

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

FLAVIA LUCIA RIBEIRO SILVA

Os Programas Municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas?

Dissertação de Mestrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, subárea Planejamento e Gestão.

Orientadora: Elizabeth Artmann

Rio de Janeiro

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Flavia Lucia Ribeiro

Os Programas Municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? / Flavia Lucia Ribeiro Silva / Rio de Janeiro, 2006.

Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão

Área de concentração: Gestão e Planejamento de unidades e sistema de saúde

Orientadora: Elizabeth Artmann

Palavra Chave: Planejamento Estratégico situacional, descentralização, Aids

Dedicatória

À minha querida orientadora, Elizabeth Artmann, por todo carinho, calma e inspiração.

À minha família querida, pelo total estímulo, apoio e compreensão.

À Fátima Rocha, pela grande força.

A Bernardo Dantas, a minha Música.

Resumo

Este trabalho apresenta um estudo intitulado “Os Programas Municipais de DST/Aids da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas?”. O estudo tem como objetivo geral avaliar o grau de cumprimento das metas dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids, isto é, Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo, referente ao ano de 2005; e identificar as variáveis que dificultam e que facilitam a este cumprimento.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevista com os Coordenadores, análise documental dos Planos de Ações e Metas e consulta ao preenchimento do sistema de monitoramento do sistema do incentivo.

Para análise dos resultados utilizamos métodos de análise qualitativa e ferramentas do planejamento estratégico situacional. O problema caracterizado foi o não cumprimento dos PAM. Constatamos ao longo do estudo que nenhum PAM foi integralmente executado. As causas a este não cumprimento são bastante parecidas entre os municípios, mas estes também possuem especificidades.

Foi construída uma rede de causalidade, a partir dos resultados encontrados e apresentamos propostas de ações para o enfrentamento da situação.

O estudo conclui que a descentralização ainda recente mostra que a rede de serviços ainda não está preparada, exigindo ações que promovam tanto maior conhecimento desta política quanto mecanismos que agilizem os processos no interior. A integração com os outros programas, com a formação de parcerias, contribuirá no cumprimento de seu papel de garantir assistência, promoção à saúde e qualidade de vida a seus usuários.

Abstract

This work intitled "The Municipal Programs of STD/Aids of the Region Metropolitan II: the goals are being fulfilled". The general objective of the study is to evaluate the degree of fulfilment of the goals of the Programs of STD/Aids of the cities of the Region Metropolitan 2 of the State of Rio De Janeiro qualified to the resource of the Incentive in the Scope of the National Program of DST/Aids, that is, Itaboraí, Maricá, Niterói and São Gonçalo, referring to the year of 2005; and to identify the variables that make it difficult and facilitate to this fulfillment.

The research was made by interviews with the Coordinators, documentary analysis of the Plans of Action and Goals (PAG) and consults to the fulfilling of the system of monitoring of the system of the incentive.

For analysis of the results we use methods of qualitative analysis and tools of the situational strategical planning. The characterized problem was the no fulfilment of the PAG. We evidence that no PAG integrally was executed. The causes to this no fulfilment sufficiently are seemed between the cities, but these also possess particularities.

A net of causes was constructed, from the joined results and presents proposals of action for the confrontation of the situation.

The study it still concludes that the decentralization recent shows that the net of services is still not prepared, demanding actions that promote bigger knowledge of this politics and mechanisms that speed the processes in the interior. The integration with the other programs, with the formation of partnerships, will contribute in the fulfilment of its role to guarantee assistance, promotion to the health and quality of life for its users.

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	4
Lista de abreviaturas e sigla	7
Lista de figuras	8
I – Introdução	9
1.1 - A situação atual da Aids e contextualização da Política do Incentivo no Programa Nacional de DST/Aids	9
II – Objetivos	16
2.1 - Objetivo Geral	16
2.2 – Objetivos Específicos	16
III - Estratégia Metodológica	17
IV - Considerações Éticas	19
V - O Estado do Rio de Janeiro e a Política de Incentivo	20
VI - A Região Metropolitana II e a Política do Incentivo	22
VII – Referencial Teórico	24
VIII – Resultados do Estudo	34
8.1 - Perfil dos Coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids	34
8.2 - Equipes dos Programas Municipais de DST/Aids	36
8.3 - Os Planos de ações e Metas e seu cumprimento	38
8.3.1 - PAM de Itaboraí	39
8.3.2 - PAM de Maricá	40
8.3.3 -PAM de Niterói	41

8.3.4 - PAM de São Gonçalo	42
8.4 - Rede explicativa e propostas de ação para os PAM da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	44
IX - Discussão dos Resultados, Comentários e desafios à proposta	90
X - Considerações Finais	96
XI - Referências bibliográficas	98
ANEXOS	101
Anexo 1 – Questionário para os Coordenadores/Profissionais da Equipe dos Programas Municipais de DST/Aids	101
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores/Profissionais da Equipe do Programa de DST/Aids	105
Anexo 3 - Metas do PAM de Itaboraí e Cumprimento	107
Anexo 4 - Metas do PAM de Maricá e Cumprimento	109
Anexo 5 - Metas do PAM de Niterói e Cumprimento	110
Anexo 6 - Metas do PAM de São Gonçalo e Cumprimento	113

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

CIDE – Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro

FNS – Fundo Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSC – Organização de Sociedade Civil

PAM – Plano de Ações e Metas

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PM DST/Aids – Programa Municipal de DST/Aids

PN DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids

SICEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SI-CTA – Sistema Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS

SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação de Municípios do Estado do Rio de Janeiro Qualificados ao Incentivo no Âmbito da Política Nacional de DST/Aids

I – Introdução

1.1 - A situação atual da Aids e contextualização da Política do Incentivo no Programa Nacional de DST/Aids

A Aids foi identificada pela primeira vez no Brasil, em 1980. Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e ao Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do País. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os estados, a epidemia da Aids não se distribuiu de forma homogênea, observando-se a maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil. Na década de 90, a epidemia se expandiu do litoral sudeste para as regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte (Ministério da Saúde, 2000).

Segundo o mesmo documento do Ministério da Saúde (2000), no que tange ao perfil populacional da Aids, na década de 80, 71% dos casos notificados no Brasil eram referentes a homo/bissexuais masculinos. Progressivamente, observou-se a redução da participação dessa subcategoria de exposição que, em 1999/2000, é de 22%. Essa tendência pode ser observada em todas as regiões do Brasil. Este aumento de casos por via heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença.

Atualmente, no Brasil, o processo de difusão da epidemia de Aids é marcado por intensidade e velocidade bastante distintas nas diferentes regiões do país e extratos populacionais. Segundo Szwacwald *et al*, (2000), a epidemia vem acometendo a população

dos municípios pequenos, em geral, de menor status sócio-econômico, caracterizando o processo de “pauperização” que a epidemia vem experimentando.

Num estudo mais recente de Szwacwald (2001), aponta-se que o Estado do Rio de Janeiro não foge dessa realidade. Cada vez mais pessoas das áreas empobrecidas do Município do Rio de Janeiro são atingidas, sendo afetadas mais intensamente as mulheres.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro (2004), a maior concentração de casos permanece na Região Metropolitana (I e II), no entanto, a velocidade de crescimento das taxas de incidência do Estado aponta para as regiões Norte Fluminense, Noroeste e Centro-Sul Fluminense, caracterizando a interiorização da epidemia.

O Ministério da Saúde com a portaria n.º 2313, de 19 de dezembro de 2002 institui o recurso do Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Considerando as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado entre os três níveis de gestão do SUS e a necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia.

Diferente da modalidade de convênio¹, o repasse dos recursos do Incentivo é realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, em conta específica, aberta automaticamente pelo FNS, e em duodécimos, estando estes recursos transferidos pelo FNS sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde.

A continuidade/melhoria do padrão de qualidade e de resultados do Programa e os mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas de saúde, entre os quais o de incentivo, exigem a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais. O fortalecimento das funções de formulação, regulação, avaliação e controle dos órgãos federais de coordenação da Política Nacional de DST e Aids e a descentralização de ações para os estados, Distrito Federal e municípios, confere a esta Política a necessária sustentabilidade.

Todos os Estados foram automaticamente selecionados para o recebimento deste recurso. Para os municípios e Distrito Federal foram utilizados os seguintes critérios de

¹ No Brasil, durante oito anos, no período entre 1994 e 2002, o processo de descentralização das ações de DST e Aids para estados, Distrito Federal e municípios, foi financiado por meio de convênios celebrados com o Ministério da Saúde, vinculados a recursos externos oriundos de Acordos de Empréstimo firmados entre o Governo Federal e o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) – Projetos AIDS I e II.

Ao final do Projeto AIDS II (2002), possuíam convênio com o Ministério da Saúde, 26 estados, o Distrito Federal e mais 150 municípios.

qualificação: a magnitude da epidemia no respectivo território; a capacidade de planejamento das ações em HIV/Aids e outras DST pelas instâncias estaduais e municipais do SUS (vide anexo); o estabelecimento de metas adequadas e coerentes com as características da epidemia da Aids no respectivo território; e os processos de descentralização e regionalização implementados com base na NOB/96² e na NOAS/02.³

Com relação ao critério da magnitude da epidemia no respectivo território, a partir do estudo de indicadores epidemiológicos desenvolvido pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN DST), foram considerados o número de casos de Aids registrados no período de 1988 a 2000 e o comportamento da epidemia no período mais recente de 1991 a 1998, no tocante à velocidade de crescimento da epidemia e da incidência acumulada. Com relação à capacidade de planejamento das ações em HIV/Aids e outras DST pelas instâncias estaduais e municipais do SUS, considerou-se ter um técnico(s), ou grupo técnico, responsável(is) especificamente pelo planejamento e gerenciamento das ações estratégicas em HIV/Aids e outras DST, a ser(em) designado(s) por ato normativo do gestor de saúde local. Quanto ao estabelecimento de metas adequadas e coerentes com as características da epidemia da Aids no respectivo território, exigiu-se um Plano de Ações e Metas (PAM). O último critério relacionado aos processos de descentralização e regionalização implementados com base na NOB/96 e na NOAS/02, considera o

² NOB/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, instrumento de regulação do SUS, que consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal de função de gestor da atenção à saúde.

³ NOAS/02: Norma Operacional de Assistência à Saúde, instrumento de regulação do SUS que procurou estruturar estratégias que transferiam o foco da descentralização por municipalização para regionalização.

compromisso de pactuação expressa, com intermediação do Gestor Estadual, entre o município que recebe o Incentivo e os municípios que referenciam demanda, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a NOAS/02 e compromisso em aplicar recursos próprios para as ações em HIV/Aids e outras DST.

As responsabilidades assumidas pelos estados, Distrito Federal e municípios devem constar num Plano de Ações e Metas (PAM), que tem como período de execução 12 (doze) meses elaborado com a efetiva participação da sociedade civil, devendo estar de acordo com as características e complexidade da epidemia no seu território.

As responsabilidades pactuadas com os municípios, candidatos ao Incentivo, devem, referir-se à sua população, podendo incluir um conjunto de municípios que demanda os seus serviços, de acordo com as diretrizes de descentralização da NOAS/02, que preconizam a constituição de regiões e microrregiões funcionais de saúde, relacionando-se ainda com a capacitação institucional e a capacidade instalada de serviços.

Para a qualificação ao recebimento do recurso do Incentivo foram selecionados 411 municípios, os 26 Estados e o Distrito Federal, que representavam 95% dos casos notificados no País (Portaria n.º 2313, 2002). Atualmente, 429 municípios estão qualificados.

O Estado do Rio de Janeiro teve 33 dos seus 92 municípios qualificados. Teresópolis foi o último município, qualificando-se em setembro de 2004.

Assim, conforme observamos, a Aids é um problema de saúde pública no país, que necessita de medidas estratégicas específicas cada vez mais descentralizadas. Estas medidas devem ser operacionalizadas por meio de metas e ações planejadas pelos gestores de saúde. Para tal, estas ações e metas propostas devem ser planejadas e cumpridas conforme

previstas. O não cumprimento deve ser adequadamente justificado ao lado da busca de condições para o efetivo alcance das metas.

Com relação ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids, foi formalizado um Sistema de Monitoramento, instituído pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004, de forma obrigatória, com periodicidades definidas para as informações, o que permite acompanhamento da execução dos PAM e com a clara definição de penalidades para os casos de não cumprimento e/ou não alcance do que fora proposto no respectivo PAM do estado, Distrito Federal ou município. São cinco os eixos a serem monitorados:

1. O cumprimento das metas;
2. o acompanhamento de indicadores elaborados pelo Programa Nacional de DST/Aids;
3. o acompanhamento financeiro;
4. o acompanhamento das parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSC); e
5. o cumprimento das pactuações de medicamentos de DST, IO e preservativos masculinos 52 mm.

Este estudo objetiva vislumbrar o contexto dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids no que tange ao cumprimento de suas metas propostas.

Esperamos contribuir para a melhor compreensão do processo de execução das ações em saúde no campo das DST/Aids, a partir do objeto estudado, ou seja, as coordenações municipais de DST/Aids qualificadas ao recurso do Incentivo e selecionadas para este estudo. Embora o estudo seja relativo aos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo, acreditamos que algumas conclusões possam ser estendidas, ou pelo menos servirem como referência aos demais Programas de Saúde do Sistema Único de Saúde, desde que devidamente contextualizadas.

II - Objetivos

2.1 - Objetivo Geral:

- Avaliar o grau de cumprimento das metas dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids e identificar as variáveis que dificultam e que facilitam a este cumprimento.

2.1 - Objetivos Específicos:

1. Identificar/discutir o perfil dos Coordenadores dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids;
2. Verificar se o perfil das equipes gerenciais dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids segundo os seus Coordenadores é adequado para o cumprimento do PAM;
3. Analisar o cumprimento do Plano de Ações e Metas dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids;
4. Identificar variáveis de contexto (desafios/limites e/ou dificuldades e facilidades) no cumprimento das metas dos Programas de DST/Aids dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids;
5. Contribuir com uma proposta de intervenção que facilite o cumprimento das metas.

III - Estratégia Metodológica

Este estudo abrange o período de 2004 a 2005 referentes aos exercícios dos segundos Planos de Ações e Metas (PAM) dos quatro municípios qualificados à Política do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo.

O universo da pesquisa foi constituído pelos Coordenadores (gerentes) dos Programas de DST/Aids selecionados, já que estes atores acabam definindo as diretrizes de seus programas de modo a planejarem as atividades gerenciais, as atividades de prevenção e as de assistência à saúde.

A seleção deu-se pela heterogeneidade da região, trazendo riqueza ao estudo, e pela facilidade de acesso à pesquisadora.

Assim para o cumprimento dos objetivos propostos no estudo, recorreremos a várias técnicas de pesquisa, como relatamos, a seguir:

- Para o alcance do primeiro objetivo, isto é, identificar/discutir a formação do Coordenador dos Programas de DST/Aids, foram realizadas entrevistas com os próprios coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids;

- Para o alcance do segundo objetivo, isto é, verificar o perfil das equipes gerencias dos Programas de DST/Aids, foram realizadas entrevistas com os Coordenadores e análise documental dos Planos de Ações e Metas (PAM);

- Para o alcance do terceiro, ou seja, analisar o cumprimento do Plano de Ações e Metas dos Programas de DST/Aids, foram realizadas entrevistas com os Coordenadores,

análise documental dos PAM e consulta ao preenchimento do sistema de monitoramento do sistema do incentivo.

- Para o quarto e quinto objetivos, ou seja, identificar variáveis de contexto (desafios/limites e/ou dificuldades e facilidades) no cumprimento das metas dos Programas de DST/Aids e contribuir com uma proposta de intervenção que facilite o cumprimento das metas, foram realizadas entrevistas com os próprios coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids, análise documental dos PAM e consulta ao preenchimento do sistema de monitoramento do sistema do incentivo. Aliados a isto, utilizamos o PES, na versão adaptada de Artmann (2000) de simplificação deste método para o nível local com devido cuidado para não torná-lo simples a ponto de perda na abordagem global e estratégica dos problemas. No item Explicação e propostas de ação para o não cumprimento dos Planos de ações e Metas dos municípios qualificados ao Incentivo da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, esta estratégia está mais detalhada.

A partir dos dados e informações levantadas e das diferentes estratégias metodológicas acima referidas, foi construída uma rede explicativa com as principais causas relacionadas ao baixo cumprimento das metas dos PAM, visando recomendações para o desenho de uma proposta de intervenção.

É importante ressaltar que o estudo não permite generalizações de forma mecânica para outros municípios, o que não impede que as conclusões deste estudo estendam-se a outras realidades, guardadas as especificidades ou diferenças situacionais de cada uma.

Outra limitação refere-se à complexidade do contexto sócio-político do problema que não pode ser apreendido e esgotado totalmente pelas variáveis selecionadas neste estudo.

IV - Considerações Éticas

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, considerou-se, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, o total respeito ao anonimato e confidencialidade bem como o uso ético dos dados que serão divulgados somente através de artigos científicos considerando os benefícios do estudo para a saúde da população. Esclareceu-se antecipadamente a todas as pessoas entrevistadas, sobre o que se pretendia no sentido de conseguir-se deles o pleno, prévio e livres consentimentos. Foi utilizado o termo de livre consentimento assinado por todos eles. Garantimos o tratamento objetivo, cuidadoso, escrupuloso e responsável dos dados.

V - O Estado do Rio de Janeiro e a Política de Incentivo

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (2001), o Estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios, distribuídos em 9 regiões, mas apenas 33 municípios estão qualificados ao recebimento do recurso do incentivo, estando todas as regiões contempladas:

Metropolitana I: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Nilópolis, Nova Iguaçu. Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti,

Metropolitana II: Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo

Baía da Ilha Grande: Angra dos Reis

Médio Paraíba: Barra do Piraí, Barra Mansa, Paracambi, Resende, Valença, Volta Redonda

Centro-Sul: Três Rios, Vassouras

Serrana: Nova Friburgo, Petrópolis, Teresópolis

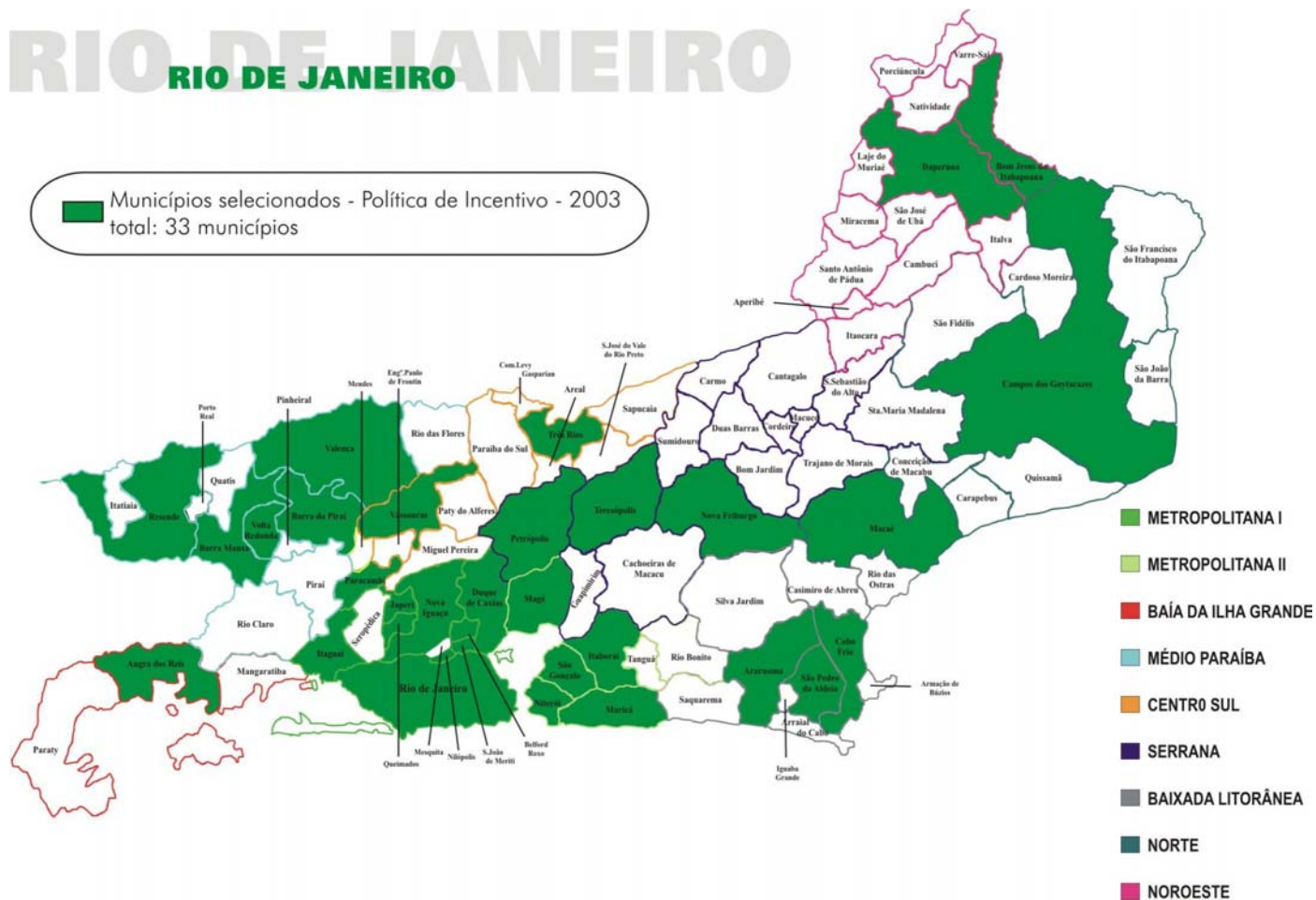
Baixada Litorânea: Araruama, Cabo Frio, São Pedro da Aldeia

Norte: Campos dos Goytacazes e Macaé

Noroeste: Bom Jesus de Itabapoana e Itaperuna

De toda sorte, estes municípios representam cerca de 90% dos casos notificados do Estado (Boletim Epidemiológico do Estado do Rio de Janeiro – 2003). Portanto a política do incentivo contempla 90% da magnitude da epidemia no Estado.

Figura 1 – Relação de Municípios do Estado do Rio de Janeiro Qualificados ao Incentivo no Âmbito da Política Nacional de DST/Aids



VI - A Região Metropolitana II e a Política do Incentivo

Os noventa e dois municípios do Estado do Rio de Janeiro têm uma população estimada em 15.383.422 habitantes (segundo estimativa do IBGE, 2005). Estes municípios estão divididos em oito regiões geográficas, pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento.

No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, utiliza-se basicamente a mesma divisão geográfica, com pequenas adaptações para atender aos fluxos já existentes de necessidade de atenção à saúde, muitas vezes definido pela própria população. Assim, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, devido ao grande contingente populacional, capacidade instalada e acesso, foi subdividida em duas: Metropolitana I e Metropolitana II. (Plano Diretor de Regionalização, 2001). Esta é a divisão que optamos neste trabalho.

A Região Metropolitana II é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, sendo que 12,03% da população estadual reside nesta região, o que significa 1.851.647 habitantes (IBGE, 2005).

Têm-se, como pólo para a alta complexidade na Região, os municípios de Niterói (Pólo para TRS, hemoterapia e oncologia) e São Gonçalo (Pólo para cirurgia cardíaca, TRS e hemoterapia).

O mecanismo de regulação regional é feito, assim como nas demais regiões, por meio de uma Central de Regulação, localizada em Niterói.

As prioridades estratégicas da Região são: Sistema de Informação para a Gestão, integração com os municípios na área de saúde, Saúde da Família, modernização da gestão

de unidades de saúde e Auditoria, Acompanhamento e Avaliação da Qualidade SUS/RJ (Plano Diretor de Regionalização, 2001).

No que refere-se ao atendimento do HIV/Aids, os municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo por serem qualificados ao recurso do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST/Aids, são as referências para a região, sendo Niterói e São Gonçalo as principais referências.

Assim como na esfera nacional, estes municípios já estão no terceiro ano de política e recebem, em conjunto um total de R\$ 986.346,82 por ano: Itaboraí e Maricá recebem cada um R\$75.000,00, Niterói, R\$420.331,33 e São Gonçalo, R\$416.015,49, representando 19.95% do total orçado aos municípios do Estado, ou seja, R\$4.942.651,92.

VII – Referencial Teórico

A procura da melhoria do nível de saúde remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis para produzir serviços de saúde. Em qualquer país, o desafio consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, tentando eliminar os desequilíbrios geográficos, numéricos, organizacionais (Dussault, 1992).

Mintzberg (1979) afirma que qualquer organização pode ser descrita como constituída por operadores que produzem bens e serviços, de um centro de decisão; gerentes, mais numerosos à medida que a organização cresce; especialistas, técnicos ou especialistas, se for necessário que planejam o trabalho dos operadores, de pessoal de apoio. Este autor define como organização profissional, a organização que depende das padronizações das habilidades e não dos processos de trabalho, a atração para profissionalizar é a que domina: a organização profissional depende de profissionais treinados. Para este mesmo autor, a estrutura de uma organização é conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho. Dussault (1992) cita como variáveis determinantes das estruturas organizacionais: o grau de especialização das funções, da formalização do comportamento; o tipo de treinamento necessário; o tipo de agrupamento de unidades, tipo de mecanismos de ligação entre as unidades, de sistema de planejamento e de controle; e o grau de centralização da tomada de decisão.

O Programa DST/Aids faz parte de um tipo de organização de saúde profissional que tem seu traço forte na autonomia dos profissionais. O coordenador é um gerente. O gerente do programa tem de planejar ações com recursos limitados. Neste caso específico,

os municípios com programas de DST/Aids qualificados ao recurso do incentivo, este planejamento é formalizado num Plano de Ações e Metas.

Segundo Mintzberg (1979), as organizações de serviços públicos dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização. As organizações públicas podem ter autonomia nas decisões referentes à sua missão, mas inicialmente, seu mandato vem do Governo, seus objetivos, pelo menos os gerais, são fixados por uma autoridade externa, de forma que as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política. Os Programas Municipais de DST/Aids são um bom exemplo prático desta questão, já que a autonomia de suas equipes varia e sofre influências conforme contexto político local.

Por outro lado, a gestão nas organizações de serviços de saúde tem de ser orientada para o ambiente e adaptar-se às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, o que exige flexibilidade, diferente de uma gestão burocrática, que não pode fazer isso. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades dos usuários (Mintzberg,1979). Segundo a OPS/OMS (1992), gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos físicos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

Neste contexto, o gerente de saúde precisa ter capacidade intelectual e interpessoal, além de formação técnica, que permita enfrentar um ambiente complexo, variável e cheio de limitações. A capacidade intelectual inclui a capacidade de identificar e analisar os problemas de sua organização, conseqüentemente, de planejar. Além de

Flavia Lucia Ribeiro Silva

planejar, uma outra capacidade importante ao gerente de saúde é a adaptação, isto é, de ajustar suas decisões e ações a um contexto particular (Whithley, 1989 apud Dussault, 1992). Segundo Matus, planejamento é o processamento dos problemas criativos e a programação das atividades pertinente aos problemas normatizados.

Segundo Matus (1994) apud Rivera e Artmann (1999), é inerente a um sistema de gestão descentralizada a definição de objetivos a partir de problemas colocados fora e dentro da organização. Gerir consiste para Matus (1994) em saber distribuir bem os problemas pela organização de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com os problemas de alto valor relativo, isto reflete a necessidade de atualização do diagnóstico situacional.

Para Matus, (1997), um governo não pode ser melhor que sua seleção de problemas. A seleção de problemas e seu processamento técnico-político não podem, por sua vez, ser melhores que o sistema de planejamento que os gera e alimenta. O sistema de planejamento não pode ser melhor de que permitem as regras de governabilidade e de responsabilidade do jogo organizacional. Essas duas regras determinam o grau de descentralização e de responsabilidade de uma organização.

O planejamento estratégico situacional (PES) em saúde que surge, em meados da década de 70, como a tentativa de reconhecer a complexidade ao introduzir idéias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do ato de planejar (Rivera, 2003), vem sendo crescentemente utilizado no campo da saúde (Artmann, 1997), e parte do reconhecimento da complexidade da realidade social, onde os problemas se apresentando de maneira geral não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total nas variáveis que estão envolvidas na situação. Segundo, Rezende Borelli (2004), é justamente a partir dessa falta de controle

Flavia Lucia Ribeiro Silva

e conhecimento objetivo sobre as variáveis da situação que se estrutura o conceito de situação no PES. Para MATUS (1996), devemos entender a realidade sob vários pontos de vista pelo simples fato de os processos sociais apresentarem conflitos. Entender um fenômeno, longe de se resumir a uma somatória de dados é entender o modo como os dados adquirem significado segundo a visão dos atores e seus preconceitos e por que não dizer, segundo seus próprios interesses, e o de outros atores envolvidos. Para cada ator envolvido, o autor afirma que a situação assume um contorno diferente. Baseando-se em Matus (1987, apud Artmann 2000), a contribuição do conceito de situação seria:

- Não há significado objetivo, completo, fora da situação, 'O significado não existe fora da situação' A situação complementa os discursos verbais e a linguagem complementa a situação conferindo a ela significado. Nenhum discurso pode ser apreendido fora de um contexto concreto.

- As idéias de cada ator são formadas a partir das circunstâncias que o envolvem. As opiniões não são neutras mas contaminadas pelo contexto, e cada ator busca impor suas idéias como corretas, estabelecendo um monólogo desconsiderando a existência de outros atores e suas respectivas circunstâncias e idéias. Por isso, é importante admitir outros relatos da realidade e dialogar no contexto Situacional. Um diagnóstico tradicional é sempre um monólogo. Cada Programa Municipal de DST/Aids tem uma realidade, uma situação específica, exigindo o diálogo situacional.

MATUS (1996) afirma que uma explicação depende de quem a explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica.

Por fim, o autor demonstra que por mais que tentemos prever o ponto de vista dos outros atores envolvidos na situação estaremos sempre nos deparando com o fato de que cada um atribui valor diferenciado aos assuntos enfocados. A previsão da atitude de

determinado ator estará quase sempre baseada no valor que este atribui ao objeto de discussão, quando, por inúmeros motivos o valor que o outro atribui pode ser de grandeza e natureza totalmente diversas. Daí a dificuldade de generalizar o estudo para outras realidades, embora seus resultados tragam reflexões que podem ser esclarecedoras em diferentes situações.

Matus (1993) utilizou as noções de problemas bem estruturados, quase estruturados e mal estruturados. Os primeiros são os que podem ser tratados segundo modelos determinísticos de análise. Os outros dois só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas. Em função de tal complexidade, o método do PES se apóia em um enfoque teórico bastante consistente, destacando-se: (1) o conceito de situação e de explicação situacional, onde situação é um recorte problemático da realidade feito por um ator em função de seu projeto de ação e é constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações, e pelas estruturas econômica, política, ideológica, social, etc. (2) a Teoria da Produção social (3) o conceito de momento, formulado para superar a idéia 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. (4) Teoria das Macroorganizações (Artmann, 1997).

Nos apoiaremos, principalmente no momento explicativo, para discutirmos as questões referentes ao nosso problema pesquisa.

O Programa de DST/Aids, desde a década de 90, vem passando por um processo de descentralização, o qual abordaremos mais profundamente a seguir. A descentralização refere-se à difusão do poder de tomada de decisões. Quando todo o poder reside em um único ponto da organização, sua estrutura é chamada de centralizada, na medida em que o

Flavia Lucia Ribeiro Silva

poder é dispersado entre muitos indivíduos chama-se de relativamente descentralizada. Descentralização vertical é a delegação de poder formal pela hierarquia até os gerentes de linha. Descentralização horizontal é quando o poder formal ou informal é dispersado fora da linha hierárquica para os não-gerentes (Mintzberg1979). Este autor neste mesmo artigo, refere que quanto maior o controle externo sobre uma organização, mais centralizada e mais formalizada é sua estrutura.

O triângulo de ferro do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1994) pode ajudar a compreender uma organização. Os três vértices representam os principais subsistemas de um sistema de direção estratégica: a Agenda do Dirigente, que exige concentração no que é estratégico, a Gerência por Operações e o Sistema de Petição e Prestação de Contas. O autor defende que a pouca responsabilidade gera uma tendência no sentido da centralização e da baixa governabilidade. A falta de prestação de contas leva o dirigente a não organizar a sua agenda e modo a priorizar problemas de alto valor relativo. Desta maneira, sua agenda acumula todo tipo de problemas, inclusive os que poderiam ser processados por um nível mais descentralizado. Como conseqüência da não transferência/delegação dos problemas pertinentes, a centralização do poder e a baixa governabilidade nos níveis mais descentralizados (falta de poder e autonomia decisória).

Matus afirma ainda a importância do equilíbrio entre centralização e descentralização. Alguns problemas podem ser melhor abordados no nível central e outros de forma descentralizada. O mesmo problema pode ser enfrentado em diferentes níveis mais ou menos centralizados

Numa abordagem de descentralização mais macro, o processo de descentralização na área de saúde ganhou contornos definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei 8.142 de 28 e

dezembro de 1990), embora seja um movimento que começou a se estruturar desde a década de 80.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos 90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualista” desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a “municipalização” a se constituir como eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá et al, 2003). Assim, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada a sua competência constitucional para prestar serviços e atendimento à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, (Constituição Federal, art., 30, VII)

A primeira norma operacional, NOB nº 01/1991 instituiu a transferência de recursos diretamente da União para os municípios. Seguiu-se a NOB01/1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a reorganização dos serviços de saúde. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, teve como lema a municipalização é o caminho” o que marcou fortemente as normas operacionais subsequentes, especialmente a NOB 01/93, que institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando um sistema decisório compartilhado pelas diferentes esferas federativas, ademais de impulsionar a municipalização através das habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena. A NOB01/96 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal de função de gestor da atenção à saúde. Por fim, instituiu-se a Norma Operacional da Assistência, a NOAS SUS 01/2002, que procurou estruturar estratégias que transferiram o foco da descentralização por municipalização para regionalização (Mendes, 2004).

Em relação ao processo de descentralização do Programa de DST/Aids, a partir da década de 90, o Programa Nacional de DST/AIDS firmou empréstimos junto ao do Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) como uma estratégia para o impulsionar/ampliar ações que permitissem o controle da infecção pelo HIV no país. O Governo Brasileiro consolidou 3 Acordos de Empréstimos junto ao Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD):

- a) o 1º Acordo – Projeto AIDS I (1994-1998) , com um volume de recursos de R\$ 160 milhões, e com contrapartida nacional de U\$ 90 milhões;
- b) o 2º Acordo – Projeto AIDS II (1998-2002), com um aporte de recursos financeiros de U\$ 165 milhões , e com contrapartida nacional de U\$ 135 milhões;
- c) o 3º Acordo de Empréstimo – Projeto AIDS III(2002-2006), com um total de recursos previstos de U\$ 100 milhões e com contrapartida de U\$ 100 milhões do governo federal.

Os recursos oriundos do Acordo também possibilitaram que os estados da federação, e municípios com maiores taxas de incidência de aids, acesassem os recursos, através do estabelecimento de convênios junto ao Ministério da Saúde.

Os Projeto AIDS I e AIDS II foram conduzidos no contexto de discussão e implementação das NOB SUS 93 e NOB SUS-96. Mas o período de execução dos dois Projetos é de 1998 a 2002. O Projeto AIDS II é conduzido num momento de radicalização do processo de descentralização do sistema com ênfase na municipalização, instabilidade das fontes de financiamento, criação de instâncias de pactuação entre os gestores, assunção de responsabilidades pelos gestores do sistema, principalmente municípios pela prestação de serviços e maior autonomia financeira de acordo com a modalidade de gestão e grande capacidade de indução através do financiamento pelo Ministério da Saúde.

Se por um lado, o Programa Nacional de DST/AIDS, traçando macro estratégias para a política nacional de controle da epidemia de dst/aids no país, na qual, os Acordos de Empréstimos, e conseqüentemente a sua programação traduzida nos Projetos AIDS I e Aids II, assumem grande relevância, por outro, há um movimento mais geral no setor saúde caracterizado por um determinado processo de descentralização, a partir da adesão a distintas modalidades de gestão do sistema, com respectivas responsabilizações na organização dos serviços. Podemos dizer que a descentralização do Programa de DST/AIDS foi mais tardia.

Atualmente, com a política do incentivo, percebe-se um movimento de regionalização importante. Para Dawson (1964) apud Artmann e Rivera (2003), regionalização é um esquema de implantação racional dos serviços de saúde, organizados segundo uma distribuição hierárquica na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente. Para Hilhorst (1975), a regionalização obedece a alguns critérios: região homogênea, região polarizada e região de planejamento. No caso da região homogênea, estaria baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas. No segundo caso, a região corresponderia a uma área geográfica influenciada por um pólo de desenvolvimento econômico, representado, por exemplo, por uma empresa ou um centro urbano. A região de planejamento se baseia na aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. Região é definida como base na intencionalidade da autoridade política, que afirma uma compreensão de território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do estado ou de políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

No caso dos Programas de DST/Aids, os municípios qualificados ao incentivo além de atenderem a sua própria população, acabam sendo referência aos municípios de sua região que não possuem este tipo de atenção, por meio de critérios político-administrativos instrumentalizados nos Planos de Ações e Metas.

VIII – Resultados do Estudo

Estes resultados foram obtidos a partir das entrevistas com roteiro semi-estruturado com os coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids, da análise documental dos PAM e da consulta ao preenchimento do sistema de monitoramento do sistema do incentivo.

8.1 - Perfil dos Coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids:

Observou-se que dentro do conjunto estudado de municípios com Programas de DST/Aids qualificados ao Incentivo, não existe um padrão de perfil gerencial. Cada coordenador (gerente) tem uma formação pessoal e singular, além de diferentes experiências e trajetórias profissionais. Estas diferentes formações não ferem a portaria [Portaria nº 2.313 de 19/12/2002](#), já que esta não exige uma formação específica, mas exige um compromisso do município em exercer as ações nas diversas áreas de atuação em [DST/Aids](#).

Quanto à formação profissional, os perfis são os mais variados: um é médico, tendo realizado curso de pós-graduação em gestão de unidades básicas de saúde; um com curso superior incompleto, logo, sem especialização em gestão; um é assistente social, não tendo feito nenhuma pós-graduação em gestão, embora tenha feito um curso de atualização em gestão oferecido pelo Programa Nacional de DST/Aids (44 horas); e um é biólogo, possui pós-graduação em educação em DST/Aids, sem formação em gestão.

Quanto à experiência profissional em gestão e em DST/Aids, o coordenador que possui maior tempo de programa, está há cinco anos na gerência, seguido de outro que está há quase três anos, embora tenha trabalhado na assistência em DST/Aids durante 7 anos. Um gerente está há apenas seis meses, sem experiência prévia neste campo gerencial, embora tenha experiência no campo da educação em saúde. Por fim, o último que está nesta função de gerência há 9 meses, embora tenha integrado o corpo do laboratório de DST/Aids do programa por cinco anos.

Em suma, percebe-se que não há um padrão de perfil profissional. Há profissionais desde o nível superior incompleto, profissionais com especialização em gestão, com diferentes tempos de experiência profissional no campo das DST/Aids e na gestão de programa.

Embora não haja exigências, dois gerentes referiram estar insatisfeitos com suas formações profissionais, não achando suficientemente adequada sua formação e experiência profissionais para gerir os programas. Eles referiram a necessidade de ampliar seus conhecimentos gestão, de instrumentalizar com ferramentas de planejamento as suas gerências. Outra sugestão foi a necessidade de encontros para troca de experiências e de espaços para debate, e ainda, a necessidade de ampliação dos recursos humanos nas gerências.

Por outro lado, os outros dois coordenadores mostraram-se satisfeitos com suas formações para exercer a função. Um resultado que não era esperado por nós foi o fato de o profissional de maior formação não estar satisfeito e o de menor formação estar satisfeito.

Apontamos que estes profissionais acabaram envolvidos com atividades gerenciais no decorrer de suas vidas profissionais e não previamente preparados formalmente para exercer tais funções. Vale ressaltar que nenhum deles, independente da formação

profissional, conseguiu executar o Plano de ações e Metas de modo integral, o que deve-se a vários fatores como relatado adiante.

8.2 Equipes dos Programas Municipais de DST/Aids

Assim como os gerentes de programas, as equipes gerenciais também são muito diferentes qualitativa e quantitativamente. O município de Niterói é o que possui a maior equipe, possuindo além da coordenadora, mais três profissionais, neste caso, cada profissional controlando as atividades de gerência, prevenção, assistência e vigilância epidemiológica. O município de São Gonçalo possui além do gerente, outro profissional, dividindo o controle das atividades acima citadas, enquanto os municípios de Itaboraí e Maricá possuem apenas os gerentes citados formando as equipes gerenciais.

Os planos de ações e metas foram elaborados pelas equipes gerenciais em todos os municípios. No entanto as constantes mudanças de pessoas nas equipes trouxeram uma situação de que não necessariamente as mesmas pessoas que fizeram os PAM são as que os acompanham.

Atualmente estes municípios encontram-se na fase de execução do terceiro PAM (ano de 2006). Apenas os gerentes dos municípios de Niterói e Itaboraí referem ter participado da elaboração e execução dos PAM 1 e 2. O coordenador de São Gonçalo participou da elaboração do PAM 2. E a coordenadora de Maricá apenas executou o PAM 2. Nenhum PAM foi integralmente executado.

Todos os gerentes afirmaram ter equipe de DST/Aids (neste caso, não só a gerencial, mas e equipe como um todo) reduzida e acreditam que esta seja uma causa do não cumprimento do PAM, muito mais do que capacitação em gestão. Vale ressaltar,

contudo, que a falta de preparo dos profissionais de saúde foi também uma causa de não cumprimento do PAM. Cada município tem um tamanho de equipe diferente, mas todos referiram a necessidade de incremento na equipe. No entanto, um coordenador referiu que a rotatividade não influi nas metas do PAM, enquanto os outros gerentes acreditam que sim.

Em relação à coleta de dados epidemiológicos, duas equipes gerenciais referem colher dados corretamente, enquanto que uma relata conduzir parcialmente uma coleta de dados e outra refere não saber colher dados. Todos afirmaram utilizar os sistemas de informação relacionados às DST/Aids (SINAN, SI-CTA, SICEL e SICLON), com exceção de um que referiu apenas o SI-CTA. Por outro lado, houve coordenadores que afirmaram utilizar outros sistemas além dos relacionados diretamente às DST/Aids, como dados produzidos pelo próprio município (não falou a fonte), como o IBGE, o SIM e o SINASC.

Em relação ao monitoramento e avaliação dos seus programas, nenhum gerente referiu fazer avaliações de programa, do mesmo modo que não monitoram suas ações, com exceção de um que referiu monitorar esporadicamente. Em relação ao preenchimento do monitoramento dos PAM no sistema do Incentivo (Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004), nenhum município preencheu integralmente o monitoramento.

Sobre a adequação dos PAM à realidade local, dois coordenadores referiram ter adequado seus PAM 2 à realidade local, e que estes documentos realmente mostraram-se coerentes à mesma. Um dos coordenadores acredita que o PAM tenha sido planejado à realidade local, mas não se adequado totalmente. Outro afirma que o PAM não tenha sido planejado adequado à realidade de seu município.

8.3 - Os Planos de ações e Metas e seu cumprimento

Os Planos de Ações e Metas dos municípios são bastante heterogêneos. Conforme citado anteriormente todos foram elaborados considerando à sua realidade local (com exceção de um). Nenhum município conseguiu cumprir integralmente seus planos. Destaca-se que o estudo refere-se ao cumprimento do PAM 2.

Vale observar que cada município tem um período de vigência específico do PAM, já que dependeu da data da qualificação nesta política. Foi estabelecido que a partir de 2006, todos os PAM 3 começariam em janeiro de 2006, independente da data de qualificação. É por isso, que todos os PAM 2 terminam em dezembro de 2005 (alguns tiveram o período reduzido, outros aumentado).

O Plano de Ações e Metas é dividido em duas partes: a primeira parte é a identificação do gestor público do SUS; e a segunda é a descrição do plano propriamente dito. Nesta parte, estarão descritas as ações e as metas. As metas são elaboradas e devem contemplar uma das quatro áreas de atuação que o documento recomenda: Promoção e Prevenção; Diagnóstico, Assistência e Tratamento; Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional; e Parcerias com OSC.

Segundo o documento do Plano de ações e Metas, meta é um resultado que se quer alcançar durante o período de execução do PAM. Isto é, o estabelecimento dos efeitos esperados em um tempo determinado, de forma específica, realista e mensurável. Por ter a meta a característica de mensurabilidade, podemos quantificar o cumprimento do PAM.

A análise dos resultados mostrou que os municípios cumpriram apenas parcialmente as metas no período.

8.3.1 - PAM de Itaboraí

O PAM de Itaboraí, cuja vigência vigorou de março-dezembro 2005 possui metas, que estão divididas nas seguintes áreas de atuação: seis metas de Promoção e Prevenção; quatro metas de Diagnóstico, Assistência e Tratamento e cinco metas de Desenvolvimento Humano e Institucional.

O PAM não foi cumprido completamente. De acordo com a entrevista, as principais causas, em ordem decrescente de importância, seriam:

- 1ª Equipe gerencial reduzida;
- 2ª Lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids;
- 3ª Dificuldade de entendimento da dinâmica do PAM pelos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente o financeiro;
- 4ª Insuficiência de investimentos de recursos financeiros próprios do município no Programa de DST/Aids.

Dentre as metas propostas, não houve cumprimento integral de nenhuma das áreas de atuação. Todas foram cumpridas parcialmente.

Por outro lado, o gerente refere que as metas que dependem menos de recursos humanos são as mais exeqüíveis.

De acordo com o coordenador, medidas interessantes que poderiam favorecer o alcance das metas seria o aumento da equipe e a melhor interlocução junto ao Fundo Municipal de Saúde, de modo que os processos ficariam mais rápidos assim como o entendimento desta Política.

Paralelamente, o Programa de Itaboraí não preencheu em nenhum momento o monitoramento das metas no sistema do incentivo no sítio do Programa Nacional de DST/Aids, conforme preenchimento quadrimestral estabelecido pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004.

8.3.2 - PAM de Maricá

O PAM de Maricá, cuja vigência vigorou de janeiro-dezembro 2005 possui 6 metas, que estão divididas nas seguintes áreas de atuação: uma meta de Promoção e Prevenção; uma meta de Diagnóstico, Assistência e Tratamento e quatro metas de Desenvolvimento Humano e Institucional.

O PAM não foi cumprido integralmente. As principais causas destacadas, em ordem decrescente de importância, foram:

- 1ª Lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids;
- 2ª Insuficiência de investimentos de recursos financeiros próprios do município no Programa de DST/Aids;
- 3ª Equipe do Programa reduzida;

Paralelamente, a coordenadora refere que o apoio local da SMS e a capacidade gerencial da equipe favorecem ao cumprimento do PAM.

Dentre as metas propostas, houve cumprimento das metas relacionadas à Promoção e Prevenção e de Diagnóstico, Assistência e Tratamento; porém houve cumprimento apenas parcial das metas na área de Desenvolvimento Humano e Institucional: do total de quatro metas cumpriu totalmente duas (50%).

De acordo com a Coordenadora, medidas interessantes que poderiam favorecer o alcance das metas aumento de recursos humanos para o setor financeiro da Secretaria Municipal de Saúde e ter um profissional atuando especificamente nos processos solicitados pelo Programa de DST/Aids.

O Programa de Maricá não preencheu em nenhum momento o monitoramento das metas no sistema do incentivo no sítio do Programa Nacional de DST/Aids, conforme preenchimento quadrimestral estabelecido pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004.

8.3.3 - PAM de Niterói

O PAM 2 de Niterói, cuja vigência vigorou de setembro/2004-dezembro/2005 possui metas, que estão divididas nas seguintes áreas de atuação: 12 metas de Promoção e Prevenção; sete metas de Diagnóstico, Assistência e nove Tratamento e metas de Desenvolvimento Humano e Institucional.

O PAM não foi cumprido totalmente. De acordo com o coordenador, as principais causas, em ordem decrescente de importância, seriam:

- 1ª Lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids;
- 2ª Equipe reduzida;
- 3ª Insuficiência de recursos financeiros do Incentivo
- 4ª Insuficiência de capacidade técnica dos profissionais

Por outro lado, o Programa conta com o apoio político local e com equipe gerencial comprometida.

Dentre as metas propostas, não houve cumprimento integral de nenhuma das áreas de atuação. Todas foram cumpridas parcialmente.

De acordo com a Coordenadora, medidas interessantes que poderiam favorecer o alcance das metas seria instrumentação da equipe, apoio maior e mais presente maior do Programa Nacional de DST/Aids, em função das amarras da legislação do SUS, maior clareza nas orientações na política do incentivo.

O Programa de Niterói preencheu parcialmente o monitoramento das metas no sistema do incentivo no sítio do Programa Nacional de DST/Aids, conforme preenchimento quadrimestral estabelecido pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004.

8.3.4 - PAM de São Gonçalo

O PAM de São Gonçalo, cuja vigência vigorou de dezembro 2004-dezembro 2005 possui metas, que estão divididas nas seguintes áreas de atuação: cinco metas de Promoção e Prevenção; quatro metas de Diagnóstico, Assistência e Tratamento e sete metas de Desenvolvimento Humano e Institucional.

O PAM não foi cumprido completamente. De acordo com a entrevista, as principais causas, em ordem decrescente de importância, seriam:

- 1ª Falta de apoio político, em função de repetidas transições de governo, gerando instabilidade local;
- 2ª Insuficiência de capacidade gerencial das equipes;
- 3ª Equipe reduzida;
- 4ª Lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids;

Ao contrário, segundo o coordenador, a definição clara das metas e a existência do monitoramento do incentivo regulamentado em Portaria facilita o acompanhamento e cumprimento do Plano.

Dentre as metas propostas, não houve cumprimento integral de nenhuma das áreas de atuação. Todas foram cumpridas parcialmente.

Segundo o Coordenador, uma medida para estimular o cumprimento do PAM, deveria ser o bloqueio dos recursos do incentivo no caso do não cumprimento e da não utilização dos recursos.

O Programa de São Gonçalo preencheu parcialmente o monitoramento das metas no sistema do incentivo no sítio do Programa Nacional de DST/Aids, conforme preenchimento quadrimestral estabelecido pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004.

8.4 - Rede explicativa e propostas de ação para os PAM da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

A análise do problema do não cumprimento dos PAM foi realizada apoiando-se na proposta de adaptação do PES (Artmann, 2000) para o uso local buscando-se uma abordagem global e estratégica dos problemas. Neste estudo, os problemas, seus descritores, causas e nós críticos (pontos de enfrentamento, pontos sobre os quais foram elaboradas as propostas de ação) foram levantados e construídos a partir dos dados documentais, entrevistas e nossa própria experiência. Escolhemos o ponto de vista dos coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids estudados para problematizar a situação assim como para a elaboração de propostas de intervenção.

Descrito o problema, fizemos a sua análise através de uma rede de causalidade. As causas foram separadas em causas de fundo, causas intermediárias e causas imediatas. Os nós críticos e as propostas de ação foram baseadas nelas. A partir dos critérios de seleção dos nós críticos do PES de Matus (Artmann, 2000), identificamos os nós críticos. Em seguida, procedemos à análise dos nós críticos, semelhante ao realizado com o problema principal, por meio de busca de seus respectivos descritores e definimos os atores que os controlam.

A partir daí, definimos o grau de governabilidade e a viabilidade das ações de enfrentamento do problema pelo ator de referência, neste caso os gestores de Programa.

Por fim, depois de o problema, os descritores e os nós críticos estarem trabalhados, elaboramos as propostas de ação levando em conta os diferentes cenários. De modo que as operações resultaram em resultados. Consideramos diferentes cenários através

da previsão do comportamento de cada variável nas possibilidades de cenários pessimista, central e otimista.

Vale observar que os descritores do problema são denominados VDP (vetores de descrição do problema). Através de intervenções sugeridas, transformamos o problema positivamente e deste modo encontramos o VDR (vetor de descrição de resultado) correspondendo aos resultados que a proposta atingiu como um todo.

Para alguns nós críticos, foram elaborados mais de uma operação. Vale ressaltar que as operações nas tabelas foram enunciadas de forma sintética. Após a elaboração da rede explicativa, apresentaremos um comentário às propostas, para facilitar a compreensão do seu conteúdo.

Antes de apresentarmos a rede explicativa, apontamos um resumo dos conceitos e siglas utilizados na sua construção:

VDP: Vetor de descrição do problema: dados que descrevem o problema.

C: Causa: Todas as causas apresentadas para explicar o problema.

NC: NÓ CRÍTICO: Uma das causas que servirá de base para o enfrentamento do problema.

VNDC: Vetor de descrição do nó crítico: Indicador que descreve o nó crítico.

Governabilidade: Habilidade de controlar os recursos envolvidos na execução do plano.

OP: operação: Ações planejadas no sentido de atuar sobre as causas determinantes do problema (NC) para corrigi-las, amenizá-las, adapta-las.

DOP: demanda por operação. Ações que precisam ser executadas, mas estão fora da governabilidade do ator-eixo.

Recursos Críticos: São os recursos essenciais à realização de cada operação. São de natureza diversa e podem ser divididas em recursos financeiros, políticos, organizacional ou cognitivos. Um ou mais recursos podem ser necessários para execução de uma operação.

Motivação (viabilidade): Tendência que o ator controla os recursos com relação à execução da operação sugerida. Pode ser alta, média ou baixa.

Cenário: Previsão do comportamento de cada variável, corresponde às possibilidades futuras de conformação do contexto que envolve o plano.

O contexto onde o plano é negociado e executado pode constituir-se em cenário otimista, intermediário ou pessimista, de acordo com a motivação e as governabilidades dos atores que controlam os recursos, os demais atores envolvidos no plano, insumos, fatores, etc.

As principais variáveis consideradas na composição do cenário foram: eleições presidenciais e para o Governo; maior ou menor crescimento com o PIB e compromisso com os atores relevantes para a situação.

VDR: Vetor de descrição de resultado: Resultados esperados mediante a implementação das operações.

Fluxograma Situacional ou Rede Explicativa: Permite identificar as relações de determinação entre as causas e o problema tal como descrito sob a forma de indicadores (descritores), as causas de maior poder de determinação; o grau de governabilidade sobre as causas, correspondendo àquelas situadas no espaço-fronteira que se referem às causas diretamente relacionadas com o problema, controladas por outros atores, e suas causas situadas fora do problema as quais se relacionam a causas que condicionam o problema mas não fazem parte dele diretamente, sendo causas também de outros problemas.

Árvore do Problema: Estabelece a relação de causa e efeito entre os pontos de enfrentamento do problema, ou seja, entre os nós críticos.

Trajetória Estratégica (ordenação temporal das operações): Busca combinar da melhor maneira possível, num dado horizonte temporal, operações consensuais e conflitivas de

modo que as operações consensuais possam abrir caminho para as outras. É necessário definir um período de tempo para executar o plano.

Na Trajetória Estratégica, “T”: período de tempo.

Rede Explicativa Descrição do Problema

Nome do Problema: Não cumprimento integral do Plano de Ações e Metas de DST/Aids do município de Itaboraí da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Atores que explicam: Coordenador do Programa de DST/Aids de Itaboraí

Espaço do Problema: Programa de DST/Aids de Itaboraí

Quadro 1 – Descrição do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

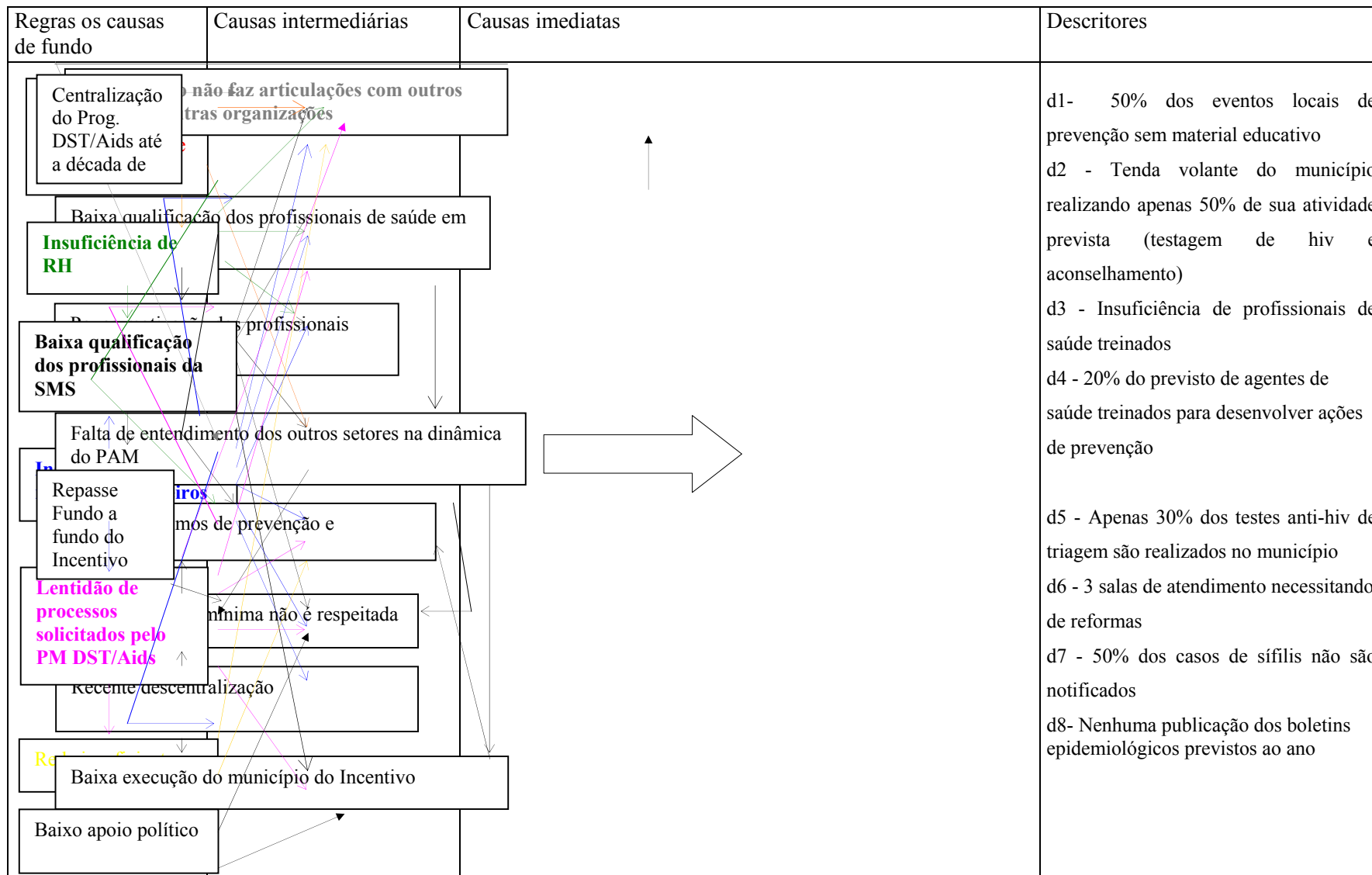
VDP (descritores)
<p>1 – Insuficiência de ações de prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d1- 50% dos eventos locais de prevenção sem material educativo - d2 - Tenda volante do município realizando apenas 50% de sua atividade prevista (testagem de hiv e aconselhamento) - d3 - Insuficiência de profissionais de saúde treinados - d4 - 20% do previsto de agentes de saúde treinados para desenvolver ações de prevenção
<p>2 – Insuficiência de ações de assistência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d5 - Apenas 30% dos testes anti-hiv de triagem são realizados no município - d6 - 3 salas de atendimento necessitando de reformas
<p>3 – Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d7 - 50% dos casos de sífilis não são notificados - d8- Nenhuma publicação dos boletins epidemiológicos previstos ao ano

Quadro 2 – Causas**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

Descritores do Problema	Causas
1 – Insuficiência de ações de prevenção (d1, d2, d3, d4)	C1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
2 – Insuficiência de ações de assistência (d5, d6)	C2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids (d7, d8)	C3 - Pouca motivação dos profissionais de saúde (baixos salários, poucos incentivos e falta de condições de trabalho) C4 – Rede sanitária insuficiente e deficiente C5 – Insuficiência de insumos de prevenção (como preservativos) C6 – Insuficiência de insumos laboratoriais (como kit anti-HIV) C7 – Baixo de apoio político C8 - O município não faz articulações com outros atores de outras organizações C9 – Insuficiência de recursos financeiros C10 - Demora na notificação C11 – Lentidão dos processos dentro da SMS C12 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM C13 – Baixa qualificação dos profissionais da SMS C14 – Baixa inserção do PM DST/Aids na rede C15 – Baixa execução dos recursos financeiros do Incentivo C16 – A contrapartida mínima não é respeitada

Quadro 3 - Fluxograma situacional (Rede de causalidade)

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Itaboraá



Destacamos os seguintes nós críticos:

Quadro 4 – Nós Críticos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

Nós Críticos
NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
NC3 – Insuficiência de recursos financeiros
NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS
NC5 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM

Quadro 5 – Análise do Nó Crítico**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

Nó Crítico	VDNC (vetor de descrição do NC)	Atores que controlam	Governabilidade	Recursos Críticos	Viabilidade
NC1	Equipe assistência, de prevenção e gerencial pequena	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico Organizativo	Média
NC2	- Insuficiente número de profissionais capacitados	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Média	Econômico Cognitivo Organizativo	Média
NC3	Investimento de recursos próprios insuficiência, abaixo do exigido e e baixa execução do incentivo	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico	Média
NC4	Mais de 50% dos processos solicitados não foram concluídos	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS	Média	Político Organizativo	Média
NC5	Mais de 50% dos profissionais da SMS não compreendem a dinâmica do PAM	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS	Alta	Político Organizativo	Média

Quadro 6– Desenho de proposta do cenário otimista**Problema:** Não cumprimento integral do PAM

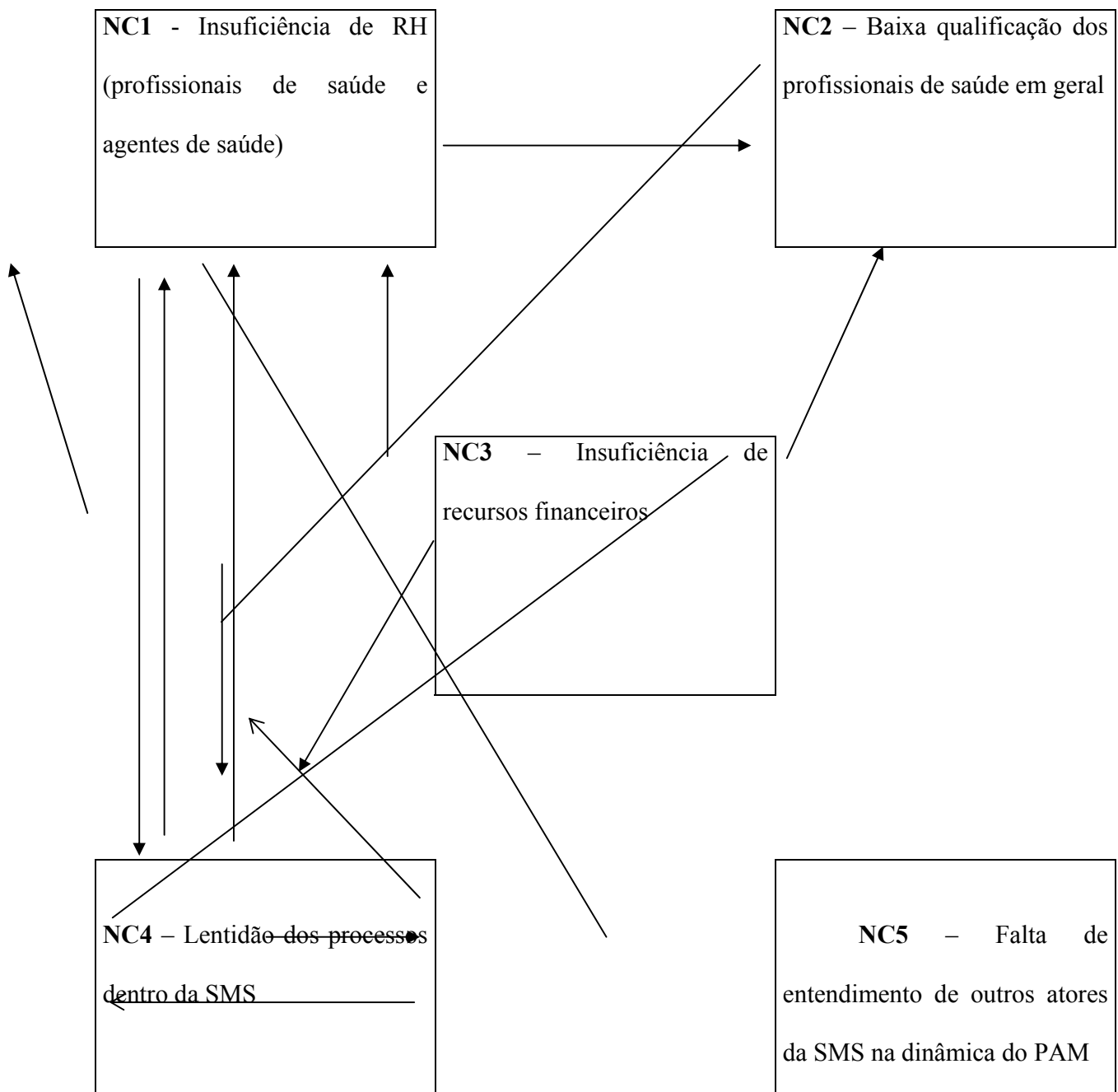
Descritores do Problema	Nó Crítico	Operação	Resultados
<p>1 – Reduzido acesso da população às ações de prevenção</p> <p>2 – Reduzido acesso da população às ações de assistência</p> <p>3 - Baixo conhecimento da epidemia de DST/Aids</p>	<p>NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)</p> <p>NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral</p> <p>NC3 – Insuficiência de recursos financeiros</p> <p>NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS</p> <p>NC5 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM</p>	<p>DOP1.1 Recrutamento e admissão de profissionais de saúde (concurso público e contratação temporária)</p> <p>DOP1.2 Implementação de um programa de Recursos Humanos adequado (plano de carreira)</p> <p>OP2.1 Mapeamento das necessidades de capacitação</p> <p>OP2.2 Possibilitar capacitação aos profissionais de saúde de acordo com a demanda</p> <p>OP3.1 Adequação da aplicação dos recursos financeiros próprios no Programa</p> <p>DOP3.2 Agilização dos processos</p> <p>DOP4.1 Disponibilização de 1 profissional para lidar com os processos solicitados pelo Programa</p> <p>OP4.2 Implementação de um sistema de monitoramento dos processos solicitados pelo Programa de DST/Aids</p> <p>OP5.1 Realização de oficinas para os profissionais da SMS para o entendimento da</p>	<p>VDR1 – Adequação do número de profissionais de saúde em 4 anos</p> <p>VDR2 – 100% dos profissionais capacitados em 4 anos.</p> <p>VDR3 - Duplicação dos recursos financeiros próprios em 4 anos</p> <p>VDR4 – 100% dos processos abertos, executados o período ideal em 2 anos.</p> <p>VDR5 – 100% dos profissionais envolvidos com entendimento da dinâmica do PAM (Política do Incentivo)</p>

		Política do Incentivo OP5.2 Realização de oficinas para os profissionais da SMS sobre a inserção do PM DST/Aids na SMS	
--	--	--	--

Os nós críticos formam uma rede de causalidade entre si, conforme está apresentado na árvore do problema abaixo:

Quadro 7 – Árvore do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí



Quadro 8 – Cenários – Resultados previstos em diferentes cenários**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

Otimista	Intermediário	Pessimista
1 – Maior investimento da prefeitura, do Estado e do Governo Federal no Programa de DST/Aids	1 – Maior investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids	1 – Manutenção dos níveis atuais investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids
2 – Política de recursos humanos implantada com realização de concurso público	2 – Contratação temporária de profissionais de saúde	2 – Manutenção do atual quadro de RH com risco de diminuição.
3 – Entendimento dos setores chaves da SMS na Política do Incentivo com distribuição de responsabilidades	3 – Entendimento e compromisso de alguns setores da SMS na Política do Incentivo	3 – Baixo de entendimento dos outros setores da SMS na Política do Incentivo e descompromisso com a política
4 – Utilização adequada do sistema de monitoramento do Programa	4 – Utilização incompleta do sistema de monitoramento do Programa	4 – Não utilização do sistema de monitoramento do Programa

As principais variáveis consideradas na composição do cenário foram: eleições presidenciais e para o Governo; maior ou menor crescimento com o PIB e compromisso com os atores relevantes para a situação.

Quadro 9 – Trajetória estratégica para 4 anos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Itaboraí

T1- 1 ano	T2- 1 ano	T3- 1 ano	T4- 1 ano
→ OP1.1	→	→	→
	→	→	→
→	→	→	→
	→	→	→
→→	→	→	→
→→			
	→	→	→
→	→	→	→
	→	→	→
	→	→	→

Rede Explicativa Descrição do Problema

Nome do Problema: Não cumprimento integral do Plano de Ações e Metas de DST/Aids do município de Maricá da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Atores que explicam: Coordenador do Programa de DST/Aids de Maricá

Espaço do Problema: Programa de DST/Aids de Maricá

Quadro 1 – Descrição do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM

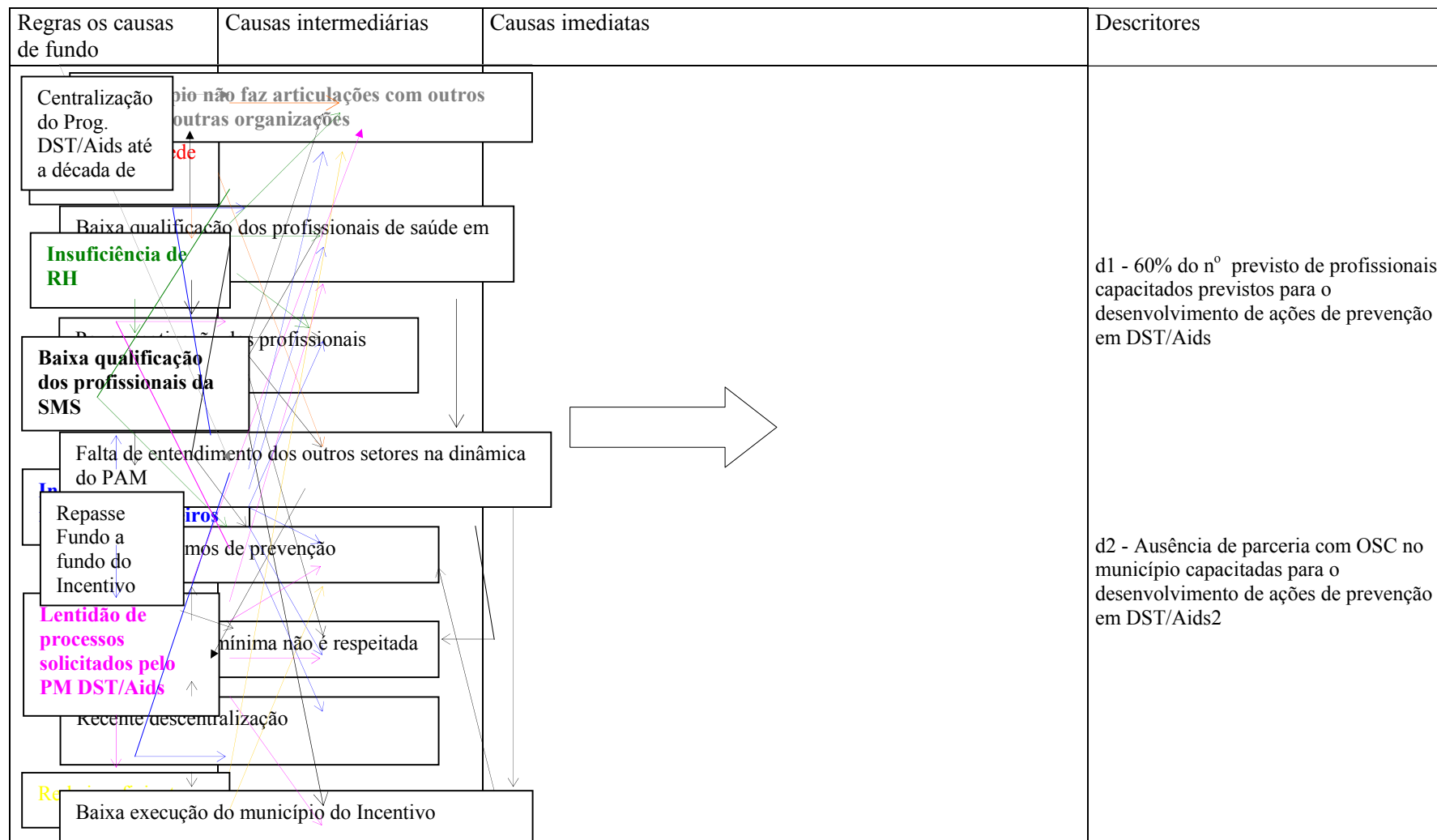
DVP (descritores)
1 – Insuficiência de ações de prevenção: - d1 - 60% do previsto de pessoas capacitadas para o desenvolvimento de ações de prevenção em DST/Aids - d2 - Ausência de parceria com OSC no município capacitadas para o desenvolvimento de ações de prevenção em DST/Aids

Quadro 2 – Causas**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Maricá

Descritores do Problema	Causas
1 – Insuficiência de ações de prevenção (d1, d2)	C1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde) C2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral C3 - Pouca motivação dos profissionais de saúde (baixos salários, poucos incentivos e falta de condições de trabalho) C4 – Rede sanitária insuficiente e deficiente C5 – Insuficiência de insumos de prevenção (como preservativos) C6 – O município não faz articulações com outros atores de outras organizações C7 – Insuficiência de recursos financeiros C8 – Lentidão dos processos dentro da SMS C9 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM C10 – Baixa qualificação dos profissionais da SMS C11 – Baixa inserção do PM DST/Aids na SMS C12 – Baixa execução dos recursos financeiros do Incentivo C13 – A contrapartida mínima não é respeitada C14 - Recente descentralização C15 - Programa de DST/Aids descolado da rede de serviços

Quadro 3 - Fluxograma situacional (Rede de causalidade)

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Maricá



Destacam-se os seguintes nós críticos:

Quadro 4 – Nós Críticos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Maricá

Nós Críticos
NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
NC3 – Insuficiência de recursos financeiros
NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS
NC5 - O município não faz articulações com outros atores de outras organizações

Quadro 5 – Análise do Nó Crítico**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Maricá

Nó Crítico	VDNC (vetor de descrição do NC)	Atores que controlam	Governabilidade	Recursos Críticos	Viabilidade
NC1	Equipe assistência, de prevenção e gerencial pequena	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico Organizativo	Média
NC2	- Insuficiente número de profissionais capacitados	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Média	Econômico Cognitivo Organizativo	Média
NC3	Investimento de recursos próprios insuficiência, abaixo do exigido e baixa execução do incentivo	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico	Média
NC4	Mais de 50% dos processos solicitados não foram concluídos	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS	Média	Político Organizativo	Média
NC5	Nenhuma parceria realizada com a sociedade civil	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS - Sociedade civil	Média	Político Econômico Organizativo	Média

Quadro 6 – Desenho de proposta do cenário otimista

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Maricá

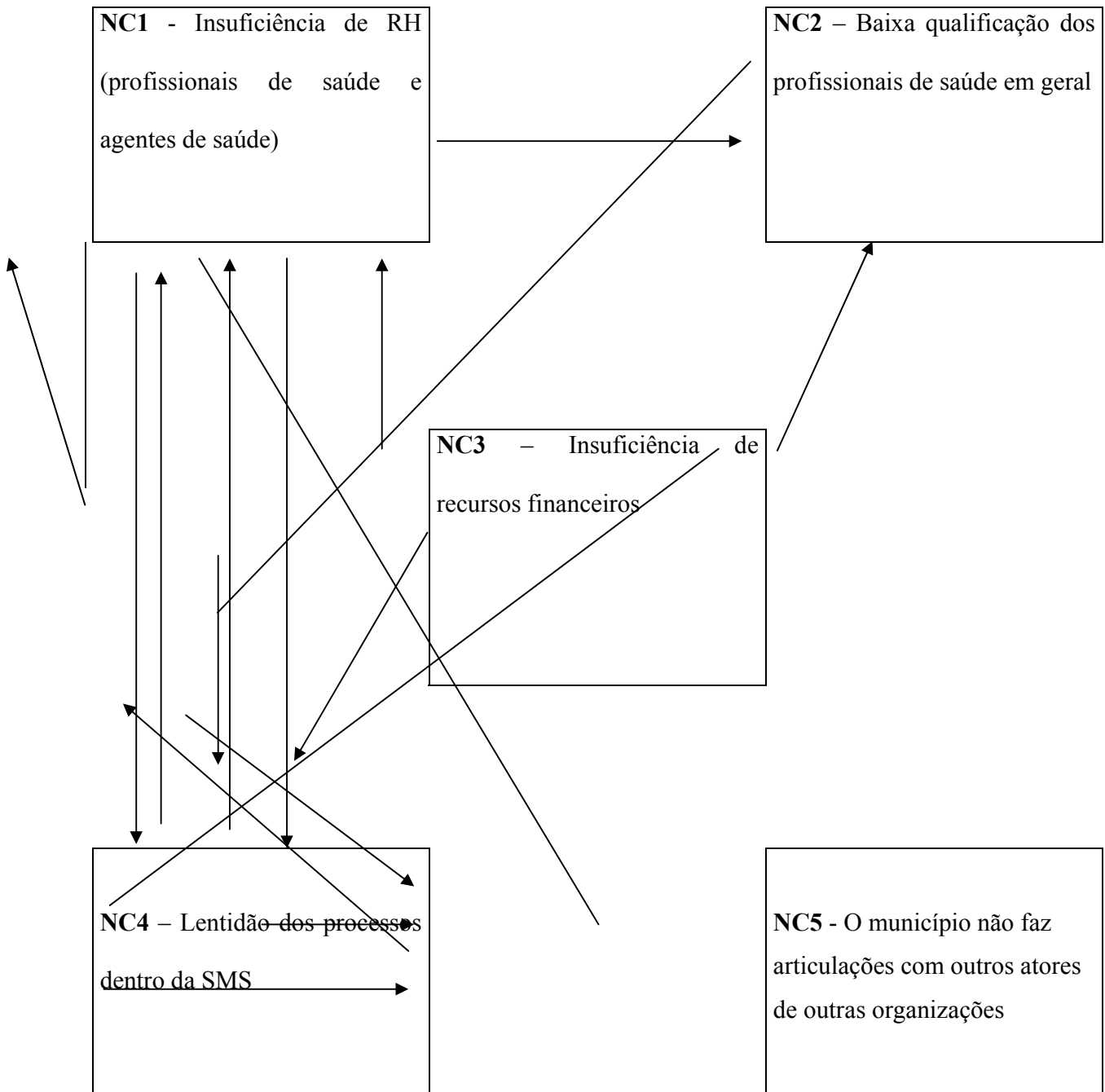
VDP	Nó Crítico	Operação	VDR
1 – Insuficiência de ações de prevenção	<p>NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)</p> <p>NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral</p> <p>NC3 – Insuficiência de recursos financeiros</p> <p>NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS</p> <p>NC5 - O município não faz articulações com outros atores de outras organizações</p>	<p>DOP1.1 Recrutamento e admissão de profissionais de saúde (concurso público e contratação temporária)</p> <p>DOP1.2 Implementação de um programa de Recursos Humanos adequado (plano de carreira)</p> <p>OP2.1 Mapeamento das necessidades de capacitação</p> <p>OP2.2 Possibilitar capacitação aos profissionais de saúde de acordo com a demanda</p> <p>DOP3.1 Adequação da aplicação dos recursos financeiros próprios no Programa</p> <p>DOP3.2 Agilização dos processos</p> <p>DOP4.1 Disponibilização de 1 profissional para lidar com os processos solicitados pelo Programa</p> <p>OP4.2 Implementação de um sistema de monitoramento dos processos solicitados pelo Programa de DST/Aids</p> <p>OP5.1 Realização de oficinas para a sociedade civil e profissionais da SMS para o entendimento da Política do Incentivo</p>	<p>VDR1 – Adequação do número de profissionais de saúde em 4 anos</p> <p>VDR2 – 100% dos profissionais capacitados em 4 anos.</p> <p>VDR3 - Duplicação dos recursos financeiros próprios em 4 anos</p> <p>VDR4 – 100% dos processos abertos, executados o período ideal em 2 anos.</p> <p>VDR5 – 1 parceria com a Sociedade Civil formalizada em 1 ano.</p>

		OP5.2 Realização de oficinas para os profissionais da SMS sobre a inserção do PM DST/Aids na SMS	
--	--	---	--

Os nós críticos formam uma rede de causalidade entre si, conforme está apresentado na árvore do problema abaixo:

Quadro 7 – Árvore do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Maricá



Quadro 8 – Cenários - Resultados previstos em diferentes cenários**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Maricá

Otimista	Intermediário	Pessimista
1 – Maior investimento da prefeitura, do Estado e do Governo Federal no Programa de DST/Aids	1 – Maior investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids	1 – Manutenção dos níveis atuais investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids
2 – Política de recursos humanos implantada com realização de concurso público	2 – Contratação temporária de profissionais de saúde	2 – Manutenção do atual quadro de RH com risco de diminuição.
3 – Entendimento dos setores chaves da SMS na Política do Incentivo com distribuição de responsabilidades	3 – Entendimento e compromisso de alguns setores da SMS na Política do Incentivo	3 – Baixo de entendimento dos outros setores da SMS na Política do Incentivo e descompromisso com a política
4 – Utilização adequada do sistema de monitoramento do Programa	4 – Utilização incompleta do sistema de monitoramento do Programa	4 – Não utilização do sistema de monitoramento do Programa
5 – Estabelecimento de parceria com a sociedade civil	5 – Estabelecimento de diálogo com a sociedade civil	5 – Nenhuma parceria com a sociedade civil

Vale observar que as principais variáveis consideradas na composição do cenário foram: eleições presidenciais e para o Governo; maior ou menor crescimento com o PIB e compromisso com os atores relevantes para a situação.

Quadro 10 – Trajetória estratégica para 4 anos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Maricá

T1- 1 ano	T2- 1 ano	T3- 1 ano	T4- 1 ano
OP1.1 →	→	→	→
OP1.2	→	→	→
OP2.1 →	→	→	→
OP2.2	→	→	→
OP3.1 →	→	→	→
OP3.2 →			
OP4	→	→	→
OP4.2 →	→	→	→
OP5.1	→	→	→
OP5.2	→	→	→

Rede Explicativa Descrição do Problema

Nome do Problema: Não cumprimento integral do Plano de Ações e Metas de DST/Aids do município de Niterói da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Atores que explicam: Coordenador do Programa de DST/Aids de Niterói

Espaço do Problema: Programa de DST/Aids de Niterói

Quadro 1 – Descrição do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Niterói

DVP (descritores)
<p>1 – Insuficiência de ações de prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d1 - Nenhum usuário dos serviços de saúde do município tendo sido informados sobre formas de transmissão e prevenção das DST/HIV/Aids - d2 - Nenhum serviço de referência para o desenvolvimento de ações de prevenção dirigidas às populações de maior vulnerabilidade - d3 - Nenhuma unidade de serviços da rede SUS do município, ações de prevenção das DST/HIV/Aids aos adolescentes - d4 - Nenhuma escola municipal, em parceria com a Fundação Municipal de Educação com atividades de prevenção das DST/Aids dirigidas aos adolescentes, - d5 - 1(20%) área de concentração de UDI com ações de redução de danos - d6 - Nenhum serviço de referência para atendimentos de UDI
<p>2 – Insuficiência de ações de assistência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d7 -Nenhuma unidade de Atenção Básica de Saúde com atendimento em Abordagem Síndrômica das DST implantado - d8 - Menos de 20% dos parceiros de portadores de DST diagnosticados e tratados

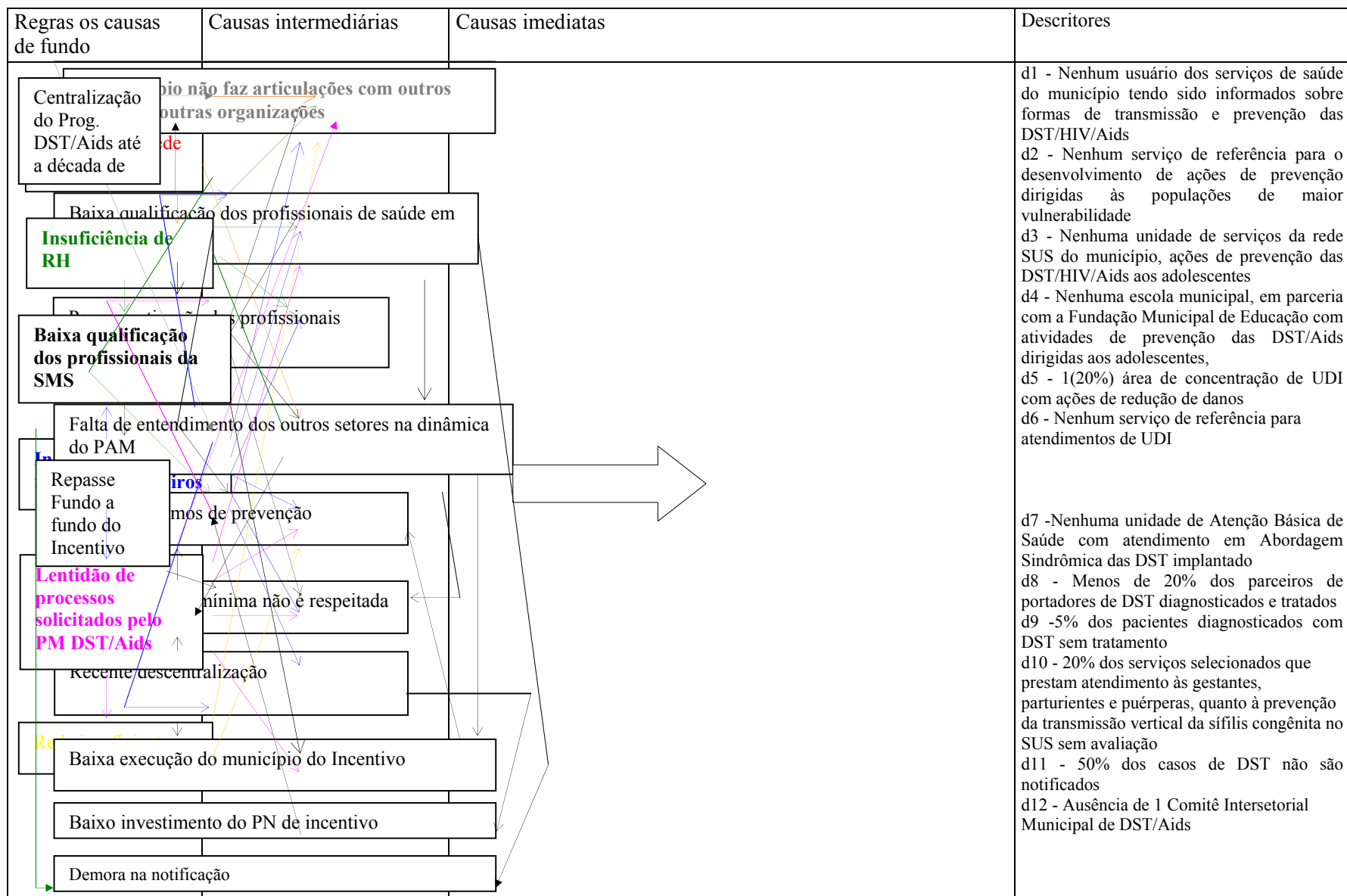
<ul style="list-style-type: none">- d9 -5% dos pacientes diagnosticados com DST sem tratamento- d10 - 20% dos serviços selecionados que prestam atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, quanto à prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita no SUS sem avaliação
<p>3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids:</p> <ul style="list-style-type: none">- d11 - 50% dos casos de DST não são notificados- d12 - Ausência de 1 Comitê Intersetorial Municipal de DST/Aids

Quadro 2 – Causas**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Niterói

Descritores do Problema	Causas
1 – Insuficiência de ações de prevenção (d1, d2, d3, d4, d5, d6)	C1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
2 – Insuficiência de ações de assistência (d7, d8, d9, d10)	C2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids (d11, d12)	C3 - Pouca motivação dos profissionais de saúde (baixos salários, poucos incentivos e falta de condições de trabalho) C4 – Resistência dos profissionais de saúde. C5 - Rede sanitária insuficiente e deficiente C6 – Insuficiência de insumos de prevenção (como preservativos, kit de redução de danos)) C7 – O município não faz articulações com outros atores de outras organizações C8 – Insuficiência de recursos financeiros C9 - Demora na notificação C10 – Lentidão dos processos dentro da SMS C11- Dificuldade de alcance do entendimento dos parceiros C12 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM

	<p>C13 – Baixa qualificação dos profissionais da SMS</p> <p>C14 – Baixa inserção do PM DST/Aids na SMS</p> <p>C15 – Baixa execução dos recursos financeiros do Incentivo</p> <p>C16 – Baixo investimento do incentivo</p> <p>C17 - A contrapartida mínima não é respeitada</p>
--	--

Quadro 3 - Fluxograma situacional (Rede de causalidade) Problema: Não cumprimento integral do PAM de Niterói



Observa-se , que destacamos os seguintes nós críticos:

Quadro 4 – Nós Críticos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Niterói

Nós Críticos
NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
NC3 – Insuficiência de recursos financeiros
NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS
NC5 - O município não faz articulações com outros atores de outras organizações

Quadro 6 – Análise do Nó Crítico**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Niterói

Nó Crítico	VDNC (vetor de descrição do NC)	Atores que controlam	Governabilidade	Recursos Críticos	Viabilidade
NC1	Equipe assistência, de prevenção e gerencial pequena	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico Organizativo	Média
NC2	- Insuficiente número de profissionais capacitados	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Média	Econômico Cognitivo Organizativo	Média
NC3	Investimento de recursos do incentivo insuficiente e baixa execução	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico	Média
NC4	Mais de 50% dos processos solicitados não foram concluídos	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS	Média	Político Organizativo	Média
NC5	Parcerias insuficientes com outros Programas	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS - Profissionais de outros Programas	Média	Político Organizativo Cognitivo Econômico	Média

Quadro 7 – Desenho de proposta do cenário otimista

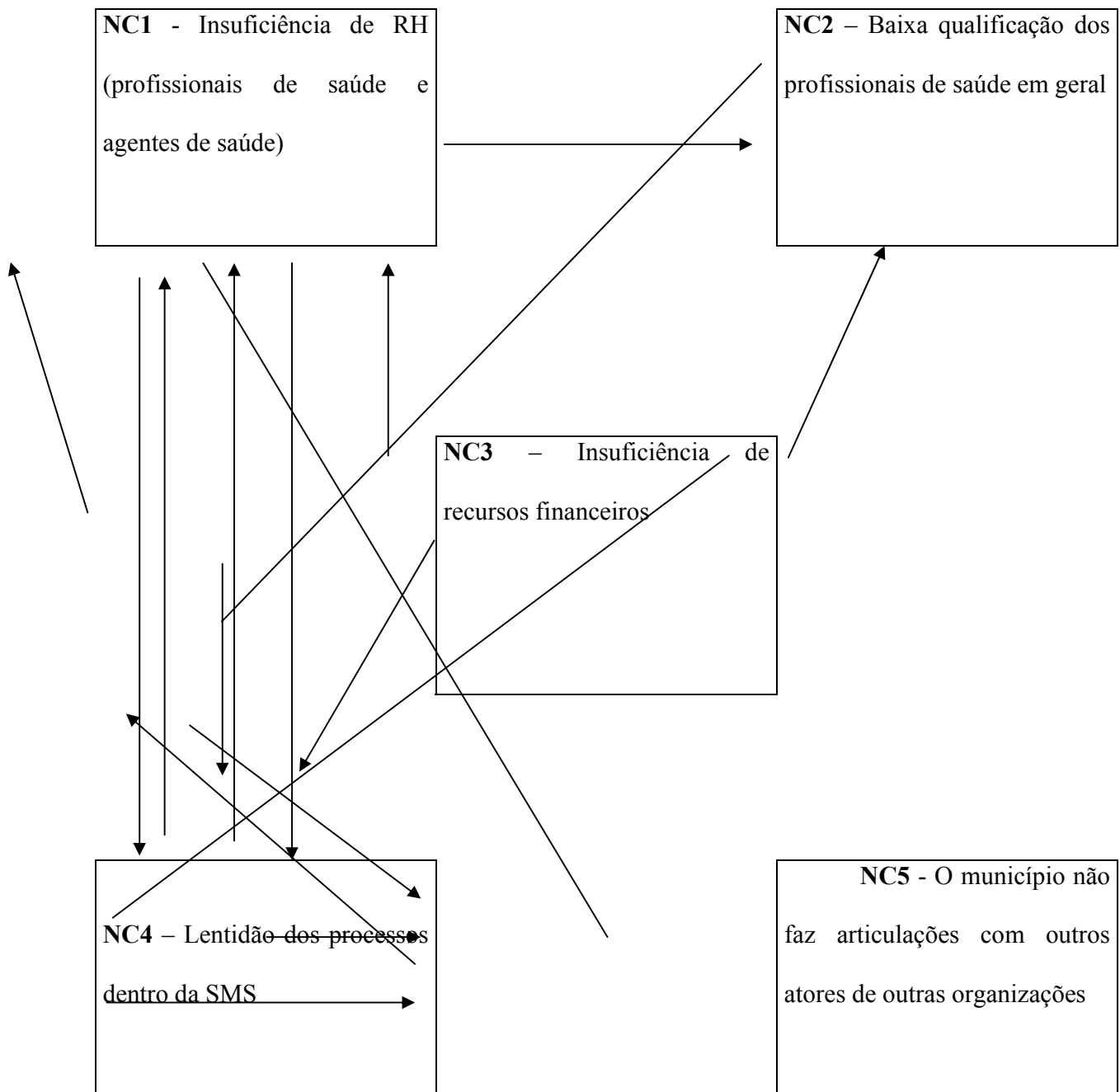
Problema: Não cumprimento integral do PAM de Niterói

VDP	Nó Crítico	Operação	VDR
<p>1 – Insuficiência de ações de prevenção</p> <p>2 – Insuficiência de ações de assistência</p> <p>3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids</p>	<p>NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)</p> <p>NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral</p> <p>NC3 – Insuficiência de recursos financeiros</p> <p>NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS</p> <p>NC5 – Dificuldade de interlocução com parcerias</p>	<p>DOP1.1 Recrutamento e admissão de profissionais de saúde (concurso público e contratação temporária)</p> <p>DOP1.2 Implementação de um programa de Recursos Humanos adequado (plano de carreira)</p> <p>OP2.1 Mapeamento das necessidades de capacitação</p> <p>OP2.2 Possibilitar capacitação aos profissionais de saúde de acordo com a demanda</p> <p>OP3.1 Adequação da aplicação dos recursos financeiros próprios no Programa</p> <p>DOP3.2 Agilização dos processos</p> <p>DOP4.1 Disponibilização de 1 profissional para lidar com os processos solicitados pelo Programa</p> <p>OP4.2 Implementação de um sistema de monitoramento dos processos solicitados pelo Programa de DST/Aids</p> <p>OP5.1 Realização de reuniões com os profissionais da SMS e de outros Programas</p> <p>OP5.2 Realização de oficinas para os profissionais da SMS sobre a inserção do PM DST/Aids na SMS</p>	<p>VDR1 – Adequação do número de profissionais de saúde em 4 anos</p> <p>VDR2 – 100% dos profissionais capacitados em 4 anos.</p> <p>VDR3 - Duplicação dos recursos financeiros próprios em 4 anos</p> <p>VDR4 – 100% dos processos abertos, executados o período ideal em 2 anos.</p> <p>VDR5 – Pelo menos 1 parceria com os profissionais da SMS e de outros Programas em 1 ano.</p>

Os nós críticos formam uma rede de causalidade entre si, conforme está apresentado na árvore do problema abaixo:

Quadro 8 – Árvore do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM



Quadro 8 – Cenários - Resultados previstos em diferentes cenários**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de Niterói

Otimista	Intermediário	Pessimista
1 – Maior investimento da prefeitura, do Estado e do Governo Federal no Programa de DST/Aids	1 – Maior investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids	1 – Manutenção dos níveis atuais investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids
2 – Política de recursos humanos implantada com realização de concurso público	2 – Contratação temporária de profissionais de saúde	2 – Manutenção do atual quadro de RH com risco de diminuição.
3 – Entendimento dos setores chaves da SMS na Política do Incentivo com distribuição de responsabilidades	3 – Entendimento e compromisso de alguns setores da SMS na Política do Incentivo	3 – Baixo de entendimento dos outros setores da SMS na Política do Incentivo e descompromisso com a política
4 – Utilização adequada do sistema de monitoramento do Programa	4 – Utilização incompleta do sistema de monitoramento do Programa	4 – Não utilização do sistema de monitoramento do Programa
5 – Estabelecimento de parceria com outros Programas	5 – Estabelecimento de diálogo com outros Programas	5 – Nenhuma parceria com outros Programas

Destacamos que as principais variáveis consideradas na composição do cenário foram: eleições presidenciais e para o Governo; maior ou menor crescimento com o PIB e compromisso com os atores relevantes para a situação.

Quadro 9– Trajetória estratégica para 4 anos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de Niterói

T1- 1 ano	T2- 1 ano	T3- 1 ano	T4- 1 ano
→ OP1.1	→	→	→
OP1.2	→	→	→
→ OP2.1	→	→	→
OP2.2	→	→	→
→ OP3.1	→	→	→
OP3.2	→	→	→
OP4	→	→	→
→ OP4.2	→	→	→
OP5.1	→	→	→
OP5.2	→	→	→

Rede Explicativa Descrição do Problema

Nome do Problema: Não cumprimento integral do Plano de Ações e Metas de DST/Aids do município de São Gonçalo da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Atores que explicam: Coordenador do Programa de DST/Aids de São Gonçalo

Espaço do Problema: Programa de DST/Aids de São Gonçalo

Quadro 1 – Descrição do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

DVP (descritores)
1 – Insuficiência de ações de prevenção: - d1 - Nenhuma unidade escolar municipal/estadual com atividades de prevenção de DST/Aids - d2 - Nenhum serviço (governamentais e não governamentais) de referência dirigidas às populações de maior vulnerabilidade com atividades de prevenção de DST/Aids - d3 - Nenhuma unidade que distribui insumos de prevenção com atividades de prevenção de DST/Aids - d4 - 100% centralizado a distribuição de preservativos - d5 - Nenhuma campanha publicitária sobre prevenção em DST/Aids

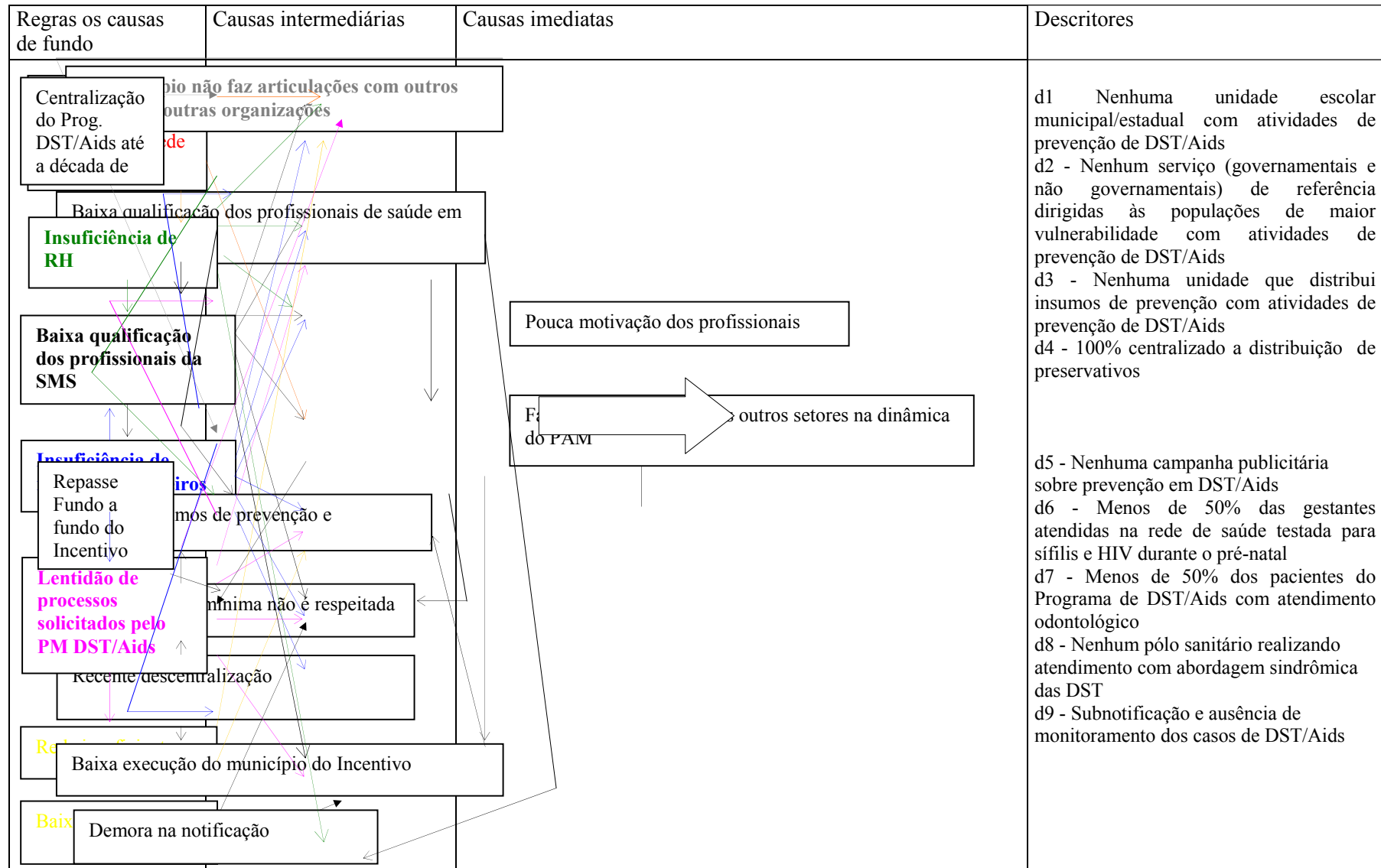
<p>2 – Insuficiência de ações de assistência:</p> <ul style="list-style-type: none">- d6 - Menos de 50% das gestantes atendidas na rede de saúde testada para sífilis e HIV durante o pré-natal- d7 - Menos de 50% dos pacientes do Programa de DST/Aids com atendimento odontológico- d8 - Nenhum pólo sanitário realizando atendimento com abordagem sindrômica das DST
<p>3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids:</p> <ul style="list-style-type: none">- d9 - Subnotificação e ausência de monitoramento dos casos de DST/Aids

Quadro 2 – Causas**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

Descritores do Problema	Causas
1 – Insuficiência de ações de prevenção (d1, d2, d3, d4, d5)	C1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
2 – Insuficiência de ações de assistência (d6, d7, d8)	C2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
3 - Baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids (d9)	C3 - Pouca motivação dos profissionais de saúde (baixos salários, poucos incentivos e falta de condições de trabalho) C4 – Rede sanitária insuficiente e deficiente C5 – Insuficiência de insumos de prevenção (como preservativos, kit de redução de danos)) C6 – O município não faz articulações com outros atores de outras organizações C7 – Insuficiência de recursos financeiros C8 - Demora na notificação C9 – Lentidão dos processos dentro da SMS C10- Dificuldade de alcance do entendimento dos parceiros C11 – Falta de prioridade C12 – Falta de apoio político C13 – Baixa inserção do PM DST/Aids na SMS

	<p>C14 – Baixa execução dos recursos financeiros do Incentivo</p> <p>C15 – Falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM</p> <p>C16 – Baixa qualificação dos profissionais da SMS</p> <p>C17 – A contrapartida mínima não é respeitada</p>
--	---

Quadro 3- Fluxograma situacional (Rede de causalidade) - Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo



Destacamos os seguintes nós críticos:

Quadro 4 – Nós Críticos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

Nós Críticos
NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)
NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral
NC3 – Falta de apoio político
NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS
NC5 - O município não faz articulações com outros atores de outras organizações

Quadro 5 – Análise do Nó Crítico**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

Nó Crítico	VDNC (vetor de descrição do NC)	Atores que controlam	Governabilidade	Recursos Críticos	Viabilidade
NC1	Equipe assistência, de prevenção e gerencial pequena	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico Organizativo	Média
NC2	- Insuficiente número de profissionais capacitados	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Média	Econômico Cognitivo Organizativo	Média
NC3	- Insuficiente apoio político	- Prefeito - Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa	Baixa	Político Econômico	Baixa
NC4	Mais de 50% dos processos solicitados não foram concluídos	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS	Média	Político Organizativo	Média
NC5	Parcerias insuficientes com outros Programas	- Secretário Municipal de Saúde - Coordenador do Programa - Profissionais da SMS - Profissionais de outros Programas	Média	Político Organizativo Cognitivo Econômico	Média

Quadro 6 – Desenho de proposta do cenário otimista

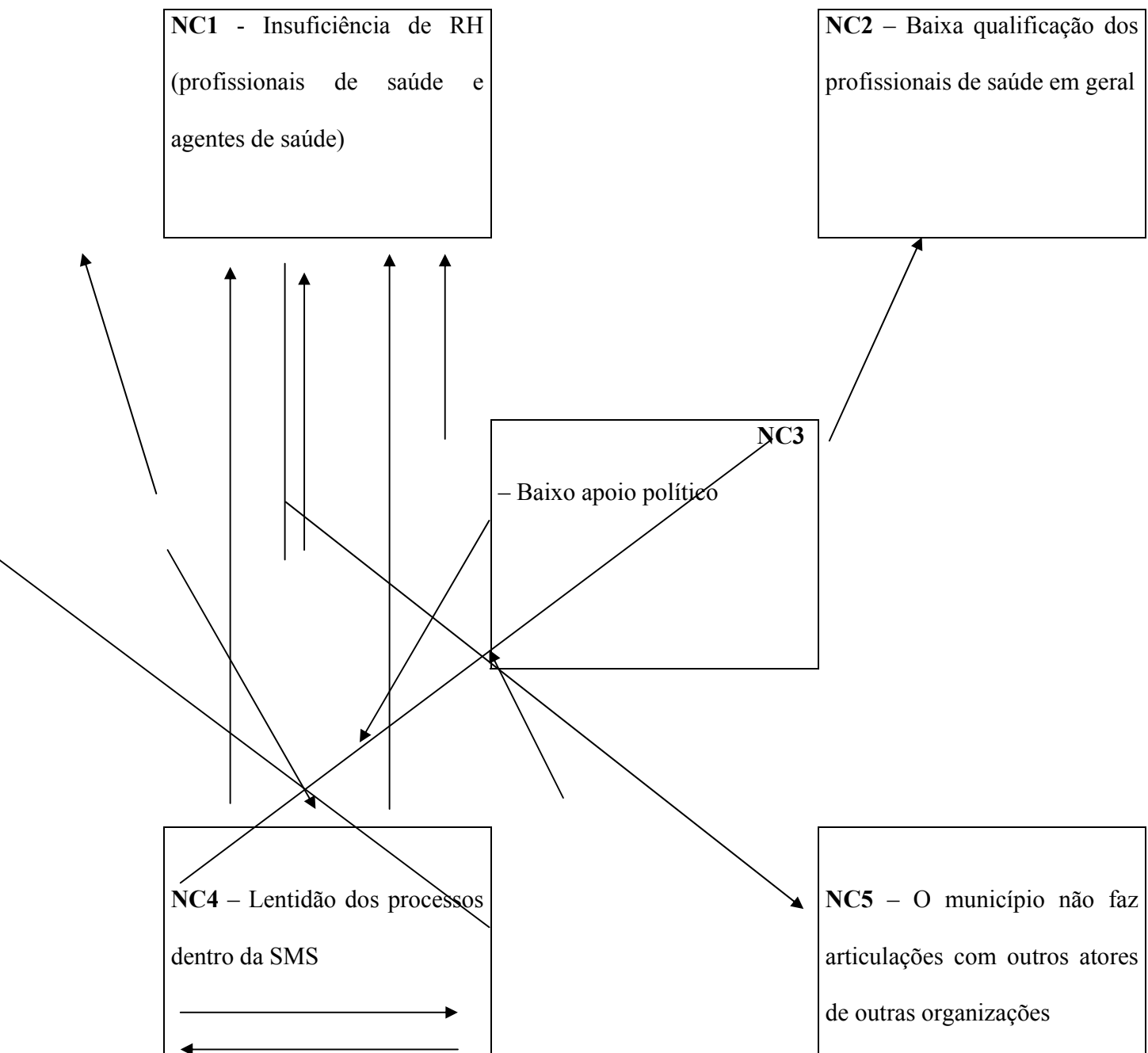
Problema: Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

VDP	Nó Crítico	Operação	VDR
<p>1 – Reduzido acesso da população às ações de prevenção</p> <p>2 – Reduzido acesso da população às ações de assistência</p> <p>3 - Baixo conhecimento da epidemia de DST/Aids</p>	<p>NC1 - Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde)</p> <p>NC2 – Baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral</p> <p>NC3 – Falta de apoio político</p> <p>NC4 – Lentidão dos processos dentro da SMS</p> <p>NC5 – O município não faz articulações com outros atores de outras organizações</p>	<p>DOP1.1 Recrutamento e admissão de profissionais de saúde (concurso público e contratação temporária)</p> <p>DOP1.2 Implementação de um programa de Recursos Humanos adequado (plano de carreira)</p> <p>OP2.1 Mapeamento das necessidades de capacitação</p> <p>OP2.2 Possibilitar capacitação aos profissionais de saúde de acordo com a demanda</p> <p>OP3.1 Promover reuniões com Secretário de Saúde</p> <p>DOP4.1 Disponibilização de 1 profissional para lidar com os processos solicitados pelo Programa</p> <p>OP4.2 Implementação de um sistema de monitoramento dos processos solicitados pelo Programa de DST/Aids</p> <p>OP5.1 Realização de reuniões com os profissionais da SMS e de outros Programas</p> <p>OP5.2 Realização de oficinas para os profissionais da SMS sobre a inserção do PM DST/Aids na SMS</p>	<p>VDR1 – Adequação do número de profissionais de saúde em 5 anos</p> <p>VDR2 – 100% dos profissionais capacitados em 5 anos.</p> <p>VDR3 - Apoio político ao Programa próprios em 1 ano</p> <p>VDR4 – 100% dos processos abertos, executados o período ideal em 2 anos.</p> <p>VDR5 – Pelo menos 1 parceria com os profissionais da SMS e de outros Programas.</p>

Os nós críticos formam uma rede de causalidade entre si, conforme está apresentado na árvore do problema abaixo:

Quadro 7 – Árvore do Problema

Problema: Não cumprimento integral do PAM



Quadro 8 – Cenários - Resultados previstos em diferentes cenários**Problema:** Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

Otimista	Intermediário	Pessimista
1 – Maior investimento da prefeitura, do Estado e do Governo Federal no Programa de DST/Aids	1 – Maior investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids	1 – Manutenção dos níveis atuais investimento da prefeitura no Programa de DST/Aids
2 – Política de recursos humanos implantada com realização de concurso público	2 – Contratação temporária de profissionais de saúde	2 – Manutenção do atual quadro de RH com risco de diminuição.
3 – Entendimento dos setores chaves da SMS na Política do Incentivo com distribuição de responsabilidades	3 – Entendimento e compromisso de alguns setores da SMS na Política do Incentivo	3 – Baixo de entendimento dos outros setores da SMS na Política do Incentivo e descompromisso com a política
4 – Utilização adequada do sistema de monitoramento do Programa	4 – Utilização incompleta do sistema de monitoramento do Programa	4 – Não utilização do sistema de monitoramento do Programa
5 – Estabelecimento de parceria com outros Programas	5 – Estabelecimento de diálogo com outros Programas	5 – Nenhuma parceria com outros Programas

Observamos que as principais variáveis consideradas na composição do cenário foram: eleições presidenciais e para o Governo; maior ou menor crescimento com o PIB e compromisso com os atores relevantes para a situação.

Quadro 9 – Trajetória estratégica para 4 anos

Problema: Não cumprimento integral do PAM de São Gonçalo

T1- 1 ano	T2- 1 ano	T3- 1 ano	T4- 1 ano
→ OP1.1	→	→	→
	→	→	→
→ OP2.1	→	→	→
	→	→	→
→ OP3.1	→	→	→
	→	→	→
→ OP4.2	→	→	→
	→	→	→
	→	→	→
	→	→	→

IX - Discussão dos Resultados, Comentários e desafios à proposta

Com base nos resultados apresentados, de diagnóstico de situação, operações estratégicas, trajetórias, algumas considerações merecem ser feitas. Os municípios, apesar de bastante heterogêneos no que tange à estrutura, ao tamanho, à população, ao Programa de DST/Aids, entre outras diferenças, apresentam o mesmo problema do não cumprimento integral de seus Planos de Ações e Metas - que poderia ser classificado por Matus (1993) como problema quase estruturado e mal estruturado. Este tipo de problema só pode ser tratado a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas. É justamente o caso do objeto deste estudo. Os municípios apresentam algumas causas semelhantes si e outras mais específicas para o cumprimento parcial das metas.

Vale frisar que os atores em questão são os coordenadores dos diferentes Programas Municipais de DST/Aids, cujos perfis profissionais diferem bastante (experiência e formação) o que nos leva ao conceito de situação e de explicação situacional de Matus (1993), onde situação é um recorte problemático da realidade feito por um ator em função de seu projeto de ação e é constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações, e pelas estruturas econômica, política, ideológica, social, etc. O olhar portanto e o recorte de problemas foi reduzido de forma diferenciada (situacional pelos diferentes coordenadores).

Outra questão que merece destaque é que, apoiados por Mintzberg (1979), as organizações de serviços públicos dependem em grande medida de variáveis do ambiente sócio-político: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização. As organizações públicas (Programas de DST/Aids) podem ter autonomia nas decisões referentes à sua missão, mas inicialmente, seu mandato vem do Governo, seus objetivos,

Flavia Lucia Ribeiro Silva

pelo menos os gerais, são fixados por uma autoridade externa, de forma que as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política, o que condiciona o grau de governabilidade das equipes de DST/Aids. Neste estudo, percebemos que o grau de governabilidade é baixo para estes gerentes, exigindo, além de um plano por operação próprio, o desenho de demandas de operações dirigidas a atores com maior governabilidade.

Com base no triângulo de ferro do PES de Matus (1994), que ajuda a compreender uma organização a partir de seus três vértices que representam os principais subsistemas de um sistema de direção estratégica: a Agenda do Dirigente, a Gerência por Operações e o Sistema de Petição e Prestação de Contas, podemos concluir que ainda perdura nos municípios analisados, uma cultura de baixa responsabilidade. Matus defende que a pouca responsabilidade gera uma tendência no sentido da centralização e da baixa governabilidade; e que a falta de prestação de contas leva o dirigente a não organizar a sua agenda de modo a priorizar problemas de alto valor relativo, acumulando todo tipo de problemas.

No caso dos gerentes dos programas de DST/Aids, nenhum deles referiu fazer sistematicamente o monitoramento das ações de seus programas. Este fato pode contribuir na dificuldade de priorização e no não cumprimento de seus planos.

O sistema de monitoramento do Programa de DST/Aids teve com objetivo facilitar a prestação de contas dos PAM, e também, a execução do recurso do Incentivo. Nenhum município conseguiu executá-lo integralmente assim como seus PAM.

Com relação ao grau de cumprimento dos planos, o município de Itaboraí, do total de 15 metas, cumpriu cinco metas integralmente (33%), cumpriu parcialmente seis (40%) e quatro não foram cumpridas (27%). Maricá, do total de seis metas, cumpriu quatro metas

integralmente (66%), uma parcialmente (17%) e tem uma meta não cumprida (17%). Niterói, do total de 28 metas, cumpriu 12 completamente (43%), sete parcialmente (25%), e não cumpriu nada em nove metas (32%). Por fim, São Gonçalo, do total de 16 metas, cumpriu integralmente duas metas (12,5), representando 12,5% do PAM, duas metas parcialmente (12,5) e nada em 12 metas (75%). Vale dizer que é importante considerar na análise dos cenários previstos a complexidade dos PAM que cada município propõe, por exemplo, o PAM de Maricá contempla seis metas enquanto o de Niterói, 28.

Em relação aos descritores gerais do problema, estes são muito parecidos nos quatro municípios: insuficiência de ações de prevenção; insuficiência de ações de assistência e baixa divulgação de informação acerca da epidemia de DST/Aids. Embora como já apontado, os descritores específicos no interior de cada área de atuação são bastante diferenciados em termos de complexidade exigida pelas metas. Apenas o gerente do município de Maricá referiu um único problema: insuficiência de ações de prevenção. Os descritores do problema foram retirados dos respectivos Planos de ações e Metas.

Quanto às causas, percebeu-se que muitas se repetiram nos diferentes municípios. Observa-se que três nós críticos encontram-se em todos os municípios: Insuficiência de RH (profissionais de saúde e agentes de saúde); baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral e lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids dentro das SMS. Este resultado mostra que, apesar da situação específica de cada município, há vários problemas comuns.

No município de Itaboraí, ainda foi definido o nó crítico: a insuficiência de recursos financeiros e a falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM. Maricá e Niterói referiram a insuficiência de recursos financeiros e a dificuldade de

interlocução com parcerias e São Gonçalo referiu a falta de apoio político e dificuldade de interlocução com parcerias, mostrando a necessidade de um plano situacional.

Outros atores, além dos coordenadores dos programas, relacionados como relevantes para a situação foram: o prefeito, o secretário municipal de saúde, profissionais de saúde, profissionais de outros Programas de Saúde e de outros setores das SMS. Foram propostas operações e demandas para cada nó crítico levando em conta os cenários otimista, intermediário e pessimista, com algumas estratégias de viabilização necessárias.

Devemos observar que de modo geral a governabilidade do ator-eixo é de baixa a média. Este é um problema cujo enfrentamento ultrapassa o Programa de DST/Aids. Além disso, coerente com um tipo de organização de saúde profissional, existe no Programa de DST/Aids, uma grande dependência dos profissionais responsáveis pela execução das atividades finalísticas da organização. Estas atividades, devido à sua complexidade, são executadas e controladas diretamente por esses profissionais, especialistas, que requerem autonomia para o desenvolvimento de seu trabalho. É desta compreensão de Mintzberg que se evidencia a particularidade da distribuição de poder nas organizações de saúde, onde os profissionais jogam importante papel em sua dinâmica. Logo as estratégias gerenciais devem incluir processos participativos, de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos (Azevedo, 1995), por exemplo as metas de capacitações médicas, onde o coordenador organiza juntamente com o profissional médico da sua equipe. Os gerentes dependem de médicos, agentes de prevenção, enfermeiros, técnicos de laboratório, administradores, entre outros. Por tanto, as metas para serem cumpridas exigem a adesão desses profissionais. Associada a esta dependência está a insuficiência de recursos humanos de modo geral e especificamente, a necessidade de uma política de RH em saúde, nos diferentes níveis de governo e sociedade civil, desde o MS até as prefeituras e secretarias

Flavia Lucia Ribeiro Silva

municipais. Este é um problema a ser enfrentado nos vários níveis, pois há baixa governabilidade no nível local.

As operações foram pensadas para um tempo global de quatro anos, considerando o período de gestão municipal. Embora algumas precisam de um tempo muito grande como a reposição de recursos humanos e sua qualificação e com certeza, deve ultrapassar o período delimitado.

De modo geral, as operações são as mesmas para os municípios, variando apenas em alguns nós crítico diferentes, guardadas as especificidades de situação/contexto dos municípios.

Para a insuficiência de RH, propusemos o recrutamento e admissão de profissionais de saúde, mediante concurso público e contratação temporária, além da implementação de um programa de RH (plano de carreira), visando a diminuir a rotatividade de profissionais e melhorar as condições de trabalho que lhe são oferecidas. A baixa governabilidade do coordenador do programa leva à necessidade de apoio político para tal e muita articulação na SMS e outros órgãos/atores. Como afirmado, esta é uma demanda de operação por causa da baixa governabilidade do ator-eixo.

Para a baixa qualificação dos profissionais de saúde em geral, propusemos um mapeamento da demanda, por se perceber que muitas vezes são realizadas capacitações desnecessárias e não as essenciais num dado momento. Depois do mapeamento completo, serão efetuadas as capacitações.

Para a insuficiência de recursos financeiros, sugerimos a adequação dos investimentos no campo das DST/Aids realizadas no município, com aumento progressivo, baseado também na demanda e necessidade, além do cumprimento da contrapartida no tempo previsto nos municípios em que isto não ocorre.

Para a lentidão dos processos solicitados pelo PM DST/Aids dentro da SMS, propusemos a disponibilização de um profissional qualificado para lidar com os processos solicitados pelo Programa, buscando agilização aliado à implantação de sistema de monitoramento destes processos. Vale lembrar que segundo Matus (1997) os problemas e seu processamento não podem ser melhores que o sistema de planejamento que os gera e alimenta.

Para a falta de entendimento de outros atores da SMS na dinâmica do PAM, propusemos a integração de outros setores da SMS com o Programa de DST/Aids, com a realização de oficinas que esclareçam a política do Incentivo e seus procedimentos. A adesão destes outros atores é vital para a aplicação da política do Incentivo, já que se percebe que a falta de conhecimento dificulta o desenvolvimento desta política, por exemplo, no desenrolar dos processos solicitados pelos PM DST/Aids.

Para a dificuldade de interlocução com parcerias, propusemos a realização de oficinas para o entendimento da política de descentralização do incentivo, visando a integração da sociedade civil e de outros setores da SMS com o Programa de DST/Aids.

X - Considerações Finais

Os serviços de saúde têm o papel de garantir às populações ações de caráter curativo, preventivo e de promoção valorizando sempre a busca de ações cada vez mais eficientes e eficazes.

Nesta lógica, os Programas de DST/Aids devem oferecer tratamento aos pacientes com DST/HIV/Aids, ações de promoção e prevenção e qualidade de vida a estas pessoas.

O instrumento de planejamento destes programas está nos Planos de ações e Metas. No entanto, vimos que nenhum dos municípios conseguiu cumprir seus planos integralmente, que traduzem o que a população precisa.

O estudo mostrou que o cumprimento está além da governabilidade dos gerentes dos PM DST/Aids devem contar com uma série de outros atores para tal.

Apresentamos através de uma rede explicativa sugestões que poderão contribuir para o aperfeiçoamento da execução dos Planos, que, no entanto, só funcionarão na medida em que houver apoio de outros atores, principalmente do Secretário Municipal de saúde.

Vale frisar que ainda é um grande desafio a inserção dos Programas Municipais de DST/Aids dentro da rede de saúde. A descentralização ainda recente mostra que a rede de serviços ainda não está preparada, e a recente mudança de convênio para Incentivo ainda exige ações que promovam tanto maior conhecimento desta política quanto mecanismos que agilizem os processos no interior. A integração com os outros programas, com a formação de parcerias, contribuirá no cumprimento de seu papel de garantir assistência, promoção à saúde e qualidade de vida a seus usuários.

Buscamos com este estudo contribuir na análise do problema do não cumprimento integral dos Planos de ações e Metas dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, e esperamos que a metodologia proposta e algumas conclusões possam ser aproveitadas no âmbito dos Programas de DST/Aids e das SMS

XI - Referências bibliográficas

ARTMANN, E. 2001. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde coletiva*;6(1):183-95.

ARTMANN, E., 2000. Planejamento Estratégico Situacional no nível local. Rio de Janeiro: *Cadernos da Oficina Social*, n 3.p 105 - 109.

ARTMANN, E., AZEVEDO, C., SÁ, M., 1997. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4):723-740.

ARTMANN, E., RIVERA, F., 2003. Regionalização em saúde e mix público-privado. http://www.ans.gov.br/portal/site/evento_forum_saude/EAatencaoasaude.asp 14/03/2005

AZEVEDO, C. S., 1995. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública* 29:33-58

Boletim Epidemiológico do Programa Estadual de DST/Aids. Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Saúde, 2003.

Boletim Epidemiológico do Programa Estadual de DST/Aids. Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Saúde, 2004.

BORELLI, F. 2004. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado; Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, 2004. Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, 2002. Portaria 2313 de 19 de dezembro de 2002.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, DHALIA, C. *et al*, 2000. A Aids no Brasil: situação atual e tendências. Boletim Epidemiológico.

DUSSAULT, G. 1992. Gestão dos serviços de saúde. Características e exigências. Rio de Janeiro:RAP, 26:8-19.

MATUS, C., 1993. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA.

MATUS, C. 1994. Guia de Análisis Teórico. Caracas: Fundación Altadir.

MATUS, C. 1996. Adeus Senhor Presidente: O conceito de situação. São Paulo: Edições Fundap, pp. 149 - 156.

MATUS, C. 1997. Adeus Senhor Presidente: Governantes e Governados. São Paulo: Edições Fundap.

MINTZBERG, H.1979. The Structuring of Organizations. New York: Prentice Hall.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2001. Plano Diretor de Regionalização.

RIVERA, F., ARTMANN, E., 2003. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta, pp17-35.

SZWARCWALD, C. *et al*, 2000. A disseminação da epidemia de Aids no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise espacial. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 16 (Sup 1):7-19.

SZWARCWALD, C. *et al*, 2001. Dinâmica da epidemia de Aids no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: Uma aplicação de análise estatística temporal . Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 17:1123-1140.

UGÁ, M. et al, 2003. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):417-437.

Bibliografia consultada

CARVALHO, A, 1999. Políticas de Saúde e Organização Setorial do País. Rio de Janeiro: Documento preparado para o curso de especialização à distância Auto-gestão em saúde da ENSP/FIOCRUZ.

CORDEIRO, H., 2001. descentralização, universalidade e equidade nas reformas à saúde. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328.

COSTA, M., COSTA, M. F.2001. Metodologia da Pesquisa. Rio de Janeiro. Editora Interciência.

PAIM, J. 2003. Epidemiologia e planejamento: a recomposição de práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):557-567

SZWARCWALD, C. et al, 2003. Distribuição social da AIDS no Brasil, Segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5):1351-1363.

TEIXEIRA, C., 1999. Epidemiologia e planejamento de saúde. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2)287-303.

ANEXO 1

Questionário para os Coordenadores/Profissionais da Equipe dos Programas

Municipais de DST/Aids

Município _____

Identificação _____

Idade _____ **Sexo** _____ **Naturalidade** _____ **Estado civil** _____

Graduação _____ **Pós-graduação** _____

Pós-graduação em gestão (sim) (não)

1) Há quanto tempo você trabalha nessa equipe?

() Desde o início do PAM 2 () No decorrer da execução do PAM 1

() Depois de terminado o PAM 2

2) Já trabalhou em outro Programa de DST/Aids? (sim) (não)

Caso sim, quanto tempo? _____

Caso sim, onde? _____

Caso sim, acredita que a experiência tenha contribuído na execução do PAM 1?

() Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

3) Você participou da elaboração do PAM 2?

() Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

4) O PAM 2 foi integralmente executado ?

Sim, totalmente Sim, parcialmente Não

Caso sim, o que mais contribuiu para tal (Enumerar e colocar em ordem decrescente de importância)?

Capacidade gerencial da Equipe Capacidade técnica da Equipe Apoio político local Disponibilidade de recursos financeiros Disponibilidade de recursos humanos ()outro _____

Caso não, o que mais contribuiu para tal (Enumerar e colocar em ordem decrescente de importância)?

Falta de capacidade gerencial da Equipe Falta de capacidade técnica da Equipe Falta de apoio político local Insuficiência de recursos financeiros Insuficiência de recursos humanos outro _____

5) Você está satisfeito com sua formação profissional e capacitação para esse trabalho?

Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito

Caso não, o que faltaria? _____

6) Quantas pessoas compõem a equipe ? _____

7) Você acha que o tamanho da equipe influi no cumprimento das metas do PAM?

Sim, totalmente Sim, parcialmente Não

Caso sim, qual o número ideal de integrantes de uma Equipe de Programa Municipal DST/Aids? _____

8) Qual a formação profissional dos integrantes da equipe?

8) Você está satisfeito com sua formação profissional e capacitação para esse trabalho?

Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito

Caso não, o que sugeriria? _____

9) Você acha que uma rotatividade de profissionais pode afetar o cumprimento das metas do PAM?

Sim, totalmente Sim, parcialmente Não

Caso sim, por que? _____

10) Você sabe coletar dados epidemiológicos?

Sim, totalmente Sim, parcialmente Não

11) Quais as fontes de informação que você conhece e utiliza?

12) Você planejou o PAM adequando à realidade local?

Sim, totalmente Sim, parcialmente Não

13) Você acha que o PAM se adequou à realidade local? (

)Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

14) A Equipe prioriza suas ações?

()Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

15) A Equipe avalia o PAM sistematicamente?

()Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

Caso sim, qual periodicidade? _____

15) Para você, quais são os principais fatores facilitadores ao cumprimento do PAM?

16) Para você, quais são os principais fatores que dificultam o cumprimento do PAM?

12) Para você, que medidas poderiam ser tomadas para lidar com esse problema (não cumprimento das metas do PAM) ?

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores/Profissionais da Equipe do Programa de DST/Aids.

O senhor (a) está sendo convidado para participar da entrevista da pesquisa: Os Programas Municipais de DST/AIDS na região metropolitana I do Rio de Janeiro: as metas estão sendo cumpridas?, tema da dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O objetivo deste estudo é: avaliar o grau do cumprimento de metas dos Programas Municipais de DST/Aids selecionados e as influências relacionadas a este cumprimento.

A sua participação não é obrigatória, mas é importante e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas pela pesquisadora Flavia Lucia Ribeiro Silva. Visando garantir sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo e nas eventuais publicações.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a contribuição para o entendimento dos fatores que influenciam o cumprimento das ações propostas pelos Programas.

O senhor receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Flavia Lucia Ribeiro Silva

Rua Leopoldo Bulhões 1480 Manguinhos CEP21041-210 Rio de Janeiro – RJ

Tel 25982525 (21)

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

Sujeito da pesquisa

ANEXO 3

Metas do PAM de Itaboraí e Cumprimento

Meta	Cumprimento (%)	Causas do não cumprimento
Promoção e Prevenção		
Produção de 10.000 folders para a distribuição a população em 12 eventos municipais em parcerias com diversos órgãos e instituições do município.	50%	Insuficiência de RH
Implantar 1 tenda volante de atividade mensal no município para orientação sobre o uso do preservativo masculino e feminino e informações gerais sobre prevenção em DST/Aids a população geral assim como realizar testes anti-hiv por tenda.	50%	Insuficiência de RH
Planejar e executar em conjunto com o CAPS o 1º Fórum Regional de Álcool e outras drogas com participação das representações sociais com interfaces com a questão do uso de drogas no Município.	0	Dificuldade de interlocução com o CAPS
Capacitar em aconselhamento e testagem e notificação para HIV e sífilis 60 profissionais para formação de multiplicadores.	100%	-
Busca e investigação de 100% dos casos de sífilis notificados pelos médicos do PSF suspeitos ou confirmados, convocando os parceiros	50%	Demora da notificação.
Diagnóstico, Assistência e Tratamento		
Realizar em média o atendimento mensal 5 partos de gestantes soropositivas e demais ações do Programa	100%	-
Realizar encontros quadrimestrais com as equipes de atendimento nos Programas de Tuberculose, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente, CAPS, equipes do PSF, etc	20%	Dificuldade da interlocução com os outros programas (exceto TB)
Ampliar o número de pacientes atendidos no ambulatório do Programa em pelo menos 100 pacientes no ano de 2005, qualificando as ações	100%	-

multiprofissionais		
Realizar no Laboratório Municipal 50% dos testes anti-hiv de triagem executados na rede contratada atualmente (em torno de 350 testes/mês)	30%	Falta de insumos, recursos financeiros
Formar 600 agentes multiplicadores de DST/Aids selecionados da população escolar, de associações de moradores, grupos religiosos, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, animadores culturais e outros voluntários do município.	20%	Dificuldade da interlocução com outro programa Educação.
Desenvolvimento Humano e Institucional		
Ter ofertado a 100% da Equipe do Programa (15 profissionais) ao menos uma atividade de atualização/aperfeiçoamento no período de um ano.	100%	-
Realizar 3 treinamentos para os profissionais de Saúde do Município divulgando dados epidemiológicos existentes enfatizando as principais dificuldades de notificação e as questões de dificuldade da interlocução prevenção de acidentes	100%	-
Implementar 3 salas do Programa Municipal de DST/Aids para atendimento adulto e infantil com sala de espera e espaço de atividades de grupo.	0	Dificuldade da interlocução com a Secretaria de Obras.
Realizar 2 treinamentos sobre prevenção da TV da Sífilis e HIV para 30 participantes	0	Insuficiência de RH
Produzir 2 boletins epidemiológicos em parceria com a Vigilância Epidemiológica.	0	Falta de insumos e recursos materiais.

ANEXO 4

Metas do PAM de Maricá e Cumprimento

Meta	Cumprimento (%)	Causas do não cumprimento
Promoção e Prevenção		
Realizar 30 palestras sobre prevenção em DST/Aids para adolescentes, profissionais de saúde e para a população em geral nas escolas e nas associações de moradores selecionados do município.	100%	-
Diagnóstico, Assistência e Tratamento		
Ter atendido ambulatoriamente a pelo menos 90% dos pacientes de DST/Aids na rede SUS do município de Maricá.	100%	-
Desenvolvimento Humano e Institucional		
Ter ofertado para 60% dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá, cursos e seminários sobre DST/Aids.	100%	-
Ter ofertado a 100% da equipe da Coordenação do Programa pelo menos uma atividade como seminários, fóruns e congressos nacionais e internacionais e demais eventos de atualização no período de um ano.	100%	-
Ter ofertado a 100 pessoas entre jovens, professores e voluntários cursos para a formação de agentes multiplicadores em prevenção a DST/Aids.	60%	Insuficiência de recursos humanos.
Ter no mínimo 50% dos usuários cadastrados no Programa treinados para formar uma OSC/Aids de Maricá.	0	Insuficiência de recursos humanos.

ANEXO 5

Metas do PAM de Niterói e Cumprimento

Meta	Cumprimento (%)	Causas do não cumprimento
Promoção e Prevenção		
Ter 70% dos usuários dos serviços de saúde do município tendo sido informados sobre formas de transmissão e prevenção das DST/HIV/Aids no período de 12 meses.	0	Insuficiência de RH
Ter implantado pelo menos 10 serviços de referência para o desenvolvimento de ações de prevenção dirigidas às populações de maior vulnerabilidade, no período de um ano.	0	Insuficiência de RH
Ter implementado em pelos menos 20 unidades de serviços da rede SUS do município, ações de prevenção das DST/HIV/Aids aos adolescentes, no período de um ano.	0	Insuficiência de RH
Ter implementado em 50% das escolas municipais, em parceria com a Fundação Municipal de Educação atividades de prevenção das DST/Aids dirigidas aos adolescentes, no período de um ano.	0	Dificuldade da interlocução com a Fundação Municipal de Educação.
Ter realizado o diagnóstico sorológico para HIV acompanhado de aconselhamento pré e pós teste, em pelo menos 80% serviços de saúde da rede pública, no período de um ano.	100%	-
Ter implementado ações de prevenção das DST em 100% nas Unidades de saúde da rede pública, no período de um ano.	100%	-
Ter implantado em seis áreas de concentração de UDI, ações de redução de danos, no período de um ano.	20%	Projeto parou
Ter implantado dois serviços de referência para atendimentos de UDI, no período de um ano.	0	Projeto parou
Ter oferecido e testado para o HIV 85% das gestantes atendidas na rede de saúde, durante o pré-natal, no período de um ano.	100%	-

Ter determinado o status sorológico de 80% das gestantes atendidas na rede de saúde, durante o pré-natal, no período de um ano.	0	Não informado.
Ter oferecido e testado para o VDRL em 80% das gestantes atendidas na rede de saúde, durante o pré-natal, no período de um ano.	100%	-
Ter determinado o status sorológico em 80% das gestantes sem testagem VDRL durante o pré-natal nas maternidades públicas e conveniadas, no período de um ano.	100%	-
Diagnóstico, Assistência e Tratamento		
Ter tratado 100% das gestantes diagnosticadas com sífilis nas unidades de saúde no período de um ano.	100%	-
Ter tratado 90% das gestantes diagnosticadas com sífilis nas maternidades da rede pública e conveniada, no período de um ano.	100%	-
100% das unidades de Atenção Básica de Saúde com atendimento em Abordagem Sindrômica das DST implantado, no período de um ano.	0	Resistência dos profissionais de saúde.
Ter tratado 90% dos casos de DST de maior complexidade nas Unidades de referência, no período de um ano.	100%	-
Ter diagnosticado e tratado 20% dos parceiros de portadores de DST, no período de um ano.	0	Dificuldade de alcance do entendimento dos parceiros.
Ter implementada a assistência em HIV/Aids em 100% das Unidades de referência, no período de um ano.	100%	-
Ter acompanhado 90% das puérperas infetadas pelo HIV e seus filhos nos serviços de referência, no período de um ano.	100%	-
Desenvolvimento Humano e Institucional		
Ter implementado 90% dos sistemas de informações selecionados de DST, sífilis congênita e Aids, no período de um ano.	50%	Não informado.
Ter identificado a sobrevida e seus fatores determinantes em 100% dos pacientes diagnosticados no município até o ano de 2003, no período de um ano.	50%	Em andamento.

Ter identificado 100% dos fatores associados a taxa de transmissão do HIV+, no período de um ano.	50%	Em andamento.
Ter constituído o Comitê Intersetorial Municipal de DST/Aids, articulado com o Conselho Municipal de Saúde no ano de 2004.	0	Não foi prioridade.
Ter implementado em 100% o processo de gestão da coordenação municipal, garantindo sua institucionalização e sustentabilidade, no período de um ano.	80%	Insuficiência de RH e de recursos materiais.
Ter avaliado 100% dos serviços selecionados que prestam atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, quanto à prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita no SUS, no período de um ano.	80%	Insuficiência de RH
Ter garantido o acesso ao uso de preservativos masculino e feminino e ao gel lubrificante em 100% aos usuários atendidos nas Unidades da Rede de Saúde SUS E OSC, no período de um ano.	100%	-
Assegurado o acesso em 100% para diagnóstico do HIV e realização de exames laboratoriais de dosagens de linfócitos TCD4+ e carga viral, no período de um ano.	100%	-
Ter garantido 100% do acesso à assistência aos portadores de DST por meio de aquisição de medicamentos, no período de um ano.	95%	Lentidão dos processos de compra.

ANEXO 6

Metas do PAM de São Gonçalo e Cumprimento

Meta	Cumprimento (%)	Causas do não cumprimento
Promoção e Prevenção		
Implementar em 50% das unidades escolares municipais/estaduais atividades de prevenção de DST/Aids junto ao corpo docente e discente articulando PSF locais.	0%	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Implementar ações de prevenção em 100% dos serviços (governamentais e não governamentais) de referências dirigidas às populações de maior vulnerabilidade durante o ano de 2005.	0%	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Implementar ações educativas em DST/Aids em 100% das unidades que distribuem insumos de prevenção na rede de saúde pública do município e OSC.	0	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Descentralizar a distribuição de preservativos para 100% dos pólos Sanitários do município	0%	Não foi prioridade, não foi aberto processo.
Elaborar e executar uma campanha publicitária sobre prevenção em DST/Aids para a população em geral durante o ano de 2005	0%	Não foi prioridade, não foi aberto processo.
Diagnóstico, Assistência e Tratamento		
Aumentar em 100% o número das gestantes atendidas na rede de saúde testada para sífilis e HIV durante o pré-natal no período de um ano.	0	Dificuldade da interlocução com a outros Programas.
Aumentar em 960 consultas a oferta de serviço em consulta odontológica para o ano de 2005 nas especialidades de: Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia oral menos e Estomatologia no PAM Neves para os pacientes portadores de HIV/Aids.	50%	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Ampliar/implementar o serviço de atendimento ambulatorial ao portador de HIV/Aids no ano de 2005 em uma unidade básica de saúde do município.	0	Não foi prioridade, não foi aberto processo.
Ter os 5 pólos sanitários do município realizando	0	Alta rotatividade das equipes

o atendimento em abordagem sindrômica das DST		de saúde.
Ampliar em 100% o número de atendimentos ambulatoriais ao portador de HIV/Aids no PAM Neves no ano de 2005.	Não especificado	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Atender a 100% das crianças expostas assistidas nos serviços de pediatria DST/Aids do PAM Neves.	100%	-
Desenvolvimento Humano e Institucional		
Propiciar atualização teórica-prática para 100% da equipe do programa e as OSC de DST/HIV/Aids.	50%	Falta de apoio da SMS.
Implantar a logística de distribuição de insumos e deslocamento de profissionais e usuários para as ações de prevenção e assistência.	100%	-
Ter formada uma equipe administrativa e técnica na gerência do Programa de DST/Aids no ano de 2005.	0	Falta de apoio da SMS.
Monitorar e analisar 100% dos dados epidemiológicos de DST/Aids do município durante o ano de 2005.	0	Insuficiência de RH (não houve contratação de rh)
Informatizar em rede 100% do Programa Municipal de DST/Aids (intra e internet) no ano de 2005	Não especificado	Não foi prioridade, não foi aberto processo.