaginário popular amazônico para justificar o sumiço de jovens prometidas para casamentos com os quais não concordavam, o aparecimento de alguma gravidez indesejada ou outras situações que pudessem estar ligadas a relações amorosas e práticas sexuais pouco aceitas e de difícil explicação diante da sociedade local. Por vezes, poderia ser conveniente recorrer aos encantamentos do “boto” para justificar algumas situações.

A disseminação da lenda do boto entre os povos amazonenses nos permite refletir sobre quantas situações de exposição a infecções sexualmente transmissíveis não acabaram por ser acobertadas por essa estória popular, justificando por meio de misteriosos relacionamentos com o “animal encantado” situações inusitadas para alguns povoados. Esta pode ter sido, por exemplo, uma abordagem mais fácil de se aceitar ou de se tentar entender casos de sífilis congênita, que levasse ao nascimento de bebês com más-formações decorrentes desse agravo. Sob essa lógica, em dias mais atuais, enfermidades relacionadas ao HIV/Aids também poderiam ter tido sua disseminação no Amazonas apoiada pelo tal animal encantado.

Evidentemente, fizemos referência à chamada “lenda do boto” apenas para traçarmos um paralelo entre o imaginário popular capturado na literatura de ficção de Inglês de Sousa e

algumas situações da realidade atual, na qual podemos, por exemplo, encontrar um cenário preocupante quanto à epidemia de AIDS no estado do Amazonas. E olhando para a realidade, nosso amigo “boto” certamente tem muito menos reponsabilidade sobre esse tema do que outras situações bem mais factíveis e que podem nos trazer explicações mais razoáveis para termos chegado ao atual cenário da aids no estado do Amazonas.

Por ocasião do Dia Mundial de Combate à Aids, reportagem publicada na página amazonense do website G1 (AMAZONAS, 2016) em primeiro de dezembro de 2016 trouxe dados divulgados pelo Ministério da Saúde que apontam para o protagonismo do Amazonas no conjunto da epidemia de AIDS nacional, especialmente na comparação com a situação de outros estados do país.

Segundo a reportagem, o Amazonas apresenta taxas de mortalidade por AIDS acima das médias nacionais e aumento significativo nas taxas de detecção de novos casos nos anos mais recentes. Do total de 15.317 casos registrados desde 1986, 3.293 tiveram seu registro ocorrido entre 2014 e 2016. O Amazonas aparece em segundo lugar, atrás do Rio Grande do Sul e ao lado do Rio de Janeiro, como um dos estados brasileiros com os maiores coeficientes de mortalidade por AIDS por 100 mil habitantes. O coeficiente do Amazonas para 2015 foi de 8,7, tendo sido registrado um índice de 4,0 no ano de 2004, o que aponta o agravamento dessa situação na última década.

Outro dado trazido pela reportagem é o aumento significativo nas taxas de detecção a partir de 2006 no Amazonas. Em 2013, por exemplo, a taxa do estado era de 37,4 casos por 100 mil habitantes, 83% maior que a taxa nacional, que é de 20,4 casos por 100 mil habitantes.

Outras reportagens também apontam para o quadro preocupante do HIV/Aids no estado, tendo como base informações divulgadas pela Coordenação de Aids do Amazonas. Por exemplo, o website do periódico amazonense A Crítica, na data de 24 de maio de 2017, posiciona o estado do Amazonas e a cidade de Manaus como as terceiras colocadas nacionalmente quanto aos índices de novos casos de HIV/Aids registrados (AMAZONAS, 2017). A página virtual do periódico Em Tempo, também traz alerta para as taxas elevadas para o HIV/Aids no Amazonas, ao destacar em reportagem de março de 2017 que os casos no estado cresceram 85% entre jovens (COSTA, 2017). Documentos oficiais, como o Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016 do Ministério da Saúde e o Boletim Epidemiológico do Estado de Saúde do Amazonas HIV/Aids e Sífilis de 2015, nos trazem dados que corroboram com a situação preocupante da epidemia de aids no Amazonas destacada nos veículos de imprensa.

Independentemente das fontes e dos números exatos, fato é que a epidemia de aids no Amazonas vem cada vez mais aparecendo com destaque negativo quando se compara com o cenário da epidemia no restante do Brasil.

Diante deste quadro de agravamento da epidemia no Amazonas nos anos mais recentes, os gestores da saúde pública brasileira buscaram organizar algumas ações para melhoria da resposta amazonense ao HIV/Aids. Com o discurso de atacar os dados epidemiológicos apresentados nas linhas acima, o Ministério da Saúde e o Governo do Estado do Amazonas firmaram um acordo de cooperação no ano de 2014 com o objetivo de desenvolver ações coordenadas para reduzir a incidência da aids na região, objetivando a redução de óbitos relacionados à aids, melhoria da prevenção junto a populações vulneráveis e melhorar a eficiência dos serviços de saúde. Tal acordo foi noticiado no website do Portal Brasil, em 19/06/2014, e passará a ser referido doravante em nosso texto como INTERFAM (COOPERAÇÃO, 2014). Ressaltamos que, mais adiante, será apresentado maior detalhamento de como se organiza e como atua a INTERFAM.

Levando em consideração o cenário epidemiológico importante do HIV/Aids no Amazonas e a proposta de um arranjo federativo específico, como a INTERFAM, para coordenar forças na resposta da saúde pública ao agravo, alguns questionamentos surgem para tentarmos entender um pouco melhor como chegamos a tal quadro. Por exemplo, poderíamos perguntar, qual a razão para que não tenha havido um esforço conjunto e coordenação de ações dos entes públicos nos diferentes níveis da federação antes de que se chegasse ao cenário atual da epidemia no estado do Amazonas? Além disso, houve problemas anteriores na relação entre os três níveis da federação brasileira que dificultaram a consecução de políticas públicas efetivas para o Amazonas? Por que os dispositivos de gestão descentralizada estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil não foram capazes de coordenar ações efetivas para as políticas de aids amazonenses? O estado e os municípios amazonenses estavam adequadamente preparados para enfrentar a epidemia desde o princípio de seu surgimento no estado? O Ministério não foi capaz de prover a adequada capacitação técnica dos demais entes para melhorar a estrutura local no enfrentamento ao HIV/Aids?

Lembramos que o SUS brasileiro foi estabelecido junto à Constituição da República em 1988, prevendo um sistema de participação social e de interação e participação cooperativa entre os três níveis da federação para organizar a estrutura pública de saúde no país. A Lei 8080/1990, que regulamenta o Sistema de Saúde nacional, estabelece em seu capítulo II, que trata dos princípios e diretrizes do sistema, artigo 7º :

“IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
  - X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
  - XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
  - XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”.
- (BRASIL, 1990).

Na sequência do texto da Lei 8080, o capítulo III, ao tratar da organização e gestão do sistema, estabelece em seus artigos 8º e 9º:

“Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.” (BRASIL, 1990).

Mais adiante, a Lei 8080 irá estabelecer as comissões intergestores do Sistema de Saúde conforme abaixo:

“Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”;

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (BRASIL, 2011).

Considerando tais previsões legais, vemos que o SUS já estabelece os espaços para a definição de políticas públicas para saúde de forma descentralizada, cabendo especialmente às comissões intergestores acomodar as diferentes demandas e realidades de cada um dos entes da federação para a consecução de tais políticas. Era de se esperar que tais dispositivos, caso estivessem em pleno funcionamento, fossem suficientes para acomodar as relações entre União, estados e municípios no que tange às políticas públicas de saúde, aqui incluídas também, evidentemente, as políticas para o HIV/Aids.

No caso específico das políticas para o HIV/Aids no estado do Amazonas, considerando o surgimento do inusitado arranjo da INTERFAM, mesmo diante da existência no estado dos dispositivos habituais nos quais se dão as relações federativas do SUS, cabem fazermos mais alguns questionamentos, tais como: Quais teriam sido as razões para que fosse necessário a elaboração de um acordo cooperativo entre os entes que fosse além das estruturas habituais de gestão do Sistema? Como se deram as relações federativas no tocante às políticas de aids no Amazonas dentro das Comissões Intergestores do SUS, como, por exemplo, a CIB do Amazonas? Quais atores participaram dessas discussões? Como se deu a participação social, especialmente por meio do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas?

Ao olharmos para as políticas nacionais de combate ao HIV/Aids, as análises sobre tais políticas, em geral, destacam o sucesso do país em construir uma resposta de sucesso ao agravo. Mais adiante iremos detalhar melhor essas políticas, contudo, algumas análises sobre a descentralização das políticas brasileiras para o HIV/Aids apontam para a incapacidade do nível central em superar algumas peculiaridades regionais. Tal fato é corroborado, por exemplo, ao se verificar o agravamento da epidemia em alguns locais do país. Diante do êxito das políticas para a aids em boa parte dos estados do Brasil, cabe refletirmos também sobre quais seriam as razões para que os instrumentos de descentralização dessas políticas não tenham sido capazes de levar o mesmo êxito a alguns lugares do território nacional, tal como no caso do Amazonas.

No intuito de encontrar algumas respostas para os questionamentos acima, estamos propondo o estudo a seguir que buscará realizar uma análise sobre como as políticas públicas para o enfrentamento do HIV/Aids no Amazonas se inseriram nas relações federativas previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O estudo se concentrará no período mais recentes da história das políticas para enfrentamento do HIV/Aids no país, no qual ganham maior força ações para descentralização dessas políticas desde o nível federal para os estados e municípios, tal como



veremos mais adiante nos capítulos que detalharemos as políticas de aids nacionais, com referência em textos de Grangeiro (2015).

Para tanto, iremos trazer nas próximas páginas um breve referencial teórico sobre alguns conceitos-chave ao estudo, tais como a descentralização e a regionalização da saúde; a indução de políticas públicas, entre outros. Mais adiante, traremos um histórico das políticas públicas para o HIV/Aids no Brasil, seguido de um histórico de tais políticas dentro do estado do Amazonas. A partir daí, entraremos em um levantamento documental realizado em registros de comissões e conselhos de saúde do Amazonas, considerando o período de 2010 a 2016, para buscar referências sobre as políticas locais para o HIV/Aids e, com isso, verificar como se acomodaram as relações entre as diferentes esferas federadas diante do tema no estado. Esperamos, com isso, apresentar algumas considerações e inferências sobre como o arranjo federativo das políticas em saúde no Brasil e no Amazonas podem ter influenciado o atual cenário do HIV/Aids no estado.

Isto posto, alguns dos objetivos específicos dessa pesquisa serão:

- Apresentar como as dificuldades nas relações federativas para as políticas de saúde em HIV/Aids no Amazonas podem ter colaborado para cenário epidemiológico deste agravo no estado;
- Apontar as fragilidades dos mecanismos de gestão descentralizada do SUS que dificultem a coordenação de ações para as políticas de aids no estado do Amazonas;
- Demonstrar como foi estabelecido o desenho institucional no estado do Amazonas para fazer frente à epidemia de aids;
- Verificar a capacidade do Ministério da Saúde em prover a capacitação técnica necessária aos entes locais para organização das respostas aos HIV/Aids;
- Apontar os principais atores envolvidos nas discussões sobre as políticas para o HIV/Aids no Amazonas, com enfoque especial nas Comissões Intergestores do estado e no Conselho Estadual de Saúde;
- Traçar um histórico das políticas para o HIV/Aids nacional e amazonense, com vistas a entender quais situações favoreceram o surgimento de um acordo de cooperação federativa com as características da chamada INTERFAM.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE**

Como referencial teórico para a discussão que vamos propor, buscamos autores que tratem dos temas da saúde relacionados ao pacto federativo e aos aspectos da descentralização, regionalização e hierarquização.

Sobre descentralização, Hortale (1997) faz detalhado levantamento de diversos conceitos teóricos sobre descentralização e os relaciona com a saúde, destacando que as conclusões são bastante divergentes, indo desde o entendimento de que a descentralização trata-se de uma simples desconcentração, até a definição de que seria parte de um processo de transferência de poderes.

Hortale (1997) aponta a descentralização das organizações públicas como inerente ao processo de construção dos Estados democráticos, sendo parte na agenda política de setores hegemônicos e contra-hegemônicos da sociedade. A autora traz ainda um conceito de descentralização como sendo um processo de transformação que tem como componentes as ações, reações e interações existentes no momento de sua negociação, podendo ocorrer na dimensão territorial ou organizacional, mas ser implementada nos planos político, técnico ou administrativo.

Ao analisar o processo de descentralização no Brasil, Hortale (1997) o define como um processo de transformação com redistribuição de poder e recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reordenação institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social.

Como conclusão sobre o tema da descentralização, a autora aponta:

O que predomina, em última instância, é que esses padrões, às vezes convergentes, às vezes divergentes, são resultado do processo de desenvolvimento de uma dada formação social e que, por conseguinte, poderão ser viáveis ou não, dependendo do plano em que forem operacionalizados e das características que venham a assumir (HORTALE, 1997, p. 33).

Matta (2007), tendo como base alguns dos textos legais que definem o SUS (Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), apresenta reflexão sobre os princípios e diretrizes do sistema. O texto aponta a dificuldade em se separar o que é princípio e o que é diretriz do SUS em razão das muitas definições contidas tanto no próprio texto legal quanto em diferentes correntes teóricas sobre o tema, chegando a seguinte definição:

Poderíamos, conforme a argumentação desenvolvida neste trabalho, tornar equivalentes os significados de princípios e princípios doutrinários, e diretrizes e princípios organizativos. Portanto, a partir deste momento, tomaremos a denominação “princípios” para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e “diretrizes” para

a forma, as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização (MATTA, 2007, p. 66).

A partir dessa definição, o texto elenca como princípios do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade. Como diretrizes, são apontadas a descentralização, regionalização e hierarquização, além da participação da comunidade. Tais diretrizes são os meios para que o sistema de saúde brasileiro possa atingir seus objetivos, servindo de base organizativa para que se alcancem os princípios do sistema de universalidade, equidade e integralidade.

Quanto aos conceitos de regionalização e hierarquização, Matta (2007) os define como diretrizes para organização do sistema que trazem a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região. Isso possibilita maior proximidade entre a gestão municipal e os problemas de saúde do município, tendo como lógica a maior proximidade da população para facilitar a identificação pelo sistema das necessidades locais de saúde. Assim, a regionalização deverá ser pautada pela hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde das pessoas. Considerando o princípio da integralidade, as ações e serviços de saúde devem se organizar em rede com ações que vão desde a promoção e prevenção da saúde até ações de maior complexidade. Nesse caso, é possível que os limites municipais não deem conta das demandas do sistema, sendo necessário que se busque a associação com outros municípios para que se possa dar conta de tais necessidades. A CIB, como instância de pactuação das ações descentralizadas em saúde entre os gestores, terá papel importante em constituir essa rede e acomodar as relações intermunicipais.

Ainda sobre regionalização Lima et al. (2014) elencam alguns condicionantes para regionalização da saúde nos estados brasileiros, apontando a regionalização como influenciada pelas formas de implementação no plano estadual (contextos, institucionalidade e governança da regionalização) e pelos rumos que se quer imprimir ao processo. Destacam ainda, no plano localregional, o perfil socioeconômico e as características da rede de serviço de saúde, as condições de financiamento público em saúde e a dinâmica das relações público-privadas na saúde como importantes no processo de regionalização.

Assim, os conceitos de descentralização, regionalização e hierarquização podem ser entendidos como diretrizes organizativas para alcance dos objetivos do sistema de saúde, sendo a relação federativa e a maneira como os entes da federação brasileira interagem nos temas

ligados à saúde e nos espaços institucionais previstos para este fim de extrema importância para o êxito das políticas públicas de saúde em todo o território nacional.

Lima & Queiroz (2012) apresentam reflexão sobre a complexidade do arranjo federativo brasileiro para as políticas de saúde. A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre as esferas de governo sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos. Na maior parte das vezes, observa-se uma mistura entre a existência de competências concorrentes e competências específicas de cada esfera.

Para além dessa certa concorrência entre as competências das diferentes esferas federais, outra possibilidade que a relação federativa suscita é a cooperação entre os entes para busca de soluções comuns. Ao fazerem referência a Abrucio (2005), as autoras apontam que, se bem empregada, a cooperação interfederativa pode ser importante instrumento para o equilíbrio entre autonomia e interdependência dos governos. Mais especificamente sobre a cooperação federativa em saúde:

A coordenação federativa favorece a cooperação intergovernamental, sendo importante para a otimização do uso de recursos comuns, como no caso de problemas de ação coletiva que envolvem mais de uma jurisdição (doenças transmissíveis e outros agravos, por exemplo); o auxílio a governos menos capacitados ou mais pobres para realizarem determinadas tarefas e melhor integrarem o conjunto de políticas compartilhadas; o combate à comportamentos predatórios, que repassam custo de um ente à nação (tal comportamento se expressa, por exemplo, nas dificuldades de atendimento a pacientes em unidades mais complexas situadas em municípios-polo); a distribuição de informações sobre fórmulas administrativas bem sucedidas, incentivando o associativismo governamental (LIMA; QUEIROZ, 2012, p. 230).

Algumas possibilidades para facilitar essa relação federativa no âmbito da saúde são trazidas pelo Pacto pela Saúde, no qual está contida a proposta para formalização de acordos intergovernamentais que visem a melhoria da gestão e da atenção à saúde. O Pacto propõe novos formatos para as relações federativas, incentivando ações articuladas e cooperação intergovernamental na política de saúde.

As autoras destacam também a ausência de mecanismos que facilitem maior participação dos diferentes atores e relações coordenadas e cooperativas entre governos, organizações e cidadãos em espaços regionais. Apontam ainda problemas estruturais, tais como

as desigualdades territoriais na saúde e a dificuldade em minimizá-las sem articulação de municípios, estados e governo federal, além de indicarem a necessidade de que políticas setoriais, como as de saúde, por exemplo, estejam conectadas com políticas nacionais de desenvolvimento regionais mais amplas para viabilizar sua execução.

Lavras (2011), ao tratar de descentralização, regionalização e estruturação das redes regionais de atenção à saúde no SUS, faz algumas considerações sobre as dificuldades de articulação entre as várias instâncias do sistema, que leva à fragmentação do SUS, conforme trecho a seguir:

A fragmentação do SUS se manifesta de diferentes formas, mas principalmente como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços e, como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico. Isso compromete sobremaneira a atenção ofertada dificultando o acesso dos usuários aos serviços e gerando descontinuidade no seu processo assistencial. O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir a atenção de qualidade e observância de boas práticas administrativas (LAVRAS, 2011, p. 329).

Machado et al (2007) em texto sobre a configuração institucional e o papel dos gestores no SUS apresentam alguns conceitos relativos ao sistema político federativo e sua relação com a proteção social em saúde. Sobre federalismo, definem como característica dos sistemas federados a difusão do poder entre os níveis nacionais e subnacionais de governos, com poderes únicos e concorrentes para governar sobre os mesmos territórios e população. Tais sistemas têm certa flexibilidade institucional, o que deve facilitar a distribuição de responsabilidades e permitir ajustes nos processos de formulação de políticas públicas e de descentralização. As autoras resumem o sistema federativo em três conceitos essenciais: igualdade entre federados, esferas autônomas, cooperação ou pacto entre as esferas de governo.

Mais especificamente sobre federalismo e saúde, as autoras tratam também do tema da descentralização, apontando que a globalização e os processos de reforma de Estados a ela atrelados trouxeram uma ênfase na descentralização. Isso reacendeu os debates federativos contrapondo a ideia identidade regional/local à igualdade e solidariedade associadas ao elemento nacional.

O texto aponta ainda a peculiaridade de ações intergovernamentais para políticas sociais nas federações. Para se concretizar políticas sociais com princípios nacionais igualitários e de execução descentralizada, é necessário haver uma coordenação federativa.

As autoras também fazem um resumo histórico do ordenamento federativo brasileiro, com momentos de maior ou menor centralização do poder, em geral relacionados ao grau de autoritarismo ou de democracia do governo central. Em síntese, o texto aponta como especificidades do federalismo brasileiro, com implicações para as políticas de saúde os seguintes pontos:

a) a origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda em construção do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 80; b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 80 (o que, entretanto, não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política); c) o grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos e à descentralização política e tributária com ênfase nos municípios; d) a existência de milhares de municípios de pequeno porte no país, e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país (MACHADO et al., 2007, p. 143).

A descentralização em saúde no Brasil tem caráter político-administrativo, envolvendo tanto a transferência de serviços quanto a de poder, responsabilidades e recursos do nível federal para os estados e, especialmente, para os municípios.

As autoras apontam um relativo consenso sobre os avanços da descentralização da gestão da política em saúde brasileira. Um dos fatores que favoreceram esse processo foi o fato do tema da descentralização ser a única diretriz organizativa do SUS que não colide com preceitos neoliberais que se chocam com a ampliação do papel estatal e dos direitos à saúde, o que facilitou um consenso para que o processo de descentralização avançasse mais facilmente.

Quanto à coordenação federativa, as relações intergovernamentais e a redefinição dos papéis das três esferas de governo, destaca-se o papel fundamental que essas ações têm para a consolidação do SUS.

Sobre as instâncias decisórias e estruturas de gestão previstas no SUS para operacionalização dos processos de descentralização, regionalização e hierarquização, voltamos a recorrer à Machado et al (2007). Para as autoras, as políticas de saúde do Brasil a partir de 1988 trouxeram inovações ao instituírem uma estrutura decisória e institucional que contemplasse as especificidades da federação brasileira. Os conselhos de secretários e as comissões intergestores protagonizam importante papel sob esse aspecto para a coordenação federativa em saúde no país.

No que tange ao modelo institucional proposto para o SUS, destacam a ousadia deste na tentativa de viabilizar o arranjo federativo em saúde e facilitar o controle social, em consonância com os princípios e diretrizes do sistema.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal (MACHADO et al., 2007, p. 146).

As autoras destacam ainda a importância das comissões intergestores e de outras modalidades de coordenação intergovernamental para que se tenham políticas de saúde que respondam a problemas comuns dos municípios ou estados, facilitando a articulação entre serviços de diferentes locais e com comandos de diferentes gestores do SUS.

Em estudo que analisa a dinâmica de funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite em saúde nos diferentes estados do Brasil. Machado et al (2014a) apresentam um histórico da implementação e nos trazem um resumo da forma de atuação das comissões intergestores do SUS que nos auxilia a compreender a relevância desses mecanismos:

A experiência nos 25 primeiros anos de criação do SUS revela a adoção de estratégias inovadoras de coordenação federativa, incluindo a instituição de comissões intergovernamentais em saúde no âmbito nacional e estadual.

Em 1991, a Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes das três esferas de governo, começou a atuar no debate sobre a política de saúde no âmbito nacional. Quanto às Comissões Intergestores Bipartites (CIB), foram estruturadas entre 1993 e 1995 nos estados brasileiros, formadas paritariamente por representantes das secretarias de Saúde estaduais e municipais. As atribuições definidas para as CIB foram: elaboração de propostas para a gestão descentralizada do SUS; adaptação das normas nacionais às condições de cada estado; acompanhamento e avaliação da gestão descentralizada do sistema de saúde; decisão sobre os critérios para a alocação dos recursos federais da saúde; e desenvolvimento de propostas para a operacionalização das políticas.

Desde então, tais comissões atuam em negociações relativas à descentralização, distribuição de recursos financeiros federais e estaduais, definição de responsabilidades e construção de parcerias entre entes federativos. As CIB foram importantes nos diversos momentos de descentralização da política, norteados pelas normas operacionais do SUS. A partir de 2006, as diretrizes nacionais do Pacto pela Saúde representaram novo incentivo à intensificação das negociações intergovernamentais, com ênfase na regionalização, trazendo implicações para o funcionamento das CIB (MACHADO et al., 2014a, p. 644).

Nos próximos capítulos voltaremos ao referencial teórico acima exposto a fim de identificar as características de atuação das CIB estaduais, mais especificamente ainda a política de aids no âmbito da CIB do Amazonas, que é o objeto deste estudo. Descreveremos ainda as

políticas de aids em níveis nacional e no estado do Amazonas, tendo como mote principal da análise os temas da descentralização e regionalização das políticas em saúde.

A inserção dos temas relacionados às políticas para o HIV/Aids no Brasil dentro das instâncias intergestores do SUS será levantada e analisada, no intuito de compreendermos a relação das discussões e definições sobre o tema nestas instâncias e a efetividade das políticas para esse agravo, especialmente no que concerne ao estado do Amazonas.



### **3 POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO BRASIL - DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO**

#### **3.1 POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO BRASIL**

Há uma boa quantidade de textos que tratam da questão do HIV/Aids no Brasil, com enfoque especialmente na política nacional para o enfrentamento desse agravo. Nestes textos, os autores são praticamente unânimes em apontar o sucesso da política brasileira para o HIV/Aids, destacando o reconhecimento internacional à essa política, mesmo que com desafios e lacunas ainda a serem superados, especialmente os que concernem às desigualdades na resposta ao HIV/Aids em diferentes regiões e estados do país.

Grande parte desses textos destacam nessa política a importância da participação social, por meio da qual intensificou-se a luta que resultaria no posterior sucesso obtido, por exemplo, com a disponibilização de medicamentos antirretrovirais às pessoas vivendo com HIV/Aids no país.

Grangeiro et al. (2009), em texto sobre as contribuições do movimento social e da reforma sanitária para o êxito das políticas para Aids no Brasil, colocam:

O movimento da reforma sanitária, que cresceu no início da década de 1980, diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de aids, se constituiu no principal arcabouço da política de aids desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. O contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à aids, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e aids. Esse movimento, do qual participaram, entre outros, igrejas, setor privado, comunidade científica e organizações não governamentais (ONGs), além de impulsionar as políticas públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido, no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva cuja finalidade é preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos. Quanto à estratégia internacional adotada pelo Brasil, além de influir no contexto global, possibilitou o fortalecimento da resposta à epidemia da aids dentro do próprio país (GRANGEIRO et al., 2009, p 87-88).

Vilarinho et al. (2013), em texto que discute as políticas públicas face à epidemia de HIV/Aids no Brasil, traçam um resumo histórico que apresenta algumas fases da resposta nacional ao agravo. Segundo os autores, os primeiros momentos do HIV/Aids no Brasil datam do início dos anos 80, com o surgimento dos primeiros casos de Aids no país e omissão das autoridades diante da então nova enfermidade, especialmente no nível federal. A nova doença logo se associou à ondas de medo, estigma e discriminação na sociedade em geral, tendo

surgido as primeiras respostas à epidemia de comunidades mais afetadas e de setores progressistas de alguns locais, levando ao surgimento das primeiras ONGs ligadas ao tema. O estabelecimento de programas estaduais e municipais de Aids acabou por pressionar pela organização de uma resposta também em nível central. A partir daí os autores identificam uma segunda fase na resposta política à Aids no Brasil, no período entre 1986 e 1990, na qual a liderança política do então Programa Nacional de DST/Aids estava alinhada com as mudanças políticas então em voga no país, em que pese o apontamento pela sociedade civil de uma abordagem excessivamente burocrática que dificultava uma resposta mais rápida e agressiva. A terceira fase se concentra no período de 1990 a 1992, com ausência de diálogo entre a sociedade civil e governo federal. A quarta e última fase apontada pelos autores tem início em 1993 e marca a reorganização do Programa Nacional de Aids face à parceria estabelecida com o Banco Mundial para financiamento das ações programáticas facilitaram o controle da epidemia, especialmente aquelas voltadas à assistência das pessoas vivendo com HIV/Aids.

O quadro a seguir, faz um resumo histórico de alguns marcos importantes da política nacional para esse agravo até o ano de 2009. Ainda que não esgote todos os momentos, o inserimos aqui por entendê-lo como um instrumento útil para trazer alguns marcos importantes na história da política de enfrentamento ao HIV/Aids no país:

Quadro 1 - Marcos Históricos – Aids no Brasil.

1982	Sete casos de aids entre homens gays são diagnosticados em São Paulo.
1983	A secretaria de saúde de São Paulo implanta o primeiro programa para a aids do país, regulamenta a notificação compulsória e lança uma campanha de conscientização.
1984	10 casos entre hemofílicos são diagnosticados.
1985	Eleições democráticas encerram duas décadas do regime militar. Onze estados implantaram programas para a aids e o Ministério da Saúde cria um programa nacional.
1986-1990	O Programa Nacional da Aids, centralizado, inicia implantação de programas.
1986	O governo federal brasileiro regulamenta a notificação compulsória de casos de aids. O Estado de São Paulo regulamenta testes dos suprimentos de sangue. A OPAS fornece assistência técnica.
1987	O Programa Nacional da Aids começa a coordenar as atividades; 26 bebês são diagnosticados com o HIV.
1988	O Brasil adota uma nova constituição federal declarando a “saúde como um direito humano básico”, exigindo que o governo forneça serviços de saúde gratuitos. O CNAIDS é formado.
1989	<i>Previna</i> , uma campanha nacional de prevenção, é lançada tendo como alvo os grupos de alto risco. Grandes empresas nacionais e as Forças Armadas lançam programas de prevenção do HIV.
1990-1992	O Programa Nacional da Aids chega a um impasse. O ministro da saúde desmonta o programa, mas é afastado após o impeachment do presidente brasileiro por corrupção.
1990	O Estado de São Paulo lança o programa de troca de agulhas.

1992	O quinto ministro da saúde em dois anos toma posse e reestabelece o Programa Nacional da Aids com seu antigo diretor. Várias leis são aprovadas para proteger os direitos civis dos pacientes e fornecer tratamento. Um estudo prevê que 1,2 milhões de brasileiros serão infectados pelo HIV até 2000.
1994-2003	Três projetos do Banco Mundial fornecem US\$750 milhões para programas de atendimento e prevenção do HIV.
1993	O Brasil inicia a produção doméstica do AZT e elimina tarifas e impostos sobre a importação de camisinhas.
1994	O Programa Nacional da Aids adota a redução de danos como uma política explícita. Os primeiros recursos do empréstimo do Banco Mundial são distribuídos e um número crescente de ONGs começa a ofertar serviços.
1996	O congresso aprova uma lei garantindo o acesso universal à terapia antirretroviral. No âmbito nacional, estima-se que 600 ONGs trabalham com questões relacionadas à aids.
1997	O sistema de vigilância é revisto e protocolos nacionais para o tratamento são adotados.
1998	O Brasil vive uma crise financeira, mas os gastos com HAART aumentam. A USAID e o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas lançam programas estratégicos com investimentos de US\$ 8,4 milhões e US\$ 2,5 milhões respectivamente. O Banco Mundial contrata a UNESCO e a UNDCP para realizar atividades da segunda etapa do empréstimo para a aids.
2003	O Programa Nacional da Aids expande sua política de descentralização, transferindo para os estados a responsabilidade de financiar os projetos das ONGs locais e assinando acordos de gestão por resultados com 480 cidades e todos os 26 estados.
2005	O Brasil rejeita o financiamento da USAID devido à discordância com as atividades de prevenção para os profissionais do sexo.
2007	O Presidente Lula emite licença compulsória para o efavirenz, droga produzida pela Merck, permitindo ao Brasil fabricá-lo domesticamente e comprar versões genéricas.
2009	O Programa Nacional da Aids torna-se um departamento do Ministério da Saúde.

Fonte: (SIMÃO; BASTOS, 2011, p. 26).

Mais recentemente, um dos marcos apontado por alguns atores na política para o HIV/Aids no país é a adoção da estratégia da oferta de tratamento antirretroviral precoce, independente do comprometimento do sistema imunológico. Chioro (2015), em texto sobre os êxitos da política brasileira de Aids, destaca:

Entre as ações mais recentes, destacam-se a ampliação da oferta do tratamento para todos os adultos soropositivos, mesmo sem comprometimento do sistema imunológico. A simplificação e ampliação da testagem com o novo algoritmo de diagnóstico, implantado em dezembro de 2013, possibilita que um maior número de pessoas inicie o tratamento precoce (CHIORO, 2015, p. 280).

Sobre o mesmo tema, em texto que fala das bases da resposta brasileira à epidemia de aids, Chequer (2015) também destaca a ação, relacionando-a com estratégias globais de enfrentamento à epidemia e associando o tratamento à prevenção do HIV/aids:

Essa política culmina em nossos dias com a adoção, pelo Brasil, também em caráter pioneiro entre os países em desenvolvimento e até mesmo entre os desenvolvidos, da estratégia do tratamento enquanto instrumento de prevenção, proposta pelo UNAIDS. “Testar e Tratar”, portanto, pode conduzir à universalidade de cobertura, com consequências benéficas cientificamente comprovadas (CHEQUER, 2015, p. 69).

Em resumo, como principais características da política atual para o HIV/Aids no país nos anos mais recentes, destaca-se a aplicação da estratégia do “testar e tratar”, tal qual colocada nos dois textos acima. Com essa política, a perspectiva é de se oferecer o tratamento imediatamente a qualquer paciente diagnosticado com HIV, independente de seus níveis de CD4. Tal medida vem sendo apresentada como benéfica ao paciente, que poderia enfrentar o tratamento por mais tempo e com mais êxito, diminuindo ou retardando os efeitos da aids. Além disso, o início precoce do tratamento deverá levar a carga viral do paciente a níveis indetectáveis, o que reduz significativamente a possibilidade de transmissão do vírus do HIV. Assim, seria possível diminuir a circulação do vírus, possibilitando falar-se no controle da epidemia dentro de alguns anos, tal como colocado em metas internacionais divulgadas pelo UNAIDS, as quais vislumbram e colocam como desafio o controle da epidemia de HIV/Aids no mundo até 2030.

O Brasil foi um dos primeiros países no mundo a adotar tais medidas, quando a partir de dezembro de 2014 o Ministério da Saúde anunciou a adoção da estratégia do testar e tratar. Tal medida, ainda que saudada por alguns acadêmicos e por agências internacionais, trouxe discussões dentro do país sobre sua exequibilidade, além de trazer ao debate alguns temas como medicalização da prevenção, em detrimento a estratégias menos custosas e já consagradas, tais como o uso do preservativo. Uma das preocupações levantadas diante da nova proposta política centra-se em como a rede de atendimento aos novos pacientes diagnosticados irá absorver esses novos casos, já que, mesmo antes da adoção dessa estratégia, já se verificava vários gargalos na atenção aos pacientes positivos, com demoras significativas para início do tratamento em decorrência do longo tempo até a realização da primeira consulta após o diagnóstico.

A questão da demora para a consulta médica e início do tratamento após o diagnóstico tem relação importante com a descentralização das ações de HIV/Aids no país, já que, por exemplo, a depender da cidade em que a pessoa for diagnosticada com HIV, ela poderá conseguir sua consulta já no dia seguinte ao diagnóstico. No entanto, na mesma situação, em outra cidade, pode-se levar mais de três meses até que se consiga o atendimento esperado. Tal situação nos parece central para apontar como a política proposta pelo nível central, neste caso o chamado “testar e tratar”, pode esbarrar nas realidades locais, já que os serviços de atendimento aos pacientes são organizados pelas autoridades locais de saúde, especialmente pelos municípios, e estão sujeitos a diferentes problemas enfrentados em cada local para possibilitar o atendimento no tempo esperado.

### 3.2 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS PARA O HIV/AIDS

As questões da descentralização e regionalização das políticas em saúde no Brasil, evidentemente, também são bastante relevantes no que concerne à política nacional para o HIV/Aids. As diferentes realidades regionais apresentam diferentes desafios aos gestores, que precisam adaptar suas ações às tais realidades para possibilitar um enfrentamento mais adequado ao agravo em seus locais de atuação. Os relatos a seguir trazem alguns exemplos de situações diferentes enfrentadas por gestores de coordenações de Aids pelo Brasil, trazendo suas impressões e ações diante de suas realidades específicas.

Grangeiro (2015), ao fazer um relato como ex-diretor do então Programa Nacional de HIV/Aids, apresenta reflexão sobre o que ele chama de “corda bamba” do gestor em tratar com os diferentes interesses e atores. No que tange à descentralização, coloca:

Não será difícil encontrar pessoas a dizerem que ela acabou com o Programa, precarizou os serviços, interrompeu a incorporação de inovações e acabou com o financiamento das ONG. De fato, o início dos anos 2000, ou anos áureos, foi marcado por uma forte descentralização da Aids. A ordem era passar todo o poder de decisão e o dinheiro para estados e municípios. E essa não era uma decisão difícil de ser tomada. Havia uma enchente de gestores nas portas do Programa reclamando que não sabiam das atividades desenvolvidas localmente pelo nível federal, de que elas se sobrepujavam às ações executadas pelos estados e municípios e que as parcerias realizadas com universidades, ONG, etc. minavam a autoridade e a articulação das secretarias. Nesse processo criou-se a política de incentivo e mudaram de mãos mais de dois mil projetos, a responsabilidade pela compra de diversos insumos, o financiamento de novos serviços e tantas outras coisas (GRANGEIRO, 2015, p. 118).

O autor segue o raciocínio colocando a satisfação que esse processo trouxe para gestores locais e, por outro lado, os alertas emitidos pelas ONG. Aponta ainda a dificuldade em se concluir se tal processo teria sido bom ou não, elencando então alguns prós e contras.

Entre os bons resultados da descentralização na política de AIDS brasileira, Grangeiro (2015) destaca a melhor estruturação dos municípios e a decorrente ampliação de ações frente ao avanço da epidemia. Por outro lado, a rapidez com que o processo fora conduzido dificultou a adequada preparação de alguns estados e municípios às novas funções, levando à interrupção de atividades estratégicas, sem iniciativas para correção também por parte do nível central.

Grangeiro (2015) ressalva que essas dificuldades ocorreram ainda que se esperasse que a presença mais próxima da sociedade civil junto aos poderes locais pudesse minimizá-las. A redução do financiamento das atividades da sociedade civil ligada aos temas de HIV/Aids após o processo de descentralização, haja vista estados e municípios não terem incorporado

adequadamente esse componente, acabou por enfraquecer a participação social, dificultando o elo que se tinha até então no qual as necessidades comunitárias eram mais facilmente transformadas em políticas de saúde.

Gianna (2015), escrevendo como Diretora do Centro de Referência e Treinamento em Aids do estado de São Paulo (CRT-SP), fala dos 30 anos de história do programa paulista de DST/Aids. Em seu texto, destaca a importância do acordo de empréstimo do governo federal junto ao Banco Mundial, em 1992, para que se pudessem estruturar várias coordenações municipais de DST/Aids pelo país, facilitando a instalação da rede de serviços (tais como centros de testagem e aconselhamento, modelos assistenciais adequados, laboratórios e equipamentos) e o fortalecimento de ações programáticas, possibilitando, por exemplo, o controle da epidemia no estado de São Paulo àquela época.

A autora aponta ainda a importância do envolvimento das secretarias municipais de saúde do estado de São Paulo desde o início da epidemia de Aids, destacando o papel decisivo que tiveram para a descentralização de ações de assistência e prevenção, com um canal direto de comunicação entre a coordenação estadual e as coordenações municipais, exercido por meio de encontros regulares com todos os programas municipais paulistas de Aids e com interlocutores dos grupos de vigilância e representantes da sociedade civil para definição de diretrizes estaduais para o enfrentamento do HIV/Aids.

Santana (2015), trazendo depoimento como coordenador do Programa Estadual DST/Aids de Sergipe, traz um relato sobre a relação de um coordenador de Aids com os diferentes secretários de saúde que passam pelo cargo ao longo dos anos. Segue o texto na íntegra para não se perder a autenticidade do relato:

O sucesso dos Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids depende da motivação do compromisso da equipe e de outros fatores. O principal deles é como o Secretário de Saúde, seja estadual, seja municipal, encara o problema da Aids e as demais DST. Nos anos de trabalho à frente da Coordenação do Programa de DST/Aids de Sergipe, tive que realizar várias conversas com cada novo gestor da pasta de saúde. Em alguns casos, a conversa era fácil, pois o secretário já conhecia o trabalho, mesmo à distância, e sempre se comprometia a apoiar as ações. Outros secretários me fizeram suar a camisa para conseguir realizar as ações programadas, pois me diziam que a Aids era “doença de viado” ou “que pega a doença quem quer” ou que “é uma doença das minorias”. Para alguns, as prioridades eram outros problemas de saúde e argumentavam: “Tem tanta gente morrendo de acidente de moto e ninguém faz nada, por que eu iria me preocupar com a Aids?”. Um secretário dizia: “É um absurdo o governo comprar camisinha para o povo transar”. Depois de muita conversa, esse secretário mudou completamente de opinião e passou a autorizar a aquisição de preservativos. Outros revelavam a algumas pessoas que eu “ofuscava o brilho deles”, isto é, que eu aparecia mais do que eles. Graças a Deus, a maioria dos secretários apoiou o meu trabalho (SANTANA, 2015, p. 99).

Esse conjunto de relatos aponta para a diversidade de situações que as diferentes realidades locais podem trazer para a implementação das políticas de HIV no país. As condições poderão ser mais ou menos favoráveis a depender de uma série de fatores que muitas vezes não são considerados pela esfera federal ao propor as políticas nacionais.

Recorremos mais uma vez a Grangeiro (2015) para elencar algumas inquietações daquele autor frente ao processo de descentralização na política de AIDS brasileira. O autor considera que o Programa - atualmente Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIAHV-MS) - perdeu grande parte de sua força em intervir em temas cruciais ao transferir a decisão de financiamento para o nível local. Isso reduziu a agilidade que se tinha até então na resposta à epidemia, trazendo problemas graves de gestão, o que acarretou no aumento de desigualdades regionais. Sobre o assunto, discorre:

Sim, se a epidemia decresce em São Paulo e cresce no Sul e no Norte, em parte, tal se deve ao aproveitamento diferenciado das oportunidades criadas com a descentralização. Isso me ensinou que a parte mais fácil da corda bamba de um gestor da Aids é a dita “pactuação na tripartite”, que permite, com base em um princípio, que ele transfira suas responsabilidades, sem criar, obrigatoriamente, instrumentos efetivos para a implantação dos acordos no âmbito local. Basta ver quantas vezes a corda bamba de um gestor de Aids foi salva com a afirmação de que o problema era do estado ou do município. Há de se ter formas mais efetivas para pensarmos esse pacto federativo de forma mais solidária e compensatória (GRANGEIRO, 2015, p. 120).

Sobre o histórico da descentralização das políticas para o HIV/Aids, Teodorescu & Teixeira (2015) apontam que, em que pese a importância da resposta central ao HIV/Aids no país ao longo dos anos, o início da organização das respostas governamentais no país se deu nos estados, para depois chegar à esfera federal:

...um movimento que partiu dos estados para a esfera federal e não o contrário, como costuma acontecer na maior parte dos programas de saúde. Quando o Programa Nacional de Aids começou a se estruturar, as premissas dos princípios éticos e de direitos humanos que viriam a nortear as políticas públicas brasileiras de controle da doença já haviam sido estabelecidas pelos estados nos quais havia registro da doença (TEODORESCU & TEIXEIRA, 2015, p. 19).

Grangeiro et al. (2010) também destacam o início da organização da política nacional ao agravo como vinda dos estados e municípios, para em seguida, sim, se iniciar a organização em nível federal pelo Ministério da Saúde.

A trajetória dos processos de descentralização é descrita em três fases: a constituição de uma resposta essencialmente descentralizada baseada na atuação de Estados, Municípios e Organizações não Governamentais (ONG), nos anos de 1980; a concentração do poder decisório e de financiamento no nível federal, nos anos de

1990, que ocorre, paradoxalmente, em conjunto com o fortalecimento dos Estados e Municípios e a expansão da resposta por todas as regiões brasileiras; e a implantação de políticas de descentralização que visam a transferir para o nível local atribuições e recursos financeiros federais, nos anos 2000 (GRANGEIRO et al., 2010, p. 15).

Um dos marcos importantes na história da resposta brasileira ao HIV/Aids foi a parceria entre o Banco Mundial e Ministério da Saúde do Brasil, por meio de acordos de empréstimo que apoiaram a estruturação das políticas governamentais de combate à doença. Esses empréstimos tiveram início nos anos 90, tendo em sua 3ª etapa (projeto Aids III) focado na resposta descentralizada ao HIV/Aids, envolvendo as esferas federal, estadual e municipal. Vilarinho et al. (2013) trazem um resumo sobre os acordos de empréstimo junto ao Banco Mundial para o combate à aids no Brasil:

A década de 1990, mais especificamente o ano de 1993, foi marcada por negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “Projeto AIDS I”, que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. Após sua implementação, o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o “Projeto AIDS II”, cuja vigência foi de 1998 a 2003 e tinha como objetivos reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS. A partir das avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/AIDS firmaram novo convênio, denominado “Projeto AIDS III”, cujo período de execução foi de 2003 a 2006. Este tinha como objetivos o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/AIDS oferecida pelo Sistema único de Saúde no País. No Projeto AIDS III foi recomendado que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para estados e municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS. Nessa modalidade de repasse, um conjunto de municípios deveria receber recursos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DST, a partir de critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde (VILARINHO et al., 2013, p. 273-274).

Quanto à descentralização e a política brasileira para o HIV/Aids, Vilarinho et al. (2013), em suas considerações finais sobre políticas públicas e a epidemia de aids no país concluem:

...no cotidiano da assistência existem muitas barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado e integral, que vise à promoção da saúde, seja pelas enormes diversidades regionais, seja pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais. A descentralização, talvez seja o maior desafio de todos, para que a luta contra o HIV/AIDS contemple, além das diferenças culturais, regionais e sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais (VILARINHO et al., 2013, p. 276).



Vale destacar que boa parte dos estudos que tratam da questão da descentralização das políticas em HIV/Aids no Brasil não trazem relação direta com as instâncias gestoras do SUS, tais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) ou as Comissões Intergestores Regionais (CIR), bem como com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. As reflexões que tratam do tema ficam em geral sempre ligadas aos projetos e acordos de empréstimo junto ao Banco Mundial e às políticas de incentivo (cuja sigla de referência é “PAM” – atualmente proveniente de Programação de Ações e Metas, a sigla, até 2013, se referia à Plano Anual de Ações e Metas), que norteiam os repasses de verbas do nível federal aos estados e municípios, desde que vinculados a ações locais para o enfrentamento do HIV/Aids que atendam às diretrizes federais.

A história da reposta nacional à AIDS, com um perfil muitas vezes afastado de outras estratégias das políticas de saúde em razão de sua característica de programa, com recursos e corpo técnico ligados à acordos externos como os com o Banco Mundial e com certa autonomia em relação às demais políticas do Ministério da Saúde, também podem nos ajudar a entender que a execução e definição das ações em níveis locais para esse agravo tenham ocorrido de forma mais distante dos espaços de gestão previstos pelo SUS, especialmente naqueles estados onde comissões como, por exemplo, a CIB têm sua institucionalidade e atuação mais frágeis.

A questão da regionalização também passa muito ao largo das políticas para o HIV no Brasil. Mais uma vez, o instrumento da PAM para repasse de verbas e programação das ações em nível local, com base nas diretrizes federais, nos parece ajudar a explicar esse distanciamento. Tendo em vista o repasse de recursos ser feito diretamente desde o Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, usando como referência principal dados epidemiológicos de cada uma dessas unidades federadas, são escassos os dispositivos que incentivem e contemplem a cooperação entre municípios de uma mesma região para ordenação da política para AIDS de forma regional. A apresentação de planos municipais que estejam em consonância com as diretrizes federais, em geral, basta para que os recursos sejam liberados, cabendo às CIB muitas vezes apenas o papel de aprovadora de orçamentos que já chegam à sua apreciação pré-definidos. Tampouco encontram-se registros de discussão ou aprovação de planos similares para o HIV/Aids nas CIR.

Diante desse cenário, as ações acabam por ficar muito centradas nos municípios, que por vezes não conseguem sequer executar o recurso repassado via PAM por incapacidade técnica e operacional, o que, talvez, pudesse ser minimizado caso houvesse uma lógica regional no repasse dos recursos e na apresentação dos planos de ação locais que possibilitasse o compartilhamento de ações e uso conjunto de estruturas disponíveis em determinada região.



#### **4. POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS – DESCENTRALIZAÇÃO? REGIONALIZAÇÃO?**

Ao contrário da abundância de textos que estudam as políticas para o HIV/Aids em âmbito nacional, são escassos os autores que se debruçam sobre o mesmo agravo com enfoque na Região Norte do país, mais especificamente ainda para o estado do Amazonas.

Levando-se em conta os dados epidemiológicos referentes ao HIV/Aids no estado do Amazonas, apresentados pelo próprio Ministério da Saúde, por exemplo, no boletim epidemiológico para o HIV/Aids de 2016, o qual apontam para altas taxas de novas infecções e de mortalidade relacionada ao HIV/Aids no estado, é importante refletirmos sobre algumas das causas que possam estar relacionadas a tal situação.

Baseando-se nesses dados epidemiológicos, que colocam o Amazonas logo atrás do Rio Grande do Sul, como um dos piores estados do país quanto ao HIV/Aids, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas e alguns municípios amazonenses, reconheceu a necessidade de coordenarem ações para o combate ao HIV/Aids no estado ao firmarem, no ano de 2014, o acordo de cooperação entre diferentes esferas federativas que levou o nome de INTERFAM (Cooperação Interfederativa do Amazonas), com ações voltadas a apoiar as políticas para o HIV/Aids no estado. Tal fato pode ser atestado na própria página institucional do DIAHV-MS, na qual encontramos uma área específica para tratar de acordos dessa natureza (<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/cooperacoes-interfederativas> ).

Tal arranjo é bastante inusitado ao considerarmos as estruturas já previstas pelo SUS para dar suporte às relações federativas, tais como as comissões intergestores tripartite e bipartite, as comissões intergestores regionais e os conselhos de saúde. Nas páginas a seguir voltaremos a olhar com mais profundidade para esse arranjo (a INTERFAM), buscando entendê-lo em relação às políticas para aids no Amazonas e a forma como se inserem as discussões e deliberações sobre esse agravo nos dispositivos do SUS voltados a facilitar a descentralização e regionalização.

As dificuldades estruturais da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, aliados à algumas outras questões problemáticas apontadas por alguns autores, tais como a baixa institucionalização das comissões intergestores em saúde do estado, a pouca priorização dos gestores locais ao tema da aids, a insuficiência da política de descentralização para ações voltadas ao HIV/Aids do Ministério da Saúde em considerar as particularidades regionais e locais, podem nos ajudar a entender melhor as razões para que se chegasse ao atual cenário

epidemiológico para a aids no estado. Tais elementos também podem ter motivado a criação da INTERFAM.

#### 4.1 POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS

Sobre as peculiaridades da política de Aids para a Região Norte do país, Teodorescu & Teixeira (2015) destacam a dificuldade em se aplicar políticas padronizadas nacionalmente diante das especificidades geográficas e culturais que o Norte traz em relação ao restante do Brasil. Os autores listam uma série de situações peculiares, tais como a presença do chamado “povo da floresta”, com realidades bem distintas da população urbana trazidos por populações como os ribeirinhos, indígenas, seringalistas e garimpeiros. Os autores também destacam o fato de quase todos os estados terem extensas fronteiras internacionais, com significativo e permanente fluxo migratório. Essas situações facilitam condições para prostituição masculina e feminina, aumentando a vulnerabilidade na região às DST e ao HIV/Aids.

Adicionalmente, os autores apontam a Região Norte como aquela que traz os índices mais altos de iniciação sexual precoce e de gravidez na adolescência, o que estaria frequentemente associado à cultura e sociedade das populações indígena e cabocla. Diante de todo esse quadro, os autores concluem:

Todos esses fatores constituem grande barreira para a implantação de ações de saúde, principalmente de prevenção das DST/Aids, e exigem estratégias bastante diferenciadas em relação ao restante do país. As normas elaboradas no Ministério da Saúde nem sempre são adequadas à realidade dos estados dessa região (TEODORESCU & TEIXEIRA, 2015, p. 328).

Em Kadri & Schweickardt (2016), os autores destacam a criação da Zona Franca de Manaus em 1967 como definidora para a organização que a capital amazonense teria no futuro. A presença da Zona Franca levou a um processo amplo de industrialização e crescimento da cidade, com grande aumento populacional decorrente da atração a migrantes de outras regiões do país. Contudo, o crescimento populacional, financeiro e industrial não veio acompanhado dos necessários investimentos em para estruturação dos serviços da cidade. A saúde acabou por ser impactada também por esse cenário, já que a proposta política de criação da Zona Franca não trazia qualquer projeto relativo a essa área.

Sobre a organização institucional da saúde em Manaus e no Amazonas, os autores colocam:

Com o crescimento populacional, a saúde sentiu o impacto do aumento de demanda por serviços e a limitação das unidades de assistência que existiam até então. Em 1975, quando foi criada a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), todos os setores da sociedade sentiam a necessidade de repensar a saúde pública, especialmente em Manaus. [...]

[...] Embora instalada há mais tempo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) também passou por diversas mudanças e reestruturação organizacional durante esse período. Entre 1965 e 1984, a secretaria passou por cinco processos de reorganização, sempre tentando se adequar para responder não apenas à demanda de assistência, mas, principalmente, às mudanças na estrutura política do estado (SES, s.d.).

Aumento populacional, intenso fluxo de pessoas (migratório e turístico), rede de saúde em organização configuram o cenário local quando, em 1986, o primeiro caso de Aids foi notificado no Amazonas (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016, p. 306).

Ainda recorrendo a Kadri & Schweickardt (2016), os autores, ao traçarem um retrato histórico da epidemia de HIV/Aids no Amazonas e das ações locais voltadas ao enfrentamento desse agravo naquele estado, apontam uma desarticulação na política amazonense para o HIV/Aids e concluem:

Essa desarticulação pode ter sido resultado do modelo de gestão adotado pela Secretaria de Saúde ao delegar às suas autarquias a função de liderar a resposta dos diversos programas de saúde. Considerando o histórico do programa de Aids aqui relatado e as taxas alarmantes de incidência que o estado apresentava até 2010 (MS, 2012a), refletimos se essa forma de organização responde de forma satisfatória a necessidades impostas para controle da epidemia. Indagamos, ainda, num cenário em que as doenças tendem a se cronificar, se é adequado manter um modelo tão verticalizado (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016, p. 316).

Notam-se as dificuldades históricas de organização institucional da secretaria de saúde do Amazonas, associadas à pouca priorização dada ao tema do HIV/Aids nos primeiros anos após a chegada da epidemia àquele estado. Diante desses fatos, o papel de autarquias, como a Fundação Alfredo da Matta (FUAM) e a Fundação de Medicina Tropical (FMT) acaba sendo destacado tanto em Kadri & Schweickardt (2016) quanto em Teodorescu & Teixeira (2015) para a resposta local ao HIV/Aids.

Teodorescu & Teixeira (2015) apontam que, em razão da pouca presença da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM) nas questões concernentes ao HIV/Aids, a Fundação Alfredo da Matta desempenhou importante papel na luta contra epidemia no Amazonas, tendo sido a equipe daquela instituição que dialogou por longo período com o então Programa Nacional de DST/Aids. Segundo os autores:

A Secretaria Estadual da Saúde, até o início dos anos 2000, não ofereceu apoio consistente ao Programa DST/Aids no estado, relata Adele Benzaken. No início da epidemia, notou-se certa efervescência nas instituições governamentais, entretanto, a falta de sustentação política por parte dos governos provocou o isolamento das

principais instituições de saúde ligadas à assistência, ao controle epidemiológico e à prevenção da aids no estado (TEODORESCU & TEIXEIRA, 2015, p. 358).

Kadri & Schweickardt (2016) relatam o surgimento da coordenação estadual de DST/Aids do Amazonas vinculada à FUAM no ano de 1987. A Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas deveria protagonizar as ações de controle de DST/Aids a partir de então, contudo, isso não foi possível devido a problemas crônicos de organização que dependiam de resoluções políticas para serem sanados. Sobre os problemas estruturais dessa secretaria, os autores colocam:

De fato, diversos documentos levantados na pesquisa apontam que só na década de 1980 a secretaria passou por duas reorganizações em sua estrutura (1981 e 1984) e mudança de dez secretários, sendo os anos mais críticos 1987, com quatro trocas de gestores, e 1989, com mudança de três gestores e ainda uma comissão administrativa. Conforme o documento, a secretaria estava sujeita a imperativos políticos, sem ordem administrativa, servidores desqualificados e sem estímulos técnicos e financeiros para engajamento em ações de maior eficácia. As ações do programa esbarravam nesses entraves administrativos (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016, p. 308).

Desde então, coordenação de Aids do estado do Amazonas sempre esteve de alguma forma vinculada às autarquias locais, ainda que oficialmente sob comando da SUSAM. Inicialmente ligada à FUAM, passou nos anos seguintes a estar vinculada à FMT, onde permanece fisicamente instalada até os dias atuais. Tal situação evidencia o papel relevante desempenhado no estado para o enfrentamento do HIV/Aids pelas autarquias face às dificuldades enfrentadas pela Secretaria Estadual da Saúde. Novamente recorremos a um trecho de Kadri & Schweickardt (2016) para ilustrar a situação institucional e seu impacto para a epidemia de HIV/Aids no Amazonas:

Embora presente, não se percebe até aqui a liderança da Secretaria de Saúde na organização da resposta de controle à Aids. Os dados apontam que essa iniciativa fica restrita à atuação de alguns profissionais sensíveis à questão. Assim sendo, dificilmente seria possível um plano eficaz de enfrentamento à epidemia de abrangência em todo o estado. A secretaria adotou a postura de delegar o enfrentamento à Aids às autarquias a ela afiliadas (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016, p. 311).

Ainda recorrendo a Kadri & Schweickardt (2016), os autores apontam a falta de priorização política local para o combate à epidemia e a desarticulação entre as instituições de assistência e cuidado, geridas por diferentes entes da federação, como dificultadores para o

planejamento e ação de estratégias públicas abrangentes no estado para o enfrentamento do HIV/Aids.

Embora o Amazonas tenha contado com dedicados profissionais de saúde comprometidos com o enfrentamento da epidemia ao longo da história, entre as fontes analisadas parece haver consenso acerca da priorização dada ao tema dentro da estratégia de saúde do estado. As intervenções foram e ainda são feitas de forma isolada, carecendo de articulação entre as instituições de assistência. O combate à epidemia poderia lograr importante avanço com a organização de uma liderança capaz de se articular tanto com as instituições de governo quanto com a sociedade civil envolvida no enfrentamento à Aids (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016, p. 316).

Cabe ressaltar que o surgimento da INTERFAM ocorre em um momento no qual o Ministério da Saúde coloca em prática nacionalmente a estratégia do “testar e tratar”, relacionada a metas internacionais de controle da epidemia de Aids em todo o mundo que preveem a ampliação da oferta de diagnóstico para que os pacientes positivos possam ser colocados sob tratamento, visando o controle da carga viral com benefícios ao paciente e possibilitando a diminuição na circulação do vírus, de acordo com os defensores dessa estratégia. Tais iniciativas estão fortemente relacionadas às metas 90/90/90 lançadas pelo UNAIDS em 2014 que aponta como um dos caminhos para se atingir tais metas a focalização em locais onde a epidemia apresente índices mais significativos, conforme indicado no trecho abaixo, extraído de publicação do UNAIDS:

A resposta à Aids deve ser inserida no “Fast-Track”. Isso requer que os países recalibrem seus desenhos de programas para tornar suas respostas flexíveis, adequadas às realidades epidemiológicas subnacionais e responsivas às necessidades das pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2015, p. 136).

#### 4.2 A INTERFAM NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS

Com o argumento de reduzir os problemas encontrados no estado do Amazonas referentes às novas infecções pelo HIV/Aids e à mortalidade relacionada a essa epidemia naquele estado, em 18 de junho 2014 o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas firmaram o acordo de cooperação denominado INTERFAM (Acordo de Cooperação No 4).

Em seus objetivos gerais, o acordo estabelece como sua intenção: “construir uma agenda interfederativa com vistas a responder à situação epidemiológica das DST/Aids e hepatites virais no Estado do Amazonas, no que se refere à mortalidade por aids, coinfeções TB e

hepatites virais, foco nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão” (BRASIL, 2014).

Além desses objetivos mais gerais, o texto do Acordo também enumera alguns objetivos mais específicos, conforme a seguir:

- “Fortalecer ações destinadas à redução de novas infecções na população em geral e populações-chave;
- Fortalecer ações destinadas à ampliação da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido do HIV, sífilis e hepatites virais para as populações vulneráveis e de risco acrescido;
- Introduzir nos serviços de atenção especializada (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) a testagem rápida para HIV, sífilis, tuberculose e hepatites B e C, além da profilaxia pós-exposição sexual;
- Criar sala de situação para avaliação permanente das tendências, real magnitude da infecção pelo HIV e da morbimortalidade por aids no estado, nas regiões de saúde e municípios prioritários, monitoramento da capacidade instalada de serviços especializados na assistência, bem como rede de suporte laboratorial e de especialidades;
- Apoiar as iniciativas locais para o aprimoramento da gestão e da governança à aids, hepatites virais e TB, com vistas a uma maior integração programática destes agravos nas redes de atenção; mobilizar o estado e municípios para a inclusão dessas ações prioritárias nos Planos de Saúde, na Programação Anual de Saúde em observância ao novo contexto legal do SUS, pactuando seus indicadores na Comissão Intergestores Regionais - CIR;
- Avaliar a atuação e eficiência dos laboratórios para a assistência ao HIV/Aids no AM, monitorando sua produtividade, tempo médio para devolução dos resultados e desenvolvimento de ferramentas acessíveis nos pontos de atenção, que ampliem o acesso aos dados necessários para o monitoramento clínico das PVHA;
- Alinhar as ações desenvolvidas no âmbito da Cooperação Interfederativa e projetos em desenvolvimento com as Agências Internacionais; e
- Estabelecer indicadores de qualidade assistencial para a rede de serviços destinada às PVHA” (BRASIL, 2014).

Para sua operacionalização, o acordo constitui o Grupo Técnico da Cooperação Interfederativa com participação do Ministério da Saúde, Ministério da Defesa, Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, Secretarias Municipais dos Municípios prioritários, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, representantes de Universidades e/ou Institutos de Pesquisa, representantes das Organizações da Sociedade Civil, Conselho Estadual de Saúde,



consultores municipais e federais e outros parceiros que se julgar necessário para o cumprimento do objetivo do Acordo.

Na elaboração do plano de trabalho, ferramenta essa também prevista no texto do Acordo de Cooperação, definiu-se que os municípios prioritários de atuação seriam Manaus, Parintins, Tabatinga e Benjamim Constant.

#### 4.3 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E POLÍTICAS PARA O HIV/AIDS NO AMAZONAS

A forma como a resposta ao HIV/Aids no estado do Amazonas foi construída ao longo da história, tal como demonstrada, por exemplo, nos trechos do texto de Kadri & Schweickardt (2016) já anteriormente destacados neste estudo, podem nos auxiliar a entender as razões da pouca resolutividade e das escassas definições sobre HIV/Aids, independentes das diretrizes provenientes do nível federal, nas instâncias intergestores do SUS no estado.

Cabe ressaltar aqui que a apropriação da política de HIV/Aids por autarquias no estado do Amazonas, conforme apontado anteriormente, talvez não tenha sido a melhor opção para que a resposta ao agravo estivesse bem incorporada, de forma integral, na estrutura do SUS amazonense. No entanto, este foi o arranjo possível de se obter no momento do surgimento da epidemia diante do cenário institucional da saúde no Amazonas. Muito provavelmente, caso a (inserir por extenso) FUAM e especialmente a FMT (inserir por extenso) não tivessem ocupado o espaço deixado pela Secretaria Estadual da Saúde amazonense, a situação da epidemia seria ainda pior no estado caso as autarquias não tivessem criado as estruturas que criaram para a resposta local ao HIV/Aids.

Como vimos no capítulo que apresentamos a política de Aids no Brasil, em um primeiro momento, em meados dos anos 1980, a resposta à epidemia surge em alguns estados como necessidade de ações para enfrentar uma nova epidemia que surgia com força e assustava por sua letalidade e aumento do número de casos. O estado de São Paulo, foco dos primeiros casos e, conseqüentemente das primeiras ações de combate ao então novo vírus, foi pioneiro na organização de uma resposta governamental ao agravo, trazendo as bases para ações similares em outros estados nos anos seguintes, especialmente nas regiões sul e sudeste do país.

Essa experiência em alguns estados levou ao subsequente engajamento do Ministério da Saúde no enfrentamento da epidemia a partir dos anos 1990. É nesse período que o nível federal traz boa parte dos técnicos e do conhecimento obtido em alguns estados até aquele momento

para criar o Programa Nacional de Aids. Como já dissemos, tal programa foi fundamental para organizar a política brasileira para o HIV/Aids, tendo atuado com a independência inerente aos programas, apoiado em seus primeiros anos especialmente em recursos provenientes de acordos com o Banco Mundial. O Programa foi importante para levar a todo o país as políticas para combate ao agravo, porém, as diferenças regionais acabaram por condicionar a resposta em algumas regiões às especificidades locais. Os estados da Região Norte foram um desses casos.

Teodorescu e Teixeira (2015), ao abordarem os desafios das políticas de Aids frente às especificidades da Região Norte, destacam:

A padronização das políticas de aids e integração entre coordenações estaduais, tão bem-sucedidas no Nordeste, não tiveram o mesmo resultado na Região Norte. As macrorregionais, que rapidamente mostraram resultados positivos nos estados do Nordeste, tampouco tiveram o mesmo sucesso nos estados do Norte. Na verdade, grande parte das dificuldades de implantação das políticas públicas de saúde na Região Norte está relacionada às suas especificidades culturais e geográficas, que a tornam diferente de todas as outras regiões do Brasil (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 327).

Como se vê, em que pese o êxito do Programa Nacional de aids brasileiro, tal estrutura, em alguns casos, não foi capaz de suprir algumas necessidades de regiões específicas do país. O Amazonas é um desses casos, onde diante da pouca priorização da Secretaria Estadual da Saúde para o tema, o Programa Nacional acabou por encontrar interlocução com as autarquias que àquele momento tomaram a frente da resposta amazonense à aids. Parece-nos natural que um diálogo feito entre um Programa, já de certa forma independente da estrutura do Ministério da Saúde, com autarquias que também atuam com alguma independência no âmbito local em relação Secretaria de Estado da Saúde, terminasse por ocorrer com pouca inserção do tema da aids dentro das instâncias do SUS usualmente utilizadas para coordenar a relação entre gestores dos diferentes níveis federativos.

Machado et al. (2007) destacam o papel central das comissões intergestores e dos conselhos de representação dos secretários na estrutura do SUS para operacionalizar os processos de descentralização, regionalização e hierarquização do SUS e coordenar as relações federativas na área da saúde. Trazendo tal conceito para pensarmos a criação da INTERFAM, parece-nos que o arranjo buscado por essa cooperação federativa se sobrepõe às funções previstas para as comissões e conselhos do SUS, trazendo uma característica inusitada para esse acordo de cooperação.

Por outro lado, também Machado et al. (2007) defendem que se busquem modalidades de coordenação intergovernamental alternativas para criação de políticas de saúde que

enfrentem problemas comuns de municípios e estados, facilitando a articulação entre os gestores do SUS. A INTERFAM também parece-nos encaixar-se nesse aspecto, por tratar-se de um arranjo alternativo que buscou facilitar a atuação coordenada dos diferentes entes federados na resposta à Aids no Amazonas.

Lima et al (2014), ao avaliarem o processo de regionalização das políticas de saúde no Brasil, o classifica em relação ao estado do Amazonas como um processo apenas incipiente quanto à sua institucionalidade. Buscando entender as dificuldades na construção de uma política de saúde regional na Amazônia Legal, o texto traz referência a estudo de Viana e colaboradores (2007) que apontou uma

Frágil institucionalidade da política de saúde para a Amazônia por dificuldades estruturais, institucionais e políticas. A pesquisa de campo e a análise de dados permitiram a identificação de seis situações geográficas na Amazônia Legal; usos corporativos do território, usos conservacionistas, área de fronteiras internacionais, metropolização e espaços opacos. Cada uma dessas situações compreende diferenças nos usos do território que repercutem na saúde e devem ser consideradas na condução de políticas públicas. Observou-se, no entanto, distanciamento entre as ações federais e a dinâmica territorial, expressa no deslocamento entre a política em curso e seu reconhecimento pelos gestores estaduais e locais. Os autores concluíram que, além da construção de uma política regional para a Amazônia, ficou evidente a necessidade de políticas de saúde diferenciadas para a região (LIMA et al., 2014, p. 848).

Machado et al. (2014a), em artigo que analisa o federalismo e as políticas de saúde com foco nas comissões intergovernamentais no Brasil, elaboram um quadro comparativo da dinâmica das CIB nos estados brasileiros. Neste quadro, o estado do Amazonas aparece como um dos 4 estados no país com a institucionalidade baixa da CIB. Esse mesmo quadro também aponta a CIB amazonense com uma baixa capacidade atuação.

Diante desse cenário de pouca força da CIB do Amazonas nos temas de saúde em geral, não surpreende que a questão do HIV/Aids, cuja priorização ao longo da história sempre foi baixa pelos gestores locais e contou com uma estrutura institucional fragilizada por parte da SUSAM e fragmentada em autarquias locais, tenha pouca resolutividade e independência em relação às diretrizes do nível federal dentro destes órgãos de gestão do SUS.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo e analítico acerca da Política de HIV/AIDS no estado do Amazonas. Baseou-se nas seguintes estratégias de pesquisa: 1) Levantamento e análise bibliográfica acerca do objeto de estudo; e 2) Levantamento e análise de documentos produzidos pelas instâncias de gestão amazonenses sobre o objeto estudado. O material empírico foi analisado à luz do referencial teórico já apresentado no capítulo 2 e nos aportes da análise de políticas públicas, segundo Mattos & Batista (2015).

Sobre a análise documental, Cellard (2010) considera o documento escrito como uma fonte preciosa para qualquer pesquisa no campo das Ciências Sociais. Segundo o autor, a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

Sá-Silva et al. (2009), em outro texto que trata da análise documental, destacam que o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado, levando-se em conta a riqueza de informações que deles se pode extrair e resgatar. Os autores apontam que esse tipo de análise possibilita às Ciências Humanas e Sociais ampliar o entendimento sobre temas cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Para os autores:

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência. May (2004) diz que os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido (SÁ-SILVA et al., 2009, p 10).

Quanto à análise de políticas públicas, Mattos & Batista (2015) colocam:

Quando buscamos compreender/analisar uma política pública, nos interessa saber quem foram/são os participantes do processo político e como se definiram os rumos da ação política, mas também os embates e disputas, o que ficou e o que saiu na política oficial. Obviamente, não será possível trabalhar todos os âmbitos e questões que perpassam o processo de construção de uma política, mas visa-se explorar os modos de fazer e conduzir uma política. O estudo de uma política mobiliza o exercício reflexivo sobre as opções e rumos dos diversos grupos sociais numa certa sociedade e visa potencializar a interferência dos diferentes sujeitos neste processo, buscando uma compreensão mais dinâmica e particular de cada realidade (MATTOS & BATISTA, 2015, p 24).

Para o levantamento de documentos foi considerado o período entre os anos de 2010 e 2016, com o intuito de trabalharmos com discussões mais recentes e que nos possibilitem compreender melhor a atual situação das políticas para o HIV/Aids no Amazonas, sem

desprezar documentos anteriores, especialmente quando esses forem relevantes para construção do histórico das políticas.

Considerando-se esse período, foi feita consulta aos websites institucionais das comissões intergestores bipartite (CIB) do Amazonas, regionais do Amazonas, Conselhos Estadual de Saúde do Amazonas e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas. Essa consulta buscou levantar atas, resoluções, resumos de reuniões ou documentos oficiais que registrassem as atividades destes organismos institucionais do SUS e que em algum momento tratassem do tema do HIV/Aids.

Vários documentos levantados foram transcritos literalmente na sequência deste trabalho, preservando, inclusive, eventuais erros de português contidos nos documentos originais, no intuito de garantir a autenticidade dos relatos.

A partir desse levantamento, foi feita uma análise que buscou compreender e apontar como a política de HIV/Aids está formalmente inserida nos documentos oficiais das instâncias de gestão do SUS no estado do Amazonas, elencando informações que indiquem, por exemplo, como se dá a relação entre os entes da federação quanto ao HIV/Aids no estado, qual a influência que o processo de descentralização proposto pelo SUS traz para execução dessa política no Amazonas e quais as peculiaridades dessa política local em relação à política federal para esse agravo.

Além disso, buscamos apresentar os atores principais envolvidos nas discussões sobre as políticas para o HIV/Aids no Amazonas, destacando os pontos de embate e disputas registrados nos documentos pesquisados no âmbito das instâncias formais de gestão do SUS para a conformação da política amazonense de enfrentamento a esse agravo.

## 6 DESCRIÇÃO DOS ACHADOS

O levantamento de documentos realizado nesse estudo considerou apenas os documentos oficiais; tais como atas, resumos de reuniões ou resoluções, que fizessem algum tipo de referência ao tema do HIV/Aids no Amazonas e que estivessem disponíveis nos websites institucionais das seguintes instâncias de gestão do SUS: Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas (CIB-AM), Comissão Intergestores Regional do Amazonas (CIR-AM), Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM) e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM).

Os levantamentos realizados nos sítios das CIR-AM e do COSEMS-AM não encontraram listagem de documentos disponíveis para consulta pública que possibilitassem análises das discussões realizadas nesses fóruns sobre assunto de saúde em geral, muito menos quanto às questões específicas das políticas para o HIV/Aids no Amazonas. Essa inexistência desses documentos já aponta para algumas questões sobre as quais voltaremos a tocar mais adiante em nosso texto, tais como o distanciamento das discussões sobre o HIV/Aids das instâncias regionais de gestores do SUS.

Os websites da CIB-AM e do CES-AM nos possibilitaram maior fartura de documentos com conteúdo passível de análise sobre a política de HIV/Aids no Amazonas.

Esses websites trazem lista em ordem numérica e cronológica de resoluções produzidas por estes órgãos, bem como de atas/resumos de reuniões. No entanto, cabe ressaltar que, ocasionalmente, a sequência numérica e cronológica não é respeitada, levando-nos a concluir que alguns documentos não foram disponibilizados a consulta pública nas páginas virtuais institucionais destes organismos, sem que fique clara a razão pela qual tais documentos não foram disponibilizados. Como exemplo, os links para acesso aos resumos de reuniões da CIB-AM saltam da 265ª para a 267ª reunião, sem disponibilizar o acesso ao resumo da 266ª reunião. Além disso, ao acessar o link da 265ª reunião, o endereço acessado não encontra o conteúdo do documento disponível para consulta. Este é um exemplo pontual dentro da extensa lista de resumos de reuniões disponíveis no website da CIB-AM, mas que se repete algumas outras vezes, ao menos dentro do período pesquisado. É possível que algum relato ou informação relevante ao nosso estudo tenham sido perdidos em razão dessa inconsistência na forma como a informação está disponível no site. Contudo, diante do razoável número de documentos encontrados, os quais em breve iniciaremos a descrever, entendemos que tal falha na disponibilização de documentos pelos sites institucionais não prejudicará a sequência de nossa análise.

Outra observação que nos parece importante registrar antes de avançarmos na listagem e análise dos documentos encontrados é a falta de um padrão e a heterogeneidade na redação e formato dos documentos disponibilizados. Especialmente após a passagem de um ano a outro, fica evidente a diferença na forma com que as informações e registros referentes às discussões ocorridas nas reuniões foram capturadas e inseridas nas atas/resumos de reuniões. Em alguns períodos, os textos são extremamente detalhados e extensos, com a quase transcrição das falas dos participantes, ainda que, por muitas vezes, de maneira um pouco confusa e de difícil compreensão ao leitor.

Um exemplo de trecho com essa característica de maior detalhamento das discussões vemos no resumo de reunião 208-158 da CIB-AM que coloca:

“... A outra Área Temática na mesma área de atuação seria a Atenção às pessoas vivendo com a DST HIV/Aids, a meta seria, em 2010 implementar o Serviço de Assistência Especializada em DST HIV/Aids que é o SAE em seis municípios, essa meta, ela importa R\$336.675,00 (Trezentos e trinta e seis mil e seiscentos e setenta e cinco reais), então vamos fazer um ajuste, colocar uma outra meta que contemple esses três itens que seria estruturar a rede de referência e contra referência em Lipodistrofia, no valor de R\$119.150,00 (Cento e dezenove mil, e cento e cinquenta reais) realização da capacitação em Manejo Clínico em Aids, no valor de R\$ 68.530,00 (Sessenta e oito mil e quinhentos e trinta reais) e uma capacitação da Abordagem Síndrômica, no valor de R\$ 66.390,00 (Sessenta e seis mil e trezentos e noventa reais), também falando das UDM do Hospital Tropical, ...”.

Por outro lado, temos outros resumos de reunião da mesma CIB que são muito mais sintéticos e não trazem detalhes das discussões, tal como o que segue, extraído da reunião 268-217: “ITEM III - Processo nº 25719/2015 - Dispõe sobre Plano de Trabalho: Ações de Cooperação Interfederativa DST/HIV para os Municípios Prioritários do Amazonas. Relator: Dr. Wagner Willian de Souza. Aprovado por consenso do colegiado”.

Essa falta de um padrão mínimo nos documentos listados acima parece estar relacionada a dificuldades institucionais da CIB-Amazonas. Em estudo de Machado et al. (2014a), a CIB amazonense é classificada como incipiente quanto à sua institucionalidade. Para chegar à essa classificação, os autores consideraram a existência de estrutura permanente de processamento dos temas; regularidade das plenárias; representatividade dos membros e legitimidade da comissão. A ausência de alguns documentos para consulta e a falta de padrão na elaboração dos documentos levantados por nosso estudo, parecem-nos ir de encontro ao menos aos dois primeiros critérios utilizados por Machado et al (2014a) – estrutura de processamento e regularidade das plenárias – para classificar a CIB-AM como incipiente.

Com base no levantamento realizado, outro dado que trazemos é a quantidade de inserções do tema do HIV/Aids dentro dos resumos de reuniões ou das resoluções tanto da CIB-

AM quanto do CES-AM. Como dito anteriormente, para esse estudo, foram consultados todas as resoluções ou resumos de reuniões disponíveis no website dessas instituições no período de 2010 a 2016. Conforme indicado no quadro abaixo, podemos afirmar que a presença do tema do HIV/Aids é maior nos resumos de reuniões do que nas resoluções:

Quadro 2 - Inserção do tema HIV/AIDS nos documentos da CIB-AM e do CES-AM (2010 – 2016)

	Total de Docs Consultados	Total de Docs com alguma referência ao tema HIV/Aids	% de Docs com alguma referência ao tema HIV/Aids
Resumos de Reuniões CIB-AM	51	14	27%
Resumos de Reuniões CES-AM	85	25	29%
Resoluções CIB-AM	951	18	2%
Resoluções CES-AM	155	3	2%

Fonte: Elaboração própria.

Os dados trazidos pelo quadro acima permitem-nos notar algumas indicações, tais como a baixa capacidade de propor resoluções e definições de políticas no que tange ao HIV/Aids tanto por parte da CIB quanto do CES amazonenses. A porcentagem bastante baixa de resoluções (cerca de 2%) sobre o tema em relação ao total de resoluções emitidas por estes órgãos parece-nos ser um primeiro sinal a apontar para essa baixa resolutividade.

No entanto, a porcentagem de resumos de reuniões cujos registros demonstram algum tipo de menção ou discussão sobre questões relativas ao HIV/Aids; cerca de 29%, indicam que o tema aparece com frequência bastante razoável dentro dessas instâncias, parecendo ser um tema relevante para essas instâncias. Assim, nos interessará doravante aprofundar o entendimento sobre a forma com que essas discussões acontecem, já que não se pode afirmar que a questão do HIV/Aids passe ao largo das reuniões tanto da CIB-AM quanto do CES-AM.

## 6.1 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS (CES-AM)

Iniciaremos as análises pelos documentos encontrados no website do CES-AM. Para tanto, é necessário antes de olharmos diretamente para os documentos, trazermos uma breve descrição das funções e composição dos conselhos estaduais de saúde previstos pelo SUS, a fim de facilitar o entendimento sobre os debates ocorridos dentro desse organismo e os atores nele envolvidos



Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas de participação popular e existem em âmbito federal (Conselho Nacional de Saúde), estadual (Conselhos Estaduais de Saúde) e municipal (Conselhos Municipais de Saúde), tendo sido estabelecidos pela Lei nº 8.142 de 1990, que buscou institucionalizar dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento de políticas no SUS.

Tais instâncias participativas são constituídas paritariamente e compostas por metade de representantes dos usuários do sistema e o restante por membros da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados. De acordo com Matta (2007):

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (MATTA, 2007, p. 77).

Feitas essas considerações, é de se esperar que encontremos nos documentos levantados por essa pesquisa algum confronto entre os usuários do sistema de saúde e os gestores, tal como poderemos verificar no conteúdo dos documentos face aos questionamentos realizados por parte sociedade civil às políticas para o HIV/Aids no Amazonas.

Por exemplo, no resumo da reunião 215-167, realizada em maio de 2011, o conselheiro Gilson Aguiar da Silva, após apresentação feita pelo Sr. Noaldo Oliveira de Lucena - Coordenador de Aids da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas em que foram apresentadas as realizações do ano de 2010 e o programa de ações para 2011, faz as seguintes considerações:

“O Conselheiro Gilson Aguiar da Silva perguntou qual era a Portaria que nomeou o Coordenador da DST/AIDS, se existe essa Portaria, pois segundo ele, há alguns entraves acontecendo no Estado. Disse que um dos entraves, era que as competências que eram do Laboratório Central – LACEN estão sendo encaminhadas para o Hospital Tropical. Diversos municípios do interior chegam para diagnosticar, fazer testes no LACEN, e são informados de que essa competência cabe ao Hospital Tropical. Segundo o Conselheiro Gilson Aguiar da Silva, no ano de 2010 o CES/AM aprovou que a Coordenação Estadual de DST/AIDS, “ficasse aqui dentro da SUSAM”, porém este voltou para a Fundação de Medicina Tropical. O Conselheiro disse não saber como se deu tal deliberação, informou que o Hospital Tropical só faz um determinado quantitativo de atendimentos, e que este sendo responsável pelo DST/AIDS e Programa de Tuberculose, deve fazer o atendimento completo.”

Sobre esse trecho, podemos encontrar nos questionamentos feitos pelo Conselheiro a indicação da forte presença da Fundação de Medicina Tropical (FMT) nas políticas para o HIV/Aids no Amazonas. Tal como demonstrado por Kadri & Schweickardt (2016), o

apontamento do conselheiro evidencia o protagonismo histórico de algumas autarquias na resposta amazonense ao HIV/Aids, dentre elas a FMT, muito em função do pouco protagonismo da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) diante do tema. A situação destacada pelo Conselheiro no trecho acima deixa clara a presença da Coordenação de Aids do Amazonas dentro das dependências físicas da FMT, e não da SUSAM, como fora indicado em recomendações anteriores. Ressaltamos que o documento em questão é de 2011 e, ao escrevermos esse texto, já em 2017, a Coordenação de Aids do Amazonas segue fisicamente instalada dentro da FMT. Documentos de 2016 que listaremos nessa pesquisa mais adiante também indicam a manutenção dessa situação

Além do trecho destacado acima, o protagonismo da FMT nas questões do HIV/Aids no Amazonas pode ser verificado em outros resumos de reunião do CES-AM, tais como os que seguem no quadro abaixo:

Quadro 3 - Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que apontam protagonismo da FMT

Resumo de reunião 220-172 // outubro de 2011	“o Programa de Consultório de Rua, no modelo em que estamos aprovando com o nome de Renascer e o Programa de DST/AIDS, cuja abordagem é feita aos profissionais do sexo, prostitutas, travestis, gays, lésbicas que vivem nas ruas, nas esquinas, é feito uma vez por mês em conjunto com as associações e a Fundação de Medicina Tropical e a Coordenação Estadual DST/AIDS”;
Resumo de reunião 226-178 // maio de 2012	“O presidente do CES/AM solicitou a secretária executiva que verifique a possibilidade de realizarmos a dosagem do Tacrolimus e Ciclosporina em Manaus porque é feita por kit no laboratório do Dr. Avelino e no HEMOAM que está realizando exames na área do transplante quanto ao diagnóstico e a medida dos anticorpos que nos interessa do citomegalovírus que é um vírus oportunista para os transplantados e pacientes de HIV acredita que essa dosagem é realizada na Fundação de Medicina Tropical porque atendem pacientes com citomegalovírus que é uma infecção principalmente oftalmológica, importantes nos pacientes com HIV e precisamos afastar essa possibilidade de infecção. O conselheiro Antônio Ferreira de Oliveira Júnior, confirma que a pesquisa do citomegalovírus é realizada na Fundação de Medicina Tropical e que o assunto relatado pelo conselheiro Luiz Belém é importante, pois viajou para alguns municípios na época em que o LACEN atendia a todos e estagiou no mesmo em 2003 e era gratificante ver o local cheio de pacientes em atendimento e depois que foi transformada em Fundação perdeu a própria identidade e passou a atender poucos pacientes, perdendo sua finalidade como o próprio laboratório se identifica de Laboratório Central e que com essa destinação de verba espera que ajude a voltar a identidade do LACEN de atender pelo menos os pacientes que não conseguem atendimento em outros laboratórios de Manaus.”;
Resumo de reunião 230-182 // agosto de 2012	“Memorando nº 159/2012 – CIB/AM, contendo cópia da Resolução nº 093/2012 e cópia do processo nº 10752/2012 – da Coordenação Estadual de DST/AIDS/HIV-AM, que Dispõe Sobre O Plano Anual de Metas (PAM/2012/AM) para apoiar a execução das ações em DST/HIV/AIDS - 2012 do Estado do Amazonas, que tem como Relatora a Conselheira Adarcyline Magalhães Rodrigues, a Conselheira leu o Parecer que foi distribuído para todos os demais Conselheiros, apresentando Conclusão Favorável (a cópia do Processo nº 10.752/12 e o Parecer encontram-se arquivados na Secretaria Técnica do CES/AM para consulta). Após o

	<p>Presidente abrir inscrições para manifestações sobre o mesmo, o Conselheiro Antônio de Pádua Quirino Ramalho lembrou duas circunstâncias: 1º - que no interior do Amazonas existem 43% da população essa é uma verdade, 2º que historicamente temos visto que o que pauta o investimento na Saúde é a concentração dos recursos na Capital, e o PAM claramente é um instrumento metodológico para estabelecer metas para serem alcançadas, então não fica claro na avaliação o quanto desse recurso está destinada a descentralização das ações porque se for concentrada a assistência no Instituto de Medicina Tropical é uma atração fatal que esta sendo provocada, as pessoas deverão ter que estar graves, morrendo para poderem ser assistidas.”</p>
<p>Resumo de reunião 273-221 // fevereiro de 2016</p>	<p>“AGENDA BÁSICA DO CES-AM/2016 - Apresentação e discussão das Ações desenvolvidas de 2015 e a programada para 2016 – DST/AIDS. Apresentação: Silvana de Lima e Silva – Coordenadora do DST/AIDS – Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. A Dra. Silvana de Lima cumprimentou aos presentes e disse que também é médica infectologista e sua apresentação era sobre execução financeira das ações desenvolvidas pela coordenação, a Coordenação Estadual de DST/AIDS tem um orçamento que é previsto pela Portaria nº 966, de maio de 2014;”</p>
<p>Resumo de reunião 275-223 // abril de 2016</p>	<p>“5.3 - Ofício nº 010/2016 – SEC.EXEC.CES/AM - Solicita à Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, apresentação e discussão das Propostas dos valores e Ações em 2015 e as programadas para 2016, da Cooperação Interfederativa, com sede na Fundação. Apresentação: Dra. Romina do Socorro Marques de Oliveira. 5.3 - Ofício nº 010/2016 – SEC.EXEC.CES/AM - Solicita à Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, apresentação e discussão das Propostas dos valores e Ações em 2015 e as programadas para 2016, da Cooperação Interfederativa, com sede na Fundação. Apresentação: Dra. Romina do Socorro Marques de Oliveira.”</p>
<p>Resumo de reunião 286-230 // novembro de 2016</p>	<p>“O conselheiro Dartanhã Gonçalves da Silva cumprimentou a todos “bom dia a todos os convidados, vou ser breve. Ainda volto a mesma questão do combate a AIDS no Estado do Amazonas, voltando na mesma tecla. Está disponível no site do Hospital Tropical a quantidade de pessoas que faleceram com AIDS. Só na Fundação, em 2015, nós tivemos 536 casos de AIDS na coordenação com 203 óbitos. Em 2016, até outubro, das pessoas que procuram o hospital, 302 foram relatados, mas em compensação nós tivemos 236 óbitos”. O Presidente, Dr. Pedro Elias de Souza, salientou “realmente é uma situação muito preocupante, porque o problema de saúde pública é muito complicado. A malária, o câncer de colo uterino, a tuberculose, a AIDS, nós temos que tratar da maneira mais efetiva, principalmente tuberculose e AIDS. Nós deixamos o Amazonas ultrapassar Santa Catarina, lá no Hospital Tropical a maioria dos internados são portadores de HIV e esse trabalho só vai melhorar se for tratado pelas duas Secretarias, porque uma sozinha fica muito difícil conseguir.”</p>

Fonte: Elaboração própria.

Nesses cinco trechos inseridos no quadro acima, podemos verificar a importante presença da FMT ao longo dos anos nas questões para o HIV/Aids no Amazonas. No primeiro documento listado no quadro, encontramos relação entre a FMT e outras políticas de saúde, como é o caso do Consultório de Rua, que discute ações voltadas ao HIV/Aids não só com a Coordenação Estadual de Aids, mas também com a FMT. Nos dois documentos seguintes, são apontados problemas em razão da centralização de alguns serviços na Fundação, tal como a realização de exames para infecções oportunistas ao HIV, como o citomegalovírus relatado no

resumo de reunião 226-178; bem como o apontamento feito pelo Conselheiro Antônio Ramalho no resumo de reunião 230-182 que questiona a centralização de recursos para atenção ao HIV junto à FMT. No resumo de reunião 273-221 de fevereiro de 2016, chama-nos atenção o fato da Coordenadora de Aids do Amazonas ser considerada como parte da FMT quando é registrada sua participação, e não como parte da SUSAM. Situação similar encontramos no resumo de reunião 275-223 que tratará sobre a Cooperação Interfederativa do Amazonas, pede que a apresentação sobre o tema seja feita pela FMT, e não pela Coordenação de Aids local. Por fim, o resumo de reunião 286-230, de novembro de 2016, demonstra a referência que FMT segue sendo para a obtenção de dados sobre a epidemia no Amazonas, já que o Conselheiro Dartanhã da Silva cita o website da FMT como fonte de dados por ele apresentados sobre a aids no Amazonas, em lugar de fazer tal consulta em alguma página da SUSAM, por exemplo.

Voltando ao resumo de reunião 215-167, de maio de 2011, o Conselheiro Gilson Aguiar da Silva traz outros questionamentos, agora relacionados ao financiamento das ONGs locais, conforme o trecho que reproduzimos a seguir:

“Outro questionamento do Conselheiro Gilson Aguiar da Silva foi com relação aos recursos disponibilizados para ONGs, pois se deve saber o que está sendo feito com esses recursos. Informou que o Conselho Municipal aprovou o PAM com ressalvas. O Conselheiro disse que foi realizada uma Oficina antes para que a Silvana (Coordenadora Municipal DST/AIDS) apresentasse a demanda, e esta foi aprovada com ressalvas. Uma dessas ressalvas, foi o corte de viagens das ONGs. O Conselheiro Gilson Aguiar da Silva disse que vem sendo feito um verdadeiro “festival” com as passagens, por isso faz-se necessário saber o que está sendo disponibilizado para essas ONGs. Explicou que atualmente vem sendo usada uma nova modalidade. A ONG deixa de prestar contas dos recursos, fica inabilitada de reivindicar recursos, após isso se junta com outra ONG que está habilitada e as duas fazem a habilitação de uma, sendo essa uma nova maneira de burlar a fiscalização.”

Sobre esse trecho, além de destacar o papel fiscalizador da participação social no conselho ao denunciar irregularidades no uso dos recursos destinados às ONGs que trabalham com a questão da Aids no Amazonas, encontramos relação entre os apontamentos do Conselheiro sobre corte de verbas para viagens das ONGs com os textos de Grangeiro (2015), no qual o autor coloca como um dos problemas no processo de descentralização das políticas para o HIV/Aids no Brasil a incapacidade das esferas locais em manter o financiamento da sociedade civil nos mesmos níveis em que a esfera federal lograra fazer até o início da descentralização. Segundo Grangeiro, tal dificuldade em manter o financiamento acabou por prejudicar a participação dos movimentos sociais de aids locais, ainda que se esperasse o contrário diante da maior proximidade desses movimentos com os respectivos gestores locais da saúde.

Outro destaque sobre as considerações do Conselheiro refere-se à aprovação de ações vinculadas à “PAM”. A chamada “PAM” (atualmente Programação de Ações e Metas, anteriormente denominado Plano de Ações e Metas) trata-se do programa de incentivo do Ministério da Saúde às ações locais (estaduais e municipais) de combate ao HIV/Aids. Voltaremos mais adiante a esse tema da PAM e a política de incentivo às ações descentralizadas para o HIV/Aids no Brasil, haja vista a maioria dos documentos levantados por nossa pesquisa e as discussões neles contidas estarem quase sempre relacionadas a esse instrumento, em geral para aprovação de planos de ações e orçamentos a ele vinculados, tanto dentro do CES-AM quanto dentro da CIB-AM. Por ora, destacamos que mesmo os questionamentos da sociedade civil a alguns rumos da política local para o HIV/Aids se dão quase sempre no âmbito de debates relacionados aos instrumentos da PAM.

Encontramos outra participação da sociedade civil local em relação às políticas de saúde e às políticas locais para o HIV/Aids, agora na voz do Conselheiro Ronam Nascimento, falando na condição de representante do Fórum de ONG Aids do Amazonas, cujo registro se encontra no resumo de reunião 218-170, realizada em agosto de 2011:

“O último inscrito, conselheiro Ronam Nascimento, representante do Fórum Ong AIDS, composto de vinte entidades que trabalham na prevenção das DST's/HIV/AIDS do Estado do Amazonas, se manifestou dizendo que preocupa-se com o posicionamento da Presidenta Dilma que solicitou a retirada de pauta da EC – 29 e que vai disponibilizar a notícia na sua rede social. Informou que a CIB aprovou o Plano Estadual Homens que Fazem Sexo com Homens - HSH, o Plano de Feminilização e a contratação de cinco profissionais para a coordenação DST/AIDS, a fim de melhorar o atendimento desse Programa aos usuários do Sistema. Mencionou que o Projeto Saúde nas Escolas também recebe o apoio dessa representação há vários anos. O Conselheiro acredita que se deve analisar a assistência aos portadores de HIV/AIDS em articulação com o COSEMS. Agradeceu a colaboração deste Conselho que aprovou com ressalvas o Plano Anual de Metas - PAM/2011, acreditando que as metas serão alcançadas em setenta e cinco por cento e ressaltou que “neste momento estamos apoiando o Coordenador Estadual que antes não tinha instrumentos para trabalhar, mas a partir de agora estaremos acompanhando de perto o desenvolvimento da sua gestão”.

A participação do Conselheiro Ronam no trecho acima traz uma série de considerações sobre diferentes temas relacionados às políticas de saúde. O primeiro apontamento do conselheiro trata-se de um alerta quanto à retirada da pauta por parte da Presidência da República da Emenda Constitucional 29, cujo cerne trata da questão do financiamento do SUS e a distribuição dos recursos entre os entes da federação. O trecho contido no documento analisado não deixa clara a posição do Conselheiro sobre o tema, mas chama-nos a atenção a inserção do assunto no resumo da reunião, apontando para a preocupação da sociedade civil local quanto ao financiamento do sistema de saúde como um todo e o papel que os entes

federativos terão que desempenhar com base na distribuição de recursos estabelecida pelos dispositivos legais.

Para além desse apontamento, o Conselheiro ressalta a aprovação pela CIB-AM dos Planos de Ações para HSH (Homens que Fazem Sexo com Homens) e Feminização da Epidemia, bem como da aprovação pelo CES-AM da PAM 2011 com algumas ressalvas. Nesse contexto, o Conselheiro destaca o apoio do Movimento de Aids do Amazonas àquela ocasião à então Coordenação de Aids local, apontando como positiva a contratação de alguns profissionais para atuarem nesta Coordenação.

Sobre essas considerações, ressaltamos a vinculação do instrumento da PAM e do Plano para HSH e de Feminização da Epidemia a estratégias provenientes do Ministério da Saúde. Ainda que se tenha discussão local para aprovação de tais planos, tais políticas vêm à pauta por indução do Ministério da Saúde, cujo financiamento às ações fica condicionado ao seguimento de alguns critérios mínimos estabelecidos pelo nível federal. Tal situação encontra referência em Machado (2014b), em texto que busca identificar e caracterizar padrões de relações intergovernamentais estabelecidos a partir da institucionalização de mecanismos de transferências federais condicionadas, destinados a induzir o desenvolvimento de políticas sociais na esfera subnacional. Segundo o autor com base nas regras que balizam tais incentivos, o nível federal mantém prerrogativas fundamentais para exercer seu papel de liderança, mantendo poder na definição da agenda, desenho, monitoramento e controle, bem como, na maioria das vezes, da capacidade de aplicar sanções aos entes “desviantes”.

Tal lógica, segundo o autor, facilita a execução de algumas políticas sociais, entre elas as da saúde. No entanto, parece-nos que tais instrumentos minimizam a capacidade de se reconhecerem as realidades locais e adaptar as diretrizes vindas do nível central. No caso específico do HIV/Aids, tal como apontado por Grangeiro (2015), além Teodorescu & Teixeira (2015), o processo de descentralização das políticas para esse agravo, cujo financiamento foi baseado pelo incentivo através da chamada “PAM”, não foi capaz de dirimir desigualdades regionais, tendo inclusive acentuado algumas disparidades na epidemia brasileira, tal como nos indicam os casos do Rio Grande do Sul e do Amazonas em relação ao restante do país.

Ainda com base na mesma participação do Conselheiro Ronam, em que pese o cerne da discussão ser pautado pela agenda do incentivo proveniente do Ministério da Saúde (MS), destacamos o chamado feito pelo conselheiro à articulação junto ao COSEMS das questões relacionadas à assistência aos pacientes HIV/Aids. Tal chamado destaca a importância do envolvimento dos municípios nas discussões sobre a atenção ao HIV/Aids no estado, em

contraponto ao protagonismo do MS na definição das políticas locais por meio da política de incentivo.

Sobre a questão do incentivo às políticas para o HIV/Aids no Brasil, ressaltamos que o instrumento conhecido por “PAM” requer que estados e municípios apresentem um plano de ações anuais a ser validado pelas respectivas esferas de participação social e de gestão do SUS e que servirá de base aos repasses de verbas e execução orçamentária. Por esta razão, no total de documentos levantados em nossa pesquisa, será recorrente a presença do tema da PAM e do incentivo como motivador da boa parte das discussões registradas. Em alguns documentos, sequer se detalham discussões, mas apenas se registra que a aprovação do plano foi pauta da reunião e que este foi ou não aprovado. O quadro abaixo reúne trechos extraídos de diferentes resumos de reunião do CES-AM que apontam que a PAM foi pauta, mas sem aprofundamento de discussões entre os membros do Conselho:

Quadro 4 - Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que apontam que apontam apresentações sobre PAM sem detalhamento das discussões

Resumo de reunião 211-163 // novembro de 2010	“Relatório de Gestão do Plano Anual de Metas – PAM DST/AIDS, referente ao 1º semestre de 2010, com apresentação do coordenador estadual do Programa de DST/AIDS, Dr. Noaldo Oliveira, cumprimentou a mesa e todos os presentes, lembrou que o PAM/2010, foi aprovado no final do semestre passado e como era um ano eleitoral, por causa da lei eleitoral, tivemos uma série de dificuldades para a execução desse plano. Após essa introdução, o Dr. Noaldo fez a apresentação de slide, na qual demonstrou as ações programadas e realizadas do PAM/2010.”;
Resumo de reunião 215-167 // maio de 2011	“Apresentação das ações realizadas em 2010 e programação para 2011 da Coordenação Estadual de DST/AIDS: o Coordenador, Dr. Noaldo Oliveira de Lucena discorreu sobre as ações de prevenção, ressaltando as parcerias realizadas com a coordenação municipal e ONGs e o foco educativo; a implantação do Plano de redução vertical em HIV e sífilis em quarenta municípios; implantação do projeto nascer em dezesseis maternidades do Estado, entre outros. O Dr. Noaldo Oliveira de Lucena considerou que atingiram cinquenta por cento das metas programadas para 2010, em virtude de ser um ano eleitoral. Para 2011, definiu as metas como mais ousadas na parte de promoção e prevenção, intensificando as ações educativas e distribuição de preservativos, entre outras.”;
Resumo de reunião 239-190 // abril de 2013	“O Relatório que trata da Programação Anual de Metas em DST/AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amazonas (PAM 2013) foi aprovado com o voto em desacordo do conselheiro Antônio de Pádua Quirino Ramalho e nenhuma abstenção;”
Resumo de reunião 251-201 // abril de 2014	“DELIBERAÇÃO DA PLENÁRIA: 3.1 – Processo nº02478/2014 - Coordenação Estadual de DST/AIDS/HV-AM, Plano Estadual para as Ações de Vigilância, Prevenção e de Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais para 2014 referente à Resolução CIB/AM nº 018/2014, que dispõe sobre o Plano Anual de Metas (PAM)- 2014 do Estado do Amazonas – Resolução CIB/AM nº 019/2014, dispõe sobre a lista de medicamentos para infecções oportunistas e doenças associadas à AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amazonas e Resolução 020/2014, dispõe sobre o saldo remanescente do Plano Estadual de Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amazonas. ... 5.2 Apresentação e discussão da situação das atividades do Programa DST/AIDS,

	exercício 2013 e a programação para 2014. Apresentação: Dra. Silvana de Lima e Silva.”
Resumo de reunião 273-221 // fevereiro de 2016	“AGENDA BÁSICA DO CES-AM/2016 - Apresentação e discussão das Ações desenvolvidas de 2015 e a programada para 2016 – DST/AIDS. Apresentação: Silvana de Lima e Silva – Coordenadora do DST/AIDS – Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. A Dra. Silvana de Lima cumprimentou aos presentes e disse que também é médica infectologista e sua apresentação era sobre execução financeira das ações desenvolvidas pela coordenação, a Coordenação Estadual de DST/AIDS tem um orçamento que é previsto pela Portaria nº 966, de maio de 2014”

Fonte: Elaboração própria.

Seguindo com foco nos documentos pesquisados junto ao website do CES-AM e que tenham relação com a PAM para a aids no estado, indo além dos apontamentos já relatados anteriormente sobre o resumo de reunião 218-170, o quadro a seguir apresenta outros trechos em que se registram discussões e questionamentos da sociedade civil local ao planos e ações apresentados anualmente ao Conselho:

Quadro 5 - Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que trazem apresentações sobre PAM, com detalhamento das discussões.

Resumo de reunião 219-171 // setembro de 2011	“O conselheiro Ronan José Nascimento, lembrou que está à disposição para colaborar na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas; solicitou da Secretária Técnica do CES/AM, cópia dos processos nº 21150/2011 e nº 20032/2011 que trata do PAM/2011 e o de contratação de Recursos Humanos para a coordenação DST/AIDS; informou que no mês passado, o Fórum Amazonense de ONG/AIDS se reuniu para elaborar o Plano Anual de Metas – PAM para 2012, divulgou a comemoração pelos seis anos de fundação da Casa de apoio Frei Mário Monaceli que aceita doações e voluntários e a realização da Parada Gay, com mais de cem mil pessoas”
Resumo de reunião 222-174 // dezembro de 2011	“Ronam José Nascimento, que após cumprimentar os Conselheiros do CES/AM e membros da CIB/AM informou que foi indicado pela Mesa Diretora para o Primeiro Encontro de Redução de Danos da região Metropolitana de Manaus, realizado nos dias 15 e 16 no Hospital Tropical. Disse: “temos que nos preocupar com a questão das Hepatites que estão entrando e parece que o Governo está tentando implantar um projeto na questão da redução dos danos e na questão de álcool e outras drogas”. Também informou que houve o Encontro de Pactuação dos Preservativos para os municípios e todo o Estado, e que fazem alguns anos que o Estado não está comprando os preservativos. Disse que os preservativos que vêm, são do Programa Nacional que abastece Manaus e o Estado. Falou que perguntou da técnica e esta respondeu que o problema maior é o valor, por ser muito pequeno e quando o Estado vai comprar esse valor aumenta, disse ao Presidente e aos Conselheiros que “temos que nos sentar no próximo ano, porque também nós temos os problemas das Hepatites que vão entrar no cenário, aliás, já estão no cenário”. Disse que: “as coordenações de DST e Hepatites virais tem que entrar num consenso para que possamos estar disponibilizando preservativos para essas pessoas. Embora as hepatites sejam um caso e DST/AIDS outro, nós somos responsáveis por isso, ter dinheiro têm, que disponibilizamos no Plano de Ações e Metas, mas nós temos que ver algum jeito de comprarmos, para que o Estado não seja criticado no próximo ano por não comprar preservativos.”
Resumo de reunião 230-182	“Memorando nº 159/2012 – CIB/AM, contendo cópia da Resolução nº 093/2012 e cópia do processo nº 10752/2012 – da Coordenação Estadual de DST/AIDS/HIV-AM, que Dispõe Sobre O Plano Anual de Metas



<p>// agosto de 2012</p>	<p>(PAM/2012/AM) para apoiar a execução das ações em DST/HIV/AIDS - 2012 do Estado do Amazonas, que tem como Relatora a Conselheira Adarclyne Magalhães Rodrigues, a Conselheira leu o Parecer que foi distribuído para todos os demais Conselheiros, apresentando Conclusão Favorável (a cópia do Processo nº 10.752/12 e o Parecer encontram-se arquivados na Secretaria Técnica do CES/AM para consulta). Após o Presidente abrir inscrições para manifestações sobre o mesmo, o Conselheiro Antônio de Pádua Quirino Ramalho lembrou duas circunstâncias: 1º - que no interior do Amazonas existem 43% da população essa é uma verdade, 2º que historicamente temos visto que o que pauta o investimento na Saúde é a concentração dos recursos na Capital, e o PAM claramente é um instrumento metodológico para estabelecer metas para serem alcançadas, então não fica claro na avaliação o quanto desse recurso está destinada a descentralização das ações porque se for concentrada a assistência no Instituto de Medicina Tropical é uma atração fatal que esta sendo provocada, as pessoas deverão ter que estar graves, morrendo para poderem ser assistidas.”</p>
<p>Resumo de reunião 233-185 // novembro de 2012</p>	<p>“Dartanhã Gonçalves da Silva que lembrou aos presentes o Dia Mundial e Municipal de Combate a AIDS, dia 1º de dezembro, sábado próximo; considerou que não se pode comemorar nada, justificando que “o país hoje tem mais de cento e sessenta milhões de reais aprovados para combater a AIDS e que nunca foram utilizados até hoje, o Amazonas contribui com mais de um milhão de reais em contas, como superávit, o qual não está sendo utilizado devido à demora na aprovação do PAM - Plano Anual de Metas, aprovado depois de julho; “nós planejamos no ano anterior o trabalho para dez meses, nós temos um tempo de dois meses para fazer o planejamento de um ano; em virtude disso, no próximo sábado a Associação Garotos da Noite e as quatorze ONG’S que compõem o Fórum ONG/AIDS estarão no centro de Manaus fazendo um ato público, se posicionando quanto a essa irresponsabilidade dos gestores públicos que deixam de investir o dinheiro para combater uma doença que tem acabado com dezenas de pessoas e companheiros durante todos esses anos”; o conselheiro também se preocupa com as Hepatites virais e disse que “desde o início do ano que se discute a implementação do plano de Hepatites virais; que já foi depositada a terceira parcela do financiamento para implantação desse plano e até o momento não saiu, estou vendo que se corre o risco de voltar para o superávit e daqui a pouco não se tem como trabalhar; a preocupação é maior porque o incentivo da AIDS termina em 2013, a partir de 2014 será feito um outro arranjo e vai ficar bem mais difícil trabalhar, nossa preocupação é com as pessoas que hoje tem HIV e o incentivos que recebemos para esse tratamento estão sendo guardados nos cofres do governo e de prefeituras, como exemplo tem prefeitura no Brasil que recebe o incentivo há seis anos e até o momento não foi utilizado”.”</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos trechos destacados no quadro acima, o primeiro deles, traz alguns informes de atividades relatados pelo Conselheiro Ronam Nascimento, tal como a participação da sociedade civil na elaboração do então chamado Plano Anual de Metas (PAM) para 2012, o que reforça mais uma vez a centralidade do instrumento do incentivo proposto pelo Ministério da Saúde (MS) nas discussões locais sobre a política de aids. No resumo de reunião seguinte, 222-174, o mesmo Conselheiro traz considerações sobre a importância da questão das hepatites virais no estado, associando essa preocupação às aquisições de preservativos já previstas para acontecerem no âmbito das ações para controle das DST e Aids, que estão vinculadas à PAM do estado. Mais uma vez, a questão do incentivo do MS acaba sendo o pano de fundo para uma outra discussão importante para o local, já que segundo apontado pelo próprio Conselheiro, de

acordo com a PAM, o estado já deve realizar as compras de tal insumo e há recursos previstos para esse fim, contudo há incapacidade estrutural para que tais aquisições sejam feitas pelo estado, levando ao desabastecimento de preservativos caso estes não sejam enviados pelo nível federal. O resumo da reunião 230-182 traz uma interessante ponderação do Conselheiro Antônio Ramalho, na qual encontramos um questionamento sobre a forma de distribuição dos recursos proposta pelo instrumento da PAM, que, segundo ele, acabaria por centralizar demais os recursos na capital e na FMT, quando na verdade o mais adequado seria distribuir melhor tais recursos pelos municípios do interior. Tal questionamento aponta para a necessidade de se pensar em ações regionalizadas, que possibilitem a organização de uma rede de atenção mais ampla, sem concentração de serviços em poucos locais. Ainda que a fala do Conselheiro não seja expressa sobre o tema da regionalização, é um dos raros momentos em que podemos depreender a presença deste tema dentro da totalidade dos documentos pesquisados. Além disso, parece-nos claro o chamado à maior participação dos municípios na discussão sobre atenção aos pacientes, a fim de distribuir melhor a atenção no estado. Finalmente, o resumo de reunião 233-185 nos traz importantes críticas do Conselheiro Dartanhã Silva, com base nas quais podemos notar a insuficiência do instrumento da PAM para que as ações nele previstas sejam de fato realizadas. O Conselheiro reporta a inexecução de recursos orçamentários previstos pelo programa de incentivo federal às ações de aids no Amazonas, muito possivelmente em razão da pouca estrutura da Coordenação de Aids local para realizar a execução desse orçamento e as ações a ele atreladas. Tal situação parece-nos apontar para a incapacidade do instrumento de indução do MS em considerar diferenças e peculiaridades locais.

Como destaque seguinte entre os vários temas abordados nos documentos pesquisados, notamos a presença de discussões e apresentações sobre a Cooperação Interfederativa para o enfrentamento ao HIV/Aids no Amazonas - INTERFAM, cuja apresentação já fizemos no capítulo sobre as políticas de aids no Amazonas. Verificamos referências a esse acordo de cooperação nos seguintes resumos de reuniões encontrados no website do CES-AM:

Quadro 6 - Trechos de resumos de reuniões do CES-AM que abordam o tema da INTERFAM

Resumo de reunião 275-223 // abril de 2016	“5.3 - Ofício nº 010/2016 – SEC.EXEC.CES/AM - Solicita à Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, apresentação e discussão das Propostas dos valores e Ações em 2015 e as programadas para 2016, da Cooperação Interfederativa, com sede na Fundação. Apresentação: Dra. Romina do Socorro Marques de Oliveira. 5.3 - Ofício nº 010/2016 – SEC.EXEC.CES/AM - Solicita à Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, apresentação e discussão das Propostas dos valores e Ações em 2015 e as programadas para 2016, da Cooperação Interfederativa, com sede na Fundação. Apresentação: Dra. Romina do Socorro Marques de Oliveira. A Dra. Romina do Socorro Marques de
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Oliveira. Em nome da Cooperação Interfederativa para o Enfrentamento da Epidemia do HIV, agradeceu em nome da equipe por que é um trabalho entre as três esferas no Ministério da Saúde, dos gestores estaduais e dos gestores municipais que são considerados como prioritários e para todos que trabalham com o SUS, tem um plano de ação que passou em 2015 pela CIB, pretende mostrar de forma bem reduzida para esclarecer por que muitas vezes ficam dúvidas de como surgiu e qual é o papel dessa cooperação, como foi levantado no CES/AM tiveram um convite em forma de primeiras reuniões com os gestores estaduais principalmente com duas Unidades federadas com um olhar chamado pelo Ministério da Saúde como “olhar diferenciado” para epidemias que ainda não apresentavam controle, essas duas unidades foram Rio Grande do Sul entre 2013 e 2014 e o Amazonas a partir do início de 2014 antes da portaria ter sido assinada. O grande objetivo é apoiar tecnicamente os municípios e o Estado para o controle e enfrentamento da epidemia. Não podemos deixar de levantar que o Amazonas e o local em que a epidemia ferve, a epidemia ainda não está controlada como outras unidades federadas do nosso país”
Resumo de reunião 277-224 // maio de 2016	“Conselheiro Dartanhã Gonçalves da Silva, após cumprimentar a todos, informou que ontem começou na Assembleia Legislativa, no Auditório João Bosco, uma Plenária ampliada da Interfederativa, e é provável que o Departamento DST/AIDS, do Ministério da Saúde, amplie por mais dois anos a Interfederativa, justamente para discutir melhor a questão da infecção do HIV e AIDS no Estado do Amazonas.”

Fonte: Elaboração própria.

A primeira constatação sobre esses dois trechos de resumos de reuniões do CES-AM é que o tema da INTERFAM não passa ao largo desse Conselho e das consequentes intervenções do controle social que são inerentes às discussões no CES. Na fala da Dra. Romina Oliveira, fica claro também que tal dispositivo de cooperação federativa foi aprovado na CIB-AM no momento em que ela informa da aprovação das ações da INTERFAM para o ano de 2015 por aquela instância. Assim, não se pode dizer que a INTERFAM seja desconhecida dos mecanismos formais de gestão descentralizada do SUS diante do conhecimento e aprovação, por exemplo, do CES-AM e da CIB-AM. Por outro lado, no registro da participação da Dra. Romina Oliveira na reunião 275-223 podemos notar a falta de conhecimento e a ocorrência de dúvidas no Conselho sobre o papel e a forma como surgiu tal cooperação, já que a própria interlocutora coloca que, com sua participação, pretende esclarecer tais questões. Na sequência de sua fala, parece-nos surgir mais uma vez o protagonismo do Ministério da Saúde frente às políticas de aids locais, já que, segundo o relato da Dra. Romina Oliveira, tal iniciativa teve como base o que ela chama de “um olhar diferenciado” para a epidemia de aids no Brasil, visando ordenar ações entre as diferentes esferas de gestão da federação para enfrentar a epidemia em locais nos quais ela se encontra com dados mais preocupantes que no restante do país, tal como no caso do Amazonas.

Sobre tais questões, podemos fazer mais algumas relações com nosso referencial teórico, sendo a primeira delas com os textos de Machado et al. (2007) sobre a configuração

institucional e o papel dos gestores de saúde no SUS. Neste texto, encontramos uma série de reflexões sobre as relações federativas e a necessidade de cooperação e associação entre os diferentes níveis da federação para a consecução das políticas de saúde. Sob essa ótica, poderíamos entender que a proposta de se buscar uma cooperação específica para enfrentamento de um agravo, buscando coordenar ações conjuntas pode ser uma boa opção para se atingir tal fim, tal como no caso da INTERFAM. No entanto, no mesmo texto, os autores destacam a elaborada estrutura de gestão prevista pelo SUS para viabilizar a execução das ações descentralizadas por meio de seus conselhos de participação social e dos conselhos intergestores. Tais espaços estão estabelecidos para darem conta dessas relações entre os entes, esperando-se que as ações conjuntas e esforços compartilhados sejam ajustados e discutidos dentro de tais instâncias. Dessa forma, podemos ver na INTERFAM o estabelecimento de um dispositivo paralelo, ainda que aprovado e validado na CIB e no CES local, que pode aprofundar o distanciamento histórico já relatado das questões do HIV/Aids dessas instâncias formais de gestão dentro do Amazonas.

Tal situação muito possivelmente não é uma exclusividade do HIV/Aids, já que, ao olharmos para o estudo de Machado et al. (2014a), que faz uma análise da atuação e institucionalidade das CIBs nos diferentes estados do país, a CIB amazonense é uma das que aparecem com maiores desafios quanto à sua institucionalidade e capacidade de atuação. Assim, é de se esperar que haja dificuldades de se estabelecer políticas efetivas dentro de tal instância, o que não seria diferente para o HIV/Aids. A força do Ministério da Saúde por meio de seu Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais em induzir políticas de enfrentamento ao HIV/Aids pelo país, aliada às fragilidades institucionais da Secretaria de Saúde do Amazonas e das instâncias de gestão do SUS no estado, podem acabar gerando uma estrutura paralela que, ainda que traga alguns resultados e possibilite ações importantes no combate à epidemia de aids amazonense, não venham a ser de fato incorporadas pelas estruturas locais, para que possam seguir com maior autonomia e independência em relação ao nível federal.

Os demais resumos de reuniões do CES-AM que tratam de alguma forma de temas relacionados ao HIV/Aids trazem participações mais pontuais, sem maiores conteúdos políticos que valham a pena serem analisados neste estudo. Em geral, são informes sobre participações em congressos e reuniões ou informes sobre as trocas de representações da sociedade civil ligada ao movimento de aids dentro do Conselho.

Quanto às três resoluções do CES-AM encontradas em nosso levantamento no website desse órgão e cujo foco sejam as políticas para o HIV/Aids, todas elas são referentes apenas à

aprovação dos planos encaminhados pela CIB-AM como parte do incentivo às ações de enfrentamento ao HIV/Aids proveniente no nível federal por meio do instrumento da PAM, cuja discussão já apresentamos acima.

## 6.2 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO AMAZONAS (CIB-AM)

Dando sequência à nossa análise, entramos agora no levantamento realizado nos documentos disponíveis no website da CIB-AM.

Assim, tal como fizemos no caso do CES-AM, antes de iniciarmos a análise documental relacionada à CIB-AM, faremos uma rápida descrição das funções e composição das comissões intergestores bipartite previstas pelo SUS, a fim de facilitar o entendimento sobre os debates ocorridos nessa instância e os atores nele envolvidos.

Segundo Machado et al. (2014a), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) dos estados brasileiros tiveram suas estruturas entre os anos de 1993 e 1995, tendo gestores em sua composição, distribuídos paritariamente entre os representantes das Secretarias de Saúde do estado e de seus municípios. As CIB destinam-se a elaborar propostas para a descentralização da gestão do SUS; adaptar normas nacionais às realidades dos estados; acompanhar e avaliar a gestão descentralizada do Sistema de Saúde; decidir sobre critérios de alocação dos recursos federais para a saúde; além de desenvolver propostas para operacionalizar as políticas. Em um breve histórico sobre as CIB, os autores colocam:

Desde então, tais comissões atuam em negociações relativas à descentralização, distribuição de recursos financeiros federais e estaduais, definição de responsabilidades e construção de parcerias entre entes federativos. As CIB foram importantes nos diversos momentos de descentralização da política, norteados pelas normas operacionais do SUS. A partir de 2006, as diretrizes nacionais do Pacto pela Saúde representaram novo incentivo à intensificação das negociações intergovernamentais, com ênfase na regionalização, trazendo implicações para o funcionamento das CIB (MACHADO et al., 2014a, p. 644).

Face a sua composição por gestores da saúde no estado e nos municípios, as discussões encontradas nos resumos de reunião levantados por nossa pesquisa centram-se muito nas questões orçamentárias e distribuição de recursos entre os entes federados no estado. Tal como no caso da CES-AM, poderemos ver nas linhas a seguir que a pauta principal das discussões, quase em sua totalidade, se dá em função de aprovar o plano de ações e definir o uso dos recursos atrelado a esse plano com base no programa do Ministério da Saúde de incentivo das ações descentralizadas para o HIV/Aids, já várias vezes referido anteriormente pela sigla PAM.

Encontram-se também algumas discussões sobre o plano estadual para aquisição de medicamentos voltados ao combate de infecções oportunistas ao HIV/Aids, também com foco muito voltado à distribuição orçamentária. Tais recursos para compra desses medicamentos são uma contrapartida dos estados em relação às compras dos antirretrovirais pelo nível central, sendo também parte integrante dos planos de ação constantes da PAM.

O quadro a seguir traz trechos extraídos de resumos de reuniões disponíveis no website da CIB-AM que tenham relação com as políticas para o HIV/Aids no Amazonas. Tais resumos atestam a premência do tema do PAM e os planos e ações a ele vinculados nas discussões ocorridas na CIB-AM no período entre 2010 e 2016:

Quadro 7 - Trechos de resumos de reuniões da CIB-AM que trazem discussões relacionadas à PAM

<p>Resumo de reunião 208-158 // março de 2010</p>	<p>“Extra-Pauta: Plano de Ações e Metas para 2010 – PAM DST/Aids. Apresentação: Coordenação/Grupo Técnico do HIV/Aids. A Coordenadora Técnica da DST/AIDS - Dr<sup>a</sup> Eda Cristina Chagas fez alguns detalhamentos das ações, e iniciou a apresentação do Plano, falando das áreas de atuação, que atuamos em quatro grandes áreas que seriam: Área nº. 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; Área nº. 2 – Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Área nº. 3 – Gestão e Desenvolvimento Institucional e; Área nº. 4 – Organizações da Sociedade Civil. Dentro dessas áreas de atuação, o Ministério da Saúde faz uma sub-divisão em áreas temáticas. Até 2009 existia uma certa amarração, digamos assim, entre área de atuação e essas áreas temáticas, a partir de agora não, essas áreas temáticas são livres, tendo e vista que a DST ela tem uma abrangência grande, então pode compor qualquer área de atuação. E seria destinada a população em geral, abrangeria os 62 municípios, tem um prazo de execução de um ano que vai de janeiro a dezembro de 2010 e a fonte que nós vamos avaliar a execução dessa meta, seria justamente o número de campanhas realizadas, o somatório financeiro dessa campanha toda, dessas três campanhas no Estado inteiro, incorpora R\$ 333.400,00 (trezentos e trinta e três mil e quatrocentos reais). E ações que vão compor essas metas. Ação nº. 1 - Aquisição de Material Informativo para as Campanhas Pontuais, estamos pleiteando recurso próprio, recurso do estado, no valor de R\$ 246.700,00 (duzentos e quarenta e seis mil e setecentos reais). A ação nº. 2 - Veiculação de Campanha de Prevenção nos Meios de Comunicação, recurso próprio do Estado no valor de R\$ 56.700,00 (cinquenta e seis mil e setecentos reais). Então isso tudo vai englobar o valor de R\$ 333.400,00 (trezentos e trinta e três mil e quatrocentos reais) e nós fizemos embaixo uma tabela de discriminação do que seria na verdade isso. Seria aquisição de material informativo para campanhas e tudo se importa nesse valor de R\$ 246.700,00 (duzentos e quarenta e seis mil e setecentos reais). Veiculação de Campanhas nos meios de comunicação, então nós pensamos em outdoors, spot, mobiliário urbano e criação de arte, isso tudo importando aquele valor que foi ainda pouco R\$ 56.700,00 (cinquenta e seis mil e setecentos reais). Ainda dentro da área temática de Promoção de Práticas Sexuais Seguras e Redução de Danos do Uso de Álcool e Outras Drogas, nós temos a 2ª meta que seria - Realizar intervenções comportamentais e educativas à população geral e vulnerável de 40 municípios, e no próximo ano contemplar o restante dos municípios. Então essas intervenções vão conter esses municípios que estão listados aqui, que estão atuando conosco, são alguns municípios que já tem CTA, ou que mandaram documentação manifestando interesse de adquirir as ações do programa. Essa meta, ela vai ser avaliada pelo número de intervenções</p>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

realizadas por municípios previstos, o total da meta é de R\$ 87.070,85 (oitenta e sete mil, setenta reais e oitenta e cinco centavos). Tabatinga recebe recurso Federal, mas entendemos em recorrência da dificuldade do município, então sempre que tem treinamento e capacitação, também incluímos eles, e Parintins está agora pleiteando o recurso, o PAM de Parintins foi encaminhado e já está em Brasília. Em 2010 implementar Rede de Testagem e Aconselhamento em 40 municípios do Estado, para isso vamos avaliar a meta, a execução dos municípios previstos para o número implementados. Total dessa meta é R\$89.380,00 (oitenta e nove mil e trezentos e oitenta reais). Implementar em 2010 ações de DST em 5 municípios, ou seja, essa seria a contrapartida da coordenação junto ao GGE (Grupo Gestor do Estado) e PSPE que é o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas,. Mas Manaus está entre esses cinco. O GGE é o Grupo Gestor do Estado, é um grupo formado por vários profissionais de diversas entidades, associações, e organizações da sociedade civil que compõe um grupo que é um grupo que tenta gerir isso no Estado, nós temos a SEMSA também, o STE, o GGE só atua no STE. agnóstico, Tratamento e Assistência: Área Temática - Atenção às Gestantes e Crianças Expostas ao HIV e Sífilis: Meta em 2010 implementar Redes de Atenção às Gestantes, Crianças Expostas ao HIV e Sífilis em 40 municípios, a mesma justificativa, vamos pegar 40 municípios, implantar em rede e estruturar todos e valor dessa meta está em torno de R\$ 70.096,80 (setenta mil, noventa e seis reais e oitenta centavos). O Projeto Nascer já é um projeto que está em execução em alguns nesse programa, a Portaria mudou, então as pessoas vão ter que ser novamente capacitadas, essa ação ela vai custar R\$47.971,80 (quarenta e sete mil, novecentos e setenta e um reais e oitenta centavos) e o processo seria uma capacitação clínico a atenção às gestantes e crianças expostas ao HIV e Sífilis orçada no valor de R\$26.122.00 (vinte e seis mil e cento e vinte e dois reais). E a outra meta seria a capacitação em Gestantes, essa daqui já é uma coisa nova, o profissional vem e passa cinco dias por mês, sendo capacitado, tem uma carga horária de 40 horas e que terão aulas teóricas e aulas práticas, a prática é ministrada na Fundação de Medicina Tropical e contratamos os profissionais que já fazem laboratório ou que já prestam esse tipo de assistência à Gestante e Criança Exposta. A outra Área Temática na mesma área de atuação seria a Atenção às pessoas vivendo com a DST HIV/Aids, a meta seria, em 2010 implementar o Serviço de Assistência Especializada em DST HIV/Aids que é o SAE em seis municípios, essa meta, ela importa R\$336.675,00 (Trezentos e trinta e seis mil e seiscentos e setenta e cinco reais), então vamos fazer um ajuste, colocar uma outra meta que contemple esses três itens que seria estruturar a rede de referência e contra referência em Lipodistrofia, no valor de R\$119.150,00 (Cento e dezenove mil, e cento e cinquenta reais) realização da capacitação em Manejo Clínico em Aids, no valor de R\$ 68.530,00 (Sessenta e oito mil e quinhentos e trinta reais) e uma capacitação da Abordagem Síndrômica, no valor de R\$ 66.390,00 (Sessenta e seis mil e trezentos e noventa reais), também falando das UDM do Hospital Tropical, a Rede de Referência do Lipodistrofia, esse ano, nós vamos contribuir apenas com aquisição, esse ano em não participar ninguém da Lipodistrofia, já tem o serviço estruturada, nós vamos ver que a demanda, que existe na realidade reprimida, para ver a necessidade de ampliar, o Manejo Clínico ele é um curso que segue os moldes daquele das Gestantes, é um curso teórico e a Logística dos Preservativos, é feito em termo de necessidade de insumos que foi fechado no final do ano passado e se fazem presentes todos os municípios, e foi feito um guia de preservativos para o anode 2010 e tem esses dados aqui são com base na avaliação desse Plano e que essa meta incorpora R\$24.672,20 (vinte e quatro mil, seiscentos e setenta e dois reais e vinte centavos). Aqui nós discriminamos quantos são os preservativos masculinos, 52mm, os preservativos femininos, 42mm, masculino 49mm e quantos outros os femininos. A outra meta que nós temos é a Logística da Fórmula Infantil, que é justamente disponibilizar 100% da fórmula infantil para crianças expostas ao HIV atendidas em Manaus, todos tem desde o início e o valor desse montante é de R\$132.600,00 (Cento e trinta e dois mil e seiscentos reais). Aqui nós estamos discriminando a fórmula, o total de 7.800 (sete mil e oitocentas) esse é o preço que nós normalmente

	<p>conseguimos orçar e o valor total é R\$57 e está faltando, porque tem o incentivo que é próprio e tem o que é Federal e na verdade esse valor é R\$132.600,00 (Cento e trinta e dois mil e seiscentos reais). A Logística de Insumo, essa aqui nós agrupamos bastante coisa, ficou um valor assim, alto, R\$175.699,28 (Cento e setenta e cinco mil, seiscentos e noventa e nove reais e vinte e oito centavos) e como meta em 2010 é fortalecer em 100% as ações do Gestor institucional do programa. Sugere-se que entre em pauta na próxima reunião. Aprovado por consenso do colegiado.”</p>
<p>Resumo de reunião 222-172 // maio de 2011</p>	<p>“ITEM XIII – Extra Pauta III – Processo Nº 10773/2011. Plano de Ações e Metas do Programa DST/AIDS 2011. O relator José Rodrigues fez a seguinte apresentação: O processo foi encaminhado nesta data pela Coordenação de DST/AIDS com as alterações propostas em reunião prévia no Gabinete do Secretário Executivo. Apresentam em conformidade com os recursos transferidos pelo Ministério para esta finalidade desde 2008 até o presente momento só da R\$ 272.000,00 (duzentos e setenta e dois mil reais) e na planilha o recurso destinado às organizações não governamentais é da ordem de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) então está incompatível com a legislação, portanto foi anexada uma planilha com as despesas e recursos disponível para facilitar a análise quanto as observações, em decorrência do exposto submetemos a decisão dos demais membros do Colegiado que as programações de despesas destacadas acima apresenta inconsistências inclusive com a dotação orçamentaria do FES já mencionada Dr. Wilson Duarte Alecrim coloca que o encaminhamento que o relator fez, talvez da forma mais correta seja colocar em diligência e que a coordenação de DST/AIDS procure o relator para esclarecer os pontos obscuros e os que não estão claros no processo, para os membros vai ficar difícil somar diminuir, verificar se estão em despesa de capital, segundo a planilha não está. Aprovado pelo colegiado.”</p>
<p>Resumo de reunião 223-173 // junho de 2011</p>	<p>“ITEM XXII - EXTRA-PAUTA III: Apresentação do PAM/2011 do DST/AIDS, O relator José Rodrigues é de parecer favorável nada tendo a opor quanto à proposta, haja vista ter embasamento legal. Assim mantemos nossas indagações quanto aos seguintes itens: a) Contratação de Bolsistas com vínculo Empregatício R\$ 291.200,00; b) Pagamento da Coordenação Estadual R\$40.000,00; c) Parcerias com OSC – Ações desenvolvidas pelas ONGs R\$ 232.000,00 e d) Parcerias com OSC – Edital e Seleção de Projetos p/ONGs R\$ 472.000,00. Em decorrência do exposto submetemos a análise e manifestação do Secretário Executivo da SUSAM, haja vista que as programações de despesas destacadas acima, apresentam inconsistências inclusive com a dotação orçamentária do FES já mencionada. O mesmo sugere a Coordenação do PAM junto ao FES reavalie a fonte. Consensuado pelo colegiado.”</p>
<p>Resumo de reunião 225-175 // agosto de 2011</p>	<p>“ITEM XII – EXTRA-PAUTA I – Processo nº 20032/2011 – Planos Estaduais HSH e Feminização da AIDS e Projeto de Promoção Proteção e Prevenção das DSTs planejadas no PAM/2011. O Dr. Noaldo Oliveira de Lucena fez a sua apresentação e identificou os pontos com clareza sobre os planos devidamente estudos e apresentados por sua equipe e solicita a CIB/AM a aprovação. Aprovado por consenso do colegiado.”</p>
<p>Resumo de reunião 228-178 // novembro de 2011</p>	<p>“ITEM XII - EXTRA - PAUTA VI: Processo nº 28006/2011 – Apresentação da lista de medicamentos para DST ‘s e Infecções Oportunistas a técnica da Coordenação Estadual DST/Aids Maria das Graças Vitoriano faz a apresentação com exposições de motivo O Vice-Presidente Ildnav Manguiera Trajano faz um informe técnico para que na próxima reunião Extraordinária da CIB possa ser discutido o assunto novamente, depois o FES ou o Secretário de Manaus possa conversar com o Secretário da Capital para que possam ter uma posição, porque na realidade são valores altos, precisamos da opinião deles. Na próxima reunião o assunto será debatido. A relatora Geilane Evangelista de Oliveira coloca que não foi mexido no orçamentário, foi recebido o orçamento desde o começo do ano o que foi mudado foi a divisão do dinheiro em aplicação, o Fundo deveria ter sido consultado ou informado sobre tal situação de mudança. O Vice-Presidente Ildnav Manguiera Trajano como dotação orçamentária é a mesma, a consenso na mesa sobre apenas às divisões dos recursos? E pergunta FES é favorável? Aprovado por consenso do colegiado.”</p>



<p>Resumo de reunião 233-182 // abril de 2012</p>	<p>“ITEM VII – Processo nº 10752/2012 – Plano de Ações e Metas DST/AIDS – 2012. A relatora Geilane Evangelista de Oliveira é de parecer Favorável em relação ao pleito, condicionando ao ajuste das ações e das metas para execução no valor disponível, conforme planilha em anexo. E ainda fazer melhor detalhamento da meta 19, ações 04 e 07, no que diz respeito a contratação de técnicos de nível médio e superior para Coordenação Estadual de DST/AIDS e aquisição de 01 (um) veículo adaptado pela CTA Itinerante, respectivamente. Considerando a importância de implementação do Plano Anual de Metas (PAM) da Coordenação Estadual de DST/HIV/AIDS para 2012 no Estado do Amazonas visando a continuação das ações prolongadas; O membro Ildnav Mangueira Trajano sugeriu que processo fique em diligência, para que na próxima reunião venha com mais detalhes. Aprovado por consenso do colegiado a proposta do membro Aprovado por consenso do colegiado.”</p>
<p>Resumo de reunião 241-190 // fevereiro de 2013</p>	<p>“ITEM VI – Processo nº 04288/2013 - Programação Anual de Metas em DST/AIDS e pactuação de Medicamento oportunistas de doenças associadas a AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amazonas (PAM - 2013). Relatora: Radija Mary Costa de Melo Lopes. A construção da Programação Anual de Metas em DST/AIDS e Hepatites Virais 2013, bem como da Proposta de Pactuação dos Medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Infecções Oportunistas (I.O), Doenças Associadas à AIDS e Hepatites Virais e Insumos de Prevenção do Estado do Amazonas, foi realizada através dos consensos obtidos na Oficina de Trabalho ocorrida em janeiro de 2013. Para tais, existe uma estimativa de recursos de R\$ 4.369.049,59. Considerando que a Programação Anual de Metas das DST/AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amazonas e a Proposta de Pactuação dos Medicamentos para DST's, Infecções Oportunistas, Doenças Associadas à AIDS e Hepatites Virais e Insumos de Prevenção 2013 para o Amazonas estão direcionadas para o controle da AIDS e outras DST's no âmbito do Estado e que estão devidamente orientadas pela Legislação, e que no processo de elaboração foram construídos de forma participativa, manifesto-me favorável e sugiro aprovação pelos demais membros da CIB/AM. É o parecer s.m.j. A membro Lubélia Sá Freire da Silva solicita esclarecimento que o conteúdo do documento na questão de Manaus quando se fala em 82% dos casos diários do estado, onde na penúltima folha na tabela tem município R\$ 341.000,00 (trezentos e quarenta e um mil) como apareceu esses valores e como será feito o repasse. A membro Radija Mary Costa de Melo Lopes informa que existe uma listagem de medicamentos tudo fruto de oficinas com a participação da SEMSA – Manaus, onde esta listagem de medicamentos os primeiros da página um e dois, temos as relações e quantitativos dos valores dos medicamentos para as infecções oportunistas, desse total R\$ 341.854,00 ( trezentos e quarenta e um mil e oitocentos e cinquenta e quatro reais) constam do planejamento do próprio município da SEMSA – Manaus e R\$ 695.000,00 (seiscentos e noventa e cinco mil reais) programado para o Estado considerando que ele recebe paciente de todo o Estado do Amazonas que vem em tratamento na capital. Os R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) correspondem aos medicamentos de DST e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) corresponde à contra partida do estado com 10% em cima do Ministério que o próprio disponibiliza. O membro José Rodrigues alerta para a Coordenação Estadual que precisa rever o projeto com o Fundo Estadual de Saúde para identificar em que programa ou ação do PPA será utilizado esse recurso, caso não faça esse enquadramento, o processo irá demorar na tramitação e como não está bem classificado na votação orçamentária disponível, termina voltando e não é executado. O membro Bernardino Cláudio de Albuquerque recomenda que nas próximas programações onde se tenha uma lista de medicamentos de doenças oportunistas, onde na realidade não está inserido somente medicamentos específicos e sim um elenco muito grande de medicamentos e que talvez até dispensável devido existir na Rede. A membro Radija Mary Costa de Melo Lopes esclarece que a reunião com o FES (Fundo Estadual de Saúde) discutimos sobre o assunto onde o PPA tem uma programação específica. A partir de agora a Legislação mudou onde o Ministério irá transferir o recurso através do piso</p>

	em Vigilância em Saúde, devendo ser bem discutido para ter uma garantia as Ações de Combate as Epidemias. O Vice - Coordenador da CIB/AM Januário Carneiro Neto - Aprovado por consenso do colegiado.”
Resumo de reunião 263-212 // abril de 2015	<p>“ITEM IV – Processo nº 11002/2015 – Dispõe sobre a solicitação para pactuação de medicamentos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Infecções Oportunistas e Doenças Associadas a AIDS para o ano de 2015. Relatora: Andrely de Córdova. INTERESSADO: Fundação de Medicina Tropical Interessado: Fundação Medicina de Tropical. Assunto: Repactuação de Medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis, Infecções Oportunistas e Doenças Associadas a AIDS para o ano de 2015: O membro Andrely de Córdova PARECER: Na forma que consta nos autos do Processo, a área técnica desta Fundação, se manifesta favorável a liberação do recurso solicitado, haja vista o risco iminente de perda desse bem, pela falta da manutenção pertinente. Assim sendo, pela natureza e abrangência da Proposta, manifesto parecer favorável em relação à anuência desse colegiado, quanto à aprovação, do presente Processo.”...</p> <p>“ITEM VII - Processo nº 11841/2015 - Dispõe sobre o Plano Anual das Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais para o ano de 2015. RELATOR: Bernardino Cláudio de Albuquerque. INTERESSADO: Coordenação Estadual de DST/AIDS e HV-AM. ASSUNTO: Apresentação e aprovação do Plano Anual de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais – 2015. Por intermédio do Processo referenciado, a Coordenação Estadual de DST/AIDS/HV-AM, descrevem sua introdução, um panorama do perfil e tendências do HIV/AIDS no Brasil, região norte e Estado do Amazonas, destacando o período de 2006 a 2012, quando o Amazonas apresentou as maiores taxas de detecção de AIDS no país e, em 2013 ocupou o segundo lugar, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul, mantendo, porém, a liderança na mortalidade; 1.2 – Estratifica os municípios segundo a proporção de casos, informando que em 2014, apenas os municípios de Guajará, Ipixuna e Juruá, não notificaram AIDS; 1.3 – Explana e comenta sobre as características individuais desses pacientes, assim como enfatiza a importância da transmissão vertical dessa doença, também, bastante expressiva no Estado; 1.4 – Tece considerações sobre a correlação entre outras DST e a infecção pelo HIV e enfatiza o aumento das notificações das hepatites virais, possivelmente, determinada pela implantação dos testes rápidos; 1.5 – Resume o processo de estruturação no Estado direcionado a atenção de portadores de DST/AIDS e Hepatites virais e, por fim, elenca os pontos críticos na vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, assim como define tópicos para a construção do programa estadual; 1.6 – Planejamento das ações de Vigilância, prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais no que concerne à distribuição dos recursos financeiros de custeio para o Estado, previsto na Portaria nº 966/GM/MS, de 19 de maio de 2014; 1.7 – Quanto ao rateio dos recursos, a Coordenação Estadual opta pela mesma distribuição ocorrida em 2014, ou seja, o total de R\$ 2.876.461,00 (Dois milhões, oitocentos e setenta e seis mil, quatrocentos e sessenta e um reais), dividido entre 09 municípios e, conseqüentemente, estabelecendo os seguintes valores: 1.7.1 – Coordenação DST/AIDS/HV-AM: R\$ 1.563.519,00; 1.7.2– Manaus R\$ 632.942,00; 1.7.3 – Atalaia Do Norte R\$ 50.000,00; 1.7.4 – Benjamin Constant R\$ 50.000,00; 1.7.5 – Itacoatiara R\$ 100.000,00; 1.7.6 – Manacapuru R\$ 100.000,00; 1.7.7 – Parintins R\$ 130.000,00; 1.7.8 – São Paulo de Olivença R\$ 50.000,00; 1.7.9 – Tabatinga R\$ 100.000,00; e, 1.7.10 – Tefé R\$ 100.000,00. 2. ANÁLISE – Com relação ao rateio, tenho a considerar: 2.1 – O critério utilizado parece atender aos municípios com maior número de detecção de casos e/ou municípios de fronteira; 2.2 – Vale ressaltar, que ao se considerar a taxa de detecção de casos no período, existe grupo de municípios que poderiam ser classificados como de alto risco e que não estão contemplados; 2.3– Avaliando os municípios contemplados no ano anterior, se verifica que uma boa parte deixou de cumprir as exigências mínimas estruturantes do programa municipal, tais como: 2.3.1 – Implantação de serviço de atenção especializada; 2.3.2 – UBS</p>

	<p>executando Teste Rápido; 2.3.3 – Implantação do Projeto Nascer; 2.3.4 – Unidades de dispensação de medicamentos; e,2.3.5 – Ampliação do número de CTA, dentre outros.2.4 –Em contrapartida, se observa que alguns municípios não contemplados se encontram melhor estruturados para a detecção e tratamento de casos. 3. RECOMENDAÇÕES: 3.1 – Para o recurso atual, ano de 2015, sugiro à Coordenação, criar grupo de indicadores e metas, que deverão ser cumpridas pelos municípios contemplados, condicionando a disponibilização de recursos futuros, ao total cumprimento dessas metas; 3.2 – Para o ano de 2016, rever os critérios de eleição para o rateio dos recursos, avaliando, principalmente a situação do risco em cada municipalidade, além de outros indicadores; e,3.3 – O Plano municipal deverá ser elaborado por todas as Secretarias Municipais de Saúde, não sendo obrigatoriedade apenas dosm municípios beneficiados com recursos. 4. DO PARECER: Assim sendo, pela natureza e abrangência da proposta, manifesto parecer favorável em relação à anuência desse colegiado, quanto à aprovação, do presente Processo, desde que haja o compromisso por parte da Coordenação Estadual de DST/AIDS/HV-AM, em sanar as inconsistências deste Projeto, notadamente em relação ao teor do item 3 – RECOMENDAÇÕES, desta Relatoria, para que se possa dessa forma, obter melhor êxito na melhoria e qualidade de vida da população deste Estado. 5 . À consideração dos Membros da CIB-AM.”</p>
<p>Resumo de reunião 272-221 // março de 2016</p>	<p>“ITEM VII – Processo nº 007386/2016 - Dispõe sobre Pactuação de Medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis, Infecções Oportunistas e Doenças Associadas a AIDS para o ano de 2016 no Estado do Amazonas. Relator: Wagner Willian de Souza, representado pela Senhora Joselita Nobre. Inicia comunicando que foi feito uma juntada dos dois processos, visto que uma complementação de assuntos. 1.SÍNTESE: Considerando a Portaria 2314, de 20 de dezembro de 2002, que aprovou a Norma Técnica – Incentivo HIV/AIDS e outras DSTs; Considerando a Portaria 966, de 19 de maio de 2014, que habilita Estados e seus Municípios ao recebimento do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais; Considerando que o documento foi elaborado em conjunto, após reunião com as áreas técnicas, pelas Coordenações Estadual e Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais, apresentando o quantitativo mínimo necessário para atender a demanda de pacientes nos 06 (seis) Serviços de Atenção Especializada/ Centro de Testagem e Aconselhamento desta capital, a saber: Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado; Fundação Alfredo da Matta; Policlínicas Comte Telles, Franco de Sá, Antônio José da Silva e Antônio Reis;2. ANÁLISE: Considerando que a lista levou em consideração as notificações de casos novos de AIDS e outras DSTs, referentes ao ano de 2015; Considerando que o Ministério da Saúde recomenda o uso imediato de antirretrovirais a todo recémdiagnosticado com o vírus HIV, para reduzir doenças oportunistas e associadas a AIDS, diminuindo assim os riscos de doenças graves e o número de óbitos por AIDS; Considerando que estão definidos os valores das participações financeiras da Secretaria de Saúde de Estado do Amazonas em R\$ 597.076,66 (quinhentos e noventa e sete mil, setenta e seis reais e sessenta e seis centavos) e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus em R\$ 417.053,62 (quatrocentos e catorze mil, cinquenta e três reais e sessenta e dois centavos), totalizando R\$ 1.014.130,28 (um milhão. quatorze mil, cento e trinta reais e vinte e oito centavos); é que: 3. DO PARECER: Manifestamo-nos FAVORÁVEIS ao pleito e colocamos o parecer a apreciação deste colegiado, continuando o ITEM VIII Processo nº 07523/2016 - Dispõe sobre a Apresentação da Programação Anual de Saúde em DST/AIDS e Hepatites Virais 2016. 1.SÍNTESE: Considerando a Portaria 966, de 19 de maio de 2014, que habilita Estados e seus Municípios ao recebimento do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais; Considerando que os municípios habilitados para o recebimento dos valores da Portaria supracitada, devem apresentar a sua Programação Anual de Saúde para Doenças Sexualmente Transmissíveis–DST/AIDS e Hepatites Virais para</p>

	<p>o ano vigente; Considerando que o Plano contemplou as ações das áreas de atuação prevenção; vigilância, assistência e tratamento, gestão; e, desenvolvimento humano e institucional; além de que a fonte de recursos é oriunda do governo federal, com a sua utilização específica em tais ações;</p> <p>2. ANÁLISE: Considerando que estão definidos os recursos de custeio a serem utilizados na programação, contemplando na Fonte 230 o valor de R\$ 1.563.519,00 (um milhão, quinhentos e sessenta e três mil, quinhentos e dezenove reais) e do saldo remanescente de 2014, com o superávit na Fonte 430 de R\$ 736.016,94 (setecentos e trinta e seis mil, dezesseis reais e noventa e quatro centavos), totalizando R\$ 2.299.535,94 (dois milhões, duzentos e noventa e nove mil, quinhentos e trinta e cinco reais e noventa e quatro centavos); é que:</p> <p>3. DO PARECER: Manifestamo-nos FAVORÁVEIS ao pleito e colocamos o parecer a apreciação deste colegiado. O membro José Rodrigues questiona se está faltando planilha no documento que foi encaminhado a ele, porque na segunda planilha o valor é R\$ 653.000,00 (seiscentos e cinquenta e três mil) da fonte 230, quando vai para o quadro geral esse valor pula para R\$ 747.000,00 e gostaria de saber onde está a diferença. A senhora Joselita Nobre explica que a planilha foi atualizada porém não foi passada ainda. O membro Radija Mary Costa de Melo Lopes explica que possui uma dúvida, que deve ser encaminhado formalmente ao Deplan para ser colocado na programação da secretaria, em relação ao TD associado a AIDS, onde gostaria de saber se há alguma ação específica, visto que o Estado está cada vez pior neste indicador. A senhora Silvana de Lima e Silva explica que na planilha na área de gestão existe algumas ações que são de apoio, porém não foi especificado para o quê, se é para ações, viagens, material gráfico e quanto a tuberculose, quanto outras ações de saúde da mulher, mas na área de gestão contempla tudo o que foi solicitado. O Coordenador da CIB/AM Dr. Pedro Elias de Souza informa que o processo ficará em diligência e será revisado.”</p>
<p>Resumo de reunião 273-222 // abril de 2016</p>	<p>“ITEM III – Processo nº 07523/2016 - Dispõe sobre a Apresentação da Programação Anual de Saúde em DST/AIDS e Hepatites Virais 2016. O Vice-Presidente da CIB Januário Carneiro C. Neto – Srs. Membros hoje que enviamos a relatoria e não temos muito a acrescentar. Foi pedido vista no processo na última reunião porque vão ser retirado e realocado valores do DST/AIDS para outros municípios e a Coordenação Estadual de DST/AIDS chegou com a ideia de retirar recursos de dois municípios e repassar para dois municípios, inclusive que não iam dar solução de continuidade no atendimento por ser da mesma regional que vai receber os pacientes desses municípios que perderam o recurso por falha na prestação de contas entre outros. O COSEMS pediu vistas porque não tinha prazo e íamos tentar realocar esse dinheiro para essas outras regionais tendo em vista que 50% dos municípios dessa Portaria pertence a uma regional só. Então queria ver se conseguíamos transformar, mas ao estudarmos todas as Portarias e todas as notificações do SINAM, observamos que o preponderante para locação de recursos é casos notificados e como as outras regionais não têm tanto casos notificados quanto a regional do Alto Solimões, decidimos por acompanhar o parecer do relator e reiterar a retirada de dois municípios e a locação em dois municípios da mesma regional. Esse é o parecer salvo melhor juízo, estendido a consideração dos membros da mesa. A Membro Radija Mary Costa faz uma colocação que o processo já foi apresentado na pauta anterior e foi pedido vistas, entrou em diligência e o que eu quero entender é que o processo como estava deverá ser mantido como a Coordenação apresentou. O Vice-Presidente da CIB Januário Carneiro C. Neto reitera que é isso e aprova o processo por consenso do colegiado.”</p>

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode ver nos trechos inseridos no quadro acima, a exemplo do que verificamos também nos documentos do CES-AM, mas com ainda maior premência no caso da CIB-AM, o ponto de partida para as discussões referentes à política de aids locais é quase sempre a política do Ministério de incentivo à essas ações, conhecida pela sigla PAM. Já discorremos anteriormente sobre as implicações que o atrelamento das discussões em nível local à esse mecanismo podem trazer para a consecução das políticas para o HIV/Aids no Amazonas, contudo, ressaltamos mais uma vez o protagonismo do Ministério da Saúde (MS) diante de uma CIB local com baixa capacidade institucional e resolutiva, além de uma Coordenação de Aids fragilizada diante da baixa priorização histórica dada ao tema dentro da SUSAM, tal como apontado em Kadri & Scweickardt (2016).

Ainda que se deva reconhecer e destacar a importância das políticas de incentivo do nível central para a execução das ações de enfrentamento ao HIV/Aids no Amazonas, devemos estar atentos aos problemas estruturais locais que impedem uma melhor absorção de tais responsabilidades pelos governos estadual e dos municípios amazonenses, fragilizando a capacidade de uma resposta ao agravo melhor adequada às especificidades locais.

Os índices epidemiológicos preocupantes no estado quanto ao HIV/Aids parecem corroborar tal constatação, já que um dos principais problemas amazonenses na resposta à aids é o alto índice de mortalidade dos pacientes HIV positivos em relação aos demais estados do país. Muito possivelmente, a incapacidade dos serviços locais de saúde em ofertarem o diagnóstico em tempo oportuno, possibilitando o início do tratamento em fases menos agudas da doença nas quais a efetividade desse tratamento tende a ser maior, além de dificuldades de acesso à atenção médica adequada em razão da excessiva centralização desta atenção; especialmente em Manaus, e mais especificamente na FMT; pode ter sido um fator importante para que se chegasse a tal cenário no estado.

Analisando mais especificamente o resumo de reunião 208-158 listado no quadro acima, verificamos que foi realizada apresentação da PAM para 2010, com dados muito centrados na distribuição dos recursos entre os municípios e de acordo com as atividades e linhas de ação principais. Essas linhas de ação vêm do MS e são abertas no estado a ajustes. Apesar de tudo estar bastante atrelado ao programa geral do MS, é possível notar as linhas de ação principais do estado para o HIV-Aids, porém, os trechos extraídos do documento colocam algumas metas bem gerais, sem detalhar meios para sua obtenção e deixando a responsabilidade para alcance dessas metas aos municípios que receberão os recursos. Tampouco fica claro como e se estes

municípios estarão tecnicamente preparados para estes fins, problema este apontado nos textos de Grangeiro (2010) sobre a descentralização das políticas de HIV/Aids no país.

Cabe destacar o alerta feito em alguns resumos de reuniões que relatam a incapacidade dos municípios em executar os recursos disponibilizados via PAM. Tal fato leva à falta de políticas em nível municipal para o HIV/Aids, especialmente nos municípios de menor porte. É de se destacar o fato de a discussão sobre a distribuição dos recursos do incentivo no estado ser sempre feita com base nos municípios, sem considerar as regionais amazonenses nessa distribuição. Entendemos que isso deve ocorrer pois a PAM prevê recursos diretos aos municípios de acordo com indicadores epidemiológicos, sem considerar as possibilidades de atuação regional em cooperação entre as municipalidades. Essa é uma característica da PAM em todo o país, porém, diante das peculiaridades amazonenses, talvez fosse o caso de se pensar uma forma de agregar às condições de repasse a integração regional dos municípios, possibilitando soluções conjuntas e compartilhadas e uma maior capacidade de resposta. O resumo de reunião 273-222 é o único de todos os documentos levantados nessa pesquisa que faz referência clara às regionais amazonenses para se distribuir os recursos previstos para o HIV/Aids com base em critérios que vão além apenas da questão municipal e considerem as regiões amazonenses para a distribuição dos recursos. No entanto, a definição na reunião é de que os recursos sejam repassados de acordo com os critérios habituais da PAM, sem considerar a questão regional como ponto relevante na definição do uso dos recursos.

Ademais das questões relativas à PAM, alguns outros temas abordados nos resumos de reuniões pesquisados são bem semelhantes à questão sobre as quais já fizemos análise com base nos documentos do CES-AM. São exemplos disso as discussões e debates sobre dificuldades para financiamento da sociedade civil local e a necessidade de pessoal para fortalecimento da Coordenação de Aids do estado. Outras questões sobre distribuição orçamentária e dispositivos de repasse de fundos são recorrentes, mas muito centradas em procedimentos burocráticos de repasse e liberação de orçamentos e também vinculadas à PAM, tal como algumas discussões sobre medicamentos para infecções oportunistas.

Por fim, destacamos mais dois resumos de reuniões, cujo foco vai além das questões relacionadas ao incentivo e os planos de ação locais para a execução das políticas de aids atreladas à PAM. Nesse caso, os documentos tratam da INTERFAM e de questões relacionadas à logística de distribuição de insumos e medicamentos no estado.

Quadro 8 - Excertos de resumos de reuniões da CIB-AM que trazem trechos sobre a INTERFAM e questões logísticas

Resumo de reunião 268-217 // outubro de 2015	“ITEM III - Processo nº 25719/2015 - Dispõe sobre Plano de Trabalho: Ações de Cooperação Interfederativa DST/HIV para os Municípios Prioritários do Amazonas. Relator: Dr. Wagner Willian de Souza. Aprovado por consenso do colegiado.”
Resumo de reunião 275-224 // agosto de 2016	“O Coordenador da CIB/AM Dr. Pedro Elias de Souza informa que a CEMA está com uma situação grave devido à troca da empresa que faz a logística e essa nova empresa está com uma dificuldade da migração do sistema. A PRODAM também está envolvida. Reuni na sexta-feira pela manhã e sai de lá com a sensação que estava resolvida. Além do reabastecimento que estava grave ao longo do ano, tivemos esse problema específico, também houve um caso com a medicação DST AIDS e os que envolvem os kits para realização de diálise. Supomos que no decorrer dessa semana esse aspecto da logística esteja resolvido..”

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode ver no quadro acima, a questão da INTERFAM é tratada no âmbito da CIB-AM, contudo, o registro feito no resumo de reunião é extremamente enxuto e não nos permite depreender se houve questionamento e embates acerca do tema. Apenas fica claro que houve aprovação do arranjo da INTERFAM pela CIB-AM, o que pode deixar a impressão de que a comissão atua como instância meramente aprobatória em alguns casos, sem aprofundar discussões importantes sobre as políticas para o HIV/Aids locais.

Sobre o resumo de reunião 275-224, trata-se de um informe sobre problemas logísticos na entrega de alguns insumos de saúde no estado, entre eles alguns medicamentos para as DST/Aids. Este é o único resumo de reunião encontrado no website da CIB-AM com alguma referência ao HIV/Aids mas sem alguma conexão com o PAM ou com a INTERFAM, temas já bastante comentados até aqui neste trabalho. Sobre a questão da logística, buscamos referência no texto de Garnelo et al. (2016), no qual, ao analisar os avanços e desafios à regionalização em saúde no Amazonas, destaca a recorrente narrativa sobre obstáculos naturais inerentes à geografia do estado sem, contudo, haver propostas para superação de tais dificuldades. Segundo os autores, é importante que se considerem tais especificidades no planejamento das políticas de saúde, buscando-se soluções regionais e de cooperação entre os municípios para minimizar e superar entraves advindos da singularidade no espaço geográfico do Amazonas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relacionando o levantamento documental realizado em nosso estudo com os históricos das políticas nacional e amazonense para o enfrentamento do HIV/Aids, podemos tecer algumas considerações que nos ajudem a entender melhor, tal como proposto em um dos objetivos elencados na introdução deste trabalho, os efeitos que as relações federativas das políticas e saúde no Amazonas podem ter tido para que se chegasse ao atual cenário epidemiológico da aids no estado. Neste cenário, o Amazonas surge como um dos que apresenta taxas mais preocupantes de novas infecções de HIV e mortalidade por aids em relação ao restante do país.

A política de incentivo por meio do instrumento da PAM foi o principal caminho adotado pelo Ministério da Saúde para o processo de descentralização de recursos para o combate ao HIV/Aids no país a partir do ano de 2003. O emprego desta política para indução das ações nos níveis estaduais e municipais teve efeitos importantes por todo o território nacional, possibilitando a estruturação de programas e coordenações locais e facilitando a disseminação das diretrizes e recomendações do MS por meio dos planos de ações propostos pelo nível federal e a ela vinculados.

Nos estados e municípios que dispunham de secretarias de saúde melhor estruturadas, com os mecanismos de gestão e do SUS e os conselhos de participação popular também melhor organizados e com atuação importante face às políticas de saúde de seus respectivos estados e municípios, a chegada das políticas de incentivo do Ministério da Saúde (MS) para as ações de combate ao HIV/Aids foi melhor absorvida e trouxe um ganho importante de recursos para ordenar as respostas locais ao agravo. No entanto, em um estado como o Amazonas, que não dispunha do mesmo quadro favorável de ordenamento e estruturação da gestão da saúde pública, as políticas de incentivo do MS, ainda que tenham facilitado o ordenamento de alguma resposta local ao agravo, parecem ter sido insuficientes para suprir adequadamente as necessidades locais para o enfrentamento desse agravo.

Tal situação aponta para a fragilidade dos mecanismos de gestão descentralizada do SUS em coordenar as ações para as políticas de aids no estado. A falta de mecanismos que possibilitassem uma melhor capacitação dos níveis estadual e municipais por parte do nível central também podem ter contribuído para que tais políticas de incentivo tivessem sido insuficientes, especialmente no caso amazonense, cuja realidade apresenta municípios com capacidade institucional bastante frágil, associado às características geográficas do estado, com grandes dificuldades de acesso a esses municípios.



Podemos notar que, diante do vácuo de poder deixado pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas ao longo dos anos no tocante às políticas para o HIV/Aids, tal papel passou a ser assumido por outros atores que dispunham de melhor organização institucional à ocasião, como foi o caso, por exemplo, de autarquias como a FMT, que contavam com profissionais que se aproximaram do MS no momento inicial de organização da resposta amazonense ao agravo para obterem o suporte técnico e orçamentário que não logravam obter localmente. Com o início do programa de incentivo do MS para as políticas de aids, diante do cenário de pouca força da coordenação de aids do Amazonas e a baixa articulação entre os municípios e o estado, com uma CIB local também com dificuldades de atuação, era de se esperar que as diretrizes vindas do MS para estas políticas acabassem por assumir um papel de protagonismo no estado. Tal fato pode ter dificultado a adoção de políticas para o HIV/Aids mais adequadas às realidades locais, como parecem indicar os atuais índices da epidemia no estado.

Ao considerarmos os documentos levantados neste trabalho, não encontramos discussões e arranjos que facilitem a associação entre municípios do Amazonas para que se possa dar conta das demandas do sistema como um todo nas questões relativas ao HIV/Aids, tal como apontado por Mata (2007). A CIB, que deveria atuar como instância de pactuação das ações descentralizadas em saúde entre os gestores, acaba por atuar de forma tímida nesse sentido, com sua pauta tomada quase na sua totalidade pelos ajustes referentes à política de incentivo do MS.

Seria interessante a realização de outros estudos que buscassem entender melhor o instrumento do incentivo para as políticas de aids em estados com menor estruturação da gestão da saúde. Alguns textos que analisam tal dispositivo enfocam, em geral, em estados com um sistema de saúde já mais robusto e que teriam mais facilidade, portanto, de executar suas políticas públicas. Nesses casos, a efetividade do instrumento tende a ser bem avaliada. Contudo, o caso do Amazonas, por exemplo, parece-nos apontar para um caminho contrário. Ressaltamos que a análise da política do incentivo não é o foco central deste nosso estudo, mas parece-nos que, em razão das dificuldades locais da gestão em saúde, tal dispositivo é insuficiente para superar as fragilidades institucionais locais e, com isso, propiciar a execução de uma política de fato efetiva para o enfrentamento do HIV/Aids no Amazonas. A CIB e o CES locais acabam por atuarem muito mais como instâncias meramente aprobatórias do que vem proposto pelo nível central para as políticas de HIV/Aids, em lugar de proporem ações com base em demandas locais. As fragilidades de articulação e atuação das comissões locais vão de encontro ao que referem Machado et al (2014b), ao indicarem a importância de que essas

instâncias atuem na articulação das políticas de saúde entre os diferentes entes federados. As fragilidades e peculiaridades locais, também indicadas por Lima & Queiroz (2012), Lavras (2011) e outros autores, parecem ter sido bastante relevantes para que não fosse possível se estabelecer políticas mais efetivas para o controle da aids no Amazonas ao longo do tempo.

É bem possível que o mesmo problema se dê com outras políticas de saúde que atuem também com a lógica do incentivo atrelado a metas definidas pelo nível federal para indução das políticas locais. Nesse sentido, também seriam interessantes novos estudos que buscassem entender como a fragilidade nas estruturas de gestão em que se dão as relações federativas no estado e em seus municípios dificultam a execução das políticas para outros agravos para além do HIV/Aids. Tais comparações poderiam ser feitas também em outros estados em relação à política para o HIV, ou mesmo no Amazonas em relação a outras políticas de saúde. No caso específico do Amazonas, tendemos a achar que as dificuldades estruturais tanto da SUSAM quanto da CIB-AM devam reproduzir para outras políticas o mesmo quadro de dificuldade em operacionalizar as políticas que encontramos para o HIV/Aids.

O histórico das políticas amazonenses para o HIV/Aids apresentado nesta dissertação, no qual descrevemos a forma como fora organizada a resposta local à epidemia, bem como sua relação com as políticas e os mecanismos de execução provenientes do nível central para esse agravo, nos ajudam a entender como a falta de ocupação de espaços de poder pela Secretaria de Saúde do Amazonas e pelas instâncias locais de gestão do SUS diante das políticas para o HIV/Aids acabou por propiciar um quadro favorável ao surgimento de arranjos inusitados diante da estrutura habitual em que se dão as relações federativas do sistema de saúde brasileiro. O surgimento da chamada INTERFAM parece-nos apontar claramente nessa direção. Tal dispositivo surge em 2014 para propor ações que fortalecessem as estruturas locais da resposta ao HIV/Aids, buscando coordenar a relação entre os diferentes níveis da gestão.

Vale ressaltar que tal dispositivo vem sendo adotado pelo Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde em outros locais do país cujos dados epidemiológicos mostrem-se mais preocupantes. Quase concomitantemente ao Amazonas, foi firmada cooperação similar junto com o Rio Grande do Sul. O estado do Rio de Janeiro e Santa Catarina estão em negociações com o MS e, possivelmente, muito em breve também terão acordos semelhantes. É de se destacar a busca por arranjos diferenciados e que busquem facilitar a cooperação federativa para a consecução das políticas de saúde, em especial em locais que apontem para dificuldades na execução destas políticas. Contudo, é necessário alertar para o risco de se criar estruturas paralelas àquelas já previstas no SUS, como é o caso das comissões

intergestores por exemplo, que têm entre suas funções principais justamente o papel de acomodar as relações entre os diferentes níveis da federação.

No caso do Amazonas, o surgimento da INTERFAM pode trazer um ganho na ordenação da política de aids local, mas é importante que se tenha bem definido que tal cooperação será pontual, por tempo determinado e não se sobrepõe às instâncias habituais de gestão do sistema. Será importante a realização de estudos posteriores para verificar os resultados específicos de tal cooperação para a gestão da saúde local. Caso tal cooperação tenha a capacidade de funcionar como catalisadora de forças e recursos para que, ao seu final, a SUSAM e as secretarias municipais de saúde do Amazonas possam ter incorporadas em sua estrutura coordenações de aids mais fortalecidas e trabalhando em consonância com a CIB e os Conselhos locais de saúde, então, poderemos considerar que tal cooperação trouxe de fato alguma contribuição. Por outro lado, é necessário que se esteja alerta caso tal dispositivo, ao final de suas atividades, não tenha sido capaz de trazer algum aprimoramento das estruturas locais de gestão, tendo apenas criado um arranjo temporário e paralelo ao ordenamento habitual da gestão. Ainda que tenhamos referências teóricas como as de Machado et al (2007), que destacam a importância de que se busquem novos acordos federativos para facilitar a consecução das políticas de saúde, os autores destacam a necessidade de que tais relações se deem no âmbito das comissões já estabelecidas para tal fim. O caso da INTERFAM parece estar no meio dessas considerações já que propõe um arranjo diferenciado de relação entre os entes federados para as políticas de aids no Amazonas, contudo, sem se utilizar de forma mais explícita da CIB-AM, por exemplo, que apenas valida sua existência.

Nesse sentido, serão bem-vindos estudos futuros que avaliem os resultados não só da INTERFAM, mas também das demais cooperações federativas que vêm sendo propostas pelo MS para as políticas de aids em alguns estados do país. Um olhar para a inserção e a relação desses acordos de cooperação com as instâncias intergestores do SUS pode ser interessante para vermos se tais instâncias estão sendo incapazes de viabilizar a consecução das políticas de aids em nível local ou se as políticas de aids propostas pelo nível central que não estão logrando se adequar às estruturas habituais da gestão do SUS.

No caso específico de nosso estudo, no estado do Amazonas, parece-nos haver exatamente uma mescla das duas coisas. A fragilidade da gestão local da saúde, ainda mais especificamente no que tange às políticas de aids, associada à força do Ministério da Saúde em conduzir suas políticas de incentivo sem, contudo, muitas vezes se adequar às peculiaridades locais, nos levam a crer que criaram cenário propício para que a epidemia amazonense evoluísse

de forma preocupante, abrindo espaços para arranjos federativos inusitados como a INTERFAM.

Por fim, no que toca ao tema da regionalização, chama bastante a atenção a quase que total ausência desta diretriz nas políticas para o HIV/Aids. Não fica clara a inserção das regionais de saúde dentro das políticas propostas pelo MS para o incentivo às ações descentralizadas de aids no país, já que estas estão vinculadas à indicadores municipais e estaduais, sem considerar as regiões de saúde estabelecidas pelos SUS. A mesma ausência de registros se dá quando buscamos nos documentos analisados referências ao tema da hierarquização dos serviços para atender às regiões de saúde, conforme referido em Mata (2007) e em Machado et al (2007). O mesmo se dá ao olharmos para os textos de Lima & Queiroz (2012) sobre as inovações trazidas pelo Pacto pela Saúde, que privilegia a busca por arranjos regionais que facilitem a execução das políticas de saúde. Além disso, ao menos no levantamento realizado por nosso estudo, encontramos raríssimas referências às regiões de saúde amazonenses nas discussões sobre as políticas para o HIV/Aids realizadas na CIB-AM e no CES-AM, bem como não encontramos documentos das CIR amazonenses sobre tais políticas. Cabe ressaltar que a institucionalidade e capacidade de atuação das CIR do Amazonas também é considerada baixa em estudos direcionados a avaliar sua atuação como um todo, o que, naturalmente, também se reflete na capacidade dessas CIR locais proporem políticas para o HIV/Aids. Sob essa ótica, também seria interessante a realização de estudos em outros estados para verificar a capacidade de atuação das CIR e a inserção do tema do HIV/Aids nessas instâncias, já que os textos sobre a descentralização das políticas para aids se baseiam muito apenas na relação com estados e municípios, com quase nenhum olhar para a questão da regionalização.

## REFERÊNCIAS

AMAZONAS tem taxa de mortalidade de aids acima da média nacional. **G1**, Amazonas, 01 dez. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2016/12/amazonas-tem-taxa-de-mortalidade-de-aids-acima-da-media-nacional.html>>

AMAZONAS e Manaus estão em 3º lugar do País com maior índice de HIV/Aids. **Acrítica**, Manaus, 24 maio 2017. Disponível em: <<http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/amazonas-e-manaus-estao-em-3-lugar-do-pais-com-maior-indice-de-hiv-aids>>.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Comissão Intergestores Bipartite - CIB**. Manaus: SES, 17 nov. 2017. Disponível em: <<http://200.242.43.202/cib/index.php?id=cent>>.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Conselho Estadual de Saúde - CES-AM**. Manaus: SES. Disponível em: <<http://200.242.43.202/ces/index.php>>.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei No. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União** 25 ago. 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. 2 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010. p. 295-316.

CHIORO, A. Êxitos de política brasileira de Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A Síndrome: histórias de luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 276-281.

CHEQUER, P. Direitos humanos, parceria com a sociedade civil e fundamentação científica: bases da resposta brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A Síndrome: histórias de luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 64-69.

COOPERAÇÃO visa reduzir incidência de Aids no Amazonas. **Portal, Brasil**, Manaus, 19 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/cooperacao-visa-reduzir-incidencia-de-aids-no-amazonas>>

COSTA, G. Casos de HIV/aids entre jovens crescem 85% no Amazonas. **EmTempo**, Manaus, 12 mar. 2017. Disponível em: <<http://d.emtempo.com.br/dia-a-dia/71488/casos-de-hiv-aids-entre-jovens-crescem-85-no-amazonas>>

SOUSA, I. O baile do Judeu. In: SOUSA, I. **Contos amazônicos**. 3. ed. São Paulo: Martin Claret, 2012. p. 78-82.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.

GIANNA, M. C. O Programa Estadual DST/Aids – SP, 30 anos de história. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A Síndrome: histórias de luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 252-257.

GRANGEIRO, A. A corda bamba de um gestor do programa de Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A Síndrome: histórias de luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 112-120.

GRANGEIRO, A. et al. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 15-33, 2010.

GRANGEIRO, A.; LAURENTINO, S. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

HORTALE, V. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. **RAP**, v. 31, n. 3, p. 23-35, 1997.

KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C. A emergência da Aids no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 301-319, 2016.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.) **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. cap. 13. (Saúde em debate, 212).

LIMA, L. D. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed., rev., amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p. 823-852.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de descentralização e regionalização do sus no contexto do pacto pela saúde. In: MACHADO, C. V., et al. (Orgs.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 229-251.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, W. F. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. (Orgs.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 139-162.

MACHADO, C. V., et al. Federalismo e Políticas de Saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014a.

MACHADO, J. A. Padrões de indução de políticas sociais por meio de transferências intergovernamentais condicionadas. **Teoria & Sociedade**, n. 22.1, p. 191-218, 2014b.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. (Org.). **Políticas de Saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise de Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

OLIVEIRA, R. S. M., et al. HIV/AIDS epidemic in the State of Amazonas: characteristics and trends from 2001 to 2012. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 48, Supl. 1, p. 70-78, 2015.

SANTANA, J. A. Encarando os desafios na luta contra a Aids: como tudo começou. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A Síndrome**: histórias de luta contra a Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 94-102.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. I, n. I, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>

SIMÃO, M. G.; BASTOS, F. I. **HIV/aids no Brasil**: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde. 2011. Disponível em: < <http://livrozilla.com/doc/1493733/hiv-aids-no-brasil--provimento-de-preven%C3%A7%C3%A3o-em-um-sistema>>

TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. **Histórias da Aids no Brasil**. v. 1: as respostas governamentais à epidemia de Aids. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

UNAIDS. **How Aids changed everything** - MDG 6: executive summary: 15 years, 15 lessons of hope from the aids response. Geneva: UNAIDS, 2015.

VILARINHO, M. V. et al Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013.