

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



SABRINE DIAS LOSEKANN

**ANÁLISE DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DAS AÇÕES DE
DST/AIDS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO COMO FERRAMENTA
ESTRATÉGICA**

**Dissertação apresentada à
Escola Nacional de Saúde
Pública, ENSP – FIOCRUZ,
como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre.**

Orientador

Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro

2013



***“Análise do Sistema de Planejamento e Gestão das Ações de
DST/Aids no estado do Rio de Janeiro como ferramenta estratégica”***

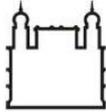
por

Sabrine Dias Losekann

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, agosto de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Análise do Sistema de Planejamento e Gestão das Ações de DST/Aids no estado do Rio de Janeiro como ferramenta estratégica”

apresentada por

Sabrine Dias Losekann

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Debora Fontenelle dos Santos

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 30 de agosto de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L879 Losekann, Sabine Dias
Análise do sistema de planejamento e gestão das
ações de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro como
ferramenta estratégica. / Sabine Dias Losekann. --
2013.
134 f. : tab.
Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Políticas, Planejamento e Administração em
Saúde. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida -
prevenção & controle. 3. Doenças Sexualmente
Transmissíveis - prevenção & controle. 4. Políticas
Públicas. 5. Descentralização. I. Título.
CDD - 22.ed. - 614.5993098153

DAS UTOPIAS

“Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!”

Mario Quintana

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Javier, pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho, além da indiscutível compreensão em momentos difíceis.

A Elizabeth Artmann, Débora Fontelle, Juliano Lima e Maldonado, por terem aceitado fazer parte desta banca.

À equipe da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais da SES/RJ, pelo apoio dado.

A todos os coordenadores municipais de DST/Aids, por dividirem comigo suas experiências.

A Neide e Vera, pelo apoio fundamental para que eu terminasse a dissertação.

Aos meus pais, por serem verdadeiros exemplos de carinho e dedicação.

Ao meu marido, Romulo, pela inesgotável paciência.

Ao meu filho, Gregório, por tornar a minha vida muito mais prazerosa!

RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise do sistema de planejamento e gestão das ações de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro como ferramenta estratégica, cujo objetivo é descrever como os coordenadores de DST/AIDS estão realizando o planejamento e como este instrumento de programação auxilia nas gestões municipais.

As metodologias adotadas foram: a análise das Programações Anuais de Metas - PAM - dos municípios que recebem recurso específico para executar as ações de DST/AIDS, referente ao ano de 2009; e a realização de entrevistas semi-estruturadas com as coordenadoras dos programas municipais de DST/AIDS, para compreender melhor o processo de planejamento.

Alguns resultados obtidos foram a pouca utilização de características estratégicas pelas coordenadoras municipais e a baixa integração entre as coordenações. Tal instrumento, no entanto, auxilia na gestão e fornece autonomia, organização e transparência para as ações voltadas às DST/AIDS.

A qualificação das coordenações, a permanência do recurso e do respectivo instrumento de programação, um maior diálogo com atores relevantes, incluindo a sociedade civil, para o enfrentamento das DST/AIDS, além da regionalização cooperativa, são ações que potencializariam a qualificação do planejamento e da respectiva gestão.

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the planning and management system related to the actions of STD / AIDS, in the State of Rio de Janeiro, as a strategic tool, whose purpose is to describe how the STD / AIDS coordinators have been planning and how this program tool is able to assist the management at local level.

The methodologies adopted include analysis of Annual Goal Programs - PAM - concerning the municipalities provided with specific funds to carry out the actions of STD / AIDS, in 2009, and semi-structured interviews with the municipal STD / AIDS program coordinators, to better understand the process of planning.

Few strategic tools applied by municipal coordinators and poor integration between the coordination departments are some of the results found out. This instrument, however, assists in the management and provides autonomy, organization and transparency to the actions of STD/AIDS.

The qualification of the coordination, the continuous provision of funds and its program tool, a greater dialogue with relevant players, including civil society, to combat STD / AIDS, as well as cooperative regionalization, are the actions that promote qualification of planning and corresponding management.

Sumário

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	7
Objetivo Geral	7
Objetivos Específicos.....	7
METODOLOGIA.....	8
MARCO TEÓRICO	18
Planejamento na América Latina	21
Planejamento Estratégico em Saúde.....	25
Planejamento no Brasil.....	33
Breve histórico das políticas públicas em AIDS no Brasil	37
A implantação da política de incentivo no âmbito do programa nacional de DST/AIDS..	47
Contexto de financiamento da política de incentivo	52
Descentralização	55
Regionalização.....	60
PARTE PRÁTICA	67
Análise das equipes dos programas municipais de DST/AIDS	67
O perfil da resposta à AIDS.....	74
Análise das entrevistas	93
Perfil das coordenações.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAP - Coordenações de Área Programática
- CIB – Comissão Intergestora Bipartite
- CIR - Colegiado Intergestores Regional
- CTA Centro de Testagem e Aconselhamento
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- HSH - Homens que fazem sexo com homens
- IO – Infecção Oportunista
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS - Norma Operativa da Assistência Social
- NOB – Norma Operacional Básica
- OSC - Organizações da Sociedade Civil
- PAM – Programação Anual de Metas
- PES – Planejamento Estratégico Situacional
- RH – Recursos Humanos
- SUS – Sistema Único de Saúde

RELAÇÃO DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1- Lógica Método Cendes/Ops

Figura 2- Formulação de Políticas de Saúde

Quadro 1 – Situação do Preenchimento da PAM no SIS-Incentivo (2007 – 2010)

Quadro 2 - Quadro-Resumo Planejamento Tradicional e Planificação Estratégica

Quadro 3 - Acordos Internacionais do Programa Nacional de DST/AIDS e seus Resultados Esperados 1994 – 2013

Quadro 4 – Cobertura Nacional do Financiamento Modalidade Convênios e da Política de Incentivo – 1998 – 2006

Quadro 5 - Cobertura Estadual do Financiamento Modalidade Convênios e da Política de Incentivo – 1998 – 2006

Quadro 6 - Composição do PVVPS em 2010

Quadro 7 - Os ciclos de descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010

Quadro 8 - Capacidade de resposta da Prevenção, 2009

Quadro 9 - Capacidade de resposta da Prevenção sem Campanhas, 2009

Quadro 10 – Características do Planejamento dos Municípios Entrevistados

Quadro 11- Perfil das Coordenações Entrevistadas

Tabela 1 - Estrutura de gestão para DST e AIDS em secretarias municipais de saúde qualificadas na política de incentivo do Ministério da Saúde para programas de AIDS. Brasil, 2006

Tabela 2 - Número de profissionais por região, 2009

Tabela 3 - Características do planejamento dos municípios no âmbito da política de incentivo para a AIDS do Ministério da Saúde, 2009

Tabela 4 - Análise de consistência das metas de planos de ações e metas dos municípios, no contexto da política de incentivo, 2009

Tabela 5 - Distribuição de recurso por área de atuação, 2009

Tabela 6 - Resposta das Regiões a epidemia de AIDS, 2009

Tabela 7 - Capacidade de Intervenção dos recursos Programados na Assistência, 2009

Tabela 8 - Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Tabela 9 - Característica das Respostas dos Municípios, 2009

Tabela 10 - Municípios com metas que envolvem a regionalização, 2009

INTRODUÇÃO

A AIDS é um agravo considerado recente, com seu primeiro caso notificado em 1982; seu rápido alastramento em população específica e o grau de debilidade que o agravo provocava nos portadores, levando-os à morte em pouco tempo, ocasionaram uma mobilização social que demandava uma resposta ágil governamental. O grupo mais atingido pela doença nesse período era o de homossexuais. Em São Paulo, onde já havia um movimento social organizado protagonizado por esse grupo social, é onde ocorre a primeira resposta governamental à epidemia. Sendo assim, em 1984, é estruturado o primeiro Programa Estadual de DST/AIDS, em São Paulo, estado que concentrava, e ainda concentra, a maior parte dos casos de AIDS do país. O Programa do Estado do Rio de Janeiro foi estruturado logo em seguida, em 1985 (Souto, 2003).

Quando o Programa Nacional de DST/AIDS foi estruturado, em 1986, já havia onze estados com programas instituídos (Teixeira, 1997), configurando uma especificidade do Programa de DST/AIDS, que foi criado a partir de uma iniciativa da sociedade e não a partir de decisões técnicas que orientavam o planejamento e o desenvolvimento de um problema reconhecido como de saúde pública (Basso, 2002). Com isso, dava importante destaque não somente ao agravo, mas também à urgência de respostas ágeis relacionadas com a epidemia. O Programa de AIDS logo se mostrou exemplo de resposta brasileira a um agravo. Sua trajetória sempre serviu como exemplo de implantação dos princípios e das diretrizes do SUS.

Como a AIDS se configurava como uma epidemia mundial, logo houve uma mobilização mundial para o financiamento das ações de enfrentamento, e, após oito

anos da criação do Programa Nacional, em 1994, foi celebrado o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial, para o combate à doença, no Brasil.

Vale destacar que atualmente é possível observar uma mudança no perfil da epidemia de AIDS, uma crescente feminização da epidemia, que teve seu primeiro caso relatado em 1983, nos últimos 20 anos houve uma diminuição na proporção de casos entre homens e mulheres (Brasil, 2011), movimento semelhante é possível observar no Estado do Rio de Janeiro (Estado do Rio de Janeiro, 2010), e pauperização da epidemia (Parker, 1997 e 2000). No entanto, apesar de diversos esforços da esfera federal em desestigmatizar a AIDS como sendo doença dos 5 Hs (Doença dos 5 H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos -usuários de heroína injetável- e hookers -nome em inglês dado às profissionais do sexo), a epidemia, segundo pesquisas realizadas em dez municípios brasileiros, continua concentrada em algumas populações específicas, com homens que fazem sexo com homens (Kerr, 2009), profissionais do sexo (Szwarcwald, 2010) e usuários de drogas (Bastos, 2009).

O Acordo de Empréstimo AIDS I foi seguido por mais três. Em 2000, frente à instabilidade de financiamento das ações e à morosidade do processo de assinatura de acordo de empréstimo, em 19 de dezembro de 2002 foi publicada a Portaria 2.313 (Brasil, 2002) que define a política de incentivo às ações de DST/AIDS, com os seguintes objetivos:

- Ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS, incluindo o financiamento para ações da Sociedade Civil.
- Garantir a transparência e o fluxo contínuo dos recursos para os Programas Estaduais e Municipais por meio do repasse automático fundo a fundo e da aplicação de recursos locais.

- Possibilitar o processo de gestão focalizado em ações e metas estratégicas, pactuadas nas instâncias colegiadas do SUS (Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores).

- Aprimorar o processo de participação e controle social no âmbito local.

E, um dia após a publicação da Portaria 2.313/2002, foi publicada a Portaria 2.314/2002 (Brasil, 2002), que instituiu a Programação Anual de Metas - PAM, como instrumento de programação da Política de Incentivo.

Em 13 de agosto de 2004, foi publicada a Portaria 1.680/2004 (Brasil, 2004), que institui o Sistema de Monitoramento como instrumento de acompanhamento da Política de Incentivo, com o objetivo de possibilitar o acompanhamento das metas e a avaliação dos resultados alcançados, garantir a transparência no uso dos recursos financeiros, acompanhar o cumprimento das pactuações realizadas nas CIB – IO, DST e preservativo e gerar subsídios à retroalimentação do processo de planejamento e da tomada de decisão.

Na unidade federativa do Rio de Janeiro, o estado e mais 33 municípios foram qualificados pela Política de Incentivo e passaram a receber recursos na modalidade automática. Posteriormente, o estado qualificou mais treze municípios entre 2006 e 2011. Os poucos estudos realizados sobre a Política de Incentivo (Pires, 2006; Silva, 2006; Taglietta, 2006; Barboza, 2006; Grangeiro, 2009) apontam para o sucesso da Política de Incentivo, a fim de atingir objetivos para os quais foi instituída. Diversos autores (Pimenta, Raxach, Junior, 2011; Grangeiro, 2009, 2011), porém, destacam a fragilidade dos planejamentos para o enfrentamento da epidemia como hoje se encontra. Para tanto, Grangeiro (2009) realizou uma pesquisa nacional, com financiamento do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais e apoio do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, para avaliação da Política de Incentivo em DST/AIDS. Sendo

assim, é importante observar como esse planejamento acontece no estado do Rio de Janeiro.

A escolha por tal temática está relacionada com as reflexões da autora acerca da fragilidade do planejamento dos municípios no estado do Rio de Janeiro quanto ao enfrentamento das DST/AIDS, assim como do monitoramento, ou até mesmo da falta de priorização das duas áreas para a sustentabilidade do financiamento e da própria gestão do município. Essas reflexões foram possíveis a partir de sua experiência como avaliadora das programações municipais, primeiramente dos estados da federação, através de sua experiência como técnica especializada do Programa Nacional de DST/AIDS, referente à área de atuação Gestão, Desenvolvimento Humano e Institucional, e, posteriormente, como técnica da área de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro, onde atuou como avaliadora das programações municipais e do monitoramento dos municípios.

A articulação com o Programa Estadual de DST/AIDS possibilita que a análise dos resultados obtidos através deste estudo seja incorporado pelo Programa Estadual de DST/AIDS, potencializando o planejamento de ações mais eficazes no fortalecimento da gestão dos municípios.

Algumas questões são norteadoras neste estudo: como é realizada a programação dos municípios? Quem participa? Quando? Como são definidas as prioridades? Com quais informações? Como os municípios planejam a viabilidade do planejamento? Como é realizado o planejamento? Como é realizado o monitoramento? Há prestação de contas? Para quem? Há articulação com outros planos do município? E com os outros municípios?

Também é importante destacar que, atualmente, há uma pressão de diversos atores para que a conta específica da Política de Incentivo acabe e o recurso seja

depositado em conta da Vigilância em Saúde. Isto acarretaria uma dificuldade a mais para a realização de ações voltadas ao enfrentamento da epidemia. Sendo assim, é importante fortalecer os Programas Municipais de DST/AIDS para o enfrentamento da epidemia, principalmente sobre a disputa de prioridades.

Essa pressão reflete-se na mudança do nome do instrumento de gestão que, até 2011, era Plano de Ações e Metas, e, a partir da publicação das Orientações para Elaboração da PAM 2012 (Brasil, 2012), passou a ser Programação Anual de Metas, pois, segundo a percepção dos Secretários de Saúde, há apenas um plano de saúde, que é o Plano Estadual e Municipal de Saúde. Tal mudança enfatiza a necessidade de articular o planejamento dos Programas de DST/AIDS com este plano mais amplo das Secretarias de Saúde, aspecto este que foram analisados neste trabalho.

Outro ponto que vale destaque é a crescente importância que a regionalização vem adquirindo como estratégia de organização dos serviços de saúde, refletido no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), Portaria 2.669, de 03 de novembro de 2009 (Brasil, 2009) e Decreto 7508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011). Indo ao encontro dessas diretrizes, o Programa Estadual de DST/AIDS do RJ instituiu (primeiramente em 2003 com o Fórum de DST/AIDS da Baixada Fluminense, e em 2007, em todas as regiões do estado) os Fóruns Regionais de DST/AIDS, que constituem-se espaços de interlocução dirigidos, prioritariamente, às organizações governamentais (intra e interssetoriais), estando, contudo, receptivos à participação de organizações da sociedade civil, conselhos de saúde e outros convidados ou interessados nesse debate.

Estes têm como objetivo de aproximar as esferas estadual e municipais, no que diz respeito às questões relacionadas com DST, AIDS e Hepatites Virais, com a finalidade de qualificar, no Estado do Rio de Janeiro, a resposta governamental a estes agravos.

A integração regional e a construção de ações e metas mais harmonizadas com a realidade epidemiológica e sanitária locais também são objetivos desses encontros. Sendo assim, um dos objetos de análise desta dissertação é como os coordenadores municipais de DST/AIDS articulam seus planejamentos e monitoramentos com a estratégia de regionalização.

OBJETIVO GERAL:

- Analisar o sistema de planejamento e gestão das ações de DST/AIDS como ferramenta estratégica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analisar a cobertura no que se refere à população e casos de AIDS;
2. Analisar a estrutura organizacional dos Programas Municipais;
3. Analisar o processo de planejamento e o perfil das ações desenvolvidas nas áreas de atuação prevenção, assistência, gestão e apoio às OSC pelos Programas Municipais de DST/AIDS;
4. Descrever a trajetória histórica e política do sistema de planejamento e gestão dos programas de DST/AIDS, incluindo tendências emergentes;
5. Avaliar a qualidade dos instrumentos de planejamento e gestão atuais:
 - a) Plano de Ações e Metas – PAM;
 - b) Sistema de Monitoramento.
6. Analisar a interlocução da PAM do município com os de outros municípios;
7. Analisar a percepção sobre os sistemas de planejamento e gestão do DST/AIDS por parte dos seus principais responsáveis.

METODOLOGIA

No universo desta pesquisa foram abordados 35 municípios qualificados na Política de Incentivo, os 33 qualificados na Política de Incentivo pelo Ministério da Saúde, em 2003/2004, e dois municípios que foram qualificados em 2008.

A metodologia adotada neste trabalho foi dividida em duas etapas. A primeira, composta por uma adaptação da metodologia utilizada por Grangeiro (2009, 2011) em estudo realizado para avaliação da implantação da Política de Incentivo, conforme a realidade dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. O ano selecionado foi o de 2009, pois este instrumento apresenta mais informações, como composição de equipe, que fornece importante informação sobre a estrutura organizacional dos Programas Municipais, que compõe uma dimensão de análise da primeira etapa da pesquisa. Foram analisados 27 PAM, os que foram digitados e fechados ou em revisão, pois foram fechados pelo gestor e abertos para alterações pelo Programa Estadual de DST/AIDS. Sendo assim, eles expressam o que o município pretende realizar com o recurso da Política de Incentivo.

Quadro 1: Situação do Preenchimento da PAM no SIS-Incentivo (2007 – 2010)

Categorias	2007		2008		2009		2010	
	A	28	84,85%	23	65,71%	14	36,84%	17
B	0	0%	4	11,43%	13	34,21%	10	22,73%
C	2	6,06%	4	11,43%	7	18,42%	5	11,36%
D	3	9,09%	4	11,43%	4	10,53%	12	27,27%
Total	33	100%	35	100%	38	100%	44	100%

Fonte: SIS-Incentivo

Ao observar o disposto no Quadro 1, onde (a) é igual à categoria que o município teve seu PAM digitado, fechado e revisado; (b) é quando o município digita e fecha a PAM, porém ele é revisado e possui sugestões de alterações; (c) é quando o

município começou a digitação; e (d) é quando o município não iniciou a digitação. Através deste observamos um limite a pesquisa, a falta de preenchimento do instrumento pelos municípios. É possível observar que, em 2011, 18,42% dos municípios não iniciaram a digitação da PAM, e que este número aumenta para 27,27% em 2010. Isto chama atenção, pois a vigência do Plano é de doze meses, e se o ano acabou e não houve o início da digitação da PAM, podemos supor que o plano deixa de ser plano, pois passa a ser um instrumento retroativo. Nesta dissertação, serão analisados os PAM referentes ao ano de 2009, pois este documento é o mais completo dos últimos anos, contemplando área referente à equipe do Programa e amplo leque de áreas temáticas (em 2009 eram 14 áreas e, em 2010, este número reduz para sete). Conclui-se que 27 programações foram analisadas neste trabalho.

Foram analisadas três dimensões da Política de Incentivo:

- a. Cobertura no que se refere à população e casos de AIDS – aqui, foram utilizados dados do IBGE e do Boletim Epidemiológico do Estado do Rio de Janeiro, ambos referente ao ano de 2009;
- b. Estrutura organizacional dos Programas Municipais – foram utilizadas informações sobre a composição das equipes responsáveis pelo planejamento e pela execução das ações presentes nos PAM 2009 dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Foram avaliadas a estrutura e a presença de equipe interdisciplinar, caracterizada pela existência de três ou mais categorias profissionais na equipe. Foram consideradas a estrutura mínima para gestão de resposta ao HIV a existência de equipes interdisciplinares ou a estrutura organizacional com duas ou mais áreas.
- c. Processo de planejamento e o perfil das ações desenvolvidas nas áreas de atuação prevenção, assistência, gestão e apoio às OSC.

O planejamento dos PAM foi examinado em dois aspectos:

1. A qualidade da análise de situação e resposta às DST e HIV/AIDS apresentadas nos PAM. Foram considerados, como temas essenciais, os preconizados pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e analisados no estudo de Grangeiro: epidemiologia da AIDS e DST, análise dos indicadores sociais e econômicos, estrutura de saúde do município/estado, capacidade gerencial das secretarias, atuação das organizações não governamentais e resposta à epidemia de AIDS. Para analisar o tipo de abordagem em cada tema, foram utilizadas as seguintes categorias: detalhada ou analítica e sintética ou descritiva. A apresentação dos pontos críticos para o alcance das metas propostas na PAM 2009 e do balanço das ações executadas na PAM anteriores nas áreas de prevenção, assistência, gestão e parceria com organizações da sociedade civil também foram analisados.

A análise de situação e resposta adequada foi considerada aquela que contempla três ou quatro das seguintes situações: análise de dois ou mais temas de forma detalhada e/ou analítica, utilização de dados epidemiológicos a partir do ano de 2004, realização do balanço da PAM anterior nas áreas de prevenção e assistência, conjugando metas propostas e resultados alcançados e análise dos pontos críticos do conjunto das metas propostas para a assistência e prevenção.

2. A consistência das metas apresentadas foi analisada a partir da avaliação da presença de características de mensurabilidade, especificidade e temporalidade definidas, se as ações propostas eram suficientes para o alcance dos resultados expressos, se apresentavam um caráter estratégico, ou seja, direcionadas à oferta e ao uso de serviços e insumos ou à promoção de alterações no curso da epidemia, ou se

apresentavam um caráter operacional por buscarem disponibilizar insumos necessários para a execução das ações e/ou desenvolverem atividades intermediárias.

Assim, em um primeiro momento, o estudo do perfil foi realizado por meio da descrição das frequências das características associadas com as metas, sendo elas: área de atuação (prevenção, assistência, gestão e apoio às OSC); ação programática (prevenção da transmissão vertical, vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento das DST, etc.); população-alvo; finalidade (treinamento, implantação de serviço, etc.) e valor dos recursos alocados, próprios e federais.

Em um segundo momento, as características relacionadas com as metas foram avaliadas em seu conjunto, como forma de qualificar a resposta das secretarias, no que diz respeito à sua capacidade de intervir nos principais determinantes da epidemia. Para tanto, foram utilizados os cinco índices propostos por Grangeiro:

1. Amplitude das ações programáticas – conjunto de ações contempladas pela totalidade das metas de cada secretaria. Foram considerados como “*ação programática essencial*” os municípios que programaram um conjunto mínimo de ações imprescindíveis ao controle da epidemia. Esse conjunto mínimo contempla ações de prevenção dirigida às populações vulneráveis e em geral; diagnóstico da infecção pelo HIV; atenção às pessoas com HIV e redução da transmissão vertical do HIV e sífilis. Categorizam-se como “*ação programática abrangente*” os que contemplaram, além do conjunto mínimo definido, as ações programáticas que qualificam ou fortalecem a resposta local, sendo elas o diagnóstico e o tratamento das DST, a redução do estigma e a discriminação e a melhoria da gestão e a sustentabilidade. E, como “*ação programática insuficiente*”, os que não contemplaram uma ou mais das ações programáticas

categorizadas como “*essencial*”, apresentando, portanto, restrições para o enfrentamento da epidemia.

2. Inclusão de populações prioritárias - foi analisada por área de atuação, tendo sido categorizados por Grangeiro como “*resposta inclusiva*” os que contemplaram na assistência, concomitantemente, pessoas vivendo com HIV, portadores de DST, gestantes e crianças expostas e, na área de prevenção, uma ou mais populações com maior prevalência de HIV, sendo elas homens e mulheres profissionais do sexo, gays, homossexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transgêneros, usuários de droga e adultos e crianças privadas de liberdade.
3. A finalidade da meta - segundo resultados e produtos esperados na sua execução, tendo sido categorizados em conformidade ao apresentado pelos estados e pelos municípios nos PAM.
4. O poder de intervenção na epidemia – foi mensurado também a partir da finalidade da meta, sendo que os gastos realizados em cada categoria definida anteriormente foram agrupados da seguinte forma: gastos com “*alto poder de alteração*”, aqueles relacionados com a oferta direta de serviços de prevenção e com a assistência à população; gastos com “*médio poder de alteração*”, aqueles realizados para gerar produtos intermediários ou que subsidiam e qualificam a prestação de serviço, como, por exemplo, treinamento, pesquisa e controle social. Devido a sua essencialidade, foram incluídos neste item a aquisição de medicamentos e os insumos de prevenção; e gastos com “*baixo poder de alteração*” a alocação de recursos para aquisição de insumos/equipamentos, contratação de trabalhadores ou procedimentos gerenciais.

5. A sustentabilidade da resposta ao HIV – foi analisada a partir da alocação dos recursos de contrapartida, tendo sido consideradas “*respostas sustentáveis*” as alocações dos recursos próprios, concomitantemente, na prevenção e na assistência.

No terceiro momento da análise, os municípios foram agrupados segundo os cinco índices analisados, categorizando-se como “*respostas abrangentes*” aqueles que apresentaram quatro ou cinco das seguintes situações: ter ação programática de caráter essencial ou abrangente; incluir, na resposta, populações prioritárias para a assistência e para a prevenção; realizar a maior proporção dos gastos em ações com alto poder de intervenção na assistência e prevenção; e possuir resposta sustentável. As secretarias que preencheram até três deste critério foram denominadas como “*resposta restrita*”.

Os dados são procedentes dos PAM das secretarias municipais de saúde para o ano de 2009. Os PAM foram obtidos na página eletrônica do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (www.AIDS.gov.br/pam).

A segunda etapa foi composta por entrevistas abertas e semiestruturadas (Anexo A) agendadas e realizadas com coordenadores municipais de DST/AIDS. Os entrevistados foram os coordenadores de DST/AIDS que assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecidos (Anexo B). Estas entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes. Foi utilizada amostra de cinco coordenadores. Inicialmente estavam previstos dez coordenadores, porém, devido à mudança de coordenadores em decorrência das eleições municipais, foi possível entrevistar apenas cinco. Estes coordenadores foram selecionados se cumprirem com os seguintes critérios:

- i. PAM 2011 digitado e fechado;

ii. Ser indicado por articulador do Fórum Regional de DST/AIDS como representante da região;

iii. Ser coordenador há mais de um ano.

O primeiro critério refere-se ao fato de ter protagonizado um processo de programação e o segundo tem por objetivo selecionar municípios que tenham representatividade dentro da região.

Essas entrevistas tiveram como objetivo evidenciar aspectos do planejamento que não é possível visualizar através da análise dos documentos, assim como a percepção destes coordenadores sobre este instrumento.

O roteiro está estruturado em sete grandes campos:

1. Identificação do coordenador: neste campo não há nomes, apenas algumas informações que possibilitarão identificar algumas informações sobre o processo de planejamento.

2. Estrutura do Programa: neste há o objetivo de observar a estrutura organizacional dos Programas Municipais que são considerados como referência para a região;

3. Planejamento: através deste campo foi possível observar o processo de planejamento das ações, assim como identificar se o planejamento apresentar caráter estratégico;

4. Monitoramento: este campo se refere ao processo de preenchimento do sistema de monitoramento, apesar do monitoramento ser fase da Prestação de Contas,

encontra-se separado, pois consiste em um instrumento específico da Política de Incentivo;

5. Prestação de Contas: neste há o objetivo de observar como é realizada a prestação de contas, como é externalizado o que foi realizado, as justificativas para sua realização;

6. Articulação Interna no Município: visou compreender como o planejamento em DST/AIDS se articula com os outros instrumentos de planejamento do município;

7. Articulação Intermunicipal: tem como objetivo compreender como a PAM se articula com o planejamento de outros municípios da região.

O roteiro finaliza com a avaliação destes coordenadores dos instrumentos de gestão da Política de Incentivo às ações de DST/AIDS.

Este foi testado através da aplicação em um município selecionado aleatoriamente e se mostrou adequado.

A partir da análise do marco teórico, os discursos dos coordenadores entrevistados foram analisados a partir das seguintes categorias analíticas:

- Percepção do Planejamento
- Articulação Regional
- Articulação da PAM com as outras programações do município
- Prestação de contas
- Planejamento não linear
- Análise de cenários
- Análise de Viabilidade Política
- Seleção de Prioridades

- Multissetorialidade presente na explicação situacional
- Aspectos Comunicativos

Aspectos Éticos

A divulgação das informações coletadas pelo questionário acontecerá sem a identificação dos sujeitos preservando-os e garantindo o sigilo das informações.

O projeto foi submetido à análise da Comissão de Ética em Pesquisa – CEP da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ e aprovado em 20 de setembro de 2012 (Parecer número 101.827).

Devido a participação da Gerência Municipal de DST/Aids, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro - SMSDC/RJ (Protocolo de Pesquisa número 183/12, aprovado em 22 de fevereiro de 2013).

MARCO TEÓRICO

Tendo em vista a intenção de avaliar o uso das ferramentas de gestão em DST/AIDS pelos coordenadores de DST/AIDS, esta pesquisa se fundamentará no campo de estudos de planejamento, especificamente em saúde.

A origem do planejamento, em sua forma mais simples, encontra-se na origem da humanidade (Rivera e Artmann, 2012; Giovanella, 1991), quando o homem começou a racionalizar as ações, pensar antes de agir.

Sua forma um pouco mais complexa, em que o homem constrói um conjunto de ações para atingir um objetivo a partir de recursos escassos, teve seu início na sociedade capitalista.

Na sociedade capitalista, a industrialização ocasionou a fragmentação da força de trabalho e exigiu uma maior organização do processo de trabalho; com isso, alguns estudiosos buscaram o desenvolvimento de técnicas e métodos para a organização do trabalho, visando a otimização da produção através do estudo dos tempos e espaços. Taylor é o estudioso de maior destaque dessa fase. O planejamento é feito no interior das empresas, tendo caráter de função administrativa. Neste, há o cálculo do futuro, que não é considerado 100% previsível, como era na sociedade pré-capitalista. Para atingir o objetivo, são analisados o ambiente externo, os recursos disponíveis e os possíveis cenários futuros.

O planejamento governamental, macro e social, tem seu primeiro registro na Rússia, após a sua revolução, quando foi realizado o primeiro plano quinquenal. Já na sociedade capitalista, o modelo econômico liberal, denominado *laissez-faire*, entrou em crise após a quebra da bolsa de Nova York, e um teórico, Keynes, propôs uma

intervenção estatal na economia, visando o pleno emprego. Este planejamento contou com maior dirigismo e maior racionalidade.

Na América Latina, o planejamento ganhou destaque na área econômica, e esteve intimamente ligado à Comissão Econômica para América Latina (CEPAL), criada pelo Conselho Econômico das Nações da Organização das Nações Unidas (ONU), a fim de “incentivar a cooperação econômica entre seus membros” (Rivera e Artmann, 2012). O grande foco da CEPAL era o desenvolvimento. Diversos autores relacionados à CEPAL criaram uma teoria que explica o subdesenvolvimento dos países periféricos devido à deterioração das relações de troca, pois os países subdesenvolvidos exportam matéria-prima para os países centrais, que a transformam em produtos industrializados e exportam para os países periféricos. Para diminuir essa desigualdade, os países periféricos deveriam industrializar para não importar os produtos industrializados. A Cepal foi a grande propulsora do planejamento, pois esta era a forma de chegar ao crescimento e, com isso, alcançar o desenvolvimento.

Esta teoria foi muito influente na América Latina; ocasionou um conjunto de ações voltadas para o desenvolvimento. No Brasil, esta fase desenvolvimentista ficou marcada especialmente pelo governo de Juscelino Kubitschek (1955 – 1961), com a instituição do Plano ou Programa de Metas, que contemplava 31 metas com um conjunto de medidas que atingiria o desenvolvimento de vários setores. Priorizava a dinamização do processo de industrialização do Brasil, com o desenvolvimento econômico do Brasil (Matos, 2012).

Logo após a Revolução Cubana, os Estados Unidos ficaram preocupados com a expansão do comunismo no continente. Por isso implantaram a política externa “Aliança para o Progresso”, que visava o financiamento de projetos com o objetivo de estimular o desenvolvimento econômico, social e político (Matos, 2012). Este projeto

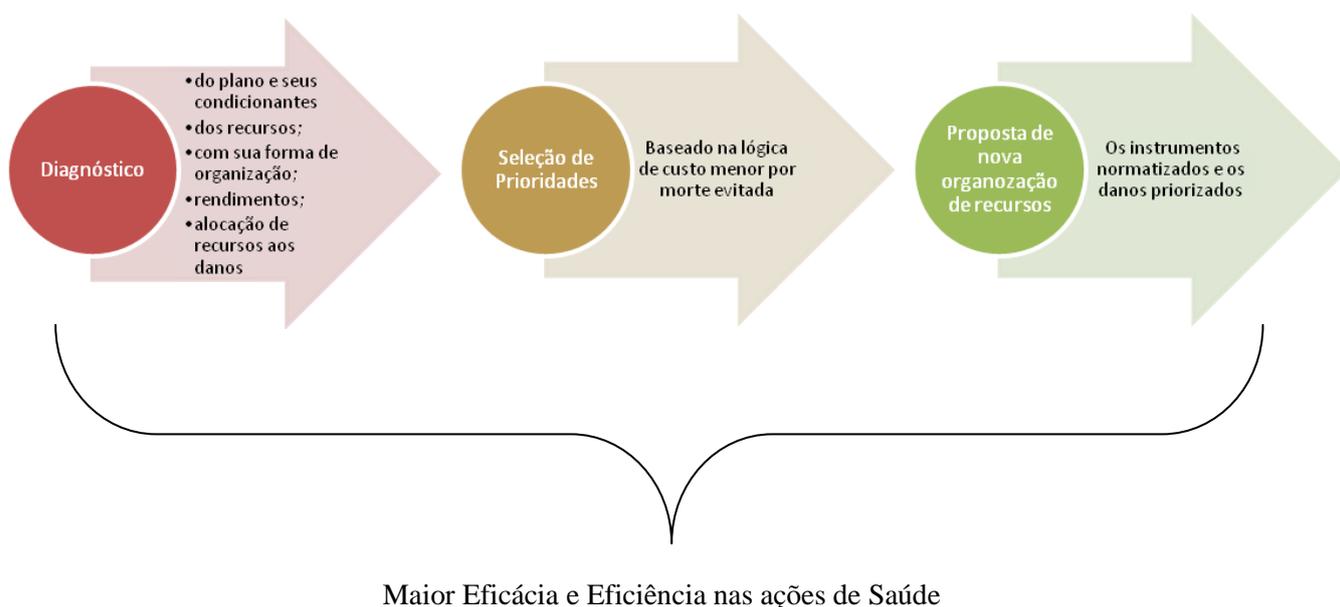
destaca a existência de obstáculos sociais e políticos ao desenvolvimento. A realização de planejamento ou programação integrada, incluindo a saúde, é condição para o recebimento dessa ajuda financeira. Esse projeto fracassou na realização de reformas, colocou em segundo plano a dependência, devido à deterioração das relações desiguais de troca, e mascarou a reativação da dependência com transferência direta de capitais.

PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA

Em um contexto de desenvolvimento integrado, foi necessário desenvolver um método para planejamento das ações de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) utilizou o Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central de Caracas (Cendes), como referência na formulação de um instrumento para o planejamento em saúde. Com isso, foi formada uma Comissão, protagonizada por Mario Testa, que adotou para a saúde o instrumento que era a transposição do planejamento econômico.

O método Cendes era tecnocrático e tinha como proposta a redução de custos, inclusive sociais, cuja norma – o deve ser – tem como fundamento o custo-benefício.

Figura 1: Lógica Método Cendes/Opas



A saúde, no entanto, não deve ser tratada como uma mercadoria, pois envolve valores não objetivos. A dispensação de medicamentos para AIDS nunca seria

concebida por tal método, pois o recurso envolvido é muito alto e não evita a morte, e, sim, a retarda.

Rivera e Artmann (2012) destacam como mérito do método: (a) a priorização de prevenção de danos; (b) proposta de um planejamento integrado e sistêmico; (c) formulação de um sistema de custos. Ainda hoje podemos observar traços de sua lógica em planejamentos atuais.

Suas principais críticas foram ser excessivamente tecnocrático, não considerar aspectos políticos e reduzir o paradigma do planejamento a aspectos econômicos e administrativos (Rivera e Artmann, 1989 e 2012). Parte do fracasso da aplicação do método pode ser atribuído à fragilidade do setor público, assim como sua desintegração sistemática. Este método foi amplamente difundido e logo começou a ser criticado. O marco deste processo de crítica foi a realização, proposta pela Opas, de uma reunião de um grupo de estudos em planejamento em saúde, em 1965, na Venezuela. A partir desta, houve a criação de um centro em docência e pesquisa para análise das áreas críticas do planejamento e reprodução de conhecimento via cursos internacionais. É criado então o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPPS), com estreita relação com o Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (Ilpes).

Em 1972, há a terceira reunião de ministros de saúde das Américas que oficializa a proposta de ampliação da cobertura das ações de saúde através da atenção básica. Ao mesmo tempo, há a integração ou a coordenação de múltiplos serviços de saúde, buscando a racionalização das ações do setor. O Estado, em seu papel de formular uma política setorial, convoca a participação popular na organização e execução de ações sanitárias, originando o planejamento participativo.

A partir do descontentamento dos planejadores com o instrumento, inclusive de Mário Testa, cuja percepção de que o político não deve ser fator do planejamento, mas, sim, objeto do planejamento, iniciam-se as formulações do planejamento estratégico.

O primeiro documento a considerar o planejamento como fenômeno político foi do CPPS, a “Formulação de Políticas de Saúde”, de 1975. Este considera a mobilização de diversos atores, embora dominado pelo Estado. Além disso, introduz a análise de viabilidade política e a estratégia. É um primeiro passo em direção ao planejamento estratégico, porém, ainda mantém características do planejamento normativo, como considerá-lo como linear.

Figura 2: Formulação de Políticas de Saúde



As críticas a esta metodologia são: (a) considerar o processo linear, separado em etapas; e (b) considerar a autoridade política como único ator capaz de planejar. O planejamento macro, de governo, ocorre a partir da superação do Planejamento Normativo.

Giovanella (1991) ressalta a existência de três vertentes do enfoque estratégico. Tanto Matus quanto Mario Testa discute a questão do poder, no caso do Planejamento Estratégico e Situacional proposto pelo primeiro, trabalha a construção de instrumento que amplie a governabilidade do sistema político, com seus primeiros documentos no final da década de 70. Mario Testa pensa o poder como um problema central do planejamento e o objetivo do planejamento é como deslocar o poder para classes/grupos subordinados/dominados (1987). A terceira é a Saúde para Todos (SPT), desenvolvido por Barrichea, Trujillo e Chorny (1990), busca “se aproximar do conceito de necessidades de saúde através do critério das condições de vida” (p. 44 Rivera e Artmann 2012), os grupos postergados teriam a máxima prioridade.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE

Neste trabalho será utilizado, como um dos referenciais, o Planejamento Estratégico em Saúde, o PES, proposto por Matus. Este surge para responder problemas quase estruturados ou mal estruturados, que só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas. O planejamento é encarado como uma aposta e não determinístico como o era antes. Segue abaixo quadro comparativo do planejamento estratégico e tradicional:

Quadro 2: **Quadro-Resumo Planejamento Tradicional e Planificação Estratégica**

O planejamento Tradicional	Dilemas Básicos	Planificação Estratégica
1. Unidimensional (apenas recursos econômicos)	1. Como explicar (Diagnóstico versus Explicação Situacional)	1. Multidimensional (político, econômico, cognitivo etc.)
2. Determinística $A \longrightarrow B$	2. Como esboçar o futuro (Asserção versus Aposta)	2. Incerteza dura $A \xrightarrow{\beta} B$
3. Sem contexto (circunstâncias implícitas)	3. Como calcular o possível (Consulta Política versus Análise Estratégica)	3. Contexto explícito - Parcialmente enumerável ($B = a, b, \dots ?$)
4. Sem atores sociais (um governante e um sistema governado)	4. O que fazer hoje (Conselho Técnico versus Cálculo Situacional)	4. Atores sociais em um jogo
5. Proposta de ação ao político com anúncio de resultados precisos		5. Vários planos com resultados variáveis segundo as circunstâncias
6. O escritório de planificação planifica		6. Quem governa planifica

Adaptado de Matus, 1996

Este planejamento apresenta como características: ser mais adequado ao contexto sócio-político; multidimensional, ou seja, considera recursos políticos, econômicos, cognitivos, dentre outros.

Em função de tal complexidade, o método PES se apoia em um enfoque teórico bastante consistente, destacando-se: (1) o conceito de explicação situacional, caracteriza a situação como um recorte problemático da realidade feito por um ator em função de

seu projeto de ação. É constituída pelo ator-eixo da explicação situacional e por outros atores, por suas ações e pelas estruturas econômicas, política, ideológica, social, etc. (2) a Teoria da Produção Social (Lima, 2003), quando Matus utiliza a metáfora do jogo quando os jogadores (atores sociais) submetem-se a determinadas regras (genoestruturas) e realizam jogadas (fluxos de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestruturas). No processo de produção social, os atores podem, a partir de jogadas acertadas e consequente acumulação de poder, chegar a mudar as regras mais básicas da sociedade, que são as formas de propriedade dos meios de produção e seu aparato jurídico constitucional” (p. 254); (3) o conceito de momento, formulado para superar a ideia de etapas rígidas, implicando uma visão dinâmica do planejamento. O método PES prevê quatro momentos para o processamento dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional e (4) Teoria das Macro-organizações.

Matus (Lima, 2003) utiliza a metáfora do jogo para falar da Teoria Macroorganizacional, que é um sistema composto por microorganizações, com diferentes tipos de poderes que operam governos. O autor destaca que (1) o sistema de formação de agenda do dirigente; (2) o sistema de cobrança e prestação de contas; (3) o sistema de gerência de operações, que caracteriza o triângulo de ferro, rege a qualidade da gestão organizacional.

O sistema de formação de agenda do dirigente refere-se ao foco de atenção sobre os temas importantes, com apoio no plano, sem isso, os temas importantes acabam ficando em segundo plano, enquanto que urgências dominam o tempo e o foco de atenção do dirigente.

O sistema de cobrança e prestação de contas cria a demanda do planejamento, o autor ressalta que, em um sistema de baixa responsabilidade, não há demanda de planejamento. A organização deve ter a prestação de contas sistemática, se antecipar à demanda.

O sistema de gerência de operações proporciona as bases para uma oferta prática, criativa e descentralizada das ações e do planejamento ou, então, facilita a condução rotineira da ação diária.

Por ser estratégico, segundo Matus (1996), o planejamento depara-se com quatro problemas básicos e diferentes momentos do planejamento que buscam enfrentá-los.

O primeiro problema é identificar as diferentes explicações, a fim de conhecer como atacar os problemas e com quem devemos fazê-lo. Há múltiplas explicações para determinado problema, que, quando se confundem, sem definição de um ator, torna difícil verificar como enfrentá-lo. Este momento corresponde ao explicativo, onde são construídas as explicações para os problemas, com o objetivo de fundamentar a própria ação, assim como interferir e compreender a ação dos diferentes atores. Através desta, é possível mapear os objetivos, selecionar os problemas e qualificar a explicação situacional. O planejamento deve ser produto de uma construção coletiva, para evitar a “cegueira situacional”, mas com um ator-chave, que deve responder pela programação. Este momento busca dizer o que foi e o que tende a ser. Aqui, há a construção de explicações para fundamentar a planificação, contemplando a compreensão a ação dos diversos atores, oponentes ou não.

O segundo problema é saber planejar frente à incerteza da realidade, para tanto, é necessário que um governante realize um plano de ação, onde se comprometa a

enfrentar o problema com a cooperação ou não de outros atores. Este corresponde ao momento normativo, quando os planos são traçados. Busca responder o que deve ser. Neste momento, há o desenho de proposta de decisões a serem tomadas a partir da situação inicial e a seleção das operações que devem acontecer para levar ao objetivo. Sendo assim, é preciso considerar possíveis cenários e planos de contingência, considerando a possibilidade de eventos não previstos. Matus considera cenário uma combinação de variantes, contexto fora de controle, e as intervenções selecionadas em função do contexto. O autor destaca a importância de, primeiramente, simular o comportamento combinado das variantes, posteriormente, avaliar em que medida o plano normativo é realizável nos 03 contextos (realização total, parcial ou não realização das operações). A terceira etapa seria simular o vetor de resultados nos 03 cenários.

O terceiro problema refere-se a desenhar estratégias para viabilizar o plano, é realizada uma análise de viabilidade, considerando a governabilidade sobre certos aspectos de diferentes atores, motivações, estratégias, trajetórias e operações. Diz respeito ao momento estratégico, quando, frente à realidade, é considerado o contexto político. Contempla o que pode ser daquilo que deve ser. Neste, há a preocupação de criar viabilidade para o plano, considerando diferentes modos de atuar dos atores, assim como aspectos políticos e econômicos que interagem e influenciam a execução do plano, e por isso devem ser considerados.

O quarto problema é executar o plano, que configura no momento tático-operacional. Uma característica do PES é que o problema não se resolve definitivamente, mas possibilita uma intervenção na realidade que produz um intercâmbio positivo de problemas. Assim, como é contínuo, deve possuir indicadores para monitoramento e, conforme alterações no cenário, deve ser sempre atualizado. Este

problema, que equivale ao quarto momento, é o tático operacional, é fazer o que está programado. Matus (1991) destaca que não é realizar exatamente o que está planejado, mas adequação deste às circunstâncias. Ressalta que normalmente predominam urgências, o pouco tempo, a desinformação, “a distração tática” que impedem de recalculer o tático, e as ações acabam sendo resultado de improvisações. Aqui, é importante uma direção estratégica, que mantenha o foco nas decisões importantes para atingir os objetivos. Mas nada disso terá relevância se o jogo institucional for de pouca responsabilidade.

Estes momentos estão em permanente interação; em cadeia contínua, sem uma sequência linear estabelecida. O plano está em constante elaboração e sempre pronto para dar suporte às ações dos dirigentes. A Teoria da Produção Social perpassa por todos os momentos do método PES, mas de maneira mais marcante no momento explicativo e no tático operacional (Lima, 2003).

Rivera e Artmann (2003) ressaltam o mérito do PES em trazer à tona a necessidade de diálogo entre os diversos atores no enfrentamento de um problema complexo como é a AIDS.

O PES é uma tecnologia de planejamento que articula a teoria ao método, porém apresenta diversos pontos que serão adotados neste trabalho, como a ênfase no aspecto comunicativo, conforme pontua Rivera e Artman (2003), assim como aspectos relacionados com a viabilidade do plano, no diagnóstico situacional.

Algumas metodologias atuais de planejamento foram desenvolvidas ao redor do mundo e que se aproxima ao PES. A primeira a ser destacada é a *Lerning Organization*, desenvolvida por Peter Senge que coloca a necessidade de desenvolver um raciocínio estrutural sobre a explicação de problemas, procurando “causas essenciais

para a alavancagem da organização” (pag.25) se aproximando de Matus, outra necessidade apontada pelo autor é a simulação de cenários como instrumento de aprendizagem. “O fundamental não seria a elaboração de grandes planos, mas a difusão ou incorporação de um raciocínio estratégico organizacional, a ser aplicado no cotidiano das decisões sobre opções alternativas” (pag.25).

Outra metodologia a ser considerada de planejamento em saúde, foi desenvolvida na França foi desenvolvida por Michel Cremadez e François Grateau (Rivera, 2003) hospitais, e é intitulada *Demarche Stratégique*. Esta propõe uma inicial segmentação ou agrupamento de atividades homogêneas por especialidade. Posteriormente é realizada análise estratégica de cada segmento a partir das seguintes funções: o valor de cada segmento, referente à capacidade de atração e ao interesse do hospital em lhe alocar recurso; a posição competitiva em função do grau de controle dos fatores de sucesso. A partir desta análise, é construído um portfólio de cada especialidade, que objetiva ser a base para a definição da estratégia, visando os seguintes objetivos: expandir, manter ou desativar o respectivo segmento. Posteriormente é construído o Plano de Ação, visando atacar pontos frágeis na concorrência e alterar aspectos de valor, quando possível. Este instrumento permite transformar relações de concorrência frontal em relações solidárias, atuando como *trade-off* de serviços entre hospitais.

Outra perspectiva que vale destaque é a desenvolvida por Rivera e Artmann (2010) sob à luz de Godet, visando preencher lacunas identificadas no PES. Envolve quatro técnicas: (1) a análise estrutural, que configura em uma simulação do poder de influência recíproco das variáveis relacionadas à construção dos cenários do sistema escolhido, possibilitando reduzir o número de variáveis ao selecionar as mais importantes; (2) análise dos atores a fim de “projetar o nível de convergência e

divergência dos atores e o grau de viabilidade dos objetivos” (p. 77); (3) análise morfológica que visa definir as hipóteses de comportamentos, tendências ou evento das variáveis-chave a fim de estabelecer as principais combinações entre elas; (4) a matriz de impactos cruzados, centrada nas principais tendências ou hipóteses de comportamentos variáveis, potencializando a análise de como uma hipótese de comportamento de uma variável influencia as hipóteses de comportamento de outras. Estas viabilizam a análise de cenários.

Mintzberg (Rivera e Artmann, 2012) ressalta a diferença entre planejamento e estratégia. O autor define estratégia como uma decisão de alta gerência com base na intuição, na experiência e na necessidade de ação imediata. O planejamento seria o desdobramento operacional da estratégia. Rivera e Artmann (2012) apontam para o risco de considerar a “concepção autoritária e centralizadora da estratégia”, não abordando os aspectos comunicativos e ignorando atores plurais da estratégia.

No entanto, o autor destaca funções importantes do planejamento: comunicação e controle de resultados e a função dos planejadores de analistas estratégicos e de catalizadores da formação de estratégias e planos.

Ao considerar as instituições de saúde como organizações profissionais, enfatiza o seu trabalho complexo, com profissionais com elevada especialização difíceis de serem substituídos e seu cerne é o centro operacional. Sendo assim, nestas instituições o planejamento deve ser ascendente, com intensa participação dos profissionais, os dirigentes atuam mais como apoiadores e articuladores, ou seja, nestas instituições o planejamento, segundo Mintzberg, tem um forte componente comunicativo.

O autor desenvolve o conceito de estratégias emergentes que seriam “padrões que surgem em determinados setores da organização, no processo de busca de soluções, e que se tornam padrões” (Rivera e Artmann, 2012, p. 82), que ao contrário das estratégias de cúpula. Nesta a estratégia não está dissociada do operacional, pelo contrário, surge no operacional e de um processo participativo e comunicativo.

PLANEJAMENTO NO BRASIL

Teixeira (1997) destaca que o planejamento surgiu no Brasil surgiu na década de 70 com a necessidade de desenvolver economicamente com recursos escassos. Na saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a incorporação dos seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, base das Leis orgânicas do SUS, aprovadas em 1990, forneceram contexto adequado para o desenvolvimento de planejamento como metodologia de gestão para alcançar determinados objetivos.

“Apesar das dificuldades enfrentadas para a efetiva institucionalização do planejamento na cultura organizacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e até mesmo no âmbito do Ministério da Saúde, instituições marcadas pelo patrimonialismo, clientelismo e amadorismo gerencial em muitos setores, as concepções e propostas metodológicas do planejamento em saúde passaram a ser difundidas, experimentadas, criticadas e aperfeiçoadas, notadamente a partir da intensificação do processo de construção do SUS, através da implementação da Municipalização das ações e serviços de saúde” (pag. 12).

Os obstáculos encontrados pela autora permanecem na estrutura governamental, porém com permanente desafio para incorporação do planejamento na cultura das esferas governamentais da saúde.

Em paralelo a este movimento, e alinhado com este, a área acadêmica, como UFBA, UERJ e Fiocruz, desenvolveu estudos e pesquisas em planejamento em saúde pública.

A estruturação, dentro da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, do sistema do PlanejaSUS, a partir de diversas experiências acumuladas na área de planejamento,

com ampla publicação de material de referência para os gestores, cuja idéia era criar um ambiente cooperativo entre as três esferas de governo (2009).

Destaco aqui que o sistema de planejamento da Política de Incentivo às ações de DST/AIDS teve início em 2003.

Merhy (1995) destaca quatro caminhos do planejamento no Brasil, que surgem a partir da crítica ao método CENDES-OPS e do PES. Estes são: (1) a ação programática em saúde; (2) a vigilância à saúde; (3) o planejamento comunicativo; (4) a gestão estratégica em saúde. O ponto em comum desses caminhos é o reconhecimento do ambiente de crise na forma de organizar o setor saúde e a necessidade de alterar suas práticas.

O planejamento na ação programática em saúde, desenvolvida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) busca repensar o planejamento com a construção de conceitos sobre necessidades e práticas tecnológicas em saúde, baseados na teoria do trabalho. Enfatiza formas de trabalho multidisciplinares. Propõe a organização do trabalho em saúde em grupos amplos, para além da organização por patologias, assim como um uso mais estratégico da epidemiologia, tanto clínica quanto social, na programação das ações de saúde. Planejar, nesta concepção, “é construir um novo campo de necessidades, coletivamente expressa pela dinâmica de determinação do processo saúde-doença, objeto de modelos tecnologicamente ordenados em serviços de saúde, que subordinem as ações individuais e coletivas a um projeto programático”. Sendo assim, esta abordagem se aproxima da prescritiva, pois os saberes são utilizados como dados e estruturados nos problemas e organizações de serviço. Ou seja, “planejamento é trabalho, que controla trabalho em saúde, estruturalmente determinado e normativamente abordado”.

A vigilância à saúde critica os programas verticais de saúde e defende uma abordagem mais transversal das necessidades. Seu planejamento tem o intuito de desenhar projetos do atual modelo assistencial da política de saúde, tomando a epidemiologia como cerne para o campo de necessidades de saúde, por meio do desenho de um mapa de risco, micro localizado e territorializado. Aproximam-se da normatividade, no entanto, utilizam partes do instrumento do PES em sua abordagem de problemas transversais.

O planejamento estratégico comunicativo tenta explorar ao máximo a tecnologia do PES. Faz algumas críticas a este, como sua grande ênfase no cálculo estratégico, onde um ator deve olhar o outro como um inimigo de guerra, ou seja, quando um ganha, outro perde. O planejamento comunicativo, a partir de influência da Teoria do Agir Comunicativa (TAC) desenvolvida por Habermas, desloca esta lógica para o desenvolvimento de estratégias onde os dois ganham. Enfatizam aspectos comunicativos do PES integrado a um “enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais”, elementos da gestão pela escuta, das organizações que aprendem e da filosofia da linguagem aplicada a organizações.

Já a gestão estratégica e o planejamento em saúde apresentam influências da análise institucional, PES e pensamento estratégico. Considera como matéria-prima do planejamento a dinâmica institucional do setor que, conforme forças e interesses, desenha modos de gerenciamento de projetos para o campo saúde, considerando os sujeitos coletivos do planejamento. Critica o modelo organizacional hierarquizado, em forma de pirâmide. Propõe um modelo organizacional em círculo, apontando uma abordagem mais democrática da gestão.

Rivera e Artman (2010) destacam a existência de outros caminhos, como a abordagem psicossociológica à gestão organizacional do Departamento de Planejamento

da ENSP/Fiocruz, assim como para desenvolvimento de lideranças. Consideram também outras correntes relacionadas ao planejamento na USP.

BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM AIDS NO BRASIL

Alguns autores como Parker (1997), Galvão (1999) destacam a dificuldade em caracterizar e sistematizar as ações do Programa Nacional de AIDS, principalmente as desenvolvidas na década de 80, devido a ausência de documentos e a imprecisão destes sobre datas. (Galvão, 1999). A documentação torna-se mais acessível a partir da implementação do Projeto AIDS I (1994 – 1998). Esta mesma dificuldade pode ser observada até hoje no estado do RJ.

Pesquisadores como Parker (2003), Camargo Júnior e Chequer (2000); Teixeira (1997) destacam a implicação do contexto político e social nas ações desencadeadas no enfrentamento da epidemia. Parker (1997) propõe uma caracterização por períodos para a construção da história da AIDS no país, articulada a períodos do nosso ciclo político: (1) **1982-1985**; (2) **1985 – 1990**; e (3) **1990 a 1992**. No entanto, em publicação posterior (2012), o autor propõe outra classificação cronológica, quando considera a existência de quatro ondas: (1) 1981 – 1991, caracterizado pelos anos de crise e resistência; (2) 1991 – 2001, anos de batalha pelo acesso, articulação e proposição; (3) 2001 – 2011, quando houve a administração da epidemia; (4) 2012, quando há um ponto de interrogação sobre os rumos que a epidemia e a resposta brasileira irão trilhar.

Neste trabalho, adotaremos a segunda divisão cronológica, pois estar mais atualizada e ser mais abrangente. Porém, será incorporada a cronologia anterior.

a) 1ª Onda (1982 – 1991): anos de crise e resistência.

O primeiro caso conhecido de AIDS no Brasil data de 1980, tendo a sua notificação ocorrida em 1982. Na época, os noticiários relataram a doença associada aos homossexuais masculinos: *“A imprensa brasileira repercute quase imediatamente o noticiário dos EUA; antes que se registrasse qualquer caso da "nova doença" em solo brasileiro, a "epidemia de significados" já se alastrava em nosso meio. “(Camargo Júnior e Chequer, 2005).*

Em um contexto de reconstrução da democracia e de reorganização dos movimentos sociais, as primeiras iniciativas de combate à epidemia aparecem. Este contexto possibilitou que um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais buscasse uma resposta governamental para a doença que se alastrava (Teixeira, 1997, p.46). A primeira resposta governamental surgiu em São Paulo, em 1983, quando a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo criou o primeiro Programa de AIDS do país. Em seguida foi formado o Programa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, pressionado também, por movimentos organizados em defesa dos direitos dos homossexuais (Pires, 2006).

Em 1985, foi criada a primeira organização não governamental relacionada à AIDS, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA). Teixeira destaca que: “Até 1985, apesar do impacto que a AIDS provoca na opinião pública e da existência de programas em pelo menos onze estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro), o Ministério da Saúde ainda não se manifesta de forma expressiva.”(Teixeira, 1997, p.52).

Parker destaca a importância da pressão política tanto das organizações não governamentais, como também de alguns programas estaduais para o “...

desenvolvimento de algum tipo de resposta federal, resultando na criação de um Programa Nacional de AIDS.” (Parker, 1997, p.9).

Em 1985, foram instituídas as diretrizes através de Portaria Ministerial (Nº 236/1985) para “*o Programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, sob coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária*” (Galvão, 2002, p.10) que, com relação à vigilância epidemiológica, apontava “... *definições quanto a grupos de risco (homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos ou politransfundidos), caso suspeito e caso confirmado de AIDS*” (Galvão, 2000, p. 108). Alguns autores, como Teixeira e Galvão, consideram ser este o ano de criação do Programa Nacional. Porém, Galvão, em publicação posterior (2000), pontua a criação do Programa Nacional no ano de 1988. Esta pouca precisão das datas simboliza a dificuldade de sistematizar as informações, porém, neste trabalho, consideramos a criação do Programa Nacional em 1985.

Em 1986, foi criada, através da Portaria nº 199/1986, a Comissão de Assessoramento em AIDS. Esta era uma instância consultiva para o Ministério da Saúde e contava com a participação de representantes da sociedade civil e de outros órgãos do governo federal, como o Ministério da Justiça e da Educação. No mesmo ano, através da Portaria Ministerial nº 542/1986, foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de AIDS. Em 1987, foi instituída a Comissão Nacional de Controle de SIDA.

Segundo a análise de Paulo Teixeira, a estruturação do Programa Nacional de AIDS sofreu influência dos programas estaduais já implantados e das ações desenvolvidas pelas organizações não governamentais. É destacada pelo autor a realização de uma reunião nacional em 1986 “... *uma ampla reunião nacional com participação de estados, OSCS e imprensa. Somente a partir de então a atuação do*

Ministério da Saúde, em relação à AIDS, vem a ter expressão pública” (Teixeira, 1997, p.556).

Em contexto mais amplo, em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram definidos os princípios e diretrizes do SUS. Destacamos que os princípios éticos que balizavam o movimento sanitário influenciaram diretamente na estruturação da Política de enfrentamento a AIDS.

Em 1987, foi a articulação, em âmbito federal, entre o setor de controle da AIDS e o INAMPS, que deu importante suporte para o Programa Nacional de AIDS e contribuiu de maneira significativa para a realização de atividades de prevenção controle e assistência a AIDS no país.

Pires (2006) considera, neste momento, um ativo papel federal no enfrentamento da AIDS, avaliação esta não compartilhada por Teixeira (1997).

O autor argumenta que “embora marcante e decisiva no âmbito federal, esta articulação não se traduz, imediatamente, em ações integradas, nos níveis regionais e locais”. As ações voltadas para a AIDS, incluindo as assistenciais, permanecem ainda sob a responsabilidade única das secretarias estaduais de saúde.

Como exemplo, citou a Resolução nº 170 de 24.08.87 do INAMPS que determina o repasse de recursos às unidades federadas e municípios para atividades de assistência médica aos pacientes de AIDS. ”(Teixeira,1997,p.59)

Em 1988, foi sancionada a lei que estabeleceu a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como, a realização de exames laboratoriais no sangue coletado (incluindo a triagem sorológica do HIV), visando prevenir a propagação de doenças. A aprovação dessa lei é atribuída à pressão exercida pelo movimento social em torno da qualidade do sangue, pois a transmissão da AIDS pela via sanguínea afetava grande parte dos portadores de hemofilia no país.

No mesmo ano foi criado o Programa Nacional de AIDS no âmbito do Ministério da Saúde, e foi iniciada a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público de saúde (Galvão, 2002). O ano de 1988 também marcou a criação (por iniciativa do nível federal) do Centro de Orientação e Apoio Sorológico, atual Centro de Testagem e Aconselhamento, estrutura de saúde específica vinculada ao Programa de AIDS, cujo objetivo é facilitar o acesso ao diagnóstico e ofertar uma tecnologia específica de orientação e prevenção com relação à infecção pelo HIV.

Até o ano de 1989, os autores (Teixeira, 1997, Parker, 2003) mencionam que o Programa Nacional adotava (semelhante aos Estados) uma posição firme contra o preconceito e a discriminação, enfatizando a solidariedade como motor propulsor das ações.

Neste período iniciaram-se as articulações entre o programa brasileiro e organismos internacionais, que concretizaram cooperação técnica e aporte de recursos. O Programa Nacional se fortalece e é reconhecido nacionalmente e internacionalmente. Teixeira (1997) aponta que nesta fase de fortalecimento do Programa nacional, a sua relação com os programas estaduais e municipais foi alterada. Para o autor, se anteriormente existia uma parceria entre os programas dos três níveis de governo na definição das ações, neste momento a situação modifica-se. O (então) robusto Programa Nacional toma a dianteira e define as prioridades, constrói a agenda das outras instâncias de governo. O mesmo autor considera que essa nova dinâmica tem como consequência a desarticulação das ações já iniciadas por estados e que gerou, segundo sua análise, uma certa competição entre projetos.

Para Teixeira (1997), a opção feita pelo desenvolvimento de campanhas de prevenção orientadas pelo medo do “contágio” estabeleceu um claro confronto, colocando de um lado a equipe do nível federal e do outro, os membros de organizações não governamentais e técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Um exemplo desta postura foi o material “educativo” do período (1991), cujo slogan reforçava o estigma, a intimidação e a total responsabilização individual pela adoção de prática de proteção e prevenção a saúde, pois ressaltava: “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar!”.

Neste período houve a marca da “batalha moral contra o sexo”, assim como de epidemia sem tratamento, e logo foi diretamente relacionada à morte. Grupos, principalmente o de homossexuais, foram amplamente estigmatizados. Parker (2012) destaca a inexistência de políticas públicas no período, porém, conforme já fora sinalizado, houve respostas governamentais no âmbito municipal, e principalmente estadual, porém houve ausência de políticas públicas no âmbito federal. Chama a atenção no período a mobilização social em torno do agravo, protagonizada principalmente pelo movimento organizado de homossexuais, que deu o tom da resposta brasileira para o enfrentamento da AIDS. Parker destaca algumas ações do movimento social:

a) *“A arte de cuidar, com a criação de casas de apoio para cuidar de pessoas soropositivas;*

b) *A construção da solidariedade, sendo o Brasil pioneiro no desenvolvimento dessa perspectiva. Para Herbert Daniel, o Betinho, o vírus ideológico da AIDS tinha vacina: a solidariedade, construída pelos primeiros ativistas no país. Esta perspectiva foi o cerne das ações voltadas à atenção as pessoas com AIDS no*

período, atravessando, inclusive, as respostas governamentais, em contraponto a estigmatização e preconceitos divulgados no período;

c) A invenção do sexo seguro por parte das comunidades homossexuais, e não das instâncias governamentais. O uso do preservativo, utilizado nas ações de planejamento familiar, passou a ser a única maneira de frear a situação;

d) A mobilização da sociedade civil, que, diante da falta de ações do governo, foi às ruas a fim de colaborar para que mudanças fossem incorporadas no enfrentamento à AIDS.”

b) 2ª Onda (1991 – 2001: Acesso, articulação e proposição.

O ano de 1991 foi marcado pelo início do processo de aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV). Apesar de o SUS ter como princípio a integralidade, em 1996, o Programa identificou a necessidade de ratificar a dispensação gratuita dos medicamentos para tratamento da AIDS. Esta iniciativa foi fundamental para que o programa brasileiro ganhasse destaque internacional no enfrentamento a AIDS

Em 1991 houve também grande isolamento interno e externo do Programa federal, ressaltada na “denúncia” que o Ministro da Saúde na época (1991) e seu coordenador fizeram a Organização Mundial da Saúde (OMS) de que o país “... não seria cobaia para experimentos médicos importados do estrangeiro...” (Parker, 2003, p.17).

A “denúncia” era uma reação à intenção da OMS em eleger o país como prioritário para desenvolvimento de vacinas contra o HIV/AIDS.

No início de 1992, o governo Collor, pressionado com as crescentes denúncias de corrupção no governo, realizou uma reforma ministerial que resultou na mudança do Ministro da Saúde e da coordenação do programa de AIDS.

Nova Portaria Ministerial foi publicada recriando a Comissão Nacional de AIDS. Foi retomado o diálogo com as agências multilaterais e com os órgãos de cooperação técnica internacionais e foram iniciadas as negociações com o Banco Mundial.

Ainda em 1992, o primeiro presidente eleito através de eleições diretas e democrática após longo período de ditadura, Fernando Collor sofre impeachment, configurando um momento político instável e conturbado. Apesar deste cenário, esta foi a década de ouro para as políticas de AIDS, com a instituição do programa brasileiro, incorporando preceitos de solidariedade e tendo os direitos humanos como base. Depois de ignorar, nos anos 1980, as organizações da sociedade civil e suas ações no contexto do HIV/AIDS, o governo efetivamente se dispôs a dialogar sobre a epidemia.

O governo brasileiro, em 1994 no governo de Itamar Franco, assina o primeiro Acordo de Empréstimo com Banco Mundial para execução das ações de controle de AIDS no país – o Projeto AIDS I.

Parker destaca que “O processo de negociação e acordo com o Banco Mundial era, assim, levado adiante, quase sem incidentes, apesar de tal turbulência no cenário político.” (Parker, 2003, p.18).

Da parte da sociedade civil, havia uma crítica quanto à postura tecnocrata do governo, avaliando “custo e benefício”. A sociedade civil reivindicava uma percepção da AIDS com base no direito humano à saúde, para romper estigmas e discriminação.

O ano de 1996 foi um divisor de águas, depois do Congresso Internacional de AIDS, realizado em Vancouver, no Canadá. Na ocasião, cientistas mostraram que era possível conter com o uso de antirretrovirais o avanço da AIDS. Também se disseminou o reconhecimento do acesso a medicamentos como um direito de todos/as e este movimento em defesa do acesso cresceu, passando a se articular local e internacionalmente. Em 1998, encontros internacionais, como o Congresso Internacional de AIDS, realizado em Dublin, representaram marcos para o debate acerca do enfrentamento global da epidemia de AIDS, reunindo pessoas estratégicas de diferentes setores e países. O Brasil ganhou destaque internacional neste período, por mostrar que, embora sendo um país pobre, era possível desenvolver um programa de acesso universal a medicamentos.

Neste mesmo ano foram identificados: queda das taxas de mortalidade por AIDS, diferenciada por regiões; o aumento da infecção entre as mulheres; fluxo da epidemia para os municípios do interior dos estados brasileiros; e aumento significativo de casos na população de baixa escolaridade e baixa renda.

A partir de 1996, baseado nos resultados do Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group* que demonstrou a eficácia do uso da zidovudina (AZT) em gestantes HIV positivas durante a gestação e no parto, e para o recém-nascido por 42 dias, não sendo este amamentado, ⁶ o Brasil passa a disponibilizar gratuitamente o AZT para as gestantes/parturientes soropositivas para HIV e os recém-nascidos expostos.

c) **3ª onda (2001-2011): administrando a epidemia**

Parker (2012) destaca a fala do então secretário geral da ONU, Kofi Annan, que destacou a importância da criação de um fundo para a resposta à AIDS. No entanto, interesses capitalistas criaram obstáculos a esta iniciativa. Interesse este observado também na resistência da indústria farmacêutica para a quebra de patentes.

Neste período o Brasil desempenhou papel mais ativo na arena internacional, buscando políticas globais relacionadas à AIDS, com pessoas estratégicas se posicionando favoráveis às ações propostas pelo país. Este posicionamento na arena internacional aconteceu durante os governos FHC e Lula, porém não é possível afirmar o mesmo com relação ao governo Dilma.

Este período foi marcado pela busca do Ministério em dar sustentabilidade aos repasses financeiros aos estados e municípios. Em 2003 é instituída a Política de Incentivo às ações de DST/AIDS, com a implantação de repasses sistemáticos na modalidade fundo-a-fundo e do instrumento de planejamento deste recurso. O sistema para seu acompanhamento surge em 2006.

d) **4ª onda (2012-?): será a última onda?**

O autor destaca que a AIDS não está estabilizando, a mortalidade, apesar do discurso oficial de estabilização, continua crescendo, inclusive no estado do Rio de Janeiro, onde podemos encontrar os dados mais impactantes com relação à mortalidade por AIDS. Afirma também o importante papel do Brasil no cenário internacional, principalmente em relação aos países emergentes.

Destaco aqui que, apesar da implantação da Política de Incentivo às ações de DST/AIDS, fruto dos esforços do período anterior de dar sustentabilidade ao financiamento das ações, neste período há uma intensa pressão dos Secretários Municipais de Saúde para acabar com o recurso específico, e conseqüente a extinção da conta específica, para financiamento das ações.

A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCENTIVO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

A Política de financiamento das ações de DST/AIDS dos estados e municípios teve início com a assinatura do acordo do empréstimo AIDS I em 1993, vigendo entre 1994 e 1998, cujos objetivos eram (a) reduzir a incidência e a transmissão do HIV/AIDS e outras DST e (b) fortalecer as instituições públicas e privadas envolvidas na prevenção e no controle das DST/AIDS.

Ao todo, o Ministério celebrou quatro acordos de empréstimos, como pode ser observado no Quadro 3. Ainda, é possível observar que, progressivamente, os recursos foram perdendo importância dentro do orçamento nacional em um contexto de descentralização das ações.

Quadro 3 – Acordos Internacionais do Programa Nacional de DST/AIDS e seus Resultados Esperados 1994 – 2013

Projeto	BIRD	Nacional	Orçamento	Resultados
AIDS I 1994-1998	160 (64%)	90 (36%)	68,50%	Consolidação do Programa
AIDS II 1999 – 2003	165 (55%)	90 (36%)	16%	Ampliação da cobertura e qualificação dos serviços
AIDS III 2004-2007	100 (50%)	100 (50%)	9%	Sustentabilidade e descentralização do Programa
AIDS – SUS 2010 – 2013	63 (33%)	133 (67%)	2%	Estruturação da Governança em DST/AIDS

Fonte: Brasil, 2011

No Projeto AIDS I, as 27 secretarias estaduais de saúde e as 43 secretarias municipais de saúde, além de organizações da sociedade civil e outras organizações públicas e privadas, receberam recursos repassados via convênios, projetos estratégicos e projetos selecionados por concorrências nacionais (PNUD, UNESCO E UNODC).

Em 2001, próximo ao término do AIDS II, tem início a discussão sobre a descentralização e a sustentabilidade das ações de DST/AIDS, visando a ampliação da

cobertura populacional e dos casos de AIDS notificados por meio de mecanismos regulares de financiamento do SUS. Sendo assim, em dezembro de 2002, há a publicação da portaria que institui a Política de Incentivo às DST/AIDS, no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS, que propõe mecanismo de financiamento semelhante ao adotado pela atenção básica para dar resposta às demandas anteriormente expostas (Taglietta, 2006). Com esta, há a descentralização também dos recursos destinados ao financiamento de ações desenvolvidas por Organizações da Sociedade Civil.

Com a publicação da portaria que instituiu a Política de Incentivo às DST/AIDS, os estados foram automaticamente selecionados para o recebimento de tal recurso, e, para os municípios e o Distrito Federal, foram adotados os seguintes critérios de qualificação: (a) magnitude da epidemia no respectivo território; (b) capacidade de planejamento das ações em HIV/AIDS e outras DST pelas instâncias estaduais e municipais do SUS; (c) estabelecimento de metas adequadas e coerentes com as características da epidemia da AIDS no respectivo território; (d) os processos de descentralização e regionalização implementados com base na Norma Operacional Básica de Saúde, publicada em 1996 (Brasil, 1996), que instituiu a descentralização do sistema de saúde, e na Norma Operacional de Assistência à Saúde, publicada em 2002, que focalizava a regionalização do SUS.

Com o intuito de atender ao critério que define a necessidade de estabelecer metas adequadas às características da epidemia no território, o Ministério da Saúde publica a Portaria 2.314 de dezembro de 2002, que estabelece a elaboração do Plano de Ações e Metas – PAM, como condição para a qualificação dos estados, municípios e Distrito Federal, que, ao se qualificarem, possam receber o recurso do Incentivo. Consta também na Portaria que este PAM deve ser anual, construído coletivamente, com a participação de outras instâncias governamentais e da sociedade civil, devendo este ser

aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, potencializando o controle social da Política de Incentivo a ações voltadas para DST/AIDS.

Segue abaixo quadro comparativo dos convênios e a Política de Incentivo:

Quadro 4 – Cobertura Nacional do Financiamento Modalidade Convênios e da Política de Incentivo – 1998 – 2006

Modalidade de Financiamento	Número de Estados e Municípios	Cobertura Populacional (Municípios)	Cobertura Número de Casos
Convênios (1998 - 2003)	27 estados 150 municípios	40,50%	68,50%
Política de Incentivo (2003 - 2006)	27 estados 427 municípios	97%	98%
Incremento	189%	139%	43%

Fonte: SIS – Incentivo e IBGE

Como pode ser observado, houve significativo aumento de cobertura através da implantação da Política de Incentivo. No caso do estado do Rio de Janeiro, houve ampliação de cobertura, porém não tão significante, como pode ser observado no Quadro 3. Isso se deve ao fato da epidemia de AIDS estar muito concentrada, principalmente na capital, com mais de 50% dos casos notificados, e nas regiões metropolitanas, que, assim como o estado, têm uma população concentrada.

Um ponto que merece destaque no quadro 3 é que a cobertura de número de casos diminuiu 2%; isso se deve a uma pequena mudança no perfil da epidemia, desconcentrando-se para os municípios menores, o que ainda não permite afirmar que a epidemia de AIDS no estado do Rio de Janeiro está interiorizada.

Quadro 5 : Cobertura Estadual do Financiamento Modalidade Convênios e da Política de Incentivo – 1998 – 2006

Período	Número de Municípios do ERJ	Cobertura Populacional (municípios)	Cobertura Número de Casos (municípios)
Convênios (1998 - 2003)	12	74,71%	80,67%
Política de Incentivo (2003 - 2006)	33	89,98%	96,13%
Ampliação	21	15,25%	15,46%
Política de Incentivo (2006 - 2011)	45	94,24%	94,83%
Ampliação	12	4,26%	-2%

Fonte: Estado do Rio de Janeiro, 2010, IBGE.

No Estado do Rio de Janeiro, em dezembro de 2004, havia 33 municípios qualificados; em 2007, este número aumentou para 35 e, em 2011, para 45, como pode ser observado no Quadro 5.

A fragilidade do planejamento dos municípios pode ser observada através da análise das informações presentes no site da Política de Incentivo – SIS-Incentivo. Podemos observar que o grau de preenchimento do sistema é pequeno, tal como foi possível observar no Quadro 1.

Um ponto que vale destaque é para o Ministério da Saúde, que, no período do AIDS III, cuja postura era fortalecer a descentralização e a área de planejamento, que é retomada com o AIDS SUS, assinado em 2010, voltado para a ampliação da governança dos estados e municípios. Apesar dessa ação de fortalecimento da descentralização e planejamento, ainda permanece distante dos estados e dos municípios, caracterizado pela ausência de capacitações. A última capacitação, voltada para a região sudeste, foi realizada em 2005, assim como encaminhado o ofício com as orientações sobre o que é possível adquirir com o recurso oriundo do repasse fundo a fundo, de 2007, e que já se

encontra bastante defasado, apesar de as orientações para elaborar a programação ser divulgada anualmente.

As metas incluídas nas programações, que, segundo definição do Ministério da Saúde, são o elemento estruturante de todo o plano, expressando o que será alcançado pelas secretarias ao final do ano de execução e todas as informações existentes na programação estão vinculadas e são decorrentes das metas estabelecidas, como as ações propostas e os recursos alocados.

CONTEXTO DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE INCENTIVO

O financiamento das ações de saúde, antes de 2009, era composto por recursos repassados pela esfera federal para financiarem ações específicas. Era uma política em que o Ministério da Saúde buscava induzir ações nos estados e municípios através de publicação de portarias. Eram as denominadas “caixinhas”, que em 2009 chegaram a 159 relacionadas à vigilância em saúde (Carvalho, 2013). O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) propôs terminar com as famosas “caixinhas”. No entanto, o financiamento específico continuou, mas diminuiu significativamente. Este define dois blocos da vigilância em saúde: o Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e o Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS). O PVVPS, no qual o financiamento da Política de Incentivo esta inserida, era constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica. São eles:

- I – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE;
- II – Serviço de Verificação de Óbito – SVO;
- III – Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP
- IV – Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;
- V – Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- VI – Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;
- VII – Promoção da saúde;
- VIII – Outros que venham a ser instituídos.

Os montantes relacionados à AIDS repassados aos estados e municípios anualmente são os seguintes (D`Avila, 2010):

- Incentivo: R\$ 111,3 milhões

- Fórmula Infantil: R\$ 6,3 milhões

- Casas de Apoio: R\$ 12 milhões

Total: R\$129.860.474,23

O total de recursos representava cerca de 95% dos recursos específicos que compunham o PVVPS conforme é possível visualizar na tabela abaixo:

Quadro 6 - Composição do PVVPS em 2010

UF	VIGILÂNCIA HOSPITALAR	REGISTRO DE CÂNCER	VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	CASAS DE APOIO	FÓRMULA INFANTIL	INCENTIVO DST/AIDS	TOTAL PVVPS
AC	18.000,00			40.000,00	5.830,50	437.451,47	501.281,97
AL	114.000,00		420.000,00	105.000,00	18.135,52	1.155.215,19	1.812.350,71
AM	54.000,00	48.000,00		150.000,00	75.289,50	1.637.940,57	1.965.230,07
AP				57.000,00	17.550,00	622.128,89	696.678,89
BA	36.000,00	60.000,00		555.000,00	140.659,20	6.037.436,97	6.829.096,17
CE	18.000,00	60.000,00	660.000,00	320.000,00	43.359,16	3.480.446,35	4.581.805,51
DF		60.000,00		165.000,00	81.414,06	1.371.703,88	1.678.117,94
ES	18.000,00	36.000,00	420.000,00	270.000,00	93.512,64	2.342.592,84	3.180.105,48
GO	18.000,00	48.000,00	420.000,00	298.000,00	80.801,76	2.566.882,98	3.431.684,74
MA	60.000,00			210.000,00	48.906,00	2.308.226,22	2.627.132,22
MG	216.000,00	60.000,00		1.022.000,00	249.882,36	9.144.518,01	10.692.400,37
MS	60.000,00	36.000,00		250.000,00	83.715,84	2.156.732,15	2.586.447,99
MT	60.000,00	36.000,00	420.000,00	195.000,00	128.494,08	2.150.582,37	2.990.076,45
PA	60.000,00	48.000,00		207.000,00	74.256,00	2.259.394,61	2.648.650,61
PB	78.000,00	36.000,00	420.000,00	155.000,00	46.616,40	1.710.484,84	2.446.101,24
PE	36.000,00	48.000,00	420.000,00	415.000,00	89.489,40	4.541.120,37	5.549.609,77
PI		36.000,00		105.000,00	18.164,20	1.157.487,73	1.316.651,93
PR	60.000,00	48.000,00		674.000,00	263.133,00	6.020.899,87	7.066.032,87
RJ	108.000,00			1.205.000,00	630.190,08	10.430.558,74	12.373.748,82
RN	18.000,00	36.000,00	420.000,00	120.000,00	16.002,00	1.297.184,01	1.907.186,01
RO				57.000,00	12.478,44	606.905,87	676.384,31
RR				46.000,00	14.040,00	516.139,43	576.179,43
RS	96.000,00	48.000,00		970.000,00	1.060.441,20	8.559.904,55	10.734.345,75
SC			420.000,00	584.000,00	379.080,00	5.225.981,82	6.609.061,82
SE	18.000,00	36.000,00		93.000,00	24.321,60	1.005.487,71	1.176.809,31
SP	36.000,00	204.000,00		3.670.000,00	2.514.599,10	32.199.163,30	38.623.762,40
TO		36.000,00	420.000,00	62.000,00	19.983,60	688.557,85	1.226.541,45
TOTAL	1.182.000,00	1.020.000,00	4.020.000,00	12.000.000,00	6.230.345,64	111.631.128,59	136.503.474,23

Fonte: Apresentação de D`Avila no Encontro da Macrosudeste de DST/AIDS realizada no Rio de Janeiro/RJ, 2010

A publicação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, Decreto 7508/11, 7827/12, Lei 141/12, tem como proposta do financiamento ser orientado pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), sendo assim, o incentivo específico por agravo seria extinto. No final de 2012 (21 e 22 de outubro), em reunião com os coordenadores estaduais, o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais mobiliza alguns atores que, através de manifestações, como ocorreu no Ceará e em Santos (Raton,

2012), e manifestações virtuais, como a carta elaborada pelo Programa Estadual de São Paulo (Agência Nacional de AIDS, 2012).

A pressão social, conforme ocorreu em outros momentos da história da política nacional de AIDS, surtiu efeitos e esta resolução foi adiada, porém acredita-se que em 2014 o incentivo encerrará.

DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização entra em pauta no Sistema Brasileiro após o término do regime autoritário e centralizador, passa a ser uma bandeira de luta do movimento da reforma sanitária (Mattos, R, 2006) e não um meio para a efetiva implementação dos princípios que norteiam o SUS integralidade, universalidade e controle social (Brasil, 1988). Mendes (2001) destaca que algumas experiências com cunho descentralizador estavam presentes na ditadura militar, como o Decreto-Lei 200 de 1967, o Programa Nacional de Desburocratização, o Decreto nº 83.740 de 1979, e o Programa Nacional de Desestatização, o Decreto nº 86.215 de 1981. A partir da década de 80, através de sucessivas legislações houve intensificação do processo de descentralização com foco na municipalização das ações. Mendes destaca que apesar da NOB 01/91 (2001) representar um retrocesso no que se refere ao SUDS, quando o processo de descentralização foi conduzido pelas Secretarias Estaduais no Saúde, os municípios apoiaram esta NOB, pois esta estabelece critérios para os municípios receberem recursos diretamente do Ministério da Saúde. Este processo estabelece uma relação direta entre a esfera federal e municipal e a estadual perde a sua função de coordenadora deste processo.

A descentralização possibilita decisões mais ágeis e criativas (Matus, 1991) e de acordo com a realidade local, e é considerada uma estratégia importante adotada em países que têm sistemas de saúde considerados efetivos. No Brasil, ocasionou resultados positivos, especialmente nos municípios com gestão plena, pois consolidou o comando único do município, reforçou a capacidade de regulação das SMS, viabilizou a negociação entre prestadores e contratação de serviços, municipalizou o controle,

avaliação e operação dos bancos de dados (SIH/SUS e SAI/SUS), agilizando o tratamento das informações (Mendes, 2001).

Mendes destaca que a descentralização, assim como todo o processo, apresenta fortalezas e debilidades e ressalta a importância de investir no fortalecimento dos aspectos positivos para minimizar o impacto das debilidades, potencializando uma efetiva resposta aos problemas de saúde. Como aspectos positivos, o autor destaca: “maior eficiência alocativa pela influencia dos usuários locais; inovação e adaptação às condições locais; maior qualidade; transparência, responsabilidade e legitimidade derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão; maior integração entre agências governamentais e não-governamentais e melhoria das atividades interssetoriais”.

Já as debilidades são: enfraquecimento das estruturas locais; dificuldade de coordenação; incremento dos custos de transação; aumento das desigualdades, ineficiência pela perda de escala e escopo; fragmentação dos serviços; escassez de recursos gerenciais; clientelismo local; aumento do emprego estatal e desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Uma avaliação dos processos de descentralização dos sistemas de saúde aponta que não têm sido capazes de concretizar os objetivos de qualidade de acesso, aumento de eficiência, melhoria na qualidade e no financiamento sustentado.

Na Política de AIDS isto não foi diferente, Grangeiro et al. (2010) destacam que 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 (OSC), 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” (p. 15), esta última caracterizada principalmente pela implantação da Política de Incentivo às ações de DST/AIDS em 2003.

Destaco que a partir de 2006 começaram a surgir ações pontuais nos estados, incluindo o Rio de Janeiro, voltadas para a regionalização das ações, visando à realização de ações mais cooperativas entre os municípios a partir da percepção da inviabilidade do efetivo enfrentamento da epidemia de AIDS com ações fragmentadas e concorrentes e voltadas para a superação do quadro de competição entre municípios, porém, o isolamento destas ações, com outras ações mais amplas voltadas a cooperação intermunicipal dentro da SES compromete a efetividade destas ações.

Conforme Mendes (2009) identifica três paradigmas alternativos de organização dos sistemas de saúde no âmbito local:

- Regionalização autárquica: o papel de instância de gestão do sistema local de serviços é feito por uma instância mesorregional, que exerce função de regulação e financiamento. É encontrada na maior parte dos países que adotam a descentralização (Reino Unido, Itália, Suécia e Canadá). No Brasil esta forma de organização esbarraria na autonomia dos municípios definida pela Constituição Federal;
- Municipalização autárquica: a responsabilidade pela gestão do sistema local de serviços é municipal com algumas competências concorrentes com União e estados. É o paradigma que tem prevalecido no sistema de saúde brasileiro;
- Microrregionalização cooperativa: neste os municípios continuam como os gestores dos sistemas locais, mas organizam-se em microrregiões de forma cooperativa. Aqui destacam-se as experiências de consórcios em saúde.

Mendes (2009) destaca que o intenso processo de municipalização do sistema de saúde na década de 80 ocasionou em competitividade entre municípios, que só pode ser superada a partir de uma organização do sistema regionalizado, com lógica cooperativa.

Lima e Viana (2012) identificam cinco ciclos da descentralização, onde fica clara a longa trajetória da descentralização municipalista antes da regionalização ser objeto de políticas de saúde.

Quadro 7 - Os ciclos de descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010

Período	Principais instrumentos de regulação	Conteúdo das Políticas
1983 a 1992	Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) NOB 91 e NOB 92	Difusão de modelos de territorialidade dos sistemas de saúde (distritos de saúde) Instrumentos convenientes: ênfase na autonomia decisória e financeira dos estados e municípios. Descentralização da gestão e universalização gradativa dos serviços.
1993 a 1995	NOB 93	Tentativas de fortalecimento da gestão municipal com indefinições quanto às Secretarias de Estado de Saúde.
1996 a 2000	NOB 96	Ampliação do processo de descentralização para os municípios e indução à organização de novos modelos de atenção.
2001 a 2005	NOAS 2001/2002	Revalorização da lógica regional no setor, com de um conjunto de normas e diretrizes para a configuração de “regiões de saúde”. Ênfase no planejamento regional sob condução das instâncias estaduais.
2006 a 2010	Pacto pela Saúde	Nova concepção de regionalização: ao mesmo tempo em que se resgata seu conteúdo político admite que a organização espacial do sistema de saúde deve levar em conta a diversidade do territorial brasileiro e buscar a complementariedade das regiões. Protagonismo das instâncias estaduais na condução da regionalização a partir da flexibilização dos critérios a serem utilizadas no planejamento regional.

Adaptado de Lima e Viana (2012)

REGIONALIZAÇÃO

O primeiro relato acerca da regionalização na saúde ocorre em 1920, com o Relatório Dawson na Inglaterra, nas discussões sobre organização do sistema de saúde.

No Brasil, a regionalização configura-se em uma diretriz nacional do SUS, sendo citada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (1992), porém não apresenta detalhamento de sua implantação, e é colocada de lado em prol de uma descentralização municipalista.

Vale destacar que não é a primeira vez que a regionalização entra em pauta, Lima (2003) ressalta as experiências da Medicina Comunitária que apostaram no potencial da regionalização de maximizar a oferta de serviços de saúde. Esta maximização seria através do estabelecimento de diferentes níveis de complexidade. No movimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), esta diretriz foi considerada o cerne para a eficiência e efetividade, em especial na abordagem do Distrito Sanitário.

Costa et al (1999) relatam que os modelos de regionalização coordenados pelas secretarias estaduais de saúde, principalmente nos anos 80, produziram um modelo organizacional com grande hierarquização, onde as autoridades regionais exerciam controle sobre as secretarias municipais. Com a nova Constituição e legislação da saúde, os municípios se organizaram para terem maior protagonismo nas políticas de saúde (Quadro 7).

Segundo Lima (2003), em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, a regionalização foi destacada como fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro. A experiência das Ações Integradas de Saúde permitia, inclusive, realizar uma análise crítica com relação à sua implementação, ao mesmo tempo em que se buscava reforçá-la enquanto estratégia.

Tanto eficácia quanto a eficiência, características que impulsionaram a organização em redes na iniciativa privada (Fleury, 2011), estão no cerne das propostas de regionalização, uma vez que o modo pelo qual se deu o processo de descentralização no Brasil, polarizado entre o Ministério da Saúde e os municípios, favoreceu a falta de planejamento e organização na distribuição territorial dos serviços de saúde.

Mendes (2009), em consonância com Lima, destaca que as redes de saúde, para serem feitas de forma efetiva, eficiente e de qualidade, deve estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção.

Na economia de escala, o autor destaca (Mendes, 2001; 2009) que a oferta de serviços deve ser centralizada, principalmente os que envolvem maior custo e que a não proximidade dos serviços do usuário não afetaria seu acesso. Um exemplo destes serviços são os de exames laboratoriais complexos para acompanhamento dos pacientes com HIV/AIDS como CD4, Carga Viral e genotipagem; e os leitos de internação, que quando se apresentam de forma dispersa, apresentam uma deseconomia de escala, ou seja, subutilização de sua capacidade instalada, sobreposição de oferta e concorrência entre municípios. Isto ocorreu em experiências relatadas pelo autor, com a excessiva autonomia fornecida aos municípios, estes credenciaram diversos leitos em municípios de pequeno porte, o que potencializou uma subutilização destes e conseqüente falta de eficiência.

Já “os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa, são aqueles que menos se beneficiam com a economia de escala, para os quais há recursos suficientes, em relação aos quais, a distância é fator fundamental para a acessibilidade” (p. 128). O baixo custo destes serviços e sua atuação como organizadores da atenção faz com que

facilite sua oferta de forma dispersa e impacte positivamente na organização da atenção, como ocorre nas unidades de atenção básica.

No Brasil, devido a sua diversidade geográfica, alguns locais devem apresentar deseconomia de escala, pois deve ser priorizado o acesso aos serviços de saúde. Em locais com pouca demanda do serviço, porém de muito difícil acesso, deve-se oferecer serviços com esta característica. Esse, mesmo que para poucos, deve ser priorizado.

A integração horizontal e vertical são conceitos amplamente utilizados na iniciativa privada e pública, assim como o fundamento anterior. A horizontal configura-se em integração de unidades produtivas semelhantes a fim de obter ganhos de escala (ex. provedores de internet e bancos); a vertical é a integração de unidades produtivas diferentes a fim de agregar valor a uma empresa. No caso das redes de saúde, as duas se aplicam, a horizontal se dá através da integração entre os diferentes pontos de atenção, comunicados através de um sistema de comunicação e logístico eficientes. Já a vertical confere valor ao serviço de saúde.

O processo de constituição das redes de saúde é importante para que se possa dar a atenção certa, no momento certo, no lugar e a um custo certo. É a substituição do local de atenção, indo o serviço mais próximo ao usuário.

A divisão em territórios sanitários potencializa a cooperação gerenciada do SUS com base populacional. Grangeiro (2012) destaca que, no caso da AIDS, esta configuração não dá conta, pois é uma epidemia cujo processo de transmissão é influenciado significativamente nos fluxos sociais, e se ater ao critério circunscrito populacional possibilitaria a perda da oportunidade de fornecer o cuidado adequado (seja referente à prevenção, ao diagnóstico ou à assistência) e do estabelecimento de um vínculo que pode ser única devido ao grande estigma que o agravo ainda carrega consigo.

Mendes destaca que os níveis de atenção são fundamentais para a organização do processo produtivo, organizado em níveis de acordo com a densidade tecnológica.

Como é possível observar, princípios da iniciativa privada, decorrente de um ambiente de competitividade, otimização de recursos e de dinamização da comunicação estão presentes nesta proposta de organização do sistema de saúde. No setor público, estas características são importantes para que seja possível, frente a recursos escassos, prestar uma atenção de qualidade, sem perder de vista os princípios colocados na saúde pública brasileira,

Lima (2003) destaca que a regionalização no Brasil teve como características: a intensa burocratização e hierarquização, o que resultou em uma ameaça a autonomia municipal. Costa et al (1999) ressalta que para isto não acontecer era necessário a organização de consórcios decorrentes da vontade dos municípios, isto não trouxe muitos frutos, principalmente no Estado do Rio de Janeiro. A necessidade de espaços de compromisso e negociação regional, conforme Lima aponta como estratégia, foi consolidado através dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR), espécies de CIBs regionais, porém um histórico de descentralização municipalista e de intensa competição entre estes se reflete neste contexto.

Lima (2011 e 2012) identifica cinco ciclos de descentralização e regionalização no SUS (Quadro 7), sendo que a regionalização é objeto de políticas pública apenas com a NOAS 2002 que revalorizou a lógica regional com ênfase na coordenação regional, estabeleceu instrumento de planejamento regional (PDR), porém apresentou “excessiva normatividade técnica e rigidez para conformação das regiões de saúde”. Porém vale destaque o enfoque regional após dois ciclos de descentralização

municipalista e forneceu base para o desenvolvimento do próximo ciclo, o pacto pela saúde que avançou no processo de regionalização.

Com o Pacto pela Saúde (2006), reforçado através do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta da Lei Orgânica de Saúde (2011), entra em pauta como diretriz prioritária para estruturação do SUS.

O pacto conta com definição da regionalização:

“A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.”

Esta definição apresenta diversos avanços como o respeito às realidades locais e a ênfase na constituição de redes, priorizando a otimização de recursos, assim como as demandas populacionais (Lima, 2012). Destaca-se esta diretriz de cunho solidário, como é o SUS, porém vai contra ao modelo de federalismo adotado no Brasil (Lima, 2011).

Lima (2011 e 2012) enfatiza diversos obstáculos para consolidação desta diretriz:

i. A **regionalização** tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial, e a **descentralização** se constitui de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas. A tensão no Brasil aumenta em virtude dos seguintes fatores: (1) o planejamento regional não necessariamente se articulou aos processos de descentralização do Estado e (2) as propostas de regionalização surgiram após diversos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes.

- ii. Risco de desarticulação entre o processo de planejamento e de pactuação intergovernamental em curso nos estados, por causa da pouca valorização dos instrumentos e recursos do planejamento regional.
- iii. Fragilidade do modelo de intervenção federal.
- iv. Fragilidade nas estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos regionais de saúde em diferentes recortes territoriais (sistêmico). O atual modelo de transferência intergovernamental de recursos no SUS permanece fragmentado, privilegiando relações diretas das esferas federal e municipal e não favorece uma atuação mais articulada entre os gestores.
- v. Necessidade de contemplar arranjos público-privados na regionalização. Fortalecer o papel regulador, orientado com a lógica pública e pelas necessidades de saúde da população.
- vi. Necessidade de considerar as múltiplas desigualdades socioeconômicas e regionais que marcam a realidade brasileira.

Todas essas dificuldades refletem-se nas experiências de regionalização das DST/AIDS.

O Programa de DST/AIDS estruturou-se em um contexto em que havia um movimento intenso em municipalização. Com isso, traz consigo marcas desta descentralização municipalista. O Programa se estruturou inicialmente nos estados, posteriormente foi centralizado na esfera federal através da estruturação do Programa Nacional, que desenvolveu seu papel de indutor de políticas de enfrentamento a DST/AIDS, inclusive através de repasse de recursos financeiros a estados e municípios, adotando a descentralização para os municípios como eixo estruturante.

A regionalização aparece em documentos importantes, tanto da esfera federal, tal como a Portaria 2.313/2002, que instituiu a Política de Incentivo às DST/AIDS ressalta a importância de respeitar a regionalização para a definição de municípios que receberão recursos específicos e no planejamento das ações; quanto da esfera estadual, que tirou como proposição do grupo responsável pelo financiamento da I Conferência Estadual de DST/AIDS (Estado do Rio de Janeiro, 2003) a instituição de fóruns regionais, que foram implementados, porém, em sua totalidade, apenas em 2009.

**ANÁLISE DAS EQUIPES DOS PROGRAMAS MUNICIPAIS
DE DST/AIDS**

O instrumento de programação, PAM, possui um campo referente à “equipe responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações em HIV/AIDS e outras DST” (Anexo PAM), onde há a coluna com nomes, departamento e contatos (telefones e e-mails). Tal campo não é obrigatório; sendo assim, diversos municípios não o preencheram (12 municípios, o que corresponde a cerca de 30% dos 39 municípios qualificados).

Não há padronização das respostas, têm municípios que preenchem o campo departamento como sendo ocupação (médico, enfermeiro...) e não os departamentos que ocupam. Como as ocupações são predominantemente assistenciais, tais profissionais foram caracterizados como pertencentes ao departamento de assistência.

É possível observar que a falta de normatização possibilita diversas conclusões acerca dos dados que devem ser inseridos nesse campo específico, inclusive com atores que participaram da elaboração da PAM, que na tabela são considerados como coordenadores de outros setores.

Porém, é possível destacar, através da análise dos dados, que pouco mais da metade dos municípios (21, 53,4%) possui equipe multidisciplinar ou mais de duas áreas técnicas (Tabela 1), o que está de acordo com a integralidade exigida pelo atendimento da AIDS, assim como o que era preconizado na implantação da Política de Incentivo, na portaria 2313/2012. Este dado é semelhante ao encontrado por Grangeiro em sua análise nacional, 52,7%. O menor percentual de municípios com estrutura adequada é observada nas regiões Metropolitana II, Centro-Sul e Norte (50%) e o maior na Baixada Litorânea, Baía de Ilha Grande, Noroeste e Serrana (100%).

Tabela 1. Estrutura de gestão para DST e AIDS em secretarias municipais de saúde qualificadas na política de incentivo do Ministério da Saúde para programas de AIDS. Brasil, 2006

Estrutura de gestão	Rio de Janeiro	Metropolitana I	Metropolitana II	Baixada Litorânea	Baía de Ilha Grande	Centro-Sul	Médio Paraíba	Noroeste Fluminense	Norte Fluminense	Serrana	Total	%
Regiões e equipe interdisciplinar e/ou 2 ou + áreas (p>0,05)												
Sim	1	5	1	3	1	1	4	2	1	2	21	53,85
Não		2	1	0		1	1	0	1	0	6	15,38
Não há informação		4	3	1	1	2		0	0	1	12	30,77
Áreas existentes**												
Planejamento		1	0	0			1	4	1	0	7	6,14
Administração		5	1	0			4	0	0	3	13	11,40
Vigilância epidemiológica	1	1	0	2			1	0	0	0	5	4,39
Prevenção	1	4	1	0			1	1	1	0	9	7,89
Assistência	1	14	1	2		3	8	8	1	8	46	40,35
Farmácia	2	3	1	1			1	0	0	1	9	7,89
Outros		1	0	0			1	0	0	0	2	1,75
Articulação OSC		0	0	2			0	0	0	0	2	1,75
Coordenação		2	1	2	1	1	1	4	1	0	13	11,40
Coordenação outros setores		0		2	3		0	3	0	0	8	7,02
Profissionais na equipe*												
Até 3		2	1	2		2	3	0	2	1	13	48,15
De 4 a 9	1	5	1	1	1		2	1	0	0	12	44,44
Acima de 10		0						1	0	1	2	7,41

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

As equipes responsáveis pela resposta ao HIV nos municípios (Tabela 2) estão compostas, em média, por 4,6 profissionais, dado semelhante ao nacional (4,7). As maiores equipes estão presentes na região noroeste com média de 10 profissionais por município e a menor na norte com 2.

Tabela 2: Número de profissionais por região, 2009.

	No de Profissionais	Média
Rio de Janeiro	5	5
Metropolitana I	32	5,33
Metropolitana II	4	4
Baixada Litorânea	11	3,67
Baía de Ilha Grande	4	4
Centro-Sul	4	2
Médio Paraíba	18	3,6
Noroeste	20	10
Norte	4	2
Serrana	12	6
Total	114	4,56

Fonte: www.AIDS.gov.br/PAM

Há uma grande concentração de profissionais na área de assistência (cerca de 40%), ao contrário do encontrado no estudo de Grangeiro, que aponta a maior parte da composição das equipes dos municípios ser na área de gestão (34%). Essa concentração pode ser analisada como resultado de um enfoque com traços marcantes centrado no modelo hospitalar, e a área de prevenção (cerca de 7%) fica com pouca representatividade, apesar de as diretrizes voltadas para a prevenção sempre terem sido consideradas traço marcante da política de AIDS.

A análise de situação e resposta elaboradas pelos municípios (Tabela 3) é excessivamente restrita, na medida em que mais da metade das secretarias (67%) abordam, detalhada e/ou analiticamente, somente um ou nenhum tema, que,

predominantemente, referem-se à epidemiologia de AIDS (85%); 41% utilizam dados referentes às DST; 22% utilizam informações epidemiológicas sem data definida ou anterior ao ano de 2006; 81% não apresentam o balanço da PAM das áreas de assistência e prevenção executado ano anterior conjugando metas programadas e resultados alcançados; e 26% não relacionam, completa ou parcialmente, os pontos críticos das áreas de assistência e prevenção às metas propostas (Tabela 4). Os dados são semelhantes aos encontrados por Grangeiro, apenas as informações referentes às datas dos dados epidemiológicos divergem (40,3% dos municípios utilizaram dados sem data ou inferior a 2004).

Tabela 3. Características do planejamento de estados e municípios no âmbito da política de incentivo para aids do Ministério da Saúde, 2009

Planejamento	Rio de Janeiro (capital)		Metropolitana I		Metropolitana II		Baixada Litorânea		Centro-Sul		Baía de Ilha Grande		Noroeste		Norte		Serrana		Médio Paraíba		Total		%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Temas abordados detalhada e/ou analiticamente na análise de situação																							
Ações realizadas		0%	0	0,00%		0%	1	33%	1	50%	1	100%	0	0%	0	0%	2	100%	3	60%	8	30%	
Epidemiologia da aids	1	100%	6	85,71%	2	100%	2	67%	1	50%	1	100%	1	50%	2	100%	2	100%	5	100%	22	85%	
Social e econômico		0%	4	57,14%		0%	1	33%	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	2	40%	9	33%	
Capacidade gerencial		0%	3	42,86%		0%		0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	15%	
DST	1	100%	1	14,29%	1	50%	1	33%	0	0%	1	100%	1	50%	1	50%	2	100%	2	40%	10	41%	
Estrutura de saúde		0%	1	14,29%		0%		0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	2	7%	
Atuação de ONG		0%	0	0,00%			1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%			1	4%	
No. temas incluídos na análise de situação detalhada e analiticamente																							
0 e 1	1	100%	3	42,86%	1	50%	3	100%	2	100%	1	100%	1	50%	2	100%	1	50%	3	60%	17	67%	
2 a 4		0%	4	57,14%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	2	40%	9	33%	
5 a 7		0%	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
Ano dos dados epidemiológicos																							
Sem data		0%	1	14,29%	0	0%			0	0%			1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	3	11%	
Até 2007		0%	1	14,29%	1	50%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	11%	
a partir 2008	1	100%	3	42,86%	1	50%	1	33%	1	50%	1	100%	1	50%	1	50%	2	100%	5	100%	16	63%	
Balanço PAM 2008 na assistência relacionando programado e realizado																							
Sim	0	0%	0	0,00%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	40%	5	19%	
Não	1	100%	7	100,00%	1	50%	3	100%	2	100%	1	100%	2	100%	1	50%	1	50%	3	60%	21	81%	
Análise do conjunto dos pontos críticos de assistência e prevenção realizado completa ou parcialmente																							
Sim	1	100%	5	71,43%	1	50%	2	67%	1	50%	1	100%	1	50%	2	100%	2	100%	4	80%	19	74%	
Não		0%	2	28,57%	1	50%	1	33%	1	50%			1	50%	0	0%	0	0%	1	20%	7	26%	
Análise de situação e resposta realizada atendendo 3 ou 4 parâmetros adequadamente																							
Sim	1	100%	1	28,57%	1	50%	0	0%		0%	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	3	60%	7	30%	
Não		0%	5	71,43%	1	50%	3	100%	2	100%	1	100%	1	50%	2	100%	1	50%	2	40%	18	67%	

Fonte: www.aids.gov.br/pam

A maior parte das metas (Tabela 4), 60%, apresentadas possui caráter estratégico, apresentando alta capacidade para intervir no curso da epidemia, por objetivarem a realização de atividades direcionadas à prestação de serviços à população, ao contrário dos dados encontrados por Grangeiro.

Adicionalmente, as metas (82%) são elaboradas atendendo aos quesitos mínimos de especificidade, temporalidade e mensurabilidade, apresentando, assim, uma alta consistência.

A maioria absoluta das metas (95%) possui ações que se relacionam ao objeto proposto e são suficientes para alcançar os resultados pretendidos.

Tabela 4. Análise de consistência das metas de planos de ações e metas dos municípios, no contexto da política de incentivo, 2009.

Características das metas	Rio de Janeiro (capital)		Metropolitana I		Metropolitana II		Baixada Litorânea		Centro-Sul		Baía de Ilha Grande		Noroeste		Norte		Serrana		Médio Paraíba		Total	%
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
Caráter																						
Estratégica	2	20%	65	61%	47	85,45%	22	65%	15	75%	8	47%	31	63,27	22	50	11	26,19%	51	60%	272	62%
Operacional	8	80%	31	29%	8	14,55%	12	35%	5	25%	9	53%	18	36,73	22	50	31	73,81%	34	40%	170	38%
Atributos de especificidade, temporalidade e mensurabilidade.																						
Sim	3	30%	74	77%	42	76,36%	30	88,24%	9	45%	15	88%	48	97,96	37	84,09%	39	92,86%	73	85%	367	82%
Não	7	70%	22	23%	13	23,64%	4	11,76%	11	55%	2	12%	1	2,04	7	15,91%	3	7,14%	12	14%	75	18%
Ações propostas suficientes para alcance dos resultados relacionados completa ou parcialmente com a meta																						
Sim	10	100%	91	95%	55	100%	33	97%	20	100%	17	100%	48	97,96	44	100	42	100%	80	94%	430	95%
Não	0	0%	5	5%	0	0%	1	3%	0	0	0	0%	1	2,04	0	0	0	0%	5	6%	12	3%

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

O PERFIL DA RESPOSTA À AIDS

A área da assistência é predominante na maior parte dos PAM municipais (Tabela 5), representando 46,03% dos recursos alocados. Na sequência se sucedem as áreas de prevenção (30,10%), gestão (27,42%) e apoio às OSC (2,02%).

Tabela 5: Distribuição de recurso por área de atuação, 2009.

	Prevenção		Assistência		Gestão		Parceria com OSC		Total
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Rio de Janeiro	785.365,58	21,87%	2.427.740,98	67,60%	378.140,00	10,53%	0,00	0%	3.591.246,56
Metropolitana I	1.227.581,88	40,80%	766.814,66	25,49%	982.828,32	32,67%	31.446,79	1,05%	3.008.671,65
Metropolitana II	554.426,25	20,27%	1.440.736,98	52,67%	636.130,08	23,26%	104.034,63	3,80%	2.735.327,94
Baixada Litorânea	117.850,00	23,05%	207.001,52	40,49%	157.008,81	30,71%	29.350,00	5,74%	511.210,33
Baía de Ilha Grande	280.000,00	39,26%	281.070,62	39,41%	152.091,00	21,33%	0,00	0,00%	713.161,62
Centro-Sul	75.500,00	36,04%	92.498,00	44,15%	40.500,00	19,33%	1.002,00	0,48%	209.500,00
Médio Paraíba	406.096,86	32,53%	436.700,00	34,98%	373.681,00	29,93%	32.000,00	2,56%	1.248.477,86
Noroeste	215.966,00	40,70%	175.933,96	33,16%	131.221,40	24,73%	7.500,00	1,41%	530.621,36
Norte Fluminense	372.854,16	25,33%	471.895,79	32,06%	619.384,79	42,07%	8.000,00	0,54%	1.472.134,74
Serrana	529.059,01	46,24%	679.931,69	59,42%	686.911,47	60,03%	93.064,52	8,13%	1.144.216,74
Total	4.564.699,74	30,10%	6.980.324,20	46,03%	4.157.896,87	27,42%	306.397,94	2,02%	15.164.568,80

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Dez (40,74%) secretarias não contemplaram na área de assistência (Tabela 6), reposta inclusiva, ou seja, programaram concomitantemente: pessoas com HIV, portadores de DST, gestantes e crianças expostas; populações consideradas prioritárias, nesse estudo para a resposta a epidemia. Apenas cinco secretarias (18%) programaram metas voltadas para aquisição de medicamentos, compondo 1% do recurso programado para a área de assistência. A área de assistência teve pequena porcentagem (17%) do recurso com alta capacidade de intervenção (Tabela 7).

Tabela 6: Resposta das Regiões a epidemia de AIDS, 2009

	Essencial ou Abrangente	População Inclusiva		Gastos		Resposta Sustentável
		Prevenção	Assistênci a	Prevenção	Assistência	
RJ	0	1	1	70%	17%	1
Metropolitana 1	4	3	0	93%	56%	5
Metropolitana 2	1	2	2	85%	18%	1
Baixada				54%	14%	
Litorânea	1	1	0			1
Baía de Ilha Grande	0	1	1	43%	0%	0
Centro-Sul	1	2	2	83%	59%	2
Médio Paraíba	2	3	1	57%	64%	3
Noroeste	2	2	2	37%	31%	2
Norte	1	1	1	66%	53%	0
Serrana	1	2	0	51%	26%	1
Total	13	18	10	69%	17%	20

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Tabela 7: Capacidade de Intervenção dos recursos Programados na Assistência, 2009

	Alta capacidade de intervenção		Total	%
Rio de Janeiro	R\$	411.700,00	R\$ 2.427.740,98	17%
Metropolitana I	R\$	594.296,71	R\$ 1.066.814,66	56%
Metropolitana II	R\$	252.477,30	R\$ 1.440.736,98	18%
Baixada Litorânea	R\$	28.770,00	R\$ 207.001,52	14%
Baía de Ilha Grande	R\$	-	R\$ 5.517.571,85	0%
Centro-Sul	R\$	55.000,00	R\$ 92.498,00	59%
Médio Paraíba	R\$	314.100,00	R\$ 492.300,00	64%
Noroeste	R\$	55.348,00	R\$ 175.933,96	31%
Norte	R\$	248.133,42	R\$ 471.895,79	53%
Serrana	R\$	53.870,00	R\$ 208.035,90	26%
Total	R\$	2.013.695,43	R\$ 12.100.529,64	17%

Fonte: www.AIDS.gov.br

Em contrapartida, a área de prevenção é a que concentrou a maior proporção (69%) de recursos em metas cuja finalidade permite um maior poder de intervenção na epidemia, entre os quais se destaca a área “Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população”, que concentra maior quantidade de recursos da prevenção, que caso fosse retirado, a proporção de recursos programados para a

prevenção com maior poder de intervenção na epidemia cairia de 69% para apenas 8% (Quadros 8 e 9).

Quadro 8: Capacidade de resposta da Prevenção, 2009.

	Alta capacidade de intervenção	Total	%
Rio de Janeiro	R\$ 548.065,58	R\$ 785.365,58	70%
Metropolitana I	R\$ 501.486,14	R\$ 538.860,00	93%
Metropolitana II	R\$ 473.089,48	R\$ 554.426,25	85%
Baixada Litorânea	R\$ 63.350,00	R\$ 117.850,00	54%
Baía de Ilha Grande	R\$ 120.000,00	R\$ 280.000,00	43%
Centro-Sul	R\$ 62.500,00	R\$ 75.500,00	83%
Médio Paraíba	R\$ 229.638,86	R\$ 406.096,86	57%
Noroeste	R\$ 82.500,00	R\$ 223.966,00	37%
Norte	R\$ 240.854,16	R\$ 364.854,16	66%
Serrana	R\$ 80.104,85	R\$ 156.204,85	51%
Total	R\$ 2.401.589,07	R\$ 3.503.123,70	69%

Quadro 9: Capacidade de resposta da Prevenção sem Campanhas, 2009.

	Alta capacidade de intervenção	Total	%
Rio de Janeiro	R\$ 187.040,00	R\$ 785.365,58	24%
Metropolitana I	R\$ 221.540,00	R\$ 538.860,00	41%
Metropolitana II	R\$ 327.634,06	R\$ 554.426,25	59%
Baixada Litorânea	R\$ 42.700,00	R\$ 117.850,00	36%
Baía de Ilha Grande	R\$ 12.700,00	R\$ 9.002.749,70	0%
Centro-Sul	R\$ 20.000,00	R\$ 75.500,00	26%
Médio Paraíba	R\$ 89.540,21	R\$ 406.096,86	22%
Noroeste	R\$ 51.500,00	R\$ 223.966,00	23%
Norte	R\$ 10.000,00	R\$ 364.854,16	3%
Serrana	R\$ 53.774,85	R\$ 156.204,85	34%
Total	R\$ 1.016.429,12	R\$ 12.225.873,40	8%

Sobre as ações programáticas, apenas a “Gestão e Sustentabilidade” teve 100% das secretarias programando recursos nesta. No entanto, o recurso programado (13%) é inferior ao da Atenção às Pessoas Vivendo com HIV (19%) e ao da População em Geral (15%). A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro não programou recurso voltado à população em geral e na região Metropolitana I, uma secretaria não programou meta voltada às populações específicas e a região destinou apenas 4% dos recursos para esta

população, em contraposição aos 21% dos recursos programados para a população em geral. Considerando que a epidemia está concentrada em populações específicas, o recurso deveria estar voltado, principalmente, para a prevenção destas populações mais vulneráveis. Três regiões (30%) não tiveram município com recurso programado para diagnóstico e tratamento das DST, considerando que a Política de Incentivo é dirigida às ações de DST/AIDS. Apenas cinco municípios (19%) programaram recursos voltados à “Redução de Estigma”, concentrando cerca de 19% dos recursos. Estes dados vão contra a história de enfrentamento da AIDS.

A Prevenção da Transmissão Vertical, prioridade nacional refletida na meta de nacional: “Eliminar a transmissão vertical do HIV até 2012 e reduzir significativamente as mortes de mães pela AIDS” (Brasil, 2012). Programaram recursos nestas ações 26 secretarias, porém, representam apenas 4% dos recursos programados. A “Parceria com OSC” é realizada somente por 11 (41%) municípios, que representam cerca de 3% dos recursos aplicados. O município do Rio de Janeiro e a região Metropolitana I, que concentram a maior parte dos casos de AIDS e maior parte das OSC, cerca de 92% (Estado do Rio de Janeiro, 2012), programaram, respectivamente, 3% e 1% dos recursos para as parcerias com OSCs.

A ação “Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas” contou com programação de menos da metade das secretarias municipais (48%), configurando em apenas 2% dos recursos. Isto acaba por refletir na qualidade da análise de situação dos municípios e conseqüentemente nas suas programações.

Sobre as populações, todos os municípios programaram recursos voltados à população em geral, concentrando 21% dos recursos programados, seguido de

gestantes, que 26 secretarias programaram ações (96%) com 9% dos recursos, de PVHA, com 25 secretarias programando ações (93%), concentrando 34% dos recursos. As informações referentes a gestantes apenas confirmam os dados encontrados nas ações programáticas. Já as mulheres, apenas uma secretaria (4%) programou meta voltada a elas, com 0% dos recursos. Isto parece um contrassenso, pois há a feminização da epidemia e mesmo assim o recurso programado voltado a esta população representa 0% do total de recurso programado. Uma possível explicação para este fato é a redução das mulheres a sua condição temporária de gestantes, ou seja, apenas enquanto está grávida é alvo de ações de prevenção e assistência às DST/AIDS. O Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia (MS, 2011) ressalta a importância de considerar as mulheres em suas especificidades, e não apenas gestantes.

Os HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas, que segundo pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (2011), apresentam prevalência de HIV superior à população em geral, 7 (26%), 10 (37%) e 14(52%) secretarias, respectivamente, programaram recursos para estas populações específicas, representando 2% dos recursos para cada população específica. Se considerarmos o município do Rio de Janeiro e a Metropolitana I, que concentram a maior parte dos recursos (cerca de 43%) e casos, o município do Rio de Janeiro elaborou uma meta única para todas as populações específicas, com 5% do recurso do recurso, e na região Metropolitana I não há programação de metas voltadas para HSH, gays e travestis; com relação aos profissionais do sexo, 2 (29%) das secretarias municipais da região, configurando 2% do recurso da região; com relação aos usuários de drogas 3 (43%) secretarias municipais programaram metas para esta população, contemplando 1% do recurso. Nenhuma secretaria programou recurso para pacientes com tuberculose, apesar da maior causa de mortalidade entre pacientes com HIV é a tuberculose. Neste setor, a esfera estadual

trabalhou em 2012 no desenvolvimento de um plano estadual de enfrentamento da tuberculose e do HIV/Aids, e desempenhou seu papel de condutor de ações municipais neste sentido.

As finalidades “Contratação de RH, material de consumo e infra-estrutura” e “Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento” concentram juntas mais da metade dos recursos programados, com 31% e 20% respectivamente. Transferência de recursos para municípios e OSC, Projetos de OSC, Parceria com secretarias e outros órgãos, Controle Social, Normas/protocolos/recomendações comportam 0% dos recursos. Vale ressaltar que segundo orientação do Ministério da Saúde (Portaria 2313) 10% do total dos recursos recebidos pela unidade federada deve ser repassada às OSCs. Este recurso deve ser repassado pelos estados. Esta responsabilidade pode ser repassada para os municípios, mediante pactuação, porém, no Estado do Rio de Janeiro, esta descentralização não ocorreu. Mesmo assim, chama a atenção o fato das finalidades relacionadas com outros atores envolvem tão pouco recurso.

Segundo modelo adotado por Grangeiro, metade dos recursos programados pelos municípios têm alta capacidade de intervenção na epidemia. Isto combinado com o fato de apenas 15% dos municípios apresentarem uma resposta abrangente à epidemia, aponta para a necessidade de qualificar estes municípios na área de gestão.

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Rio de Janeiro				Metropolitana I			
	Valor (R\$)	%	Secretaria (N)		Valor (R\$)	%	Secretaria (N)	
Origem dos recursos alocados								
Federal	R\$ 2.936.946,56	82%	-	-	R\$ 2.689.198,69	81%	-	-
Próprio	R\$ 654.300,00	18%	-	-	R\$ 619.472,96	19%	-	-
Total	R\$ 3.591.246,56	100%	-	-	R\$ 3.308.671,65	100%	-	-
Ações programáticas								
Gestão e sustentabilidade	R\$ 245.740,00	7%	1	100%	R\$ 592.676,72	18%	7	100%
Atenção às pessoas com HIV	R\$ 2.016.040,98	56%	1	100%	R\$ 1.021.038,39	31%	6	86%
Prevenção para população em geral	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 728.666,14	22%	7	100%
Prevenção para populações específicas	R\$ 237.300,00	7%	1	100%	R\$ 124.012,86	4%	6	86%
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$ 307.200,00	9%	1	100%	R\$ 222.976,71	7%	6	86%
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$ 25.000,00	1%	1	100%	R\$ 13.300,00	0%	4	57%
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 402.400,00	12%	5	71%
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$ 107.400,00	3%	1	100%	R\$ 20.000,00	1%	1	14%
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$ 652.565,58	18%	1	100%	R\$ 236.600,83	7%	7	100%
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 800,00	0%	1	14%
Redução do estigma e preconceito	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 6.540,00	0%	1	14%
População								
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
População geral	R\$ 273.300,00	6%	1	100%	R\$ 1.270.017,74	39%	7	100%
Pessoas vivendo com HIV	R\$ 2.016.040,98	42%	1	100%	R\$ 829.686,79	25%	7	100%
Portadores de DST	R\$ 307.200,00	6%	1	100%	R\$ 224.976,71	7%	6	86%
Usuários de serviços de saúde	R\$ 25.000,00	1%	1	100%	R\$ 153.439,00	5%	5	71%
Profissional de saúde	R\$ 262.740,00	5%	1	100%	R\$ 385.438,58	12%	7	100%
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Membros de OSC	R\$ 107.400,00	2%	1	100%	R\$ 20.000,00	1%	1	14%
Gestantes	R\$ 652.565,58	14%	1	100%	R\$ 226.100,83	7%	7	100%
Crianças expostas	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 30.817,95	1%	2	29%
Outros Profissionais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Escola e comunidade escolar	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 20.100,00	1%	3	43%
Jovens fora da escola	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Usuários de Drogas e UDI	R\$ 237.300,00	5%	1	100%	R\$ 41.052,00	1%	3	43%
Portadores de necessidades especiais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de TB	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$ 237.300,00	5%	1	100%	R\$ 75.060,00	2%	2	29%
Mulheres	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Vítimas de violência sexual	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Baixa renda	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Conselheiros de saúde	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Gay, homossexuais e HSH.	R\$ 237.300,00	5%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Trabalhadores	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Travestis e transgêneros	R\$ 237.300,00	5%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Idoso	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Caminhoneiro	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Negros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas vivendo em situação de rua	R\$ 237.300,00	5%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$ 4.830.746,56	100%			R\$ 3.276.689,60	100%		

Finalidade

Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$ 2.184.440,98	61%	1	100%	R\$ 787.198,32	24%	7	100%
Eventos e treinamentos	R\$ 184.740,00	5%	1	100%	R\$ 159.587,95	5%	5	71%
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$ 25.000,00	1%	1	100%	R\$ 13.300,00	0%	4	57%
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$ 104.500,00	3%	1	100%	R\$ 117.500,00	4%	3	43%
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$ 307.200,00	9%	1	100%	R\$ 979.723,50	30%	7	100%
Execução da PAM	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$ 408.865,58	11%	1	100%	R\$ 154.460,00	5%	6	86%
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 75.560,00	2%	2	29%
Implantação de serviços assistenciais e CTA	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 182.082,88	6%	5	71%
Implantação de projetos e programas	R\$ 237.300,00	7%	1	100%	R\$ 6.800,00	0%	1	14%
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 326.652,86	10%	3	43%
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Projetos de OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 36.000,00	1%	1	14%
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 285.206,14	9%	7	100%
Outros	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas testadas para o HIV	R\$ 139.200,00	4%	1	100%	R\$ 169.600,00	5%	6	86%
Controle Social	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Normas/protocolos/recomendações	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$ 3.591.246,56	100%			R\$ 3.293.671,65	100%		
Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia								
	R\$ 959.765,58	27%			R\$ 2.290.785,38	70%		

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Metropolitana II				Continuação			
			Secretaria		Baixada Litorânea		Secretaria	
	Valor (R\$)	%	(N)	%	Valor (R\$)	%	(N)	%
Origem dos recursos alocados								
Federal	R\$ 2.316.965,27	85%	-	-	R\$ 401.210,33	78%	-	-
Próprio	R\$ 418.362,67	15%	-	-	R\$ 110.000,00	22%	-	-
Total	R\$ 2.735.327,94	100%	-	-	R\$ 511.210,33	100%	-	-
Ações programáticas								
Gestão e sustentabilidade	R\$ 217.708,00	8%	2	100%	R\$ 127.398,81	25%	3	100%
Atenção às pessoas com HIV	R\$ 1.222.763,93	45%	2	100%	R\$ 31.360,00	6%	2	67%
Prevenção para população em geral	R\$ 361.538,85	13%	2	100%	R\$ 25.250,00	5%	3	100%
Prevenção para populações específicas	R\$ 292.225,40	11%	2	100%	R\$ 63.100,00	12%	3	100%
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$ 199.541,74	7%	2	100%	R\$ 43.250,00	8%	2	67%
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$ 92.212,00	3%	1	50%	R\$ 13.660,00	3%	1	33%
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$ 106.036,00	4%	1	50%	R\$ 14.630,00	3%	1	33%
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$ 59.034,63	2%	1	50%	R\$ 17.200,00	3%	1	33%
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$ 147.684,36	5%	2	100%	R\$ 170.361,52	33%	3	100%
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Redução do estigma e preconceito	R\$ 28.710,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
População								
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$ 185.270,03	7%	1	50%	R\$ 8.750,00	2%	1	33%
População geral	R\$ 126.319,42	4%	2	100%	R\$ 134.778,81	24%	3	100%
Pessoas vivendo com HIV	R\$ 1.328.293,50	47%	2	100%	R\$ 64.060,00	12%	2	67%
Portadores de DST	R\$ 227.994,19	8%	2	100%	R\$ 43.250,00	8%	2	67%
Usuários de serviços de saúde	R\$ 352.097,43	12%	2	100%	R\$ 29.258,81	5%	1	33%
Profissional de saúde	R\$ 33.800,00	1%	2	100%	R\$ 74.410,00	13%	3	100%
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Membros de OSC	R\$ 72.034,63	3%	2	100%	R\$ -	0%	0	0%
Gestantes	R\$ 121.918,87	4%	2	100%	R\$ 160.761,52	29%	3	100%
Crianças expostas	R\$ 55.259,49	2%	2	100%	R\$ 14.760,00	3%	1	33%
Outros Profissionais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Escola e comunidade escolar	R\$ 123.900,00	4%	2	100%	R\$ 12.700,00	2%	1	33%
Jovens fora da escola	R\$ 28.831,58	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Usuários de Drogas e UDI	R\$ 94.493,82	3%	2	100%	R\$ 10.000,00	2%	1	33%
Portadores de necessidades especiais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de TB	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$ 23.612,00	1%	1	50%	R\$ 3.400,00	1%	1	33%
Mulheres	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Vítimas de violência sexual	R\$ 4.400,00	0%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Baixa renda	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Conselheiros de saúde	R\$ 4.438,00	0%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Gay, homossexuais e HSH	R\$ 23.612,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Trabalhadores	R\$ -	0%	0	0	R\$ -	0%	0	0%
Travestis e transgêneros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Idoso	R\$ 23.612,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Caminhoneiro	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Negros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas vivendo em situação de rua	R\$ 10.770,00	0%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$ 2.840.656,96				R\$ 556.129,14	1		

Finalidade

Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$	200.270,03	7%	2	100%	R\$ 41.458,81	8%	1	33%
Eventos e treinamentos	R\$	13.000,00	0%	1	50%	R\$ 42.000,00	8%	2	67%
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$	92.212,00	3%	1	50%	R\$ 13.660,00	3%	1	33%
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$	66.047,55	2%	1	50%	R\$ 30.500,00	6%	2	67%
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$	854.117,30	31%	2	100%	R\$ 241.671,52	49%	3	100%
Execução da PAM	R\$	-	0%	0	0%	R\$ 53.440,00	11%	1	33%
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$	112.555,43	4%	1	50%	R\$ 4.600,00	1%	1	33%
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$	-	0%	0	0%	R\$	0%	0	0%
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$	121.094,00	4%	2	100%	R\$	0%	1	33%
Implantação de serviços assistenciais e CTA	R\$	367.491,25	13%	2	100%	R\$ 5.000,00	1%	1	33%
Implantação de projetos e programas	R\$	-	0%	0	0%	R\$	0%	0	0%
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações.	R\$	275.495,40	10%	2	100%	R\$	0%	1	33%
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$	45.000,00	2%	1	50%	R\$ 12.700,00	3%	0	0%
Projetos de OSC	R\$	-	0%	0	0%	R\$ 3.400,00	1%	1	33%
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$	379.116,93	14%	1	50%	R\$ 14.630,00	3%	1	33%
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$	113.919,42	4%	2	100%	R\$ 31.150,00	6%	3	100%
Outros	R\$	-	0%	0	0%	R\$	0%	0	0%
Pessoas testadas para o HIV	R\$	20.636,00	1%	1	50%	R\$	0%	1	33%
Controle Social	R\$	63.472,63	2%	1	50%	R\$	0%	0	0%
Normas/protocolos/recomendações		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	R\$	2.724.427,94	100%			R\$ 494.210,33	100%		
Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia									
	R\$	1.931.356,35	71%			R\$ 312.921,52	63%		

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Baía de Ilha Grande				Continuação Centro-Sul			
	Valor (R\$)	%	Secretaria		Valor (R\$)	%	Secretaria	
			(N)	%			(N)	%
Origem dos recursos alocados								
Federal	R\$ 558.654,62	78%	-	-	R\$ 150.000,00	72%	-	-
Próprio	R\$ 154.507,00	22%	-	-	R\$ 59.500,00	28%	-	-
Total	R\$ 713.161,62	100%	-	-	R\$ 209.500,00	100%	-	-
Ações programáticas								
Gestão e sustentabilidade	R\$ 98.584,00	14%	1	100%	R\$ 37.000,00	18%	2	100%
Atenção às pessoas com HIV	R\$ 167.143,26	23%	1	100%	R\$ 3.000,00	1%	1	50%
Prevenção para população em geral	R\$ 153.507,00	22%	1	100%	R\$ 47.000,00	22%	2	100%
Prevenção para populações específicas	R\$ 30.000,00	4%	1	100%	R\$ 28.500,00	14%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$ 43.452,00	6%	1	100%	R\$ 31.500,00	15%	2	100%
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$ 30.000,00	4%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 32.000,00	15%	1	50%
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 1.000,00	0%	1	50%
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$ 170.475,36	24%	1	100%	R\$ 29.500,00	14%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Redução do estigma e preconceito	R\$ 20.000,00	3%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
População								
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
População geral	R\$ 286.959,00	40%	1	100%	R\$ 48.000,00	24%	2	100%
Pessoas vivendo com HIV	R\$ 163.727,26	23%	1	100%	R\$ 35.000,00	18%	1	50%
Portadores de DST	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 31.500,00	16%	2	100%
Usuários de serviços de saúde	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 37.000,00	19%	2	100%
Profissional de saúde	R\$ 162.000,00	23%	1	100%	R\$ 2.000,00	1%	1	50%
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$ 10.000,00	1%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Membros de OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Gestantes	R\$ 70.475,36	10%	1	100%	R\$ 13.000,00	7%	2	100%
Crianças expostas	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 16.500,00	8%	1	50%
Outros Profissionais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Escola e comunidade escolar	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 15.000,00	8%	1	50%
Jovens fora da escola	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Usuários de Drogas e UDI	R\$ 5.000,00	1%	1	100%	R\$ 1.000,00	1%	1	50%
Portadores de necessidades especiais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de TB	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$ 10.000,00	1%	1	100%	R\$ -	0%	0	0%
Mulheres	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Vítimas de violência sexual	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$ 5.000,00	1%	1	100%	R\$ -	0%	1	50%
Baixa renda	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Conselheiros de saúde	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Gay, homossexuais e HSH.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Trabalhadores	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Travestis e transgêneros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Idoso	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Caminhoneiro	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Negros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas vivendo em situação de rua	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$ 713.161,62	100%			R\$ 199.000,00	100%		

Finalidade

Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$ 214.202,62	30%	1	100%	R\$ 37.000,00	18%	2	100%
Eventos e treinamentos	R\$ 192.000,00	27%	1	100%	R\$ 2.000,00	1%	1	50%
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 10.000,00	5%	1	50%
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 29.500,00	14%	2	100%
Execução da PAM	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 21.500,00	10%	1	50%
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$ 53.507,00	8%	1	100%	R\$ 15.000,00	7%	1	50%
Implantação de serviços assistenciais e CTA	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação de projetos e programas	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações.	R\$ 20.000,00	3%	1	100%	R\$ 1.000,00	0%	1	50%
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 1.000,00	0%	1	50%
Projetos de OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$ 133.452,00	19%	1	100%	R\$ 3.000,00	1%	1	50%
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$ 100.000,00	14%	1	100%	R\$ 42.500,00	20%	2	100%
Outros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas testadas para o HIV	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 47.000,00	22%	2	100%
Controle Social	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Normas/protocolos/recomendações	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	2	100%
Total	R\$ 713.161,62	100%			R\$ 209.500,00	100%		

Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia

	R\$ 173.507,00	24%			R\$ 166.500,00	79%		
--	----------------	-----	--	--	----------------	-----	--	--

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Médio Paraíba					Continuação Nordeste			
	Valor (R\$)		Secretaria			Valor (R\$)		Secretaria	
			%	(N)	%		%	(N)	%
Origem dos recursos alocados									
Federal	R\$	899.791,97	72%	-	-	R\$ 329.111,40	62%	-	-
Próprio	R\$	348.685,89	28%	-	-	R\$ 201.509,96	38%	-	-
Total	R\$	1.248.477,86	100%	-	-	R\$ 530.621,36	100%	-	-
Ações programáticas									
Gestão e sustentabilidade	R\$	212.081,78	17%	5	100%	R\$ 209.003,36	39%	2	100%
Atenção às pessoas com HIV	R\$	408.917,11	33%	4	80%	R\$ 84.500,00	16%	2	100%
Prevenção para população em geral	R\$	146.339,43	12%	5	100%	R\$ 99.310,00	19%	2	100%
Prevenção para populações específicas	R\$	192.789,22	15%	5	100%	R\$ 71.230,00	13%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$	46.022,32	4%	4	80%	R\$ 43.348,00	8%	2	100%
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$	9.270,00	1%	1	20%	R\$ 1.230,00	0%	2	100%
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$	29.300,00	2%	2	40%	R\$ 14.000,00	3%	2	100%
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$	19.000,00	2%	3	60%	R\$ -	0%	0	0%
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$	152.258,00	12%	5	100%	R\$ 8.000,00	2%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Redução do estigma e preconceito	R\$	26.000,00	2%	2	40%	R\$ -	0%	0	0%
População									
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$	5.800,00	0%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
População geral	R\$	231.009,43	16%	5	100%	R\$ 160.736,00	27%	2	100%
Pessoas vivendo com HIV	R\$	452.107,89	32%	5	100%	R\$ 119.315,96	20%	2	100%
Portadores de DST	R\$	46.022,32	3%	4	80%	R\$ 62.085,96	10%	2	100%
Usuários de serviços de saúde	R\$	84.200,00	6%	4	80%	R\$ 81.636,00	13%	2	100%
Profissional de saúde	R\$	107.391,00	8%	4	80%	R\$ 78.703,40	13%	2	100%
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$	-	0%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Membros de OSC	R\$	7.600,00	1%	3	60%	R\$ -	0%	0	0%
Gestantes	R\$	151.558,00	11%	5	100%	R\$ 41.585,96	7%	2	100%
Crianças expostas	R\$	33.200,00	2%	2	40%	R\$ 8.000,00	1%	1	50%
Outros Profissionais	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de hepatites	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Escola e comunidade escolar	R\$	104.666,22	7%	5	100%	R\$ 36.000,00	6%	2	100%
Jovens fora da escola	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Usuários de Drogas e UDI	R\$	13.000,00	1%	2	40%	R\$ 1.230,00	0%	1	50%
Portadores de necessidades especiais	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de TB	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$	1.000,00	0%	1	20%	R\$ 16.500,00	3%	1	50%
Mulheres	R\$	44.800,00	3%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Vítimas de violência sexual	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Baixa renda	R\$	10.000,00	1%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Conselheiros de saúde	R\$	7.600,00	1%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Gay, homossexuais e HSH.	R\$	60.123,00	4%	2	40%	R\$ -	0%	0	0%
Trabalhadores	R\$	2.000,00	0%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Travestis e transgêneros	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Idoso	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Caminhoneiro	R\$	44.800,00	3%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Negros	R\$	-	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas vivendo em situação de rua	R\$	500,00	0%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$	1.407.377,86	100%			R\$ 605.793,28	100%		

Finalidade

Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$ 170.092,22	14%	5	100%	R\$ 139.299,96	27%	2	100%
Eventos e treinamentos	R\$ 184.141,00	15%	3	60%	R\$ 106.383,40	20%	2	100%
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 2.530,00	0%	2	100%
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$ 17.000,00	1%	3	60%	R\$ 1.248,00	0%	1	50%
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$ 357.322,32	29%	5	100%	R\$ 93.000,00	18%	2	100%
Execução da PAM	R\$ 76.690,78	6%	2	40%	R\$ 55.700,00	11%	2	100%
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$ 18.000,00	1%	1	20%	R\$ 4.860,00	1%	1	50%
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$ 30.200,00	2%	3	60%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação de serviços assistenciais e CTA	R\$ 10.000,00	1%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação de projetos e programas	R\$ 44.800,00	4%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações.	R\$ 48.717,89	4%	2	40%	R\$ 71.000,00	14%	1	50%
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$ 2.000,00	0%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Projetos de OSC	R\$ 9.000,00	1%	1	20%	R\$ -	0%	0	0%
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$ 44.000,00	4%	2	40%	R\$ -	0%	0	0%
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$ 183.958,65	15%	5	100%	R\$ 31.000,00	6%	1	50%
Outros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas testadas para o HIV	R\$ 42.958,00	3%	2	40%	R\$ 14.000,00	3%	1	50%
Controle Social	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Normas/protocolos/recomendações	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Total	R\$ 1.238.880,86	100%			R\$ 519.021,36	100%		

Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia

	R\$ 708.156,86	57%			R\$ 215.108,00	41%		
--	----------------	-----	--	--	----------------	-----	--	--

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Norte Fluminense				Serrana			
	Valor (R\$)	%	Secretaria		Valor (R\$)	%	Secretaria	
			(N)	%			(N)	%
Origem dos recursos alocados								
Federal	R\$ 1.306.081,49	89%	-	-	R\$ 934.255,10	82%	-	-
Próprio	R\$ 166.053,25	11%	-	-	R\$ 209.961,64	18%	-	-
Total	R\$ 1.472.134,74	100%	-	-	R\$ 1.144.216,74	100%	-	-
Ações programáticas								
Gestão e sustentabilidade	R\$ 416.266,37	28%	2	100%	R\$ 654.911,47	57%	2	100%
Atenção às pessoas com HIV	R\$ 259.624,61	18%	2	100%	R\$ 107.245,26	9%	2	100%
Prevenção para população em geral	R\$ 310.416,22	21%	2	100%	R\$ 92.320,01	8%	2	100%
Prevenção para populações específicas	R\$ 110.000,00	7%	2	100%	R\$ 56.884,84	5%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$ 61.477,40	4%	2	100%	R\$ 28.400,00	2%	1	50%
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$ -	0%	1	50%	R\$ 2.000,00	0%	1	50%
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$ 255.561,17	17%	2	100%	R\$ 45.000,00	4%	1	50%
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$ 8.000,00	1%	1	50%	R\$ 29.700,00	3%	2	100%
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$ 43.000,00	3%	1	50%	R\$ 54.785,16	5%	2	100%
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Redução do estigma e preconceito	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
População								
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
População geral	R\$ 654.893,62	44%	2	100%	R\$ 458.564,40	38%	2	100%
Pessoas vivendo com HIV	R\$ 338.179,95	23%	2	100%	R\$ 503.213,83	42%	2	100%
Portadores de DST	R\$ 35.000,00	2%	2	100%	R\$ 28.400,00	2%	1	50%
Usuários de serviços de saúde	R\$ 182.561,17	12%	2	100%	R\$ 12.000,00	1%	1	50%
Profissional de saúde	R\$ 150.500,00	10%	2	100%	R\$ 67.853,35	0%	1	50%
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Membros de OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Gestantes	R\$ 43.000,00	3%	1	50%	R\$ 23.785,16	2%	2	100%
Crianças expostas	R\$ 30.000,00	2%	1	50%	R\$ 7.839,00	0%	2	100%
Outros Profissionais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de hepatites	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Escola e comunidade escolar	R\$ 35.000,00	2%	1	50%	R\$ 26.300,00	0%	2	100%
Jovens fora da escola	R\$ 8.000,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Usuários de Drogas e UDI	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 7.400,00	0%	2	100%
Portadores de necessidades especiais	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Portadores de TB	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 18.700,00	0%	2	100%
Mulheres	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Vítimas de violência sexual	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Baixa renda	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Conselheiros de saúde	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Gay, homossexuais e HSH.	R\$ 15.000,00	1%	1	50%	R\$ 18.700,00	0%	2	100%
Trabalhadores	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	1	50%
Travestis e transgêneros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 18.700,00	0%	2	100%
Idoso	R\$ 10.000,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%
Caminhoneiro	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Negros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%
Pessoas vivendo em situação de rua	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%

Total	R\$ 1.502.134,74	100%			R\$ 1.191.455,74	1%			
Finalidade									
Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$ 380.350,14	27%	2	100%	R\$ 573.458,12	53%	2	100%	
Eventos e treinamentos	R\$ 289.950,80	21%	2	100%	R\$ 164.853,35	15%	2	100%	
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$ -	0%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%	
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$ 11.491,19	1%	1	50%	R\$ 23.900,00	2%	1	50%	
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$ 175.922,39	13%	2	100%	R\$ 38.255,16	4%	1	50%	
Execução da PAM	R\$ 15.000,00	1%	1	50%	R\$ -	0%	0	0%	
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$ 57.066,06	4%	1	50%	R\$ 63.774,85	6%	1	50%	
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 12.000,00	1%	1	50%	
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 16.300,00	2%	1	50%	
Implantação de serviços assistências e CTA	R\$ 103.000,00	7%	2	100%	R\$ -	0%	0	0%	
Implantação de projetos e programas	R\$ -		0	0%	R\$ -	0%	0	0%	
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações	R\$ 18.000,00	1%	2	100%	R\$ 17.700,00	2%	1	50%	
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$ -	0%	0	0%	R\$ 6.400,00	1%	1	50%	
Projetos de OSC	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	1	50%	
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$ 33.000,00	2%	1	50%	R\$ 125.880,00	12%	1	50%	
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$ 288.254,16	21%	2	100%	R\$ 26.330,00	2%	2	100%	
Outros	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%	
Pessoas testadas para o HIV	R\$ 13.000,00	1%	1	50%	R\$ 12.000,00	1%	1	50%	
Controle Social	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%	
Normas/protocolos/recomendações	R\$ -	0%	0	0%	R\$ -	0%	0	0%	
Total	R\$ 1.385.034,74	100%			R\$ 1.080.851,48	100%			
Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia									
	R\$ 666.733,80	48%			R\$ 198.260,01	18%			

Tabela 8. Perfil da resposta de secretarias municipais, caracterizada segundo as metas definidas no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para AIDS. 2009

Características das metas	Continuação				
	Total		Secretaria (N)		
	Valor (R\$)	%		%	
Origem dos recursos alocados					
Federal	R\$ 12.522.215,43	81%	-	-	
Próprio	R\$ 2.942.353,37	19%	-	-	
Total	R\$ 15.464.568,80	100%	-	-	
Ações programáticas					
Gestão e sustentabilidade	R\$ 1.972.953,79	13%	27	100%	
Atenção às pessoas com HIV	R\$ 2.877.230,89	19%	23	85%	
Prevenção para população em geral	R\$ 2.256.719,90	15%	26	96%	
Prevenção para populações específicas	R\$ 1.573.395,60	10%	26	96%	
Tratamento e diagnóstico das DST	R\$ 621.004,32	4%	23	85%	
Vigilância Epidemiológica, monitoramento, avaliação e pesquisas.	R\$ 371.348,71	2%	13	48%	
Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV	R\$ 509.827,17	3%	15	56%	
Fortalecimento e parcerias com OSC	R\$ 536.334,63	3%	11	41%	
Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV	R\$ 796.064,40	5%	26	96%	
Tratamento e diagnóstico das hepatites	R\$ 236.600,83	2%	1	4%	
Redução do estigma e preconceito	R\$ 75.510,00	0%	5	19%	
População					
Gestores e coordenadores de programas de DST e AIDS	R\$ 199.820,03	1%	3	11%	
População geral	R\$ 3.644.578,42	21%	27	100%	
Pessoas vivendo com HIV	R\$ 5.849.626,16	34%	25	93%	
Portadores de DST	R\$ 1.006.429,18	6%	22	81%	
Usuários de serviços de saúde	R\$ 957.192,41	6%	20	74%	
Profissional de saúde	R\$ 1.324.836,33	8%	24	89%	
Populações vulneráveis (garimpo, índio etc.).	R\$ 10.000,00	0%	2	7%	
Membros de OSC	R\$ 207.034,63	1%	7	26%	
Gestantes	R\$ 1.504.751,28	9%	26	96%	
Crianças expostas	R\$ 196.376,44	1%	12	44%	
Outros Profissionais	R\$ -	0%	0	0%	
Portadores de hepatites	R\$ -	0%	0	0%	
Escola e comunidade escolar	R\$ 373.666,22	2%	17	63%	
Jovens fora da escola	R\$ 36.831,58	0%	2	7%	
Usuários de Drogas e UDI	R\$ 410.475,82	2%	14	52%	
Portadores de necessidades especiais	R\$ -	0%	0	0%	
Portadores de TB	R\$ -	0%	0	0%	
Profissionais do sexo masculino e feminino	R\$ 385.572,00	2%	10	37%	
Mulheres	R\$ 44.800,00	0%	1	4%	
Vítimas de violência sexual	R\$ 4.400,00	0%	1	4%	
Privados de liberdade adultos e jovens	R\$ 5.000,00	0%	2	7%	
Baixa renda	R\$ 10.000,00	0%	1	4%	
Conselheiros de saúde	R\$ 12.038,00	0%	2	7%	
Gay, homossexuais e HSH.	R\$ 354.735,00	2%	7	26%	
Trabalhadores	R\$ 2.000,00	0%	2	7%	
Travestis e transgêneros	R\$ 256.000,00	1%	3	11%	
Idoso	R\$ 33.612,00	0%	2	7%	
Caminhoneiro	R\$ 44.800,00	0%	1	4%	
Negros	R\$ -	0%	0	0%	

Pessoas vivendo em situação de rua	R\$	248.570,00	1%	3	11%
Total	R\$	17.123.145,50	100%		
Finalidade					
Contratação de RH, material de consumo e infraestrutura.	R\$	4.727.771,20	31%	25	93%
Eventos e treinamentos	R\$	1.338.656,50	9%	20	74%
Vigilância epidemiológica, monitoramento, avaliação, pesquisa e sistema de informação.	R\$	146.702,00	1%	10	37%
Disponibilização de medicamentos de DST e IO	R\$	382.186,74	3%	14	52%
Implementação de serviços assistenciais e aconselhamento	R\$	3.076.712,19	20%	25	93%
Execução da PAM	R\$	200.830,78	1%	6	22%
Aquisição de preservativos, formula e kit de redução de danos	R\$	845.681,92	6%	14	52%
Transferência de recursos para municípios e OSC	R\$	12.000,00	0%	1	4%
Ação educativa e distribuição de preservativo	R\$	311.661,00	2%	11	41%
Implantação de serviços assistenciais e CTA	R\$	667.574,13	4%	11	41%
Implantação de projetos e programas	R\$	288.900,00	2%	3	11%
Atendimento à população, ampliação de cobertura de ações	R\$	778.566,15	5%	14	52%
Parceria com secretarias e outros órgãos	R\$	67.100,00	0%	4	15%
Projetos de OSC	R\$	12.400,00	0%	3	11%
Implantação e melhorias de laboratórios de DST, AIDS e hepatites.	R\$	769.078,93	5%	9	33%
Campanhas, material educativo e outras formas de informação à população.	R\$	1.102.318,37	7%	25	93%
Outros		0	0%	0	0%
Pessoas testadas para o HIV	R\$	458.394,00	3%	16	59%
Controle Social	R\$	63.472,63	0%	1	4%
Normas/protocolos/recomendações		0	0%	2	7%
Total	R\$	15.250.006,54	100%		
Recursos com alta capacidade de intervenção na epidemia					
	R\$	7.623.094,50	50%		

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

Após o agrupamento dos municípios segundo os cinco índices analisados, 15% dos municípios foram categorizados como apresentando “*respostas abrangentes*”, ou seja, apresentaram quatro ou cinco das seguintes situações: ter ação programática de caráter essencial ou abrangente; incluir, na resposta, populações prioritárias para a assistência e para a prevenção; realizar a maior proporção dos gastos em ações com alto poder de intervenção na assistência e prevenção; e possuir resposta sustentável (Tabela 9).

Tabela 9 Característica das Respostas dos Municípios, 2009

	Abrangente	%	Restrita	%
Rio de Janeiro	0	0%	1	100%
Metropolitana I	1	14%	6	86%
Metropolitana II	0	0%	2	100%
Baixada Litorânea	0	0%	3	100%
Baía de Ilha Grande	0	0%	1	100%
Centro-Sul	1	50%	1	50%
Médio Paraíba	0	0%	5	100%
Noroeste	2	100%	0	0%
Norte	0	0%	2	100%
Serrana	0	0%	2	100%
Total	4	15%	23	85%

Fonte: www.aids.gov.br/pam

A regionalização, diretriz do SUS, aparece em apenas 11% das programações dos municípios (Tabela 10).

Tabela 10: Municípios com metas que envolvem a regionalização, 2009.

	Municípios com ação regional programada	%
Rio de Janeiro	0	0%
Metropolitana I	0	0%
Metropolitana II	1	50%
Baixada Litorânea	0	0%
Baía de Ilha Grande	0	0%
Centro-Sul	0	0%
Médio Paraíba	1	20%
Noroeste	0	0%
Norte	1	50%
Serrana	0	0%
Total	3	11%

Fonte: www.AIDS.gov.br/pam

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas possibilitaram identificar como alguns municípios realizam o planejamento. Apesar de não ser possível generalizar para todos os municípios qualificados na política de incentivo, é possível identificar algumas características.

Uma dificuldade encontrada para realização das entrevistas foi a mudança de gestão dos programas municipais previamente selecionados para a realização das entrevistas. Apesar de não haver informação sistematizada, normalmente, a gestão dos programas reflete pouco as alterações da gestão dos municípios, porém, as eleições de 2012 ocasionaram intensas mudanças na gestão dos programas. Dos 10 municípios selecionados para participar da pesquisa, 5 mudaram a gestão. Uma das coordenações entrevistada não está mais no cargo de coordenadora, porém, pela representatividade e tempo na coordenação, foi entrevistada.

Este contexto já fornece indícios sobre a fragilidade da gestão dos programas municipais.

Quadro 10: Características do Planejamento dos Municípios Entrevistados

Aspectos Estratégicos	Município A	Município B	Município C	Município D	Município E
Aspectos comunicativos;	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Médio
Multissetorialidade na explicação situacional	Baixa	Médio	Baixa	Baixa	Médio
Análise de viabilidade política;	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Análise de cenários	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Planejamento não linear	Não	Não	Não	Não	Não
Prestação de contas	Conselho e Câmara dos Vereadores	Conselho, setor hierárquico e OSCs e setores.	Conselho	Não	Conselho
Autonomia	Baixa	Baixa	Baixa	Alta	Alta

Fonte: Entrevistas

PERFIL DAS COORDENAÇÕES

As cinco coordenações entrevistadas possuem uma média de 6 anos de coordenação. A grande maioria tem formação médica, 40%, outras 40% tem formação na área de saúde e humanas e uma formação em Administração.

Quadro 11: Perfil das Coordenações Entrevistadas

Aspectos	Município A	Município B	Município C	Município D	Município E
Concentração de Casos	Mais de 10.000 casos acumulados	Entre 1.000 e 10.000 casos acumulados	Entre 500 e 1.000 casos acumulados	Menos de 500 casos acumulados	Entre 1.000 e 10.000 casos acumulados
Tempo na Coordenação	8 anos	1 ano e meio	1 ano	3 anos	9 anos
Formação do Coordenador	Médico	Médico	Psicóloga	Administração	Enfermagem
Equipe	7 (2 médicos assistência/gestão; 1 vigilância epidemiológica; 1 Logística; 1 secretário e 2 digitadores).	5 (1 Coordenadora/Vigilância; 1 Administrativa e Logística; 1 Vigilância hepatites; 2 prevenção).	3 (1 coordenador e 2 administrativos)	10 (3 médicos, 2 enfermeiras, 1 farmacêutica, 1 Psicóloga, 1 nutricionista, 1 aux de enfermagem e 1 Gestão)	19 (Prevenção, Vigilância Epidemiológica; Desenvolvimento Institucional).

Fonte: Entrevistas

Os maiores municípios, com relação aos casos de AIDS (Municípios A, B e E) são coordenados por profissionais da área de saúde, sendo que a maioria por médico. Os Municípios D e E relatam não ter dificuldades com profissionais, já os municípios A (que concentra o maior número de casos acumulados), B e C apresentaram queixa com relação à falta de pessoal. Chama a atenção que em nenhum dos municípios há um profissional responsável pela área de assistência, no A o coordenador, juntamente com outra profissional, respondem por tudo relacionado à assistência e gestão. O Município B, a coordenadora relatou que todos os integrantes da equipe respondem um pouco. Município C, a coordenadora enfatizou que ela responde por tudo na área de gestão. O

D ressaltou que não há divisão técnica, e o E disse que todos pensam na área da assistência, relacionada à ampliação de diagnóstico e adesão.

O Município C trabalha com duas técnicas, em readaptação, e ressaltou que na parte de gestão trabalha sozinha, e isto a inviabiliza de desenvolver ações de gestão para além de correr atrás de processos, atender ao telefone.

Aspectos Comunicativos:

O Município B apresentou planejamento com maior grau comunicativo, foi o único que relatou participação das OSC na proposta de metas e ações. O município E relatou participação das OSC, afirmou que recebe os projetos, avalia e insere ou não na programação. Já o Município A relatou que inicialmente fazia reunião ampliada com sociedade e coordenação de CAP, porém, com a escassez de tempo e da equipe, não realiza mais. Ressaltou que após 2010, a preparação do planejamento conta apenas com reunião de equipe. Destacou que atualmente a programação é composta de metas de continuação, ou seja, repete o programado nos anos anteriores. Situação semelhante acontece no Município D, onde a coordenadora mantém o modelo da coordenadora anterior, inclui apenas novas demandas da equipe. A coordenadora do Município C enfatizou realizar o planejamento sozinha, em suas férias, pois, devido à falta de pessoal, não consegue “sentar e pensar”.

A não participação das OSC na elaboração da programação anual chama a atenção, pois é orientação do Ministério da Saúde (Portaria 2313/2002), assim como marca a história da política de AIDS o diálogo governamental com as OSC.

Com relação à participação de atores governamentais, como atenção básica, saúde da mulher e da criança, dentre outros, o Município A relatou sua participação na reunião inicial com a equipe. Destacou, no entanto, que a mudança do

programa para a atenção básica dificultou a articulação com a atenção hospitalar, pois a AIDS é um programa transversal, e, com disputas políticas entre as áreas, criou um obstáculo para o desenvolvimento das ações.

O Município B destacou que os setores que atuam na elaboração da PAM são aqueles que participam de uma grande reunião que é feita anualmente no final do ano que participam do processo de planejamento. Caso algum ator não participe, a ação é incorporada à PAM e quando for para executar a ação, este ator é chamado novamente.

O Município E afirmou que atualmente estes atores não participam da elaboração da PAM, enfatizou que na gestão anterior a secretária municipal de saúde mantinha reuniões sistemáticas com os coordenadores e superintendentes, então as ações eram apresentadas na reunião e todos podiam opinar, outras secretarias do município não participam desta. Considera muito importante a participação de OSC, assim como de outros programas da secretaria de saúde e de outras secretarias do município, e, para tanto, está programando um fórum ampliado no meio do ano para ampliar a escuta destes diversos atores relevantes para o enfrentamento da epidemia de DST e AIDS.

O Município C, no que se refere à articulação com a atenção básica, destaca a longa trajetória do Programa de AIDS de isolamento:

“Acho que a culpa também é do DST, porque ficou aquela coisa isolada, e hoje que a gente precisa dos outros, esses outros não querem que a gente precise deles.”

Este apesar de destacar que faz o planejamento, na entrevista pontuou que na atual gestão o secretário municipal realizou uma reunião com todos os coordenadores de programa, nesta o coordenador da atenção básica destacou a necessidade de incluir na programação a aquisição de um carro para supervisões das ações de prevenção

realizadas pelas equipes de saúde da família. A coordenadora ressaltou que já comprou dois carros e sabe que não será utilizado para realização de ações relacionadas à DST/AIDS, mas programou, pois a parceria com a atenção básica é muito importante. Isto exemplifica a negociação no planejamento comunicativo.

Multissetorialidade presente na explicação situacional

Os municípios entrevistados relataram utilizar apenas informações relacionadas às DST/AIDS para realizar a análise situacional.

Um traço marcante da explicação situacional dos municípios é a ênfase no balanço do ano anterior, sendo que os Municípios C e D relataram usar apenas este aspecto para elaboração da PAM, já os Municípios A, B e E ressaltaram utilizar informações provenientes da vigilância epidemiológica. O B apresenta o balanço da PAM anterior, dados epidemiológicos, execução financeira em uma primeira reunião com a sociedade civil e outros atores, para servir de subsídio para elaboração da PAM, após esta primeira reunião, a programação é discutida com a equipe do programa. Neste caso, apesar de não haver multissetorialidade na análise de situação da PAM, ela ocorre na sua elaboração. Já os Municípios A e E utilizam estes dados apenas para uso da equipe.

Esta informação confirma a fragilidade das análises de situação dos municípios, contemplando apenas informações diretamente relacionadas ao Programa de DST/AIDS e não informações contextuais.

Seleção de Prioridades

A seleção de prioridades é feita por todos os municípios, o método de seleção é que varia de acordo com o município. O Município A selecionou as prioridades de acordo com a análise epidemiológica:

“Primeiro avaliação de bancos de dados, e aí você vê a tendência de subida da sífilis Congênita.”

Avaliam também o contexto para adverso para definir esta prioridade, como fizeram quando definiram que a descentralização das ações de prevenção como prioridade devido ao enxugamento da equipe.

O Município B, assim como o E, destacaram as prioridades definidas pelo estado como influenciando nas prioridades locais:

“Teve até uma reunião com o estado, que eu tirei como modelo para utilizar (...), até achei interessante à dinâmica, para entrar na nossa agenda. A partir dele a gente começou a trabalhar mais ou menos com esse modelo. Eu até apresento no conselho de saúde, eu apresento lá as prioridades”.

As prioridades de B também são definidas a partir da análise de dados epidemiológicos e demandas retiradas da reunião com representantes de OSC entre outros atores relevantes para o enfrentamento da AIDS.

Município C ressalta que as prioridades do município são definidas a partir da sua percepção, pois realiza o planejamento sozinha. Semelhante ocorre com o município D que ressaltou a seleção natural de prioridade:

“A gente faz uma seleção natural, por exemplo, criança, criança é uma coisa que preocupa a gente sempre é priorizado.”

Análise de Viabilidade Política

A maioria dos municípios relatou dificuldades em fazer análise de viabilidade política na elaboração da PAM. O Município E pontuou que nas reuniões mensais com o secretário de saúde e coordenadores de outros Programas era possível realizar uma análise de viabilidade.

O Município A declarou que as estratégias adotadas para viabilizarem as ações eram baseadas na informalidade, pois como estava na coordenação há muito tempo, sabia com quem falar e quando, mas destacou que com o tempo esta estratégia passou a não ser tão eficaz. Outra estratégia adotada na PAM 2010 para viabilizar as ações de prevenção frente à percepção do intenso esvaziamento da equipe, foi descentralizar a realização destas ações para a atenção básica. Enfatizou que após a mudança do Programa na estrutura administrativa algumas ações conjuntas com os hospitais seriam inviáveis.

O Município B pontuou a importância da hierarquia, principalmente a imediata superior, para realizar esta análise, assim como uma importante estratégia para desenvolver as ações. Destacou a dificuldade de viabilizar as ações devido a obstáculos de ordem política. Narrou uma reunião do fórum regional em que a coordenadora de um outro município demonstrou a insatisfação em programar neste contexto:

“Até porque em uma reunião do fórum da metro, um colega de outro município tinha colocado, tinha comentado que a gente acaba perdendo muito tempo, que ele já estava cansado de perder tanto tempo fazendo toda essa parte de sistematização, de elaboração de monitoramento da PAM para a gente não conseguir durante o ano desenvolver por questões de viabilidade política, da gestão assumir junto.”

Análise de cenários

Nenhum município relatou fazer análise de cenários. Os contextos encontrados pelas coordenadoras, com exceção do Município D, são tão adversos que o cenário com o qual o município trabalha é o mais pessimista possível. Município C relatou que logo após a mudança de gestão acreditou na melhora do cenário, porém, isto não aconteceu.

Outro fator importante que dificulta a realização é a escassez de tempo e profissionais ocasiona que a programação só encerre ao final do ano ao qual a programação se refere. Os municípios relataram que há muitas intercorrências que não permitem dar agilidade ao planejamento, assim como a acumulação de função que os coordenadores acabam realizando dificultam a elaboração de um planejamento com características mais estratégicas.

Planejamento não linear

Todos os municípios relataram realizar um planejamento linear, muitas vezes repetido ou sem uma reflexão sobre o processo. Muitas vezes, quando o município acaba de fechar a PAM no sistema (www.AIDS.gov.br/pam) já está no período de realizar o planejamento do próximo ano.

Prestação de contas

Apenas o Município D relatou não fazer prestação de contas. Os municípios apresentam esta prestação para o Conselho Municipal de Saúde, conforme fluxo definido na Portaria 2313/2002. O Município A o faz também para a Câmara dos Deputados, e o B apresenta também em um espaço com a presença de representantes de OSC e outros atores importantes no enfrentamento da AIDS.

A não cobrança por parte do movimento social por prestação de contas e consequente execução do recurso é sentida pelas coordenações. O Município B

ressaltou que em 2011, em sua apresentação para o conselho, enfatizou a não execução do recurso visando sensibilizar os conselheiros, mas em vão. Outra tentativa de provocar uma cobrança por prestação de contas foi feita pelo mesmo município, após receber um processo de um vereador solicitando informações acerca das ações desenvolvidas pelo município relacionadas ao plano de enfrentamento da epidemia entre a população LGBT. Aproveitou o momento e agendou uma reunião com o vereador, e nesta apresentou as ações juntamente com a baixa execução do recurso e as principais dificuldades encontradas. O vereador disse ser da comissão de fiscalização e ia ajudá-la. Esta ação, segundo a coordenadora, até o momento não surtiu efeito.

A falta de supervisões por parte do Ministério da Saúde é sentida pelas coordenações como um fator de que desestimula a realização de planejamento, conforme asseverou a coordenadora do Município A:

“... com relação ao monitoramento, a gente falhou e não teve cobrança. Não reconheço o monitoramento como algo de grande valor. Por que, porque a gente não conseguiu atingir e não acontece nada, você continua recebendo recurso da mesma maneira, as coisas continuam acontecendo da mesma maneira.”

Esta ideia foi corroborada pelo Município D:

“(a Política de Incentivo) é válida, mas não adianta planejar um monte de ações e não sensibilizar o gestor, não vir ninguém falar para o gestor, se você não fizer isso eu pego o dinheiro de volta...”

Articulação da PAM com as outras programações do município

A falta de comunicação interna é refletida na falta de articulação entre as programações. O Município E foi o que relatou haver uma construção coletiva do

planejamento do município, em reuniões com todos os coordenadores e superintendentes com a secretária de saúde. Este buscava adaptar a PAM no planejamento municipal, assim como os municípios A, que declarou ter direito a duas metas:

“A gente já teve mais metas, mas já faz algum tempo que para orçamento e planejamento, todas as superintendências e todas as gerências, era muito complicado. A gente conseguiu manter duas, mas tem gerência que tem uma meta só... Porque como o planejamento do município é um planejamento muito maior, a gente tem que se enquadrar, por isso essa coisa de você reduzir tudo em 2 metas, é complicado, você tem que fazer uma meta grande o suficiente e mensurável o suficiente.”

A mesma dificuldade de enquadramento, mas sem restrição no número de metas, é encontrada pelo Município C.

O Município B e D apresentaram maior desconhecimento do planejamento dos seus respectivos municípios. O D não tomou conhecimento do planejamento municipal, o B relatou ter tomado conhecimento do planejamento por acaso:

“... veio no mesmo e-mail (com solicitação de correção do indicador da COAP), estava escrito rascunho do plano anual de saúde, esse rascunho pude abrir e ver o que tinha como objetivo e ação, quem fez estes objetivos e ações eu não sei, mas pude, a partir de todas as discussões que a gente já tinha tido até agora da PAM e do relatório, pude propor e corrigir ação que tava dentro do plano”.

Destacou, no entanto que teve autonomia para sugerir alterações.

Articulação Regional

O único município que descreveu uma articulação regional foi o B, considerando o papel do estado como propulsor neste processo:

“O espaço maior da gente é o fórum regional ligado a Gerência estadual. A gente tem tido reuniões regulares. A gente não tem feito nos últimos anos grandes ações conjuntas.”

Apesar do relato de não ter grandes ações conjuntas, realizaram diagnóstico da assistência e um grande evento conjunto. Este deverá ser apresentado na instância formal regional (CIR), conjuntamente com o produto de uma consultoria realizada pela esfera estadual.

O Município A, por ser o maior, destaca a grande diferença entre ele e outros municípios, um verdadeiro “abismo”. Ressalta que recebe os pacientes dos outros municípios, sem restrições e não vê a necessidade de se articular:

“Sempre achei muito complicado (...) então quando a gente vê as reuniões com os municípios, você vai discutir, são problemas tão diferentes, não há rebatimento para eles essa discussão.”

Percepção do Planejamento

Excetuando o Município C, que destacou que o planejamento se torna inútil se não há uma cobrança, uma pressão ao gestor para execução das ações, os outros municípios consideraram o instrumento de programação/planejamento como importantes para auxiliar a sua gestão.

O Município A destaca a importância da Política de Incentivo para o sucesso da política de AIDS, assim como a necessidade de permanecer com uma conta específica para “garantir” a resposta à epidemia, porém, destaca a necessidade de haver cobrança para a execução adequada do recurso:

“Acho que foi um grande incentivador e fez com que isso consolidasse a política de AIDS, acho que agora, com a COAP, foi um grande retrocesso, porque vai fazer com que a AIDS seja exatamente igual a todos. Quando ninguém é dono, ninguém se responsabiliza. Então eu acho que é um passo atrás que o MS está dando, mas compreendo que foi uma pressão política enorme... O dinheiro que acumula, volta e meia eles metem a mão. E agora pronto, não vai ter nenhuma responsabilidade, antes era com culpa, agora nem isso.”

“Os municípios e estados não se sentem muito compelidos a preencher, porque se você usa, ou não usa, nada vai acontecer, o dinheiro vai acabar entrando, fluindo (...) o dinheiro continua entrando, então se você não tem mecanismo de controle disso.”

Considera as limitações do instrumento de programação como um estímulo para o não planejamento:

“PAM deixa a desejar que é muito engessado, acho que aqueles eixos de monitoramento semestrais, eram impossíveis fazer, era muita informação para pouco sistema de informação.”

Já o Município B considera a PAM como um importante instrumento para organizar o serviço, e enfatiza a importância de alguns passos propostos pela metodologia:

“Eu acho que a gente tem que fazer porque tem a política de incentivo, mas mesmo que não tivesse, eu vejo como instrumento de fato de organização de serviço, porque tem passos, oferece uma metodologia para a gente se organizar, olhar a situação epidemiológica, faz uma análise situacional, faz com que a gente se reúna em equipe para pensar isso, até extrapola a equipe mesmo, isso da gente buscar outros atores para discutir com a gente, depois organizar aquilo na forma de metas, na forma de ação”.

O Município D destaca a relevância do instrumento na execução de ações para o enfrentamento da epidemia e enfatiza a transparência que possibilita o diálogo com a programação de outros municípios:

“Se não fosse o PAM, como a gente ia fazer? Tudo que a gente compra é com recurso do PAM.

Se não faz planejamento, a coisa fica solta e o fato de ter prazo. Auxiliar a coordenação a desenvolver as ações, tanto financeira como tecnicamente. Observar também outros PAM possibilita trocar ideias.”.

O Município E destaca a característica do planejamento em sistematizar as ações, assim como fornecer autonomia que não é fornecida pelo MS:

“A PAM, para a gente, é um instrumento de autonomia e de possibilidade. A gente vê muita dificuldade de quando você não tem esse instrumento, as coisas acontecem de forma muito difícil, você fica diluído em um monte de outras coisas...”.

“No município os gestores respeitam isso mais que a gente tem respaldo. O MS não dá para a gente a segurança que os gestores acham que a gente tem.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resposta brasileira de enfrentamento da AIDS é mundialmente reconhecida como exemplo de sucesso. Este foi produto de uma construção coletiva, com efetiva participação da sociedade civil. Foi possível, através desta, obter um marco legal que garantisse uma série de direitos, movimento que nenhum agravo observou semelhante. Tal processo foi possível devido a um contexto de redemocratização e implantação/implementação do SUS. Os seus princípios e diretrizes foram essenciais na construção da política de AIDS, permitindo dizer que o programa de AIDS fosse um exemplo de sucesso no cumprimento de suas diretrizes.

Apesar deste histórico, hoje, no Estado do Rio de Janeiro, podemos observar um aumento da mortalidade por AIDS (Estado do Rio de Janeiro, 2010), assim como de casos. Isto evidencia, que, apesar dos inegáveis avanços na resposta à epidemia de AIDS, ainda há um longo percurso a trilhar.

A gestão é um desses percursos com longo caminho a trilhar, conforme foi possível observar a partir da pesquisa.

O Programa de AIDS possui particularidades em sua formação. A pressão de movimentos sociais organizados foi a mola propulsora para que o governo respondesse a uma doença da qual muito pouco se sabia. As únicas informações sobre ela impressionavam e logo ocuparam espaço na mídia. Matava rápido e era concentrada nos homossexuais. Seus casos estavam, e ainda estão, concentrados em São Paulo, sendo assim, como resposta a pressão de um grupo organizado de homossexuais, foi estruturado o primeiro Programa de AIDS em São Paulo. Este movimento se repetiu em onze estados antes de ser estruturado na esfera federal. Este início da política de AIDS trouxe traços muito peculiares. Um é a forte mobilização social. Outro, é que quando o

Ministério da Saúde estruturou o Programa, então Departamento de DST/AIDS, os estados já tinham uma ampla experiência na condução desta política pública. Sendo assim, inicialmente, o nível federal mantinha um constante diálogo com os estados e sociedade civil.

Posteriormente o Programa Nacional começou a ser conhecido mundialmente e mudou de postura em relação aos estados e OSC e passou a ter uma postura de protagonista na política de AIDS. Neste contexto as negociações com o Banco Mundial iniciaram, e, em 1994 foi assinado o primeiro acordo o AIDS I. Este teve como objetivo a consolidação do programa. Após o segundo acordo, em 1999, houve a descentralização do recurso através de convênios e em 2002 foi instituída a Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS a fim de dar maior sustentabilidade e maior alcance desta política. Atrelado a esta, foi instituído a PAM, inicialmente Plano de Ações e Metas, e depois Programação Anual de Metas.

Após dez anos de implantação da Política de Incentivo, a programação dos municípios apresenta pontos frágeis. Primeiramente, grande parte dos municípios qualificados não preenche o sistema, e o sistema, que tem como virtude dar transparência à gestão, acaba obscurecido. Este é um limite encontrado pela pesquisa realizada.

Um dos achados da pesquisa é que a maior parte dos municípios possui equipe multidisciplinar ou mais de duas áreas técnicas (53,4%), indo ao encontro ao que é preconizado para atendimento ao paciente multifacetado como o portador de AIDS. A maior parte dos profissionais está na área de assistência, o que vai **contra** ao resultado das entrevistas, onde percebeu-se que nenhum programa entrevistado possui profissionais nos programas na área de assistência.

A grande concentração de recursos em campanhas voltadas à população em geral parece não responder a atual epidemia, concentrada em algumas populações específicas, e o pouco incentivo voltado às parcerias com OSC, parece descontextualizada no histórico da AIDS. Reflete uma diminuição do diálogo com as OSC e afastamento do ator que já foi a mola propulsora das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da epidemia da AIDS.

A capacidade indutora de políticas da esfera federal, mas, principalmente da estadual fica evidenciada na ênfase em jovens em escolas e prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, pois sempre houve planos específicos voltados para estas ações programáticas.

A pesquisa trouxe a tona o baixo caráter estratégico das programações municipais.

Através da análise das programações dos municípios e das entrevistas é possível observar a fragilidade da análise de situação e de resposta. Este primeiro momento do planejamento estratégico é realizado pelos municípios com escassez de informações balanço do ano anterior, assim como descritos dados epidemiológicos, com a maioria desconsiderando os outros atores, com a exceção de um município. Não há identificação e análise de problemas, conforme era proposto por Matus.

As entrevistas evidenciam que no momento normativo, não há análise de cenários, e que ações são programadas desconsiderando as incertezas do contexto em que se encontram.

O momento estratégico está pouco presente na programação dos municípios. Alguns demonstraram criar, ou tentar criar, viabilidade às ações e metas, mas descolado da programação. Não há análise de viabilidade, considerando a governabilidade. Isto

muito devido a um contexto de baixa governabilidade vivenciada pelas coordenações de DST/AIDS.

A execução do plano é atravessada por inúmeras intercorrências, o fato das coordenadoras responderem por inúmeras atividades do Programa, que muitas vezes não são diretamente relacionadas à gestão, levam à "distração tática", que não só impedem de recalcular as ações de forma estratégica e as estas acabam sendo resultado de improvisações, conforme ressaltou Matus.

O sistema de prestação de contas é outro nó crítico encontrado. Há prestação de contas, no entanto, as coordenações não consideram suficientes, avaliam que deveria haver uma maior pressão para prestação de contas do município para que seja dada a devida transparência ao que é feito, ou não, e se sintam menos sozinha nesta batalha política para execução de uma programação.

A regionalização cooperativa foi visualizada apenas em uma entrevista, com a esfera estadual executando papel de coordenador deste espaço que conta com a participação de coordenadores e movimento social. As outras coordenações, com exceção de um município, relataram ter participado do Fórum, mas destacaram que não houve muitos resultados. O modelo de cooperação adotado em uma região deveria ser reproduzido nas outras regiões, tomando a esfera estadual, não apenas como articuladora, mas principalmente, coordenadora. Os municípios como A, que concentram grande parte dos casos de AIDS e que não acreditam no processo de regionalização, deveriam ser alvo de um trabalho específico, pois, considerando o seu porte, são fundamentais para o sucesso da resposta a AIDS do estado do Rio de Janeiro.

O nível estadual, segundo as entrevistas, obteve grande sucesso na indução de prioridades, este processo deveria ocorrer com maior assiduidade e abarcar maior quantidade de municípios.

Faz-se veemente a qualificação das programações de DST/AIDS através de capacitações em planejamento, mas, principalmente, a necessidade de fortalecer estas coordenações, que demonstram orgulho de participarem desta política de enfrentamento a AIDS e que precisam voltar a acreditar que podem fazer a diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA, 30 anos de epidemia de HIV/Aids no Brasil. Boletim ABIA, 2012. 58, 4-5.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS AIDS. Programas de DST/Aids e sociedade civil do estado de São Paulo divulgam carta contra fim de especificações de verbas contra a epidemia. Disponível em <http://www.agenciaaids.com.br/noticias/interna.php?id=19853>. Acesso em 31 de outubro de 2012.

PARKER R. Aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública – volume 16 suplemento 1- 2000

BARBOZA R, Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2006.

BASSO CR, O Programa Nacional de DST/Aids no SUS, In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L.D. (Orgs). O SUS em dez anos de desafio. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002. p.135-162.

BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

BRASIL, Boletim Epidemiológico de DST Aids de 2011.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Lei n.º 8080 de 19 de setembro de 1990. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

BRASIL. Ministério da Saúde – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Orientações para elaboração da Programação Anual de Metas - PAM 2012

BRASIL. Portaria n.º 373/GM Em 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as

responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Portaria nº 1.680/GM de 13 de agosto de 2004. Aprova normas relativas ao **Sistema de Monitoramento** da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 2.203/GM, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

BRASIL. Portaria nº 2.313/GM de 19 de dezembro de 2002. Institui Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

BRASIL. Portaria nº 2.314/GM de 20 de dezembro de 2002. Institui o Plano de Ações e Metas como instrumento da Política de Incentivo as ações de DST/Aids no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

BRASIL. Portaria nº 2.669/GM de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

BRASIL. Portaria nº **399**/GM de **22** de **fevereiro** de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL, 2012. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011).

BRITO I. Política de Incentivo. Apresentação no IV Encontro Nacional da RNP+Brasil realizada em agosto de 2011.

CAMARGO JUNIOR K; CHEQUER P. AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Ministério da Saúde, 2005

CARVALHO G. Dissecando o Financiamento da Vigilância em Saúde. Disponível em: www.idisa.org.br acessado em 29 de julho de 2013.

CECÍLIO LCO. (Org.), 1997. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec.

CONASS [homepage na internet]. [acesso em 15 nov 2011]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>

COSTA NR, SILVA PLB & RIBEIRO JM, 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*. 50:33-56.

D'AVILA S. Desafios para a Descentralização das Políticas e ações de enfrentamento ao HIV/AIDS. Apresentação realizada em Reunião da Macrossudeste. Rio de Janeiro, 2010.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Boletim Epidemiológico de DST/Aids de 2010.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Relatório da I Conferência Estadual de DST/Aids. 2003

GALVÃO J, 2000. Aids no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro: Editora 34.

GALVÃO, Jane. 1980-2001: Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil no Mundo – Coleção ABIA – Políticas Públicas, nº 2 – 2002

GIOVANELLA L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. de Saúde Coletiva*. 1991; 7(1), 26 – 44.

GRANGEIRO A et al. Análise da Política de Incentivo do Ministério da Saúde para a Resposta de Estados e Municípios à AIDS. Versão Preliminar. 2009.

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*. 2010; 4(2), 15-33.

GRANGEIRO A, Escuder MML, Castilho EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. *Cad. Saúde Pública*, 2011. 27(1): S114-S128.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage na internet]. Estimativa da População 2011. [acesso em 30 outubro 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

KERR L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

LIMA JC. Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em saúde pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003

LIMA LD. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Asensi FD; Pinheiro R (Orgs.). Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. P. 131-161.

MATOS EM. O Programa "Aliança para o Progresso": o discurso civilizador na imprensa e a educação profissional no Paraná – Brasil. Disponível em <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf>. Acesso em 06 de junho de 2012.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64

MATUS C. 1991. O plano como aposta. São Paulo em Perspectiva. 5:28-42.

MATUS C. 1996. Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados. São Paulo: Fundap.

MENDES EV. As redes de atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG/Autêntica Editora; 2009.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. tomo II.

MERHY EE 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In E Gallo (org.) Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.

OUVERNEY ALM & TEIXEIRA SMF, 2011. Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. São Paulo: FGV.

PARKER R. Introdução. In: Parker, R (org). Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Associação Interdisciplinar de Aids (Abia); 1997.

PARKER R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000.

PARKER, Richard – Divulgação em Saúde para o Debate – nº 27- 2003

PIMENTA C, RAXACH JC, JÚNIOR VT (orgs). Descentralização das políticas e ações em saúde: Impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Rio de Janeiro. ABIA, 2011.

PIRES DRF, Alguns Apontamentos sobre o Processo de Descentralização do Programa de Aids. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

RATTON C Milhares de pacientes poderão ser prejudicados com fim de portaria. *Diário do Litoral*, Santos, 05 de Nov. de 2012. <http://www.diariodolitoral.com.br/conteudo/105-milhares-de-pacientes-poderao-ser-prejudicados-com-fim-de-portaria>, acessado em 29 de julho de 2013.

RIVERA FJU, ARTMANN E, 2012. Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz.

RIVERA FJU, ARTMANN E. 2003. Planejamento e Gestão em Saúde, flexibilidade metodológica e agir comunicativo in Rivera FJU Análise estratégica em saúde e Gestão pela Escuta. Fiocruz, Rio de Janeiro.

RIVERA FJU, ARTMANN E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base na visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5), 2265-2274.

RIVERA FJU. Análise Estratégica em Saúde em Gestão pela Escuta, 2003. Fiocruz, Rio de Janeiro.

SILVA FLR, Os Programas Municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em saúde pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE INCENTIVO [homepage na internet]. PAM – Consulta a população em geral [acesso em 30 outubro 2011]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/incentivo>

SOUTO, MC Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em saúde pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003. Souza C. Governos e sociedades em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3), 431-442.

SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2010.

TAGLIETTA MFB, Avaliação da Implantação do Incentivo no Âmbito do programa Nacional de HIV/Aids e outras DST em dois Municípios do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissionalizante em saúde pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

TEIXEIRA CF (orgs), 2010. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: UFBA.

TEIXEIRA PR. Políticas Públicas em Aids. In: Parker, R (orgsT). Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Associação Interdisciplinar de Aids (Abia); 1997.

VIANA ALA, LIMA LD (orgs.) 2011. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa.

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista

Caracterização do Entrevistado

Região:
Profissão:
Trajetória na AIDS:
Anos como Coordenador:

Estrutura do Programa

Tamanho da Equipe:
Áreas Técnicas:
Formação:

Planejamento

Como é realizado:
Quem o elabora:
Quando é realizado:
Quais informações utilizadas
Há análise de informações? Como:
Há análise de problemas? Como
Há a definição de prioridades? Como:
Há análise de viabilidade política? Como:
Há algum tipo de análise prospectiva ou de cenários?

Monitoramento

Como é realizado:
Qual é a Periodicidade:

Prestação de Contas

Há prestação de Contas:
Quais itens compõem:
Como é realizado:

Para quem:

Periodicidade:

Articulação Interna no Município

Quem são os outros atores do município que são importantes para o enfrentamento das DST/AIDS:

Eles são incorporados na PAM? Como:

Há articulação com os outros planos da SMS? Como:

Articulação Intermunicipal

Há articulação intermunicipal? Como:

Como esta articulação é refletida na PAM do município?

Qual sua avaliação dos instrumentos de gestão da Política de Incentivo às DST/AIDS:

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Análise do sistema de planejamento e gestão das ações de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro como ferramenta estratégica” desenvolvida por **Sabrine Dias Losekann**, discente do Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Francisco Javier Uribe Rivera**.

O objetivo do estudo é: Avaliar o sistema de planejamento e gestão das ações de DST/AIDS como ferramenta de Gestão.

Caso concorde em participar da pesquisa, duas vias deverão ser assinadas e rubricadas, uma devendo ficar com o participante e outra arquivada com a pesquisadora.

Por que você está sendo convidado (a)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa porque coordena um Programa Municipal de DST/AIDS incluído na Política de Incentivo, recebendo recurso para financiamento das ações voltadas ao enfrentamento as DST/AIDS, assim como, por ser responsável pelo planejamento e monitoramento das ações relacionadas as DST/AIDS.

Sua participação é imprescindível, porém voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o processo de planejamento e prestação de contas, relacionados às ações de enfrentamento as DST/AIDS. Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material.

Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

Os dados serão armazenados por 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP, em arquivos digitais, com acesso somente da pesquisadora e seu orientador.

Benefícios e Riscos da pesquisa

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Os resultados podem ser utilizados para qualificação de ações para gestão da Política de Incentivo das ações de DST/AIDS.

Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, então o entrevistado correrá o risco de ser identificado através do contexto do município e da interpretação das falas. Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados serão divulgados em reunião com a Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, além da publicação de artigos científicos e da dissertação.

Caso haja alguma dúvida sobre a pesquisa, entrar em contato com os contatos abaixo citados.

Contato com o pesquisador responsável:

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 714, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210.

Telefone: (021)

E-mail: uribe@ensp.fiocruz.br

Contato com o CEP:

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210.

Telefone e fax: (021) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

