

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

**PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DAS
AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS NOS ANOS DE 2011 E 2012.**

LILIAN NOBRE DE MOURA

Belo Horizonte

2014

LILIAN NOBRE DE MOURA

**PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DAS
AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS NOS ANOS DE 2011 E 2012.**

Trabalho apresentado à banca de Defesa do curso Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos -
Professora do Departamento de
Fonoaudiologia Faculdade de Medicina -
UFMG

BELO HORIZONTE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência

Linha de pesquisa: Promoção de saúde

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Ana Cristina Cortês

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite
Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Virgílio
Baião Carneiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência: Prof^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof^a. Eliane Dias Gontijo

Prof^a. Elizabeth Costa Dias

Prof^a. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof^a. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade da vida.

À minha família e aos meus inúmeros e fieis amigos.

À orientadora, professora e amiga Stela Maris Aguiar Lemos, peça fundamental na minha formação profissional no âmbito da Saúde Pública, que acreditou e investiu para que pudesse estar hoje aqui.

Ao Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais que me ofertou diferentes oportunidades de crescimento pessoal e social permitindo um descortinar diário de mitos e preconceitos, apresentado dia após dia um incentivo para seguir em frente ao me apresentar pessoas sérias e comprometidas com a causa, que fazem do seu trabalho um legado de amor e dedicação ao próximo.

A todos os Coordenadores que se dispuseram a contribuir com essa pesquisa, doando suas percepções à este trabalho e se tornaram grandes amigos.

“Se fosse ensinar a uma criança a beleza da música não começaria com partituras, notas e pautas. Ouviríamos juntos as melodias mais gostosas e lhe contaria sobre os instrumentos que fazem a música. Aí, encantada com a beleza da música, ela mesma me pediria que lhe ensinasse o mistério daquelas bolinhas pretas escritas sobre cinco linhas. Porque as bolinhas pretas e as cinco linhas são apenas ferramentas para a produção da beleza musical. A experiência da beleza tem de vir antes”

Rubens Alves

RESUMO

O presente trabalho apresenta o resultado do desenvolvimento de atividades durante o Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da aluna Lilian Nobre de Moura. Trata-se da apresentação do projeto de pesquisa, de um artigo de revisão sistemática e de um artigo original de pesquisa.

O projeto de pesquisa tem por objetivo investigar e discutir a operacionalização e execução da Programação Anual de Metas no período de 2011-2012 segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

O artigo de revisão sistemática busca na literatura nos últimos cinco anos as produções científicas acerca do HIV/AIDS tendo como referência o desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde e analisar os estudos observacionais sobre a temática e tem como objetivo descrever e analisar produções científicas relevantes sobre o tema, reunindo informações importantes do conhecimento científico produzido a fim de possibilitar reflexões e contribuir para a atuação dos profissionais na área saúde em geral.

Produções científicas revelaram como principais eixos temáticos: formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. A política brasileira para o enfrentamento da epidemia é destacada com a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes de medicamentos. A maioria dos estudos observacionais analisados atenderam parcialmente os critérios descritos na iniciativa STROBE

O artigo original de pesquisa foi constituído pelos resultados da coleta de dados com os gestores municipais e estadual, Coordenadores dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais, e para isso foi utilizado um formulário autoaplicável.

A amostra do estudo foi composta por 37 gestores com idade média de 42,03 anos e 55,50 meses como o tempo médio em que atuavam como coordenadores. 97,30% dos gestores participantes consideram a ação

“Realização de atividades extramuros (CTA Itinerante, palestras, oficinas etc.)” como eficaz ou que tem impacto positivo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Estado. Todas as análises univariada, categóricas e contínuas, que apresentaram p valor maior que 0,20 foram excluídos da análise multivariada. Foi montado modelo de regressão logística, entretanto ele perdeu a significância ($p \leq 0,133$) o que levou a concluir que não há modelo multivariado para explicar a variável desfecho escolhida.

Lista de Figuras

Projeto de Pesquisa

Gráfico 1 – Gráfico demonstrativo do numero total de casos de AIDS diagnosticados no estado de Minas Gerais no período de 1983 a 2013*.....	31
Gráfico2 – Gráfico demonstrativo do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais segundo a faixa etária no período de 1983 a 2013*.....	32
Gráfico 3 – Gráfico demonstrativo do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013*.....	33
Tabela 1 – Tabela de distribuição do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013*.....	35
Quadro 1 – Quadro demonstrativo do cronograma de execução das etapas da pesquisa.....	48

Artigo 1

Figura 1 – Fluxograma demonstrativo das etapas de busca e seleção de artigos.....	74
Figura 2 – Linha histórica e cronológica da produção científica nacional e internacional em HIV/AIDS nas áreas da promoção da saúde e políticas públicas de saúde.....	75
Figura 3 – Nuvem de textos gerada com base nas conclusões dos artigos utilizados na revisão de literatura.....	76
Quadro 1 – Síntese dos estudos referentes à pesquisa bibliográfica para os descritores “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” e “Promoção da Saúde”.....	77
Quadro 2 – Síntese dos estudos referentes à pesquisa bibliográfica para os descritores “HIV” e “Promoção da Saúde”.....	79
Quadro 3 – Análise dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE.....	82

Artigo 2

Figura 1 – Questionário para Coordenadores Estadual e Municipais dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais.....	90
Tabela 1 – Caracterização da satisfação da amostra quanto à formação e o trabalho como gestor do programa.....	92
Tabela 2 – Caracterização da amostra acerca da gestão do programa e da Programação Anual de Metas.....	93
Tabela 3 – Distribuição das atividades desenvolvidas segundo dados sócio-demográficos, processo de trabalho e satisfação com a formação e capacitação.....	94
Tabela 4 – Análise univariada categórica das ações elencadas pelos gestores segundo as variáveis “sócio-demográficas” e características da equipe.....	95
Tabela 5 – Medidas descritivas e análise da associação entre as atividades desenvolvidas e no programa e as variáveis idade e tempo de atuação em funções fora da coordenação.....	96
Tabela 6 – Medidas descritivas e análise da associação entre as atividades desenvolvidas e no programa e as variáveis tempo de coordenação e tamanho da equipe.....	97

Lista de Abreviaturas e Siglas

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HPV – Papiloma vírus humano

SUS – Sistema Único de Saúde

PVHA – Pessoas que vivem com HIV/AIDS

OMS – Organização Mundial da Saúde

IST – Infecção sexualmente transmissível

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

OSC – Organização da Sociedade Civil

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SES/MG –Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

OG – Organização Governamental

HV – Hepatites Virais

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI – Programação Pactuada Integrada

PDI – Plano Diretor de Investimento

ONG – Organização da Sociedade Civil Organizada

CIT – Comissões Intergestores Tripartite

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

DF – Distrito Federal

ARV – Antirretroviral

TARV – Terapia Antirretroviral

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

UDI – Usuário de drogas injetáveis

SRAS – Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

SubPAS – Subsecretaria de Políticas de Atenção à Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

I Comentários iniciais	14
II Projeto de pesquisa	16
II.1 Resumo	18
II. 2 Introdução	19
II. 3 Referencial teórico	21
II. 3. 1 A descentralização de recursos do SUS para o desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS e o Programa Brasileiro	21
II. 3. 1. 1 A descentralização no setor saúde	21
II. 3. 1. 2 Política de Incentivo	22
II. 3. 1. 3 Os incentivos e o processo de descentralização	23
II. 3. 1. 4 O Programa Brasileiro de DST/HIV/AIDS	24
II.4 A AIDS em Minas Gerais	30
II. 4.1. O Programa Estadual de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais	31
III Objetivo geral	39
III. 1 Objetivos específicos	39
IV Hipóteses	40
V Metodologia	41
V. I Delineamento da pesquisa	41
V. 2 Cenário do estudo	41
V. 3 instrumento de coleta de dados e etapas do estudo	41
V.4 Casuística	42
V. 5 Aspectos éticos	42
V. 6 Coleta de dados	43
V. 7 Análise dos dados	44
V. 8 Desfechos e destinação dos dados	45
VI Cronograma da pesquisa	47

VII Referências bibliográficas	48
VIII Artigo 1..	52
VIII. 1 Resumo	54
VIII. 1 Abstract	55
VIII. 2 Introdução	55
VIII. .3 Metodologia	59
VIII.4 Revisão de literatura	62
VIII. 5 Conclusão	68
VIII. 6 Referências bibliográficas	73
VIII. 7 Anexos	74
IX Artigo 2.	83
IX. 1 Resumo	85
IX. 2 Introdução	86
IX. 3 Métodos	89
IX. 4 Resultados	92
IX. 5 Discussão	100
IX. 6 Conclusão	106
IX. 7 Referências bibliográficas	106
X Comentários finais	110
XI Anexos	112
XI. 1 Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores dos Programas Municipais e Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais – Questionário	113
XI. 2 Anexo II –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores dos Programas Municipais e Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais – Entrevista	114
XI. 3 Anexo III - Roteiro Preliminar do Questionário para os Coordenadores Estadual e Municipais dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais	115

XI. 4 Anexo IV -Parecer Consubstanciado DEPFON.	116
XI. 5 Anexo V – Parecer Consubstanciado do CEP	118
XI. 6 Anexo VI – Parecer COEP	121
XI 7 Anexo VII – Folha de Aprovação	122
XI.8 Anexo VIII – Ata de Defesa da Dissertação	123

I – COMENTÁRIOS INICIAIS

O presente trabalho representa a produção realizada no decurso do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, e tem como enfoque o estudo das políticas públicas e das ações de promoção de saúde no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

Além disso, a temática é objeto de trabalho da candidata, visto que no período de 2010 a 2014 compôs a equipe da Coordenação Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, podendo assim aliar o conteúdo profissional e a proposta de trabalho do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são consideradas um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo. O Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais informa em sua página que as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, apresenta os seguintes dados: Sífilis: 937.000 casos; Gonorreia: 1.541.800 casos; Clamídia: 1.967.200 casos; Herpes genital: 640.900 casos; HPV: 685.400 casos.

É importante ressaltar que a motivação e idealização do presente estudo estão pautadas em questionamentos e indagações oriundas do cotidiano da gestão em saúde e dos desafios políticos e administrativos enfrentados na implementação das ações de promoção e prevenção.

Deste modo busca-se por meio da presente pesquisa construir e ampliar o diálogo no âmbito das políticas regionais de promoção da saúde e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV/AIDS, além de dar oportunidade aos gestores a reflexão e discussão das atividades e propostas de ferramentas para aprimoramento do serviço e das ações ofertadas.

Desta forma, optou-se por apresentar para a defesa do curso de mestrado os seguintes trabalhos realizados:

1. Projeto de Pesquisa intitulado: Promoção, prevenção e proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais nos anos de 2011 e 2012;

2. Artigo 1 intitulado: Políticas públicas de saúde e ações de promoção da saúde em HIV/AIDS: revisão sistemática

3. Artigo 2: Avaliação das ações de um programa de DST/AIDS e Hepatites virais: percepção dos gestores

PROJETO DE PESQUISA

PROJETO DE PESQUISA

**PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DAS
AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS NOS ANOS DE 2011 E 2012.**

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis - DST são consideradas um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo. O Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais informa em sua página que as estimativas da Organização Mundial de Saúde - OMS de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa. A Política Nacional de Incentivo para ações em HIV/AIDS e outras DST, criada em 2003, em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios a universalidade, integralidade por meio de ações que visam à prevenção, assistência e direitos humanos, a equidade, a descentralização e a participação e controle Social. Seus objetivos, descritos no site do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais são: a redução de novas infecções, a melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA) e minimizar situações de preconceito e estigma. Seu plano de sustentabilidade busca garantir as conquistas e os resultados e ampliar as ações e qualificar a resposta existente. A Política de Incentivo financia metas e ações exclusivas em DST/HIV/AIDS nos estados e municípios pela Programação Anual de Metas (PAM) nas seguintes áreas de atuação: Promoção, Prevenção e Proteção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Gestão e Desenvolvimento Institucional e Parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC). Este estudo tem por objetivo investigar e discutir a operacionalização e execução da PAM no período de 2011-2012 segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais. Será um estudo transversal analítico com abordagem metodológica quali-quantitativa, com amostra não probabilística por tipicidade. Os sujeitos de pesquisa serão os Coordenadores dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais, Estadual e Municipais. Como desfecho espera-se verificar se as metas propostas na área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção estão sendo executadas da forma proposta, ou seja, as ações propostas quando da elaboração da Programação Anual de Metas estão sendo efetivamente colocadas em práticas ou estão sendo substituídas ao longo do ano. Se a não execução da meta está diretamente relacionada a não execução de alguma ação específica; verificar a correspondência entre o perfil epidemiológico apresentado e as ações propostas.

Descritores: HIV / AIDS/ Saúde/ Prevenção/ Planejamento

II. 2 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis - DST são consideradas um dos graves problemas de saúde pública em todo o mundo. O Relatório Gap, lançado em Genebra em julho pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS destaca que 19 milhões de pessoas, de um total de 35 milhões que hoje vivem com HIV no mundo não sabem que estão infectados com o vírus. O relatório revela ainda, que em 2013, mais 2.3 milhões de pessoas passaram a ter acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARV), elevando o número global de indivíduos recebendo este medicamento para cerca de 13 milhões em 2013. O UNAIDS estima que, até julho de 2014, cerca de 14 milhões de pessoas terão acesso ao ARV. O Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais informa em sua página que as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, apresentam os seguintes dados: Sífilis: 937.000 casos; Gonorreia: 1.541.800 casos; Clamídia: 1.967.200 casos; Herpes genital: 640.900 casos; HPV: 685.400 casos.

A prevenção do HIV não é simples e sua transmissão é um evento social que ocorre entre duas pessoas e, portanto, ambos precisam ter um comportamento preventivo. A prevenção efetiva deve abarcar estratégias que alcancem mudanças importantes, tanto no comportamento entre indivíduos, como entre grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade, com o objetivo de reduzir a incidência. Esta redução, uma vez alcançada, é essencial que seja sustentada. Os fundamentos da prevenção do HIV precisam ser pactuados, financiados, implementados e avaliados de uma forma abrangente e sustentável ao longo do tempo. O acesso a informações sobre a prevenção do HIV, como mensagens, habilidades pessoais e tecnologias, como por exemplo, as redes sociais e recursos de mensagens tipo SMS que estimulam a mudança de comportamento e apresenta dicas de prevenção, são essenciais e configuram um direito humano fundamental (COATES, 2008).

As ações de prevenção descritas no mundo, normalmente se referem à proteção das pessoas para evitar a contaminação pelo HIV, mas substancialmente, mais esforços devem ser direcionados para ajudar as

pessoas que vivem com o HIV/AIDS para evitar a propagação da doença, visto que a maioria dos indivíduos, após conhecimento do seu status sorológico, mantém-se ativos sexualmente (REIMIEN, 2007).

A Política Nacional de Incentivo para ações em HIV/AIDS e outras DST, criada em 2003, em consonância com o SUS, tem como princípios a universalidade; integralidade por meio de ações que visam à prevenção, a assistência e direitos humanos; a equidade; a descentralização; a participação e o controle social. Seus objetivos, descritos no site do Departamento de DST/AIDS e Hepatites virais são: a redução de novas infecções, a melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS e minimizar situações de preconceito e estigma. Seu plano de sustentabilidade busca atingir três objetivos principais: garantir as conquistas e os resultados; ampliar as ações preventivas; e finalmente qualificar a resposta existente.

Dentre as responsabilidades dos Estados, por meio das ações desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e dos Municípios, pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) destacam-se:

- O desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações em HIV/AIDS e outras DST;
- A formação e capacitação de profissionais que atuam com HIV/AIDS e outras DST, das diversas redes de serviços, governamentais e não governamentais;
- O desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em HIV/AIDS e outras DST e manter atualizados os bancos de dados;
- A elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil e dos demais parceiros OG e ONG, da Programação Anual de Metas em HIV/AIDS e outras DST, a ser aprovado pelo Conselho de Saúde;
- Apoiar a implantação/implementação dos Laboratórios Municipais que realizam testagem DST/HIV/AIDS, avaliando as atividades desenvolvidas e apoiando a sua execução.

Atualmente o recurso financeiro da política de incentivo para o desenvolvimento de ações voltadas às DST/HIV/AIDS está descentralizado para 54 municípios de Minas Gerais e também para a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Estes estão habilitados para receber o incentivo – fundo a fundo para o desenvolvimento de ações e metas em DST/HIV/AIDS nos estados e municípios por meio da PAM.

Em Minas Gerais, até março de 2014 eram 54 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES) com PAM. A distribuição destes municípios, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

A PAM é um instrumento de planejamento e gestão que visa refletir o processo de planejamento para definição de prioridades, metas e ações do Município e/ou Estado. Este instrumento deve conter uma análise de situação epidemiológica, tanto no âmbito nacional, como na realidade local, e de resposta, considerando os contextos e situações de vulnerabilidade. As ações devem estar alinhadas às diretrizes nacionais, definidas e pactuadas entre o Programa Nacional e os Estados e Municípios nas seguintes áreas de atuação: Promoção, Prevenção e Proteção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Gestão e Desenvolvimento Institucional e Parcerias com OSC.

II. 3 REFERENCIAL TEÓRICO

II. 3. 1 – A DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS DO SUS PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM DST/HIV/AIDS E O PROGRAMA BRASILEIRO

II. 3.1.1 – A DESCENTRALIZAÇÃO NO SETOR SAÚDE

Os fundamentos e os princípios do SUS estão definidos na Constituição Federal e sua regulamentação foi equacionada por meio das Leis Orgânicas da Saúde. Em dezembro de 1990, foi promulgada a Lei Federal nº 8080, de caráter amplo que busca a regulamentação dos objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, gestão, organização e financiamento da assistência à saúde. Na sequência foi promulgada a Lei Federal nº 8142 que contempla três

outros aspectos: a participação popular, o controle público instituído pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos nos três níveis de governo e as formas de financiamento do sistema de saúde, por meio da transferência de recursos financeiros intergovernamentais (BARBOZA, 2006)

As políticas públicas em saúde dependem da atuação e da ação social do Estado e do seu grau de compromisso com a melhoria das condições de saúde da população. Entende-se que é papel do Estado articular e organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde nas dimensões individual e social (BARBOZA, 2006).

A Constituição de 1988 ampliou os direitos sociais, garantindo o acesso a várias políticas setoriais. No art. 196 ela garante o acesso universal ao sistema de saúde para todo cidadão e no art. 198 institucionalizou também, a descentralização como uma das diretrizes para a organização do sistema e estabelece que os serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

Um estudo pesquisado defende os fatores que favoreceram a descentralização dos serviços de saúde dos quais se destacam: maior eficiência na alocação dos recursos; inovação e adaptação às condições locais; maior transparência e legitimidade no processo de tomada de decisão; maior integração entre agências governamentais e não governamentais; e o incremento na intersectorialidade (MENDES, 2003).

II. 3.1.2 – POLÍTICA DE INCENTIVO

A fim de garantir a operacionalização do SUS, foram publicados normas legais que tratam da transferência de recursos na modalidade “fundo a fundo” do governo federal para estados e municípios. Além disso, foram criadas portarias específicas que regulamentam as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993 e 1996 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002. As NOB de 1993 e 1996 efetivaram a descentralização financeira por meio da qualificação do município de acordo com sua capacidade institucional e da articulação técnico-política entre as diferentes esferas governamentais. A NOB/96 instituiu o Piso da Atenção

Básica (PAB) que viabilizou um valor per capita/ano igual para todos os municípios que assumissem a responsabilidade da gestão e gerência das ações voltadas à atenção básica, além da responsabilidade compartilhada entre as três esferas de gestão.

A NOB enfatiza a responsabilização do município pela assistência a saúde em seu território. Aos níveis estadual e federal são atribuídas a corresponsabilização pela assistência a saúde, na ausência do poder municipal. A NOAS/01/02 identificou e definiu as prioridades em âmbito estadual, ou seja, a promoção da regionalização, o fomento e integração dos diferentes programas e a articulação técnico-política para o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde e de seus gestores. Cabe ao gestor estadual a articulação e elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI), além da regulação do sistema por meio da implementação de ações de cooperação técnica e financeira junto aos municípios, potencializando assim investimentos para a redução de iniquidades no âmbito estadual. O município, por sua vez, é um espaço privilegiado no qual se dão as relações entre os municípios e desses com os serviços de saúde (BARBOZA, 2006).

II. 3.1.3 – OS INCENTIVOS E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

A modalidade de incentivo para transferência de recursos criada pela NOB 96 sugere o fortalecimento do papel do nível federal como formulador e indutor de políticas. Apesar da concepção descentralizadora da política de saúde nacional, algumas políticas setoriais da área, como por exemplo, a política de incentivo para o desenvolvimento de ações na temática das DST/HIV/AIDS, formuladas pelo governo federal e o aporte de recurso financeiro vinculado a sua implementação, podem configurar certa fragilidade da autonomia das instâncias subnacionais, devido as heterogeneidades regionais que podem indicar a necessidade de distintas estratégias de intervenção (PIRES, 2006).

Os critérios e mecanismos de repasses/transferências dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e

competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde (LECOVITZ, 2001).

II. 3.1.4 – O PROGRAMA BRASILEIRO DE DST/HIV/AIDS

As ações de prevenção e assistência ao HIV/AIDS, implementadas pelos programas estaduais e municipais, pelas ONG e outros setores da sociedade, financiados pelo empréstimo com o Banco Mundial e com dinheiro do governo brasileiro contribuíram para a construção de um “modelo” segundo Parker (2003) para o enfrentamento da epidemia, uma vez que a resposta apresentada tem sido considerada como a mais bem sucedida experiência já realizada em todo o mundo.

A portaria ministerial nº 236, lançada em 1985 determina as diretrizes para a criação do Programa Nacional de AIDS. Entre outras concepções, trazia, naquele momento, definições quanto a grupos de risco (homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos ou politransfundidos) termo hoje em desuso uma vez que não existe mais grupo de risco e sim situação de risco ou comportamento de risco, caso suspeito e caso confirmado de AIDS (GALVÃO, 1999).

O primeiro caso conhecido de AIDS no Brasil, data de 1980 tendo a sua notificação ocorrida em 1982. Na década de 80 o país enfrentava grave crise econômica e o governo militar apresentava sinais de desgastes políticos e sociais. As críticas à política de saúde eram constantes e visíveis. As divergências dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais com a política setorial eram de diversas ordens: predomínio do modelo excludente e hospitalocêntrico da assistência; coberturas insuficientes; ações descoordenadas entre os níveis de governo; falta de transparência na alocação dos recursos e centralização das decisões emanadas pelo governo central (PIRES, 2006).

Em 1983 a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo cria o primeiro programa de AIDS do país. Na sequência, foi formado o programa da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. Até 1985, pelo menos onze Estados brasileiros já tinham seus programas, a saber: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas

Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (PARKER, 1997).

No ano de 1987 foram veiculadas algumas campanhas de prevenção elaboradas no âmbito federal e ocorreu também a divulgação do documento “Estrutura e Proposta de Intervenção”, documento este abrangente e detalhado que demonstrava a progressiva institucionalização e consolidação do Programa Nacional e apresentava um plano de atividades para o período de 1988 até 1992. Em 1988 foi criado o Programa Nacional de AIDS na estrutura organizacional do Ministério da Saúde (PIRES, 2006). Neste mesmo ano foi sancionada a Lei Federal nº 7.649 que estabelecia a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue e a realização de exames de triagem sorológica do HIV, visando prevenir a propagação da doença (BRASIL, 2004).

Em 1989 iniciaram-se as articulações entre o programa brasileiro e organismos internacionais, que concretizaram cooperação técnica e aporte de recursos. O Programa Nacional se fortaleceu e foi reconhecido nacionalmente e internacionalmente (TEIXEIRA, 1997). O Programa Nacional tomou a dianteira e passou a definir as prioridades, com a construção da agenda de outras instâncias de governo. Essa nova dinâmica teve por consequência a desarticulação das ações já iniciadas pelos Estados, mas também trouxe avanços importantes, como a adoção da política de distribuição gratuita de remédios especializados para pacientes com AIDS, a partir de 1991. (PARKER, 2003).

O Programa Nacional de DST/AIDS foi criado em 1986 e tem como objetivos conter a transmissão do HIV e promover a saúde de pessoas convivendo com a AIDS. Para isso desenvolve uma política integrada de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, em que oferece serviços de forma descentralizada, por meio de centros de referência e casas de apoio, oferecendo também capacitações de profissionais de saúde e apoio a pesquisa, além da promoção da participação social (MEINERS, 2008).

A história do Programa brasileiro é caracterizada por momentos significativos construídos pelos avanços conquistados pelo movimento social no enfrentamento do estigma e discriminação, bem como, pelo compromisso com o respeito e garantia dos direitos humanos, no sentido de conquistar a

melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com AIDS e o fomento do trabalho de prevenção (PIRES, 2006).

Em dezembro de 2002 define-se uma nova estrutura de financiamento das ações de DST/HIV/AIDS alinhada aos mecanismos de financiamento do SUS. Institui-se, por meio da Portaria Ministerial nº 2313, o incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, com transferências automáticas, fundo a fundo, com recursos exclusivamente nacionais, onde o repasse de recursos é ininterrupto e automático. Para o cálculo dos recursos federais repassados às Secretarias Estaduais e Municipais foram considerados os critérios com as seguintes proporções: 52% do valor deveriam ser investidos em ações de promoção da saúde, prevenção e desenvolvimento institucional; 38% deveriam ser empregados na organização e aprimoramento da assistência aos portadores de HIV/AIDS e outras DST; e 10% no desenvolvimento de projetos direcionados às ações em HIV/AIDS/DST em parceria com a sociedade civil (TAGLIETTA, 2006).

A distribuição dos recursos financeiros do SUS transferidos pelo governo federal é pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito dos estados. As CIBS foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica e instaladas em todos os estados do país (CONASEMS, 2005).

A introdução do processo de qualificação dos estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST trouxe uma nova dinâmica para a adesão dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Destaca-se a importância que assume municípios de pequeno porte frente às transferências do governo federal para a prestação da assistência à saúde. Nestas transferências há o predomínio do critério de alocação livre, respeitando assim, o princípio de autonomia entre os entes federados ou a transferência articulada às determinadas normatizações ou condicionalidades. Nesse novo contexto, os pleiteantes devem elaborar sua Programação Anual de Metas, que tem por objetivo, produzir um plano de trabalho onde fiquem claras as ações e metas que pretendem ser realizadas e alcançadas, em conjunto com todos os atores envolvidos e, uma vez elaboradas deve ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde.

Uma vez aprovada, no caso dos municípios, a PAM é avaliada pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2002a e 2002b)

As Programações Anuais de Metas dos municípios e dos estados devem ser homologadas pela respectiva CIB para posteriormente, serem enviadas ao Programa Nacional de DST/AIDS. Em 2011 foi renomeado para Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais e seguindo para homologação da CIT. As CIB são definidas como espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado de Saúde – e dos secretários municipais de saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios. A CIT é definida como instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, Estados, DF e Municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional dos Secretários estaduais de Saúde e cinco pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no país. Nesse espaço as decisões são tomadas por consenso e não por votação. “A CIT está vinculada a direção nacional do SUS.” (CONASEMS, 2005).

As CIB e a CIT traduzem assim, uma estratégia direcionada para a cooperação da gestão entre os três níveis de governo, implementando um importante espaço de negociação entre as esferas governamentais.

Os municípios de pequeno porte que não recebem recurso específico da política de incentivo, se responsabilizam pelo controle, prevenção e assistência à pessoas que vivem com HIV/AIDS em seu território e devem inclusive, definir as suas demandas e necessidades a fim de garantir e organizar as atividades que viabilizem o acesso à atenção. Para isso é imprescindível a pactuação entre os municípios, de forma que possibilite o acesso adequado a todos os níveis de complexidade que a atenção à AIDS compreende (PIRES, 2006).

Segundo Pires (2006), em linhas gerais, o Programa de AIDS, é contemplado com o financiamento do SUS com as seguintes coberturas:

- Tetos financeiros de estados e municípios oriundos de transferências federais;
- Recursos próprios de estados e municípios;
- Fundo de ações estratégicas e de compensação (alguns procedimentos laboratoriais e de alta complexidade);
- Medicamentos;
- Política de incentivo.

Em 1992 o governo brasileiro assinou o primeiro acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial para execução das ações de controle de AIDS no país – Projeto AIDS I. Na sequência, desenvolveu o projeto AIDS II com o tema sustentabilidade. O que se observa neste momento é que a descentralização estimulada pelo Programa de AIDS caracteriza-se pela descentralização do financiamento, pelo aumento da cobertura de Estados e municípios que firmaram convênios para execução dos projetos AIDS I e II, mas a definição da política pública permanecia centralizada e verticalizada. Novo acordo de empréstimo foi firmado – AIDS III com o objetivo de aprimorar a resposta nacional frente à epidemia (PIRES, 2006).

Em 2002, o Programa Nacional (BRASIL, 2002c) definiu o cenário para o enfrentamento da epidemia, determinado por um modelo de desenvolvimento que acentuava a exclusão e as diferenças, assim configurou-se:

- Maior crescimento nas populações de baixa renda;
- Maior prevalência em grupos vulneráveis;
- Maior crescimento da epidemia e da mortalidade por AIDS entre mulheres;
- Diferenças regionais entre Centro-Sul e Nordeste/Norte;
- Crescimento em municípios com menor renda per capita.

O Programa Nacional, com a consultoria de organismos internacionais, desenvolveu uma metodologia de planejamento estratégico e capacitou Estado e Municípios para o uso desta ferramenta. Dentro desta metodologia encontra-se o instrumento de programação relacionado à política de incentivo, a Programação Anual de Metas (PIRES, 2006).

Ao aceitar a Política de Incentivo, caberá aos Estados (SES) as seguintes responsabilidades:

- Estudar e analisar permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas;
- Monitorar, avaliar e apoiar aos municípios que recebem o Incentivo;
- Desenvolver e apoiar a projetos e ações em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais, em parceria com municípios, organizações da sociedade civil e setores produtivos;
- Atuar nos municípios não qualificados para o recebimento do Incentivo no que se refere às ações de HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais;
- Avaliação e proposição de novas alternativas de descentralização das ações estratégicas em relação ao HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais aos municípios do respectivo Estado;
- Elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil e dos demais parceiros OG e ONG, da PAM – Programação Anual de Metas em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites Virias, a ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde;
- Desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais;
- Formação e capacitação de profissionais que atuam com HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais, das diversas redes de serviços, governamental e não governamental.
- Ofertar contrapartida financeira mínima

Quanto aos municípios, as responsabilidades são as seguintes:

- Desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais;

- Formação e capacitação de profissionais que atuam com HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais, das diversas redes de serviços, governamental e não governamental;
- Desenvolver ações de vigilância epidemiológica em HIV/AIDS e outras DST e manter atualizados os bancos de dados;
- Elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil e dos demais parceiros OG e ONG, da PAM – Programação Anual de Metas em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites Virias, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Apoiar a implantação/implementação dos Laboratórios Municipais que realizam testagem DST/HIV/AIDS e Hepatites virais, avaliando as atividades desenvolvidas e apoiando a sua execução;
- Ofertar contrapartida financeira mínima
- Organizar a assistência por meio da oferta de profissionais de saúde que irão atuar nos ligados ao programa de DST/AIDS/HV a saber: Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Serviço de Atendimento Especializado – SAE e Unidade Dispensadora de Medicamentos – UDM; e pela disponibilização de estrutura física.

Em 26 de dezembro de 2013 a Portaria Ministerial, GM/MS nº3276 revogou todas as portarias vigentes relacionadas à Política de Incentivo, além de regulamentar o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites virais previsto no art. 18 inciso II, da Portaria Ministerial GM/MS no. 1378 de 9 de julho de 2013, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento (BRASIL, 2013a).

II. 4 – A AIDS EM MINAS GERAIS

No início da epidemia da AIDS, quando o indivíduo descobria que era portador do HIV, ele já estava doente e com o organismo comprometido, evoluindo em poucos meses para o óbito. Com o advento da terapia

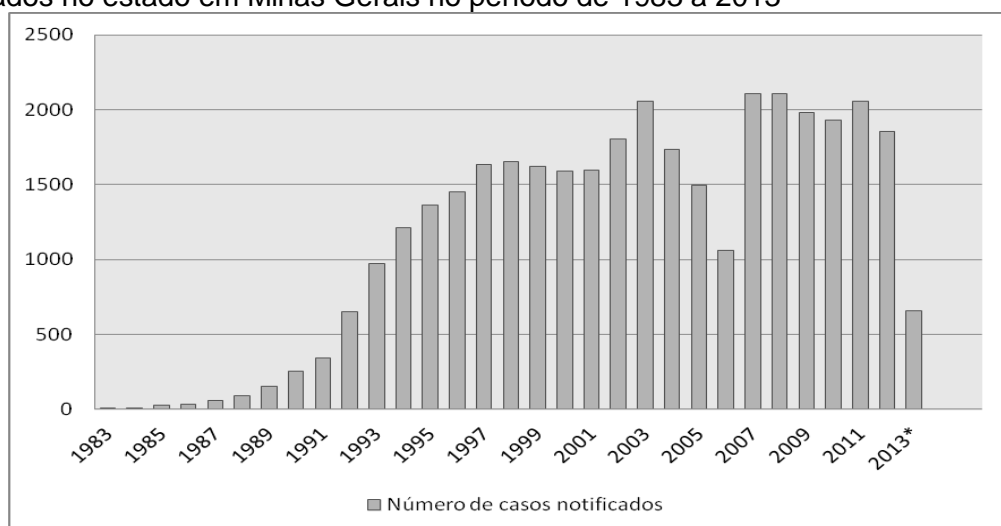
antirretroviral (ARV) em 1996, a qualidade de vida e prognóstico das pessoas que vivem com AIDS melhorou consideravelmente. (MINAS GERAIS, 2011a).

O perfil epidemiológico no Estado até setembro de 2013 era de 35.574 casos notificados de AIDS. Dos 853 municípios que compõem o estado de Minas Gerais, em setembro de 2013, em 728 deles haviam pelo menos 1 caso de AIDS notificado, perfazendo 85,35% das cidades mineiras. Esse fenômeno da interiorização da epidemia observado, não só no Estado, mas em todas as regiões do país, demonstrou a necessidade de descentralização da assistência e maior preparação dos profissionais de saúde para orientar a população na prevenção do HIV, bem como, a assistência ao paciente com HIV/AIDS.

Na análise da série histórica de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais a partir de 1983 até setembro de 2013 observa-se um incremento no número de casos (gráfico 1) ao longo do tempo.

Segundo os dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), em setembro de 2013, dos 35.574 casos notificados no Estado, 21.124 pessoas estão em tratamento com (ARV), entre crianças, adultos e gestantes.

Gráfico 1 - Gráfico demonstrativo do número total de casos de AIDS notificados no estado em Minas Gerais no período de 1983 a 2013*



*Dados Parciais (09/09/2013)

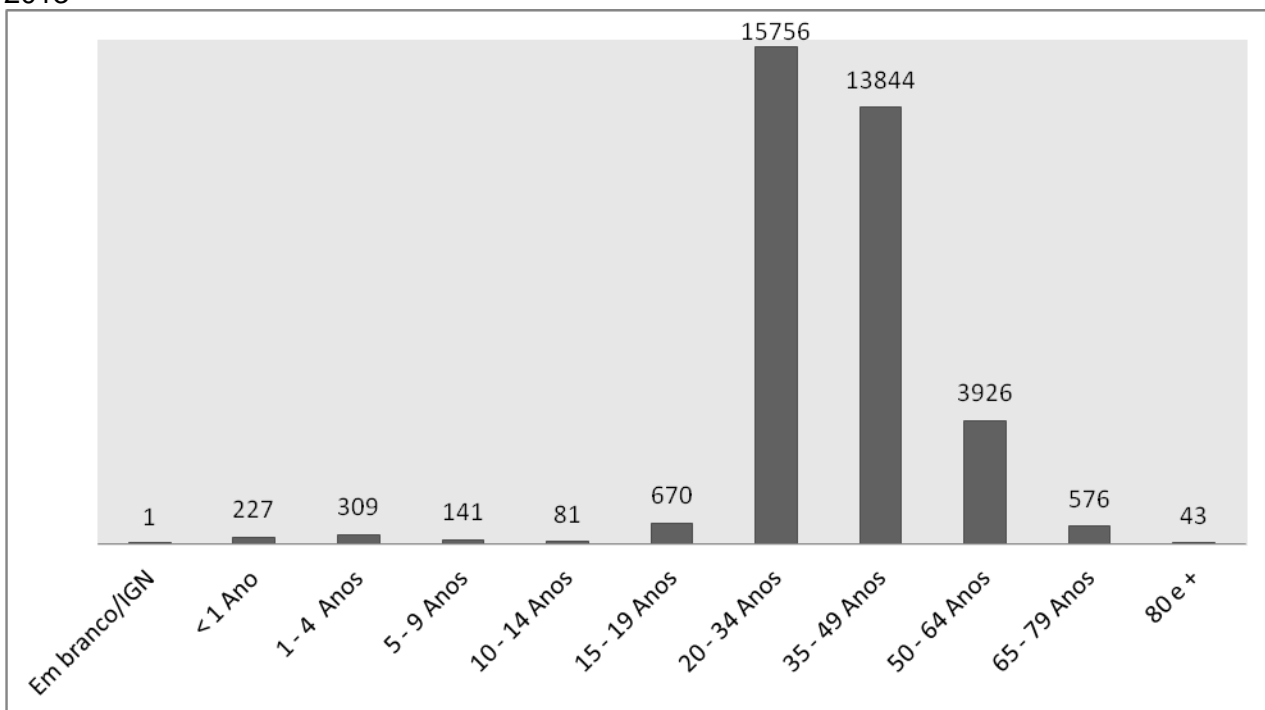
Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/SRAS/DRA/SUBPAS/SES-MG

Em Minas Gerais, 83,21% dos casos de AIDS notificados no período de 1983 até setembro de 2013 concentram-se nas categorias jovens e adultos jovens que compreende a faixa etária entre 20 a 49 anos (gráfico 2).

O número de casos entre mulheres vem aumentando gradativamente. A proporção de casos entre os sexos em 2013 é de dois homens para uma mulher, com 24.079 casos notificados em homens e 11.494 casos em mulheres e um caso notificado como ignorado.

A taxa de prevalência do HIV na população geral mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (BRASIL, 2012).

Gráfico 2 – Gráfico demonstrativo do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais segundo a faixa etária no período de 1983 a 2013*



*Dados Parciais (09/09/2013)

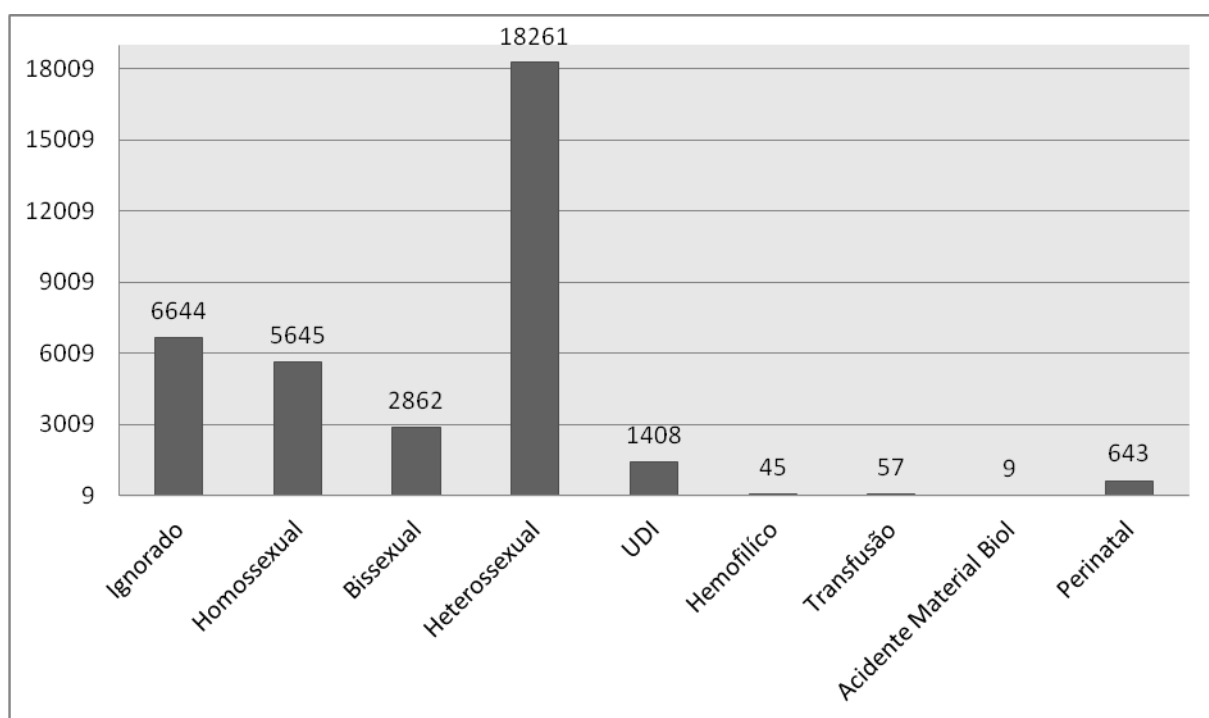
Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/SRAS/DRA/SUBPAS/SES-MG

Mais de 95% da população brasileira tem conhecimento sobre a importância do uso do preservativo como estratégia de se prevenir a infecção pelo HIV, no entanto, estudos demonstram que nos últimos anos houve queda no uso do preservativo, principalmente entre a população jovem. A resposta programática nacional às DST/AIDS apresenta-se com taxas de prevalência mais elevadas em subgrupos populacionais que estão em situação de maior

vulnerabilidade, o que exige aprimoramento das estratégias de vigilância, prevenção, assistência e tratamento (BRASIL, 2012).

No gráfico 3 é apresentado o número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais no período de 1983 à 2013* segundo a categoria de exposição. O que é possível verificar é que ao longo do tempo, apesar do risco de contaminação se maior na categoria homossexual e entre usuários de drogas injetáveis (UDI), o maior número de casos ocorre em indivíduos declarados heterossexuais.

Gráfico 3 - Gráfico demonstrativo do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013*



*Dados Parciais (09/09/2013)

Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/SRAS/DRA/SUBPAS/SES-MG

Ao avaliar a categoria de exposição, observa-se que no início da epidemia aproximadamente 60% dos casos notificados eram descritos na categoria homossexuais e os 40% restantes estavam distribuídos entre as categorias: bissexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, heterossexuais, transfusão, acidente com material biológico, perinatal e os casos em que a categoria de exposição era ignorada (tabela 1). Nos dias

atuais, 51,33% dos casos notificados encontram-se na categoria heterossexual, com um total de 48,67% distribuídos nas demais categorias.

Em Minas Gerais, assim como no Brasil, apesar do número de novos casos estarem aumentando nas categorias heterossexuais e mulheres, permanece o risco aumentado de infecção entre as categorias usuários de drogas injetáveis e homossexuais.

A cobertura da testagem para o HIV no Brasil ampliou passando de 28% em 2004 para 37% em 2008, sendo maior entre as mulheres e o principal motivo foi a oferta da testagem no pré-natal (BRASIL, 2012).

A taxa de prevalência entre homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) passou de 0,6% para 1,2% entre 2002 e 2007 respectivamente mostrando a necessidade de intensificar ações focadas neste seguimento (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que, apesar do número de casos na categoria homossexual ter apresentado redução, esta categoria ainda concentra o maior risco de contaminação, se comparada com as demais.

Tabela 1 – Tabela de distribuição do número total de casos de AIDS notificados no estado de Minas Gerais por ano diagnóstico segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013*

Ano Diagnóstico	Categoria										Total
	IG	HO	BI	HE	UDI	HEM	TR	AMB	PE		
1983	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
1984	1	4	2	0	1	0	1	0	0	0	9
1985	3	12	6	0	0	4	0	0	0	0	25
1986	8	15	7	1	1	0	0	0	0	0	32
1987	9	31	15	2	2	2	0	0	0	0	61
1988	11	33	22	14	6	3	2	0	1	0	92
1989	28	46	27	27	18	2	2	0	1	0	151
1990	39	88	48	58	23	1	0	0	0	0	257
1991	33	94	63	117	32	2	0	0	3	0	344
1992	143	144	87	216	43	6	4	0	7	0	650
1993	202	200	122	358	76	2	6	0	9	0	975
1994	236	272	145	448	70	4	3	0	32	0	1210
1995	277	292	152	549	60	6	4	0	24	0	1364
1996	267	269	131	642	97	5	5	0	35	0	1451
1997	271	240	151	819	101	1	2	1	50	0	1636
1998	217	216	187	890	76	2	1	3	61	0	1653
1999	273	178	148	926	48	0	1	0	51	0	1625
2000	247	180	121	946	55	2	0	1	40	0	1592
2001	373	156	107	880	41	1	2	1	35	0	1596
2002	365	222	149	993	40	0	2	0	31	0	1802
2003	402	226	160	1168	48	0	3	0	52	0	2059
2004	330	210	139	973	45	0	9	0	31	0	1737
2005	272	180	98	879	38	0	1	1	26	0	1495
2006	215	107	86	592	38	0	1	1	20	0	1060
2007	470	282	86	1155	86	0	1	0	25	0	2105
2008	428	298	119	1157	72	1	1	0	31	0	2107
2009	326	324	110	1133	70	0	1	0	19	0	1983
2010	372	344	102	1024	69	1	2	0	14	0	1928
2011	379	403	133	1044	70	0	3	1	26	0	2059
2012	324	416	99	941	56	0	0	0	16	0	1852
2013	122	162	40	308	26	0	0	0	3	0	661
Total	6644	5645	2862	18261	1408	45	57	9	643	35574	

Legenda: IG = Ignorado; HO= Homossexual; BI = Bissexual; HE = Heterossexual; UDI = Usuário de droga injetável; HEM = Hemofílico; TR = Transusão; AMB = Acidente com material biológico; PE = Perinatal. *Dados Parciais (09/09/2013). Fonte: SINAN/CE- DST/AIDS

II. 4.1. – O PROGRAMA ESTADUAL DE DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

O Programa Estadual de DST/AIDS surgiu em 2003 seguindo a proposta do SUS, a partir do PDR. Atualmente, são 54 municípios e a SES com Programação Anual de Metas (PAM) recebendo incentivos fundo a fundo do Ministério da Saúde. Esses programas constituem uma rede assistencial e, segundo a Coordenação Estadual de DST/ AIDS e Hepatites virais, hoje é composta por: 58 Serviços de Atendimento Especializado (SAE), 60 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 57 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e 160 maternidades/instituições capacitadas para a assistência à parturiente portadora do HIV e seu recém-nascido – Projeto Nascer, 94 serviços credenciados como porta de entrada para atendimento ao acidente com material biológico, 43 serviços credenciados como porta de entrada para o atendimento à vítima de violência sexual e 4 laboratórios macrorregionais que realizam exames de biologia molecular constituem a rede de atendimento.

No estado de Minas Gerais a Política de Incentivo habilitou em 2003 quarenta e um municípios e a SES. No ano seguinte, foram acrescentados mais dois municípios. Novas descentralizações ocorreram no período de 2007 a 2009, no qual respectivamente foram habilitados, 5,1 e 6 municípios. Uma vez habilitado, o município passa a receber o recurso do incentivo por meio de transferência fundo a fundo, ou seja, do tesouro Federal passa diretamente o recurso para o tesouro municipal ou estadual.

Em 2012, com a incorporação do agravo Hepatites virais, o recurso da Política do Incentivo passa a ser destinados às ações e metas em HIV, AIDS, outras DST e Hepatites virais, e as orientações para elaboração da Programação Anual de Metas - PAM incluem metas e ações para o desenvolvimento de ações de todos estes agravos, focado no enfrentamento destas epidemias no estado de Minas Gerais.

O Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais tem como responsabilidade pactuada: responsabilidade pelo estudo e análise permanente das epidemias no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação

de novas metas; monitoramento, avaliação e apoio específicos aos municípios que recebem o Incentivo; desenvolvimento e apoio a projetos e ações em HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais, em parceria com municípios, organizações da sociedade civil e setores produtivos; e atuação nos municípios não qualificados para o recebimento do Incentivo no que se refere às ações de HIV/AIDS, outras DST e Hepatites virais (MINAS GERAIS, 2013).

A missão do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais tem, entre outras, as seguintes responsabilidades:

- Desenvolver ações de prevenção às DST/HIV/AIDS/HV, estimulando o uso do preservativo, reconhecendo-o como a única maneira de se evitar o contágio durante a relação sexual, diminuindo assim o número de novos casos.
- Realizar ações para aumentar a procura pelo teste do HIV, diminuindo o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus.
- Melhorar o acesso ao tratamento, a adesão e a assistência das pessoas que vivem com DST/HIV/AIDS/HV.

As principais ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por meio do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais são: o Planejamento e execução institucional; o diagnóstico, atendimento e tratamento das pessoas que vivem e convivem com DST/HIV e AIDS; a promoção de ações de prevenção em todo o Estado; a interface com a sociedade civil; o Plano de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e outras DST entre mulheres; o credenciamento dos serviços que realizam procedimentos para o tratamento da lipodistrofia e/ou lipoatrofia facial; a redução da transmissão vertical do HIV e Sífilis em todo o Estado - Projeto Nascer, o gerenciamento dos sistemas de informação; o apoio à rede de laboratórios; a Interface com a tuberculose (MINAS GERAIS, 2013).

Para atender as determinações previstas na Portaria GM/MS no. 3276/13 a Coordenação Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais em 19 de março de 2014 aprovou a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1765, que aprova novos critérios de distribuição do Incentivo financeiro federal de custeio às

ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites virais no âmbito do estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2014). Em 19 de maio de 2014 foi publicada a Portaria Ministerial GM/MS 966/14 que habilita Estados e seus municípios, para o recebimento do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2014).

Para atender as determinações prevista nesta portaria, a Coordenação Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais em 19 de março de 2014 aprovou a Deliberação CIB-SUS/MG no. 1765, que aprova novos critérios de distribuição do Incentivo financeiro federal de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites virais no âmbito do estado de Minas Gerais. Atualmente são 100 SMS e a SES recebendo incentivos fundo a fundo do Ministério da Saúde.

III OBJETIVO GERAL

Investigar e discutir a operacionalização e execução da Programação Anual de Metas no período de 2011-2012 segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

III. 1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

III. 1.1 Conhecer o estado da arte e analisar criticamente a produção científica na área de HIV/AIDS no campo da promoção da saúde e políticas públicas de saúde nos últimos cinco anos;

III. 1.2 Descrever e analisar as ações relacionadas na área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção para o alcance das metas propostas na Programação Anual de Metas dos anos de 2011 e 2012 do Estado e dos 54 municípios que recebem o recurso da Política de Incentivo;

IV HIPÓTESES

Existência de relação entre a percepção dos gestores, as ações desenvolvidas e as estratégias utilizadas para o alcance da meta proposta.

O conhecimento dos participantes acerca da gestão do programa de DST/AIDS e Hepatites virais, bem como, da elaboração da Programação Anual de Metas tem relação com a sua formação profissional, capacitação e tempo atuação na gestão em saúde e no referido programa.

Verificar se há influência nas ações que os gestores consideram eficazes ou que promovem impacto positivo na redução/controle da epidemia de HIV/AIDS e as variáveis tempo na coordenação, características da equipe e satisfação com a formação e capacitação para a gestão.

V METODOLOGIA

V.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com abordagem metodológica quali-quantitativo com amostra não probabilística por tipicidade.

V.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo será o estado de Minas Gerais na perspectiva do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais e 54 Programas Municipais de DST/AIDS e Hepatites virais. Na SES/MG, o programa de DST/AIDS e Hepatites virais está incorporado à Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) da Subsecretaria de Políticas de Atenção à Saúde (SubPAS). Nos municípios a localização do programa nos organogramas varia, de cidade para cidade, sendo a maioria deles, seguindo à tendência do Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais, vinculados ao setor Epidemiologia/Vigilância Epidemiológica.

V.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ETAPAS DO ESTUDO

Como instrumento de pesquisa, foi elaborado pela pesquisadora formulário autoaplicável, constituído por questões destinadas a avaliar a percepção do gestor estadual e municipal sobre a operacionalidade e exequibilidade das metas e ações propostas dentro da área de atuação da Promoção, Prevenção e Proteção; e roteiro de entrevista semiestruturada após análise dos dados primários.

A pesquisa se constituirá de três etapas, a saber:

- **Etapa 1:** Coleta de dados secundários por meio da análise da Programação Anual de Metas – PAM e evolução da consecução das metas no Sistema de Monitoramento, ferramentas estas disponíveis no site da Política de Incentivo – <http://sistemas.aids.gov.br/pam>.

- **Etapa 2:** Formulário auto-aplicável, elaborado pelas pesquisadoras, constituído por questões destinadas a avaliar a percepção do gestor estadual e municipal sobre a operacionalização e execução das metas e ações propostas dentro da área de atuação da Promoção, Prevenção e Proteção; quanto aos dados epidemiológicos do município/Estado na análise de situação e resposta apresentada.

V. 4 CASUÍSTICA

A população do estudo será de 54 Coordenadores dos Programas Municipais de DST/AIDS e o Coordenador do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais do estado de Minas Gerais, sendo todos convidados. O estudo será viável se houver a participação de 37 gestores, com o poder de teste de 0,85 e erro de 0,15. O teste usado para obter tal estimativa é o teste binomial bilateral. O nível de significância é de 0,05. Os critérios de inclusão definidos foram: Estar no exercício do cargo de Coordenador do Programa Municipal ou Estadual de DST/AIDS no estado de Minas Gerais; ter idade igual ou superior a 18 anos; e assinar o TCLE.

Como critério de exclusão será considerado responder menos que 80% das questões do formulário da pesquisa na etapa 2 e 80% das questões da entrevista na etapa 3.

V.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no dia 17 de maio de 2013 por meio do Parecer CEP nº. 274.659.

Os sujeitos da pesquisa serão recrutados após a explanação da pesquisa e convidados à participação, momento no qual serão esclarecidas as dúvidas que surgirem. Os participantes serão orientados sobre o caráter voluntário da investigação, seus objetivos, importância e sigilo das informações obtidas. A seguir, realizarão distribuição dos TCLE para prévia autorização.

O risco será mínimo para os participantes, uma vez que os sujeitos da pesquisa serão submetidos apenas a aplicações de questionários semiestruturados e entrevista. O risco possível é o constrangimento ao responder alguma questão, que será minimizado pela orientação aos sujeitos da pesquisa que poderá se recusar a responder qualquer questão.

Os sujeitos da pesquisa não terão benefícios diretos. Contudo poderá haver um benefício para a gestão, municipal e estadual, uma vez que os dados após análise serão disponibilizados aos gestores para conhecimento e contribuição para gestão. Além disso, o entende-se que o presente estudo será importante, pois, a PAM tem por objetivo o estudo e análise permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, bem como o monitoramento, avaliação e apoio específicos aos municípios que recebem o Incentivo.

V. 6 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados da primeira etapa serão analisadas as informações secundárias disponíveis onde serão consideradas todas as metas e ações apresentadas pelos 54 municípios dentro da área de atuação da Promoção, Prevenção e Proteção e a análise de situação e resposta apresentada, validadas pela Coordenação Estadual de DST/AIDS em parceria com o Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais e todas as metas e ações apresentadas pela SES-MG dentro da área de atuação da Promoção, Prevenção e Proteção e a análise de situação e resposta apresentada, validadas pelo o Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais.

Os dados serão coletados em momento presencial - Reunião Anual dos Coordenadores ou por meio do envio instrumento e TCLE para o email dos Coordenadores.

Na coleta presencial serão distribuídos o instrumento em duas vias do TCLE, organizado por envelopes individualizados, sendo permitida a opção de responder presencialmente ou encaminharem posteriormente por email. No

local haverá duas urnas identificadas com etiquetas contendo “*Questionário*” e “*Termo de Consentimento – TCLE*” e, os sujeitos serão orientados a assinarem apenas a via que será da pesquisadora, caso concordem em participar da pesquisa. Sendo necessário ainda, destacar o TCLE, e responder o questionário sem se identificar, colocando posteriormente na respectiva urna correspondente.

Para aqueles que não comparecerem, será enviado o formulário por meio de correio eletrônico juntamente com o TCLE elaborado pela pesquisadora. Serão feitos dois contatos via email em datas distintas para cada participante. No corpo do email haverá um texto de apresentação do projeto de pesquisa, seus objetivos e dadas as orientações sobre o preenchimento do instrumento e TCLE que será enviado em anexo.

Para a coleta de dados na etapa 3, entrevistas in loco serão previamente agendadas por telefone com os gestores selecionados, após a análise das etapas 1 e 2, com o objetivo de avaliar a percepção do gestor sobre as ações, características locais da epidemia, avanços e dificuldades do Programa Estadual e Municipais em DST/AIDS e Hepatites virais. Para esta etapa foi elaborado pela pesquisadora um TCLE específico que deverá ser assinado pelo sujeito de pesquisa e entregue à pesquisadora no momento da entrevista. As entrevistas serão gravadas em áudio no formato MP3 para posterior transcrição e análise. Visando garantir sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo e nas eventuais publicações. A pesquisadora irá até o município selecionado para realizar a entrevista com recurso próprio.

V. 7 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados secundários e as respostas do formulário auto-aplicável serão organizados, digitalizados em programa Excel e os dados separados por parâmetros a serem analisados. Será realizada análise descritiva da distribuição de frequência de todas as variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Será realizada ainda, análise para verificar associação entre as variáveis de

exposição em estudo e os eventos, utilizando os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Serão considerados como associações estatisticamente significantes, os resultados que apresentarem um nível de significância de 5%.

Para a entrada, o processamento e a análise dos dados quantitativos será utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0.

Os dados qualitativos serão transcritos e submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2004), com criação de categorias temáticas reveladas por meio da síntese entre os achados empíricos e os referenciais teóricos utilizados.

V. 8 DESFECHOS E DESTINAÇÃO DOS DADOS

Como desfecho primário espera-se verificar se as metas propostas na área de atuação de Promoção. Prevenção e Proteção estão sendo executadas da forma proposta, ou seja, as ações propostas na elaboração da Programação Anual de Metas estão sendo efetivamente colocadas em práticas ou estão sendo substituídas ao longo do ano. Se a não execução da meta está diretamente relacionada a não execução de alguma ação específica; verificar a correspondência entre o perfil epidemiológico apresentado e as ações propostas.

No caso de encontrar resultados negativos, para os municípios será agendada visita técnica ao local com o objetivo de auxiliar o gestor na melhoria do planejamento e execução da Programação Anual de Metas. Esta visita será feita de forma voluntária pela acadêmica aos municípios que recebem o recurso financeiro da Política de Incentivo, juntamente com o Coordenador do Programa Municipal de DST/AIDS e outros atores que possam ser convidados dentro da realidade local. No caso do Estado será solicitada visita de assessoria junto ao Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais.

Para os resultados positivos será enviada carta parabenizando as equipes e serviços, buscando manter constantemente a assessoria e monitoramento além do estímulo à equipe para se manter a efetividade do processo.

Baseado na experiência observada nos 54 Programas Municipais e no Programa Estadual pretende-se elaborar cartilha com o objetivo de orientar aos gestores a forma correta de utilização do recurso financeiro da Política de Incentivo e apresentar as experiências exitosas observadas em reunião anual de Coordenadores para que a ideia possa ser reproduzida em outros locais.

VI CRONOGRAMA DA PESQUISA

Quadro 1 - Quadro demonstrativo do Cronograma de execução das etapas da pesquisa

Etapas	Período																							
	Ano 1												Ano 2											
Mês	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Revisão bibliográfica	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Análise descritiva artigo 1						x	x	x	x	x	x	x	x	x										
Produção de artigo 1														x	x									
Apresentação de artigo 1																			x	x	x			
Coleta de dados para artigo 2													x	x	x									
Análise descritiva e estatística do artigo 2																	x	x	x	x	X	x	x	
Produção de artigo 2																				x	x	x	x	x
Apresentação de artigo 2																								x



Preenchimento em cinza das etapas executadas

VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOZA, R. Gestão do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização as ações no período de 194 a 2003. Dissertação (Mestrado) - Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta, 2004.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____ Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____ Constituição Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm acesso em 13 de setembro de 2014

_____ Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____ Ministério da Saúde. Resolução nº.258, de 07 de janeiro de 1991 Aprova a Norma Operacional Básica/SUS – NOB-SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABOVEAL/nob-sus-01-91>> acesso em 21/10/2013.

_____ Ministério da Saúde. Resolução nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992 Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf> acesso em 21/10/2013.

_____ Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. Seção 1.

_____ Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, v.89,n.20E, p.23, 29 jan 2001. Seção 1.

_____ Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v.89,n.40E, p.52, 28 fev. 2002. Seção 1

_____ Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS – Resultados, Avanços e Perspectivas. Brasília, 2012.

____ Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº. 236 de 02 de maio de 1985. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf> acesso em 21/10/2013.

____ Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. Portaria no. 966 de 19 de maio de 2014. Brasília, 2014. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/123826-966.html>>

____ Lei Federal nº. 7649 de 25 de janeiro de 1998. Disponível em http://www.ghente.org/doc_juridicos/lei7649.htm> acesso em 21/10/2013.

____ Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS – Nota Técnica à CIT, Brasília, 2002 a.

____ Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS – Relatório de Desempenho Projeto AIDS II ao BIRD, 2002b.

____ Ministério da Saúde. Portaria 2313 de 19 de dezembro de 2002c.

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília, 2004.

____ Ministério da Saúde. Política de Incentivo em HIV/AIDS e outras DST. Disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/pam>> acesso em 10/10/2013. COATES T.J. Commentary: what is to be done? AIDS; 22:1079–80, 2008 [PubMed: 18520352]

____, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. Portaria no. 3276 de 26 de dezembro de 2013. Brasília, 2013a. Disponível em http://www2.aids.gov.br/incentivo/Portarias/Port3275_26122013_Institui_IDAH_VS.pdf

____ Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. DST no Brasil. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>> acesso em 17/08/2014.

CONASEMS. O SUS de A a Z – Garantindo a saúde nos Municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

GALVAO, J. AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia – Tese (Doutorado)- Centro Biomédico do Instituto de medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LECOVITZ, E.; LIMA,L.; MACHADO, C.Políticas de Saúde nos anos90:relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais Básicas.Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 6(2):269-291, 2001.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: Parker, R; Galvão, J, Bessa, S. M (org.). Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: ABIA, Ed. 34, pp. 29-87; 1999.

MEINERS, C.M.M.A. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento antirretroviral. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7): 1467-1478, jul, 2008.

MENDES, E.V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. In: Relatório final do 1º seminário do CONASS para a construção de consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização,gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, pp. 65-99; 2003.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde - Coordenação Estadual de DST/AIDS– Relatório Anual de Gestão – RAG. Dezembro de 2011a.

_____ Dados secundários extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN em 03 de novembro de 2011.

_____Dados secundários extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN em 19 de janeiro de 2012.

_____ Dados secundários extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN em 9 de setembro de 2013.

_____ Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.765, de 19 de março de 2014. Aprova critérios de distribuição do incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, no âmbito do Estado de Minas Gerais, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013 e dá outras providências. Belo Horizonte, 2014. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201765%20-%20Minuta%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%20Incentivo%20AIDS.pdf>>

_____MOURA,L. N. Relatório técnico elaborado para Apresentação ao Conselho Estadual de Saúde do Plano Anual de Metas da Coordenação Estadual de DST/AIDS - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

_____MOURA, L. N. Relatório técnico elaborado para Apresentação ao Conselho Estadual de Saúde da Programação Anual de Metas da Coordenação Estadual de DST/AIDS - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

PARKER, Richard (org.). Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil, ABIA, 1997.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, n.º 27, pp. 8-49, agosto; 2003.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. RELATÓRIO GLOBAL DO UNAIDS REVELA QUE 19 MILHÕES DAS 35 MILHÕES DE PESSOAS QUE HOJE VIVEM COM HIV NÃO SABEM QUE TÊM O VÍRUS. Disponível em <<http://www.unaids.org.br>> acesso em 17/08/2014.

PIRES, D.R.F. Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de AIDS. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

REMIEN, R.H.; MELLINS C.H. Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: let's not forget the individual in our global response to the pandemic. AIDS;21(suppl 5):S55–63, 2007 [PubMed: 18090270]

TAGLIETTA, M.F.B. Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: Parker, R. (org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar e ABIA, pp. 43-69; 1997.

UNAIDS. AIDS Epidemic update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; Geneva: 2007.

ARTIGO 1

**Políticas públicas de saúde e ações de promoção da saúde em HIV/AIDS:
revisão sistemática**

Public health policies and actions to promote health in HIV / AIDS: systematic review

Autores: Lilian Nobre de Moura ⁽¹⁾ Stela Maris Aguiar Lemos ⁽²⁾

(1) Bióloga, Fonoaudióloga, Mestranda Promoção da Saúde e Prevenção Violência da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil; Coordenadora Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

(2) Fonoaudióloga; Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Área: Saúde Coletiva.

Tipo de manuscrito: Artigo de revisão de literatura.

Título resumido: Políticas e programas em HIV/AIDS: uma revisão sistemática

Fonte de auxílio: Não se aplica.

Conflitos de Interesse: inexistentes

Endereço para correspondência:

Lilian Nobre de Moura

Rua Plutão no. 32, Ana Lúcia

Sabará - Minas Gerais - Brasil

CEP: CEP: 34710020

E-mail: liliannobre34@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Revisar e discutir as produções científicas acerca do HIV/AIDS tendo referência o desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde e analisar os estudos observacionais sobre a temática. Métodos: Trata-se de revisão sistemática de literatura realizada entre 24 junho a 01 de agosto de 2013 com os descritores: HIV, AIDS, DST, promoção da Saúde e políticas públicas de saúde na base de dados PubMed, incluindo artigos entre 2008 a 2013. Após análise dos critérios de inclusão obtivemos 344 artigos; após aplicação dos critérios de exclusão selecionamos 13 artigos. Resultados: analisamos sete artigos nacionais e seis internacionais que revelaram estratégias de enfrentamento, como foco a prevenção e a promoção, avanços da qualidade de vida da pessoa com HIV/AIDS, assistência especializada e desafios que persistem em relação à abordagem da temática. Conclusões: Produções científicas revelaram como principais eixos temáticos: formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. A política brasileira para o enfrentamento da epidemia é destacada com a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes de medicamentos. A maioria dos estudos observacionais analisados atenderam parcialmente os critérios descritos na iniciativa STROBE.

Descritores: políticas públicas de saúde; promoção da saúde; AIDS; HIV.

ABSTRACT

Objective: To review and discuss the scientific production about HIV / AIDS with reference to the development and evaluation of public health policies and analyze the observational studies on the subject. **Methods:** This is a literature systematic review conducted from June 24 to August 1, 2013 with the descriptors: HIV, AIDS, STD, health promotion and public health policies in the PubMed database, including articles between 2008-2013. After analysis of the inclusion criteria obtained 344 articles; after application of the exclusion criteria selected 13 articles. **Results:** analyze seven national and six international articles that revealed coping strategies, focused on prevention and the promotion of the person's quality of life advances with HIV / AIDS, expert assistance and remaining challenges in relation to the thematic approach. **Conclusions:** Scientific Productions revealed the following main themes: forms of financing for the development of actions to combat the epidemic of HIV / AIDS and successful experiences in developing promotion and prevention actions in Brazil and worldwide. The Brazilian policy to combat the epidemic is highlighted with the free distribution of medication and the breaking of drug patents. Most observational studies analyzed partially met the criteria described in the STROBE Initiative.

Descriptors: Public health policies; Health promotion; AIDS; HIV.

INTRODUÇÃO

No período histórico inicial do HIV/AIDS o Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC nos Estados Unidos e a Organização Mundial da Saúde – OMS enfatizaram a vigilância de doenças como estratégia para chamar a atenção para o problema e melhorar a compreensão da sociedade quanto ao crescimento, sua demografia e o custo da epidemia deste agravo. Ao mesmo tempo, o Instituto Nacional de Saúde – NHI nos Estado Unidos

entre outros, procurou compreender a biologia da doença e formas de encontrar terapias eficazes e abordagens preventivas e para isso, em muitos casos, desenvolveram pesquisas em áreas geográficas onde a doença era altamente prevalente. Esses esforços atraíram grandes recursos financeiros de países desenvolvidos para o combate do HIV/AIDS em nível mundial por meio de programas específicos como, por exemplo, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária ⁽¹⁾ .

Nas três décadas seguintes a identificação do HIV, a pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS têm provocado um aumento no número de casos notificados ao redor do mundo. Em muitas populações, a infecção do HIV se tornou endêmica e embora haja progresso na expansão do acesso à terapia antirretroviral com a estimativa de 6,6 milhões de pessoas em tratamento em todo o mundo, os esforços de prevenção ainda são insuficientes, com a estimativa de 35 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e 1,8 milhões de mortes no ano em 2013 no mundo. Apesar dos sinais de progresso, o mundo está longe de vencer a AIDS ^(2, 25,26) .

Vários eventos recentes mudaram a paisagem histórica da AIDS. De um lado, as pesquisas, que tiveram avanços positivos, principalmente o foco em estratégias de prevenção e na eficácia do tratamento, como a profilaxia pré-exposição oral e tópica. No lado político, a Resolução do Conselho de Segurança de junho 2011 das Nações Unidas sobre HIV / AIDS e a Declaração Política da Assembléia Geral sobre HIV / AIDS refletem um compromisso renovado da política e uma estratégia de mudança de que se concentra em populações de risco ⁽²⁾ .

Jiang (2010) em seu artigo traz dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS que, em 2008, apontou que ao longo da última década, a assistência internacional dos governos doadores, instituições multilaterais e instituições do setor privado tem aumentado com o objetivo de prevenir o HIV/AIDS e mitigar seu impacto na população em todo o mundo. Para isso, estão envolvidos programas globais, trabalhos analíticos, diálogos políticos e empréstimos, créditos e subsídios para programa de HIV/AIDS ⁽³⁾. Ainda segundo o autor, em um relatório em 2005, o Banco Mundial mostra que, para a abordagem do HIV em países em desenvolvimento, ainda se faz necessária a pactuação de um compromisso político, além da habilidade e capacidade na construção e gestão de fundo. Os governos de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos têm baixa capacidade de controle do HIV/AIDS são fatores mais comuns quando se observa a falha de projetos de prevenção e controle do HIV/AIDS em países de baixa renda.

Os programas de prevenção primária têm como foco os comportamentos saudáveis que por consequência, no caso do HIV/AIDS é fundamental para evitar a contaminação do vírus, diminuir a transmissão e, aumentar a expectativa e qualidade de vida. Entretanto, naqueles países, ou em sua maioria, esta abordagem é considerada de baixa prioridade dentro das políticas de saúde ⁽⁴⁾. Portanto, o reconhecimento e o diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no contexto dos cuidados primários apresenta uma oportunidade para a educação do paciente e promoção da saúde ⁽⁵⁾.

A literatura preconiza que intervenções com foco em comportamentos de risco contribuem para a prevenção, enquanto que as intervenções focadas

na adesão do tratamento, enfrentamento e gestão do stress melhoram a gestão da doença e a qualidade de vida do portador ⁽⁴⁾. Entretanto, aconselhamento e a distribuição de preservativos gratuitos não levaram, em longo prazo, ao uso constante do preservativo. Vale destacar, também que o conhecimento sobre o HIV e como evitar a doença não faz automaticamente as pessoas incorporarem os comportamentos sexuais preventivos no seu dia-a-dia, sendo, portanto, necessário mais esforço no campo da prevenção como ações de educação continuada e campanhas pontuais abordando as populações vulneráveis ⁽⁶⁾.

A AIDS foi a primeira doença infecciosa que teve respostas impulsionadas por preocupações com os direitos humanos e tem como principal característica o engajamento e o ativismo de PVHA Também foi devido a HIV/AIDS que países desenvolvidos se comprometeram em financiar a prevenção e o tratamento em países pobres e em desenvolvimento ⁽²⁾.

Este artigo justifica-se pela importância da reflexão acerca das ações e produção de conhecimento na área do HIV/AIDS no âmbito nacional e internacional e na compreensão do estado da arte da produção científica no contexto das políticas públicas de saúde e na promoção da saúde.

Assim, os objetivos do presente estudo foram revisar e discutir as produções científicas acerca do HIV/AIDS tendo como referência o desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde; e analisar os estudos observacionais sobre a temática.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão sistemática de literatura com metodologia baseada em propostas metodológicas nacionais ^(7,8) e internacional ⁽⁹⁾. A revisão foi realizada no período de 24 junho a 01 de agosto de 2013 sobre as relações entre HIV, AIDS, DST, promoção da Saúde e políticas públicas de saúde por meio de pesquisa de literatura na base de dados da PubMed, incluindo artigos entre os anos de 2008 a 2013, realizada em duas etapas: a primeira que consistiu na seleção de descritores, elaboração da estratégia de busca, da compilação dos artigos, fase descritiva; e a segunda que consistiu na análise sistemática segundo a Iniciativa STROBE ⁽¹⁰⁾.

Para identificação dos estudos foram criadas seis estratégias de busca utilizando descritores em português, inglês e espanhol. Utilizou-se a associação de descritores por grupos de eixos temáticos, resultando em seis conjuntos de descritores. Os descritores utilizados foram: “HIV” ou “Vírus da Imunodeficiência Humana”, “AIDS” ou “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, “DST” ou “Doenças Sexualmente Transmissíveis” e “Promoção da Saúde”, “Políticas Públicas de Saúde” e seus correlatos em inglês e espanhol. Destas associações, foram criadas estratégias e numeradas conforme descrito:

- Estratégia I: “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida” OR “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida” OR “Acquired Immunodeficiency Syndrome” AND “Promoção da Saúde” OR “Promoción de la Salud” OR “Health Promotion”;
- Estratégia II: “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida” OR “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida” OR “Acquired

Immunodeficiency Syndrome” AND “Políticas Públicas de Saúde”
OR “Políticas Públicas de Salud” OR “Health Public Policy”;

- Estratégia III: “Doenças Sexualmente Transmissíveis” OR
“Enfermedades de Transmisión Sexual” OR “Sexually Transmitted
Disease” AND “ Promoção da Saúde” OR “Promoción de la Salud”
OR “ Health Promotion”;

- Estratégia IV: “Doenças Sexualmente Transmissíveis” OR
“Enfermedades de Transmisión Sexual” OR “Sexually Transmitted
Disease” AND “Políticas Públicas de Saúde” OR “Políticas Públicas
de Salud” OR “Health Public Policy”.

- Estratégia V: “HIV” OR “VIH” AND “Políticas Públicas de
Saúde” OR “Políticas Públicas de Salud” OR “Health Public
Policy”;

- Estratégia VI: “HIV” OR “ VIH” AND “ Promoção da Saúde”
OR “Promoción de la Salud” OR “ Health Promotion”;

Foram encontrados como resultado desta busca 780 referências da base de dados PubMed para a estratégia I, 3 referências para a estratégia II, 2715 referências para a estratégia VI. Não foram encontrados artigos para as estratégias III, IV e V para os anos pesquisados. Deste modo, foram consideradas para o presente artigo as estratégias I e VI (figura 1).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser artigo científico completo e disponível na íntegra gratuitamente; ter sido publicado nos últimos cinco anos. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: não ter como foco principal a pesquisa com seres humanos; não apresentar dados relativos ao Brasil ou população brasileira.

Após esta análise foram obtidos 23 artigos para a estratégia I e 321 para a estratégia VI para análise. Todos os artigos pertencentes à estratégia II não se enquadravam nos critérios de inclusão desta revisão. Na estratégia I, após a leitura do título e resumo, restaram sete artigos. Estes foram lidos na íntegra e seis foram selecionados após aplicação dos critérios de exclusão. Para a estratégia VI após a leitura do título e resumo, restaram quarenta e três artigos. Estes foram lidos na íntegra e sete foram selecionados após aplicação do critério de exclusão (figura 1).

Obteve-se como resultado das duas etapas da pesquisa 13 artigos que faziam relação entre a HIV, AIDS, DST e promoção da Saúde. As estratégias da pesquisa bibliográfica foram organizadas em fluxograma, conforme figura 1.

A análise dos artigos foi realizada em três etapas, a saber:

- Descrição dos estudos: compilação dos artigos tendo como foco os eixos: local, delineamento, metodologia e principais resultados de cada estudo incluído; e construção de linha histórica: distribuição cronológica dos estudos incluídos segundo a temática principal.
- Iniciativa STROBE: realização de análise estudos observacionais incluídos na revisão e construção de categorias segundo o atendimento aos critérios descritos na iniciativa STROBE.
- Nuvem de textos: análise das conclusões dos estudos incluídos na revisão segundo nuvem de texto. Cabe ressaltar que a nuvem de texto é uma forma de visualização de dados lingüísticos que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um determinado texto. As palavras apresentam tamanhos variados diretamente

proporcionais ao número de vezes que aparecem no texto. Deste modo a nuvem de texto é uma lista hierarquizada visualmente.

<inserir figura 1- em anexo>

REVISÃO DE LITERATURA

Na presente revisão foram encontrados 13 artigos. Os artigos foram separados em estratégias, sendo seis artigos pertencentes à estratégia I e sete artigos pertencentes à estratégia VI e são descritos nos quadros 1 e 2 a seguir.

No quadro 1 foram apresentadas a metodologia e as principais conclusões dos artigos que estavam alocados na estratégia I. No quadro 2 abordou a metodologia e as principais conclusões dos artigos que estavam alocados na estratégia VI.

<inserir quadro 1 – em anexo>

Todos os seis artigos classificados para esta revisão na estratégia I que abordaram a promoção da saúde ⁽¹²⁻¹⁵⁾ têm como cenário o Brasil ou o contexto brasileiro. Destes, três estudos avaliaram as estratégias de promoção da saúde relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis junto a populações vulneráveis, como os jovens, os caminhoneiros e os profissionais do sexo, por meio de entrevista e questionários e a análise predominante foi quantitativa. Um estudo, Grangeiro (2009), avaliou o serviço de saúde especializado, o Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA por meio da avaliação de questionários e bancos de dados⁽¹⁴⁾. Outros dois artigos abordam a questão do financiamento para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o enfrentamento da epidemia de AIDS. Grangeiro (2009) aborda a

questão do financiamento nacional e a descentralização de recursos para estados e municípios ⁽¹⁴⁾ e, Le Loup (2010) aborda a importância do financiamento internacional para o sucesso e sustentabilidade do programa brasileiro⁽¹⁵⁾.

Ao avaliar os artigos ⁽¹²⁻¹⁵⁾ é possível verificar alguns pontos destacados pela literatura, como Larson (2011), que chama a atenção para a importância da governança por parte dos estados e municípios para a execução da Política de Incentivo, e da governabilidade para a identificação das populações de risco e as estratégias de promoção da saúde de acordo com a realidade local, uma vez que, segundo o autor, a AIDS não é uma questão igualmente relevante em todos os lugares e não há uma solução adequada a todos (*“one size fits all”*) para a epidemia ⁽²⁾.

Os volumes de financiamento de cooperação internacional para o desenvolvimento da saúde cresceu de forma constante e com taxas sem precedentes em todo o mundo até 2008, principalmente com o objetivo de se cumprir compromissos internacionais pactuados na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, realizada em 2000 ⁽¹¹⁾. Porém os fundos internacionais para os países de baixa e média renda passaram de U\$292 milhões em 1996 para U\$15.900 bilhões em 2009. Em 2010 o financiamento global para AIDS diminuiu ⁽²⁾ devido a crise econômica mundial.

Os artigos já apontam avanços na parte da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/AIDS e a assistência especializada, bem como os avanços no campo das ações de prevenção e diagnóstico precoce, entretanto um dos maiores desafios que ainda persistem e são pouco retratados, são as questões relacionadas com a atenção política, o financiamento e a capacidade de

execução por parte dos gestores, em diferentes instâncias. Embora tenha havido uma mobilização extraordinária de recursos para a AIDS na última década, outros agravos e outras prioridades de desenvolvimento, aliados a crise econômica, levaram a “fadiga” das ações relacionadas à AIDS. Para os novos desafios se faz necessário novas estratégias de financiamento e mecanismos inovadores para atender ao cenário epidemiológico ⁽²⁾.

<inserir quadro 2 – em anexo>

Para a estratégia VI, dos sete artigos classificados para esta revisão, seis tem o Brasil como cenário ou como um dos cenários abordados ⁽¹⁶⁻²¹⁾. Dentro da temática abordada nesta estratégia, HIV e promoção da saúde, dois artigos abordam as populações vulneráveis, os jovens ⁽²¹⁾ e os profissionais do sexo ⁽²⁰⁾.

Dois outros artigos, Souza (2009) e Gomes (2010), retratam respectivamente o estudo de populações, de usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA e de pessoas que vivem com HIV/AIDS – PVHA ^(16,17). Cada cidadão deve saber o seu estado sorológico e ser apoiado e tratado se estiver infectado pelo HIV. Diferentes serviços de prevenção devem ser fornecidos para aqueles que são HIV- negativo e HIV – positivo, com foco especial para os que possuem maior risco de se infectar ou de transmitir o HIV ⁽²⁾.

Meiners (2008) aborda a política brasileira de quebra de patentes para os medicamentos antirretrovirais – ARV e faz uma análise crítica do impacto financeiro, desta medida para o governo (19). Outros dois artigos, Russo

(2012) e Amico (2012) retomam a questão do financiamento internacional e sua importância para o enfrentamento da epidemia ^(18,22).

Russo (2012) chama atenção para a necessidade de transparência na gestão e relatórios dos programas internacionais para o combate a AIDS ⁽¹⁸⁾. A eficiência dos programas de AIDS pode aumentar por meio da adoção de boas práticas de gestão, em especial os sistemas de informação gerencial, como os que compõem o programa brasileiro, a saber: Si-Incentivo, Si-CEL, Si-CTA, SIGAF, SINAN e QualiAIDS, que fornecem feedback sobre o desempenho no nível de implementação local ⁽²⁾.

Amico (2012) destaca como o recurso financeiro internacional tem sustentado as ações de prevenção em países de baixa e média renda e chama a atenção para os comprometimentos que podem ocorrer no caso da suspensão deste recurso ⁽²²⁾. Segundo Larson (2011), para a elaboração de novas estratégias de prevenção, elementos-chave devem ser considerados e eles incluem: (i) uma nova cultura geracional e de utilização do conhecimento; (ii) prevenção transformada e tratamento para aumentar a efetividade; (iii) aumento da eficiência através de uma melhor gestão e otimização das sinergias com outros programas e, (iv) investimentos de longo prazo. Ainda segundo o autor, uma abordagem baseada no conhecimento da AIDS é o princípio central de uma abordagem de longo prazo, que inclui a coleta de dados sócio-demográficos, epidemiológicos e de política a nível local ⁽²⁾.

Para análise por meio da Iniciativa STROBE foram comparados os itens título e resumo; introdução com os subitens contexto/justificativa e objetivos; métodos com os subitens desenho do estudo, contexto, participantes, variáveis, fontes de dados, variáveis quantitativas e métodos estatísticos;

resultados com os subitens participantes, dados descritivos, desfecho e resultados principais; e discussão, com os subitens limitações, interpretações e generalização.

<inserir quadro 3 – em anexo>

Dos artigos observacionais descritos no quadro 3, para os itens: título e resumo, introdução e métodos, 28,6% atendem totalmente e 71,4 atendem parcialmente os critérios apresentados na iniciativa STROBE. Para o item resultados, 14,3% atende totalmente, 71,4 % atendem parcialmente e 14,3% não atende aos critérios estabelecidos. Para o item discussão, 28,6% dos artigos atendem aos critérios estabelecidos, 57,1% atendem parcialmente e 14,3% não atendem. É possível verificar que nenhum dos artigos observacionais incluídos nesta revisão sistemática atende em sua totalidade aos critérios estabelecidos, prevalecendo o atendimento parcial ao protocolo de análise da iniciativa STROBE.

Neste contexto vale destacar que a ausência de descrição completa da metodologia utilizada na construção dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE pode comprometer a interpretação dos resultados, a reprodutibilidade dos estudos e o planejamento para novas pesquisas. Além disso, o avanço científico depende em grande medida do compartilhamento adequado da informação científica e da produção de conhecimento.

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão foi observado à carência de trabalhos que abordem, simultaneamente, os eixos temáticos, HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis - DST relacionados a políticas públicas de saúde e das DST à promoção da saúde.

< inserir figura 2 – em anexo >

Em relação a linha histórica dos estudos vale destacar que no marco inicial da presente revisão os estudos tinham foco sobretudo no diagnóstico e medicamentos, ao longo dos anos o tipo de estudos evoluiu para análise uso de recursos e ações de promoção da saúde.

Ao buscar uma compreensão rápida do resumo do conteúdo das conclusões dos 13 artigos incluídos na presente revisão optou-se por utilizar a nuvem de texto (figura 3). A nuvem de texto é uma forma de visualização de dados lingüísticos que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um determinado texto. As palavras apresentam tamanhos variados diretamente proporcionais ao número de vezes que aparecem no texto. Deste modo a nuvem de texto é uma lista hierarquizada visualmente.

<inserir figura 3 – em anexo >

De acordo com a nuvem de textos que a maior frequência de ocorrência de conclusões diz respeito aos temas acesso, prevenção, recursos e tratamento. Tais achados remetem a estudos acerca escopo global da abordagem do HIV/AIDS ⁽¹⁾.

Ao longo dos anos, especialistas em HIV/AIDS chegaram ao consenso de que três realidades são inquestionáveis em relação ao agravo: (i) a busca pela cura e a luta contra a pandemia deve ser global e não nacional; (ii) a prevenção deve ser inevitavelmente ligada ao diagnóstico e tratamento precoce, o que significa o uso de abordagens eficazes ligadas à comunidade com sistemas de saúde organizados; (iii) e, embora o comportamento desempenhe papel importante na questão do risco de se contrair o HIV, os esforços de prevenção necessitam integrar abordagens comportamentais associadas a abordagens

biomédicas, para que, de forma complementar auxiliem na redução da incidência do agravo ^(1; 2) .

Para países com alta prevalência de AIDS, a questão social central deverá ser considerada, exigindo estratégias de longo prazo e de emergência. A AIDS continuará a ser um desafio para as futuras gerações e para uma resposta eficaz é urgente à reformulação de ações para deter a epidemia, considerando que não há solução de curto prazo eficaz para a erradicação da doença/agravo ⁽²⁾ .

CONCLUSÃO

Baseado na análise dados é possível afirmar que embora haja limitações em relação ao número de artigos finais e ao uso de apenas uma base de dados (PubMed) a presente revisão colabora para o conhecimento na área. Os dados aqui apresentados podem contribuir para o planejamento de futuras pesquisas e orientação de novas perguntas de pesquisa na área de políticas públicas de abordagem do HIV/AIDS.

Deste modo, vale enfatizar a importância da informação de qualidade para fundamentar as intervenções no campo da promoção da saúde e prevenção do HIV/AIDS e principalmente no que tange a gestão do recurso financeiro da Política de Incentivo nacional, uma vez que se verifica pequeno número de produção científica nacional neste eixo temático (figura 2).

O presente artigo também contribui para aprofundar o conhecimento sobre as ações de promoção de saúde entre populações vulneráveis, pois reúne informações relevantes e de boa qualidade sobre o assunto e elenca estratégias de prevenção, comportamentais e sociais já consolidadas como,

por exemplo, a identificação dos fatores que influenciam no uso do preservativo como estratégia de prevenção e promoção da saúde.

As produções científicas revelaram como principais eixos temáticos as formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. Vale ressaltar, ainda a política brasileira para o enfrentamento da epidemia com destaque para a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes para viabilizar a produção nacional. Verificou-se, ainda que a maioria dos estudos observacionais analisados atenderam apenas parcialmente os critérios descritos na iniciativa STROBE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Narayan KMV, Ali MK, Del Rio C, Koplan JP, Curran J. Global Noncommunicable Diseases – Lessons from the HIV/AIDS Experience. *The New England Journal of Medicine*, 2011; 365:1099-1107.
2. Larson HJ, Bertozzi, S, Piot, P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ*. 2011; 89: 846-852.
3. Jiang Z, Wang D, Yang S, Duan M, Bu P, Green A, et al. Integrated response toward HIV: a health promotion case study from China. *Health Promotion International*. 2010; 26(2): 196-211.
4. Fisher EB, Fitzgibbon ML, Glasgow RE, Haire-Joshu D, Hayman LL, Kaplan RM, et al. Behavior Matters. *Am. J. Prev. Med*. 2011 may; 40(5): e15-e30.

5. Chu C, Selwyn PA. Diagnosis and Initial Management of acute HIV infection. *American Family Physician*. 2010 may 15; 81(10) :1239-1244.
6. Wamoyi J, Mbonye M, Seeley J, Birungi J, Jaffar S. Changes in sexual desires and behaviours of people living with HIV after initiation of ART: Implications for HIV prevention and health promotion. *BMC Public Health*. 2011; 11:633.
7. Sampaio R, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese. *Rev. Bras. Fisioter*. 2007; 11(1), 83–89.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [serial on the Internet]. 2008 outubro; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em : 26 de outubro de 2013
9. Braga R, Melo M. Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência. *Rev. Port. Clin. Geral*, 2009; 25(1), 660–666.
10. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(3): 559-65.
11. Los Rios R, Arósquipa C, Vigil-Oliver W. El Financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Publica*, 2011; 30(2) : 133-143.

12. Meis, C. Cultura empowerment: promoção à saúde e prevenção da AIDS entre prostitutas no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(supl.1): 1437-1444.
13. Massoni VA, Monteiro MI. Vulnerabilidade à Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e uso de drogas psicoativas por caminhoneiros. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; 63(1):79-83.
14. Grangeiro A, Escuder, MML, Castilho, EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27 Sup 1: S114-S128.
15. Le Loup G, Fleury S, Camargo K, Larouze B. International institutions, Global Health Initiatives and the challenge of sustainability: lessons from the Brazilian AIDS programme. *Tropical Medicine and International Health*, 2010; 15(1): 5–10.
16. Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. *Rev Saúde Pública*, 2010 ; 44(3) : 1-6.
17. Gomes RD, Borges JP, Lima DB, Farinatti PTV. Efeito do exercício físico na percepção de satisfação de vida e função imunológica em pacientes infectados pelo HIV: Ensaio clínico não randomizado. *Rev Bras Fisioter*, 2010; 14(5):390-5.
18. Russo G, Cabral L, Ferrinho P. Brazil-Africa technical cooperation in health: what's its relevance to the post-Busan debate on 'aid effectiveness'? Russo et al. *Globalization and Health* 2013, 9:2 Disponível em : <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/2>
Acesso em : 23 de outubro de 2013

19. Meiners CMMA. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24(7):1467-1478.
20. Lippman AS, Donini A, Diaz J, Chinaglia M, Reingold A, Kerrigan D. Social-Environmental Factors and protective Sexual Behavior Among Sex Workers: The Encontros Intervention in Brazil. American Journal of Public Health, 2010; 100(1) : S216-S223.
21. Dworkin SL, Dunbar MS, Krishnan S, Hatcher AM, Sawires S. Uncovering Tensions and Capitalizing on Synergies in HIV/AIDS and Antiviolence Programs. American Journal of Public Health, 2011; 101(6): 995-1003.
22. Amico P, Gobet B, Avila-Figueroa C; Aran, C; De Lay P. Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. BMC Public Health, 2012; 12: 221. Disponível em : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/221> Acesso em : 23 de outubro de 2013.
23. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, jul-ago, 2011; 44(4): 467-70.
24. Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ser 2009; 25(9):2053-2063.

25. UNAIDS. GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2014

Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva, dez. 2013. Disponível

em <

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2014_guidelines_en_0.pdf>

26. _____ Boletim UNAIDS. Matéria: Metas de Aceleração da Resposta ao HIV vão evitar cerca de 28 milhões de novas infecções até 2030. Disponível em < <http://www.unaids.org.br/>> acesso em 10/10/2014

ANEXOS

Figuras

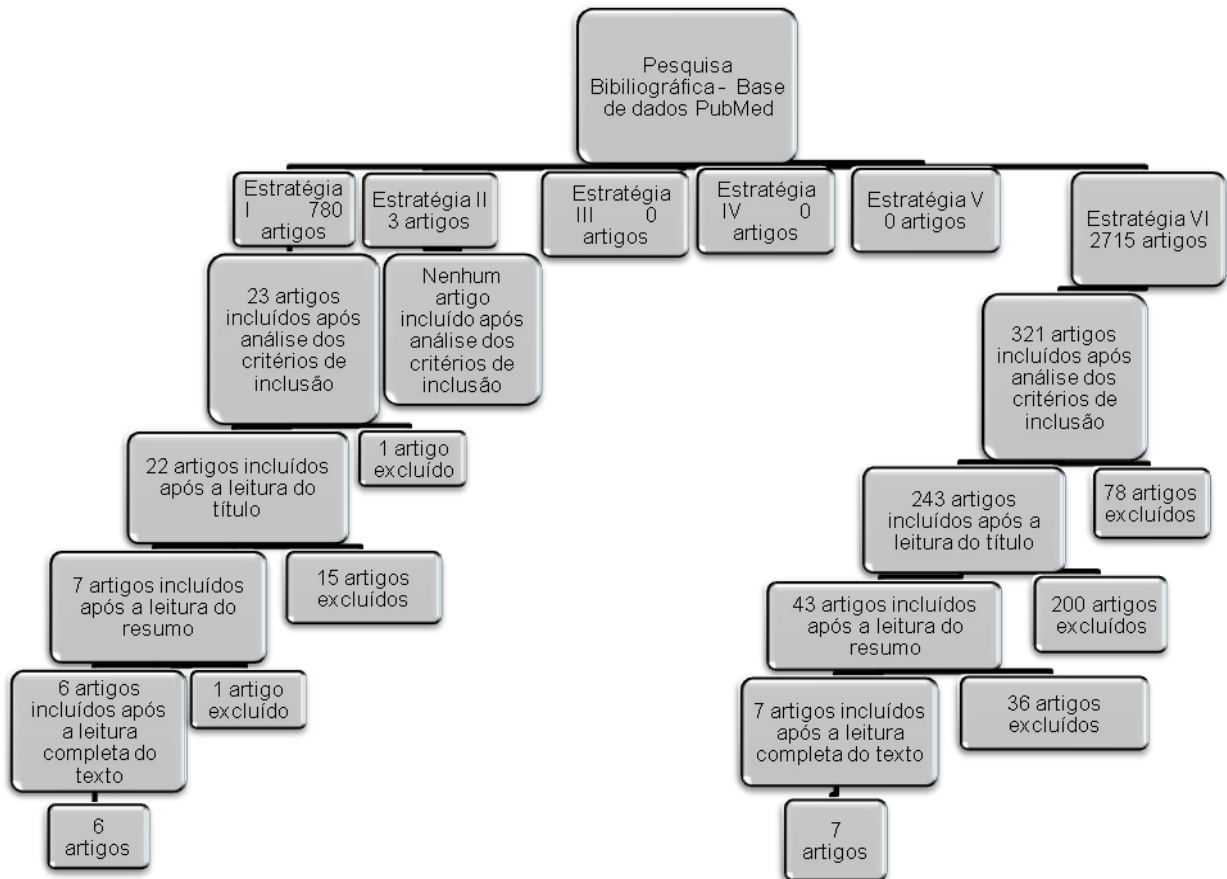
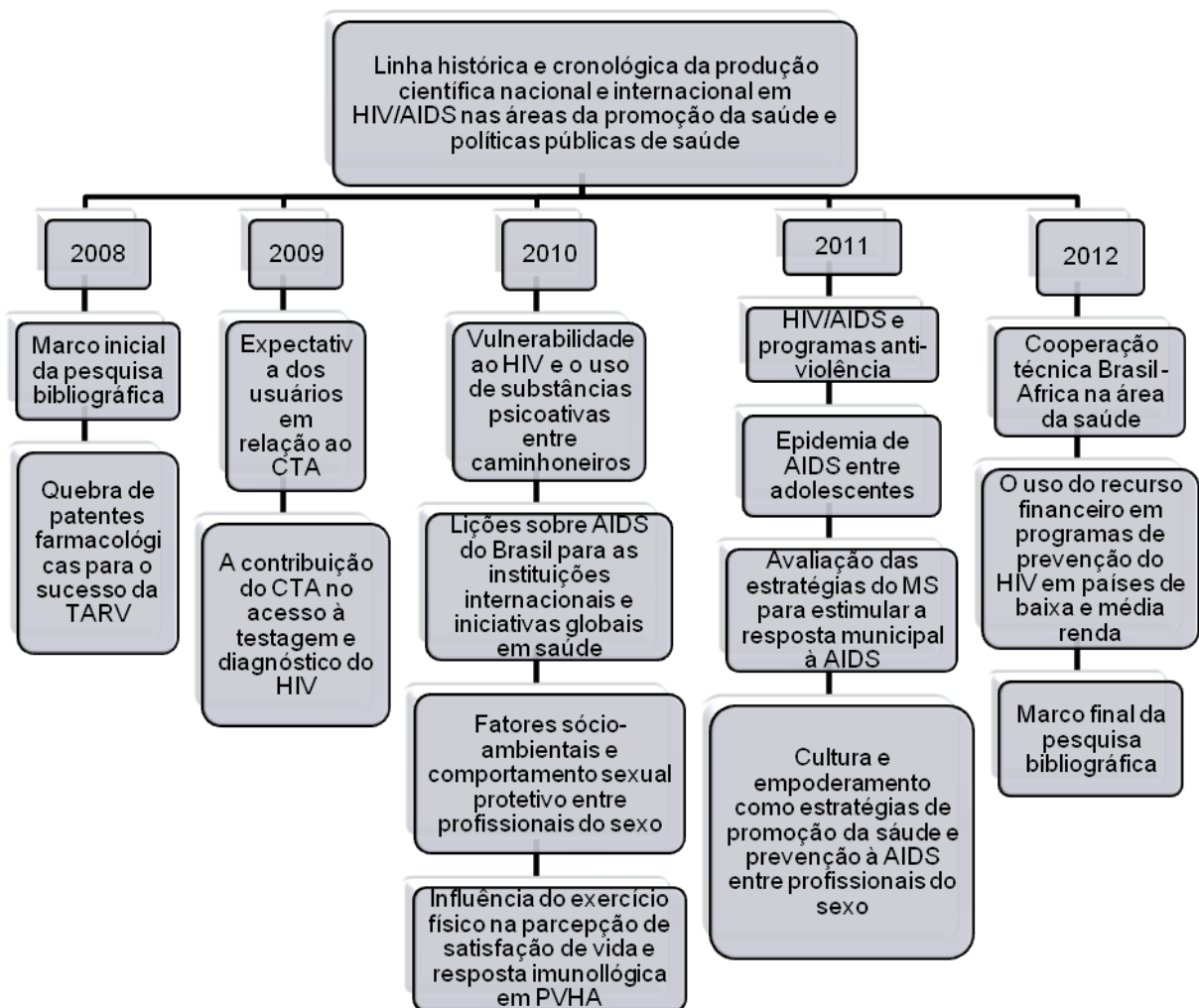


Figura 1: Fluxograma demonstrativo das etapas de busca e seleção de artigos



Legenda: CTA= Centro de testagem e Aconselhamento; MS= Ministério da Saúde; TARV= Terapia Antirretroviral.

Figura 2 - Linha histórica e cronológica da produção científica nacional e internacional em HIV/AIDS nas áreas da promoção da saúde e políticas públicas de saúde

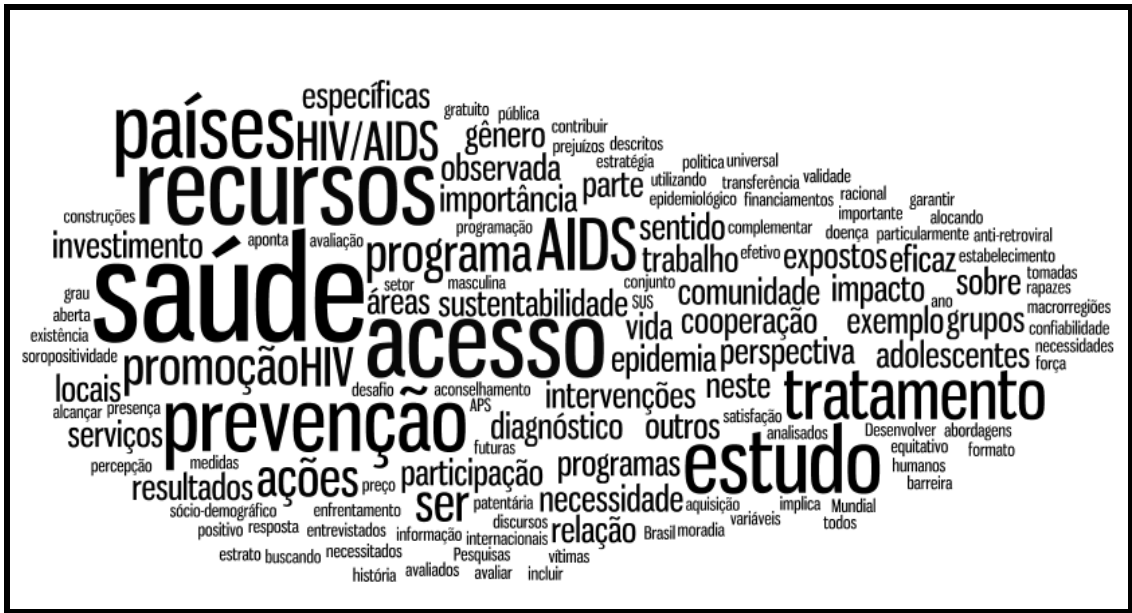


Figura 3 - Nuvem de textos gerada com base nas conclusões dos artigos utilizados na revisão de literatura.

Quadros

Quadro 1- Síntese dos estudos referentes à pesquisa bibliográfica para os descritores “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” e “Promoção da Saúde”

Estudo	Local	Delineamento do estudo	Metodologia	Principais resultados
Meis, C - 2011	Rio de Janeiro, Brasil.	Estudo qualitativo	Instrumentos: questionários e entrevistas Sujeitos: profissionais do sexo Cenário: Vila Mimosa (Rio de Janeiro) e na Praça São João (Niterói). Análise: qualitativa	80% dos sujeitos no Rio de Janeiro e 84% de Niterói: desejo de sair da prostituição; 87% dos sujeitos do Rio de Janeiro e 79% de Niterói: início da prostituição contra sua vontade; Para a maioria dos sujeitos: prostituição é período transitório e negativo em suas vidas, entretanto não possuía nenhum plano concreto para sair dela.
Massoni, VA; Monteiro, MI – 2010.	Campinas, Brasil	Estudo epidemiológico descritivo transversal	Instrumentos: questionários Sujeitos: caminhoneiros de rotas longas Cenário: entreposto do CEASA em Campinas Faixa etária: 20 a maiores de 50 anos Análise: quantitativa	72% dos sujeitos eram casados e 88% possuíam filhos; 38% eram tabagistas, 74% relataram ingestão de bebida alcoólica e 88% eram sedentários; 68% tinham IMC > 25 e 36% apresentavam circunferência abdominal acima de 100 cm.
Grangeiro, A; Escuder, MML; Castilho, EA – 2011.	São Paulo, Brasil.	Estudo de regressão logística multinomial	Instrumentos: análise de dados secundários Sujeitos: 758 municípios Cenário: municípios brasileiros que receberam recurso financeiro da Política de Incentivo até 2007. Análise: quantitativa	Não houve associação entre maior cobertura de atividades de prevenção e a inclusão na política de incentivo; Não foi observada associação entre a redução da transmissão vertical e hemotransfusão e a política de incentivo em

				qualquer um dos municípios analisados.
Grangeiro, A; Escuder, MM; Veras, MA; Barreira, D; Ferraz, D; Kayano, J – 2009.	São Paulo, Brasil.	Estudo quantitativo	Instrumentos: questionários e dados secundários Sujeitos: 383 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA Cenário: Brasil. Análise: quantitativa	1996, 2001 e 2003: anos em que houve o maior numero de serviços implementados (33,1% do total de serviços no Brasil); 630.046 testes anti-HIV foram realizados nos CTA e cerca de 4 milhões em todo o SUS em 2005;
Tarquette, SR; Matos, HJ; Rodrigues, AO; Bortolotti, LR; Amorim, E – 2011.	Rio de Janeiro, Brasil.	Estudo ecológico	Instrumentos análise de dados secundários; Sujeitos: jovens de ambos os sexos, com idades entre 13 e 19 anos. Cenário: conjunto de bairros que compõe o município do Rio de Janeiro. Análise: quantitativa	Até novembro de 2009: 656 casos notificados entre jovens de 13 a 19 anos, sendo 57,5% destes rapazes e 42,5 % moças; Número de casos novos: aumento gradativo até 1998 e iniciou declínio em 1999. Na distribuição por sexo: o aumento da incidência no sexo feminino foi constante e, a partir de 1996, ultrapassou o número de casos em homens para adolescentes.
Le Loup, G; Fleury, S; Camargo, K; Larouze, B – 2010.	Paris, França e Rio de Janeiro, Brasil.	Artigo de revisão e teórico	Utilização artigos científicos nacionais e internacionais e relatórios governamentais Cenário: a política brasileira de financiamento para o desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS	O financiamento do Banco Mundial ao governo brasileiro foi fundamental para a garantia da sustentabilidade do programa nacional de enfrentamento à AIDS e para o desenvolvimento de ações que hoje são reproduzidas em outras partes do mundo; A sustentabilidade dos programas voltados aos

agravos de saúde pública é um desafio ainda a ser vencido por países de baixo e médio desenvolvimento.

Quadro 2 - Síntese dos estudos referentes à pesquisa bibliográfica para os descritores “HIV” e “Promoção da Saúde”

Estudo	Local	Delineamento estudo	Metodologia	Principais resultados
Souza, VS; Czeresnia, D – 2009.	Belo Horizonte, Brasil.	Estudo qualitativo, de natureza exploratória, com orientação analítico-descritiva.	Instrumento: entrevista semiestruturada; Sujeitos: 32 pacientes, de ambos os sexos, maiores de 18 anos; Cenário: Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA de uma região metropolitana; Análise: qualitativa.	Os participantes demonstraram desconhecimento prévio sobre a gratuidade e disponibilidade para a realização do conjunto de exames anti-HIV, VDRL e de Hepatites B e C nos CTA; Mesmo nas situações de relação sexual desprotegida, os usuários procuram o CTA por outras razões, entre elas, a recusa como doador em banco de sangue.
Gomes, RD; Borges, JP; Lima, DB; Farinatti, PTV – 2010.	Rio de Janeiro, Brasil.	Ensaio Clínico não randomizado	Instrumentos: protocolo de treinamento, instrumento Índice de Satisfação de Vida – ISV e quantificação de linfócito CD4; Sujeitos: 29 portadores do vírus do HIV, de ambos os sexos, com idade média de 45 anos. Cenário: pacientes em acompanhamento em ambulatório médico; Análise: quantitativa.	Não houve diferenças significativas entre o grupo controle - GC e experimental - GE para a contagem absoluta e relativa de linfócitos CD4 em resposta ao programa de treinamento; As ligeiras alterações representam um desfecho clinicamente importante, apoiando a ideia de que a prática de exercícios físicos pode afetar positivamente a contagem de células linfócitos

				TCD4; A contagem relativa era criticamente baixa em ambos os grupos na linha de base indicando risco para infecções oportunistas. Depois da intervenção, observou-se um aumento de quase 16% no GE e de apenas 2% no CG.
Russo, G; Cabral, L; Ferrinho, P – 2012.	Lisboa, Portugal.	Artigo de revisão documental e conceitual	Instrumentos: análise de documentos oficiais e publicações Cenário: Servidores de Departamentos governamentais e funcionários de agências internacionais Análise: qualitativa	Publicações regulares existem dos projetos de saúde do Brasil na África, mas estes geralmente são insuficientes para alcançar padrões internacionais de transparência e publicidade de informações, especialmente em seus aspectos financeiros.
Meiners, CMMMA – 2008.	Marselle, França.	Artigo de revisão teórica	Utilização de artigos científicos nacionais e internacionais, convenções, leis e relatórios governamentais. Cenário: a política brasileira para a quebra de patentes e o fornecimento gratuito de ARV.	O embate entre a intensificação da proteção da propriedade intelectual e a pandemia de AIDS; Quebra de patentes para os medicamentos usados para o tratamento da AIDS; O alto custo para o país ao ofertar gratuitamente os medicamentos antirretrovirais a todos os portadores em tratamento.
Lippman, AS; Donini, A; Diáz, J; Chinaglia, M; Reingold, A; Kerrigan,	Berkeley, Estados Unidos.	Estudo de Coorte combinando clinica e intervenção social.	Instrumentos: questionários, aconselhamento e exames clínicos; Sujeitos: 420 profissionais do sexo, de ambos os sexos. Cenário: Corumbá, Brasil; Análise: quantitativa	A maioria dos membros da coorte tinha completado pelo menos o ensino fundamental (8 anos no Brasil), apenas 10% tinham concluído algum curso técnico ou universitário. 42% dos participantes tinham entrado para o trabalho sexual antes dos 18 anos.

D – 2010.

18% tinham resultado para clamídia e gonorreia positivos no início da pesquisa; Os resultados mostram que o aumento do uso do preservativo não se refletiu na diminuição da frequência DST e isto pode ser atribuído a diferenças na transmissibilidade e taxas de infectividade das DST's em questão; Os resultados indicam que um ambiente propício estimula o uso do preservativo, entretanto apenas um ato sexual desprotegido pode levar a uma infecção, particularmente se for uma DST de altamente transmissível.

Amico, P;
Gobet, B;
Avila-
Figuerola,
C; Aran,
C; De Lay,
P – 2012.

Bethesda –
Estados
Unidos.

Estudo quali-
quantitativo

Instrumentos: análise de dados
secundários

Sujeitos 69 países

Cenário: países de média e baixa
renda.

Análise: quali-quantitativa.

Em geral, a área da prevenção recebeu 21% dos recursos para o HIV em comparação com 53% dos recursos alocados para tratamento e cuidado. A área de Prevenção depende principalmente de doadores internacionais, (65% de todos os recursos de prevenção e 93% de financiamento em países de baixa renda). Para o subgrupo de 53 países que forneceram informações detalhada sobre os gastos, observaram que 60% dos recursos de prevenção foram gastos em cinco áreas: comunicação social e mudança de comportamento (16%),

				aconselhamento e testagem voluntária (14%), prevenção da transmissão vertical (13%), hemotransfusão (10%) e preservativos (7%). Apenas 7% dos recursos foram gastos com populações em situação de risco e menos do que 1% com circuncisão.
Dworkin, SL; Dunbar, MS; Krishnam, S; Hatcher, AM; Sawires, S – 2011.	Los Angeles, Estados Unidos.	Artigo teórico de revisão	Utilização de artigos científicos internacionais que abordam a sinergia entre os programas de HIV/AIDS e antivirolência. Para o fragmento que retrata um projeto brasileiro temos: Instrumento: escala MEM Equitable; Sujeito: jovens de ambos os sexos, com idade entre 14 e 25 anos; Cenário: Brasil – programa H; Análise: qualitativa.	Houve melhorias significativas no uso da camisinha na última relação sexual com um primário parceiro; Houve aumento nas normas de equidade de gênero, e isso foi associado com redução do risco de contrair HIV / AIDS.

Quadro 3 – Análise dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE

Artigo	Título e resumo	Introdução	Métodos	Resultados	Discussão
Meis, 2011	AP	AP	AP	AP	AP
Massoni, 2010	AT	AT	AP	AP	AP
Grangeiro, 2011	AP	AP	AP	AP	AP
Grangeiro, 2009	AP	AT	AP	AP	AT
Souza, 2009	AP	AP	AT	AP	AP
Lippman, 2010	AP	AP	AT	AT	AT
Amico, 2012	AT	AP	AP	NA	NA

Legenda: AT = atende totalmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; AP = Atende parcialmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; NA = não atende aos critérios descritos na iniciativa STROBE.

ARTIGO 2

**Avaliação das ações de um programa de DST/AIDS e Hepatites virais:
percepção dos gestores**

***Evaluation of the actions of a STD/AIDS and Viral Hepatitis: perceptions of
managers***

Autores: Lilian Nobre de Moura ⁽¹⁾ Stela Maris Aguiar Lemos ⁽²⁾

**(1) Bióloga, Fonoaudióloga, Mestranda Promoção da Saúde e Prevenção
Violência da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo
Horizonte, MG, Brasil; Diretora Geral do Hospital Raymundo Campos,
Secretaria Municipal de Saúde, Ouro Branco, MG, Brasil.**

**(2) Fonoaudióloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Professora Adjunto do
Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas
Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.**

Área: Saúde Coletiva.

Tipo de manuscrito: Artigo original de pesquisa.

**Título resumido: Ações de um programa de DST/AIDS e Hepatites virais:
percepção dos gestores**

Fonte de auxílio: Não se aplica.

Conflitos de Interesse: inexistentes

Endereço para correspondência:

Lilian Nobre de Moura

Rua Plutão no. 32, Ana Lúcia

Sabará - Minas Gerais - Brasil

CEP: CEP: 34710020

E-mail: liliannobre34@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Investigar a percepção dos gestores quanto às ações utilizadas para o alcance das metas da Programação Anual de Metas – PAM segundo dados sócio-demográficos, satisfação com a formação e atuação, atividades desenvolvidas e o processo de gestão. Métodos: Estudo observacional analítico transversal com amostra não probabilística por tipicidade composta por gestores dos 54 programas municipais e do programa estadual de Minas Gerais que recebem o recurso financeiro da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS. Resultados: A amostra do estudo foi composta por 37 gestores, sendo 9 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. A idade média foi de 42,03 anos. O tempo médio em que atuavam como coordenadores foi de 55,50 meses. Em relação à formação vale destacar que 37,84 % dos gestores são enfermeiros, seguido de 18,92% psicólogos e 8,11% para médicos e pedagogos. Além disso, dos 37 respondentes, 29 (82,76%) declararam possuir pós-graduação. 64,86% dos gestores já atuaram no programa em outra função. O número médio de pessoas que compõe a equipe dos programas, municipais e estadual é de 15 servidores. Dos gestores participantes, 24 (64,86%) já atuaram em outra função dentro do programa e destes, 17 atuaram na assistência e 7 na gestão. Todas as análises univariadas, categóricas e contínuas, que apresentaram p valor menor que 0,20 foram incluídos na análise multivariada. Conclusões: Os dados analisados no presente estudo revelaram que a maioria dos gestores entrevistados considerou as ações desenvolvidas para no eixo da promoção, prevenção e proteção previstas na Programação Anual de Metas são efetivas para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS.

Descritores: Gestores; Financiamento federal; HIV/AIDS; Planejamento.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, criado no Brasil em 1988, tornou o acesso à saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visa à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Seus princípios básicos são a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS se organiza de forma descentralizada, com as ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, Estados e Municípios (BRASIL, 2012A).

No atual contexto do SUS ganha força o planejamento da saúde que passa a ser ascendente e integrado, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos. O processo de planejamento proporciona o conhecimento da situação local, tanto das condições de saúde da população como da capacidade de resposta da rede de serviços e a definição das ações para superar os desafios para a melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2012B).

Para Teixeira (2010) gestão em saúde é um termo que reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução, organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades.

A resposta brasileira à epidemia de AIDS está de acordo com as premissas do Sistema Único de Saúde, ou seja, a saúde é um direito de todos e um dever do estado e é guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ela é organizada de forma descentralizada, com as ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, Estados e Municípios (BRASIL, 2012A).

No Brasil, o perfil epidemiológico da AIDS segue uma tendência, caracterizando-se por epidemias microrregionais com diferentes taxas de crescimento; aumento progressivo dos casos de AIDS em mulheres por meio da transmissão heterossexual; redução das taxas de mortalidade associada à introdução da terapêutica combinada a partir de 1996; progressiva pauperização, atingindo áreas mais distantes dos centros urbanos, de menor porte e mais pobres; aumento proporcional entre pessoas com níveis de

escolaridade mais baixos e com inserção precária no mercado de trabalho (MALISKA, 2009).

A evolução das políticas públicas de saúde com relação ao HIV/AIDS no Brasil caracterizou-se por: desenvolvimento do conhecimento científico em relação à doença; a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia; e as articulações realizadas no âmbito da organização das ações oficiais (VILLARINHO, 2013).

A política pública nacional para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS pode ser dividida em quatro fases bem distintas.

A primeira fase, no início da década de 80, caracteriza-se pela omissão do governo federal (MALISKA, 2009) e as respostas que surgiram vêm de comunidades afetadas e de setores progressistas, levando a formação das primeiras organizações não governamentais (VILLARINHO, 2013).

A segunda fase da resposta política à epidemia estende-se de aproximadamente 1986 até 1990, caracterizada pelo surgimento de uma resposta federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de AIDS (MARQUES, 2002).

A terceira fase corresponde ao período de 1990 a 1992 e caracteriza-se pela falta de diálogo entre governo federal e a sociedade civil organizada (PARKER, 1997 in VILLARINHO, 2013).

A quarta fase, estende-se de 1993 até os dias atuais, caracteriza-se pela organização do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais com a efetivação da política de controle da epidemia, decorrente dos empréstimos do Banco Mundial ao Governo Brasileiro e elaboração e manutenção das ações programáticas na área de prevenção, promoção e proteção, assistência, diagnóstico e tratamento; gestão e governança e parceria com a sociedade civil (VILLARINHO, 2013).

A Política de Incentivo para o financiamento de ações em e outras DST surgiu em 19 de dezembro de 2012 por meio da Portaria Federal no. 2313, publicada no Diário Oficial da União – DOU em 20 de março de 2003 que institui o incentivo de financiamento para estados, distrito federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS e outras DST e tem por princípios a universalidade, a integralidade - prevenção, assistência e direitos

humanos, a equidade, a descentralização, a participação e controle social (BRASIL, 2003).

A Programação Anual de Metas - PAM é o instrumento de programação das metas, ações e recursos a serem mobilizados e representa a síntese do processo local de discussão e definição das prioridades de cada estado e município e para isso, as metas e ações previstas na PAM para o enfrentamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites virais no Estado e municípios devem seguir as seguintes áreas de atuação: Promoção, Prevenção e Proteção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Gestão e Desenvolvimento Institucional; Parcerias com OSC (BRASIL, 2012B).

No entendimento do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, para o aprimoramento da gestão devem ser consideradas como questões transversais as estratégias que possibilitem, entre outras coisas, o desenvolvimento da capacidade de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação dos programas governamentais e das ações da sociedade civil, bem como uma gestão e financiamento por resultados e aprimoramento da governança. Com isso se torna fundamental que estas questões sejam discutidas e analisadas num processo participativo e solidário para o fortalecimento dos pactos interfederativos no âmbito da saúde e para a exequibilidade das ações propostas (BRASIL, 2012B).

Deste modo, é importante saber como o gestor em saúde percebe as ações propostas na Programação Anual de Metas de modo a repensar as práticas para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e traçar um olhar crítico no campo da gestão das políticas de promoção, prevenção e proteção á saúde.

Considerando o contexto acima, o presente artigo tem como objetivo investigar a percepção dos gestores quanto às ações utilizadas para o alcance das metas da Programação Anual de Metas – PAM segundo dados sócio-demográficos, satisfação com a formação e atuação, atividades desenvolvidas e o processo de gestão.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra não probabilística por tipicidade composta por gestores dos 54 programas municipais e do programa estadual de Minas Gerais que recebem o recurso financeiro da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS.

O cenário do estudo foi constituído pelas secretarias, municipal e estadual, de saúde do estado de Minas Gerais que recebem recurso financeiro de incentivo para o desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS. Na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG, o programa de DST/AIDS e Hepatites virais está incorporado á Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) da Subsecretaria de Políticas de Atenção à Saúde (SubPAS). Nos municípios, a localização do programa no organograma varia, de cidade para cidade, sendo a maioria deles, seguindo à tendência do Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais, vinculados ao setor Epidemiologia/ Vigilância em Saúde.

A população do estudo foi composta por 54 Coordenadores dos Programas Municipais de DST/AIDS e o Coordenador do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais do estado de Minas Gerais no ano de 2013. O tamanho da amostra foi definido considerando-se o número de programas que receberam incentivo financeiro e o teste usado para obter tal estimativa foi o binomial bilateral. O nível de significância foi de 0,05 em relação à proporção populacional dos que iriam responder as variáveis “Distribuição de Material informativo e educativo – B”, “Realização de atividades extramuros – C” e “Distribuição de insumos de prevenção – D”, para a pergunta 19 “Quais ações, do eixo Promoção, Prevenção e Proteção, os Coordenadores consideram eficazes ou apresentam impacto positivo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS?”. Assim, a amostra foi constituída por 37 gestores, com o poder de teste de 0,85 e erro de 0,15.

Os critérios de inclusão definidos foram: ser Coordenador do Programa Municipal ou Estadual de DST/AIDS no estado de Minas Gerais; ter idade igual ou superior a 18 anos; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de pesquisa, formulário autoaplicável (figura 1), elaborado pelas pesquisadoras, constituiu-se por questões destinadas a avaliar a percepção do gestor estadual e municipal sobre a operacionalidade e exequibilidade das metas e ações propostas dentro da área de atuação da Promoção, Prevenção e Proteção.

Figura 1: Questionário para os Coordenadores, Estadual e Municipais, dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais.

1. Idade:	2. Sexo:	3. Graduação:
4. Pós graduação:		
5. Há quanto tempo você atua como coordenador? () Desde o início do Programa Municipal/Estadual () No período de _____ até _____		
6. Já atuou dentro da equipe com outra função? (sim) (não)		
7. Como se dá a construção da Programação Anual de Metas em seu município/Estado? (coletivamente) (Coordenador e gestor local) (Coordenador apenas) (gestor local apenas)		
8. Você está satisfeito com sua formação profissional? (Satisfeito) (Parcialmente satisfeito) (Insatisfeito)		
9. E com a capacitação para esse trabalho? (Satisfeito) (Parcialmente satisfeito) (Insatisfeito)		
10. Quantas pessoas compõem a equipe? _____		
11. Você acha que o tamanho da equipe influi no cumprimento das metas do Programação Anual de Metas? (Sim, totalmente) (Sim, parcialmente) (Não)		
12. Você sabe coletar dados epidemiológicos? ()Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não		
13. Para o eixo Promoção, prevenção e proteção, quais ações considera eficazes ou que tem impacto positivo na redução frente ao controle da epidemia (pode escolher mais de uma) () Campanhas pontuais () Distribuição de material informativo e educativo () Realização de atividades extramuros (CTA itinerante, palestras, oficinas, etc.) () Distribuição de insumos de prevenção () Divulgação do programa na mídia () Divulgação das campanhas em mídia () Outras ____		

A coleta de dados foi realizada em duas modalidades a primeira ocorreu em reunião presencial dos gestores na Secretaria Estadual de Saúde. Assim os coordenadores que compareceram a Reunião Anual dos Coordenadores que ocorreu entre os dias 01 a 05 em julho de 2013 onde receberam o formulário

para preenchimento e TCLE para assinatura. A entrega dos documentos ocorreu na saída do evento em urnas lacradas. Na segunda modalidade os coordenadores que não compareceram a reunião anual receberam o formulário e o TCLE por via eletrônica e os devolveram da mesma forma preenchidos.

As respostas do formulário autoaplicável foram organizadas e digitadas em planilha Excel e os dados separados por parâmetros segundo os critérios de análise.

Foi realizada ainda, análise univariada categórica e contínua para verificar associação entre as variáveis de exposição em estudo e os eventos. Foram considerados como associações com significância estatística os resultados que apresentarem um p-valor inferior ao nível de significância de 20%.

Para a análise univariada com variáveis contínuas foram utilizados o teste paramétrico T-Student e o teste não paramétrico Mann Whitney, quando os dados possuíam distribuição normal gaussiana e não normal, respectivamente. Investigou-se a associação entre a variável resposta “Campanhas Pontuais” com as variáveis explicativas: idade, meses atuando como coordenador, tempo de serviço atuando em outra função, numero de membros da equipe. Para a análise univariada categórica foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Tendência Linear e Teste Exato de Fisher sendo este ultimo usado quando a amostra era menor que quarenta ($N < 40$) ou ainda quando havia caselas com valor esperado menor do que 5. Análise de dados para verificar associação dos resultados segundo as variáveis: sexo, idade e tipo de ações desenvolvidas pelo município também foi realizada.

Todas as variáveis que foram significativas na análise univariada ($p < 0,20$) foram incluídas no modelo multivariado. Para análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão logística pois a variável resposta (desfecho) escolhida é binária. Todas as variáveis significativas na análise univariada forma colocadas conjuntamente no modelo multivariado e foram sendo retiradas uma a uma, começando pelas que tinham o maior p valor. Dessa forma, restaram no modelo final apenas aquelas variáveis que possuíam um p-valor inferior a 0,05. O procedimento de seleção de variáveis utilizado foi o *backward*.

Para a entrada, o processamento e a análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 37 gestores, sendo 9 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. A idade média foi de 42,03 anos, sendo que 27,78% dos participantes tinham idade inferior a 35 anos. O tempo médio em que atuavam como coordenadores foi de 55,50 meses. Em relação à formação vale destacar que 37,84 % dos gestores são enfermeiros, seguido de 18,92% psicólogos e 8,11% para médicos e pedagogos. Além disso, dos 37 respondentes, 29 (82,76%) declararam possuir pós-graduação. 64,86% dos gestores já atuaram no programa em outra função. O número médio de pessoas que compõe a equipe dos programas, municipais e estadual é de 15 servidores, entre assistência e gestão. Dos gestores participantes, 24 (64,86%) já atuaram em outra função dentro do programa e destes, 17 atuaram na assistência e 7 na gestão.

Na tabela 1, tem-se o grau de satisfação dos gestores quanto a sua formação profissional e ao seu trabalho. Para composição desta tabela, aos dados foi aplicado Teste Exato de Fisher e obteve-se um p valor igual a 0,118, levando a concluir que não há uma associação significativa.

Tabela 1 – Caracterização da satisfação da amostra quanto à formação e o trabalho como gestor do programa

Variáveis	Satisfação					
	Satisfeito		Parcialmente satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%
Formação Profissional	26	70,3	11	29,7	0	0
Capacitação para atuar como gestor do programa	18	48,6	17	45,9	1	2,7

O conhecimento dos participantes acerca da gestão do programa, bem como da elaboração da Programação Anual de Metas - PAM, a construção de dados epidemiológicos para a construção da análise de situação e resposta é apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra acerca da gestão do programa e da Programação Anual de Metas

Variáveis	Respostas dos gestores	
	N	%
Construção da PAM	Coletivamente	27 70,3
	Coordenador + gestor	3 8,1
	Coordenador	7 18,9
Influência do tamanho da equipe sobre a execução das metas	Não	2 5,4
	Sim parcialmente	16 43,2
	Sim totalmente	19 51,4
Influência da rotatividade dos profissionais sobre a execução das metas	Não	2 5,4
	Sim parcialmente	9 24,3
	Sim totalmente	26 70,3
Conhecimento para coleta de dados epidemiológicos	Não	2 5,4
	Sim parcialmente	23 62,2
	Sim totalmente	12 32,4

Na tabela 3 são apresentadas a frequência e a porcentagem de ocorrência segundo as variáveis respostas.

Tabela 3 – Distribuição das atividades desenvolvidas segundo dados sócio-demográficos, processo de trabalho e satisfação com a formação e capacitação.

Variável	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
Campanhas Pontuais				
Sexo (masculino)	5	23,8	4	25,0
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	1	4,8	0	0
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	13	61,9	11	73,3
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	16	76,2	10	66,7
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	16	76,2	10	62,5
Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	10	47,6	8	53,3
Distribuição de material informativo e educativo				
Sexo (masculino)	6	37,5	3	14,3
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	1	6,3	0	0
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	10	62,5	14	70
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	11	68,8	15	75
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	11	68,8	15	71,4
Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	8	50	10	50
Distribuição de Insumos de Prevenção				
Sexo (masculino)	8	30,8	1	9,1
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	1	3,8	0	0
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	18	69,2	6	60
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	20	76,9	6	60
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	19	73,1	7	63,6
Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	13	50	5	50
Divulgação do Programa na Mídia				
Sexo (masculino)	6	42,9	3	13
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	0	0	1	4,5
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	11	78,6	13	59,1
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	12	92,3	14	60,9
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	10	71,4	16	69,6
Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	6	42,9	12	54,5
Divulgação de Campanhas na Mídia				
Sexo (masculino)	4	22,2	5	26,3
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	0	0	1	5,6
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	12	66,7	12	66,7
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	14	77,8	12	66,7
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	14	77,8	12	66,7

Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	11	61,1	7	38,9
Outras				
Sexo (masculino)	4	44,4	5	17,9
Já trabalhou em outro programa de DST/AIDS? (Sim)	0	0	1	3,7
Atuou na equipe em outra função? (Sim)	6	66,7	18	66,7
Como se dá a construção da PAM (coletivamente)	8	88,9	18	66,7
Grau de satisfação com sua formação profissional (Satisfeito)	7	77,8	19	67,9
Grau de satisfação em relação à capacitação para o trabalho desenvolvido (Satisfeito)	4	44,4	14	51,9

Legenda: Outras= respostas abertas diversas apresentadas pelos gestores

Nas tabelas 4 e 5 estão apresentadas as análises univariada para as variáveis contínuas referentes às ações que os gestores consideram eficazes ou que promovem impacto positivo na redução/controlar da epidemia de HIV/AIDS de acordo com o teste estatístico selecionado.

Na tabela 4 está apresentada a análise univariada das variáveis categóricas em comparação/associação com a questão 13, onde os gestores são convidados a elencar quais são consideradas eficazes ou tem impacto positivo no enfrentamento da epidemia na opinião dos Gestores.

Tabela 4 – Análise univariada categórica das ações elencadas pelos gestores segundo as variáveis “sócio-demográficas” e características da equipe

Variáveis	Campanhas Pontuais	Distribuição de material informativo e educativo	Distribuição de insumos de prevenção	Divulgação do programa na mídia	Divulgação das campanhas na mídia	Outras
Sexo	1,00 ¹	0,14 ¹	0,23 ¹	0,06 ¹	1,00 ¹	0,18 ¹
Atuação em outro programa DST/AIDS	1,00 ¹	0,44 ¹	1,00 ¹	1,00 ¹	1,00 ¹	1,00 ¹
Tempo atuando em outra função	0,72 ¹	0,73 ¹	0,70 ¹	0,29 ¹	1,00 ¹	1,00 ¹
Como se dá a construção da PAM	0,75 ¹	0,86 ¹	0,58 ¹	0,06 ¹	0,54 ¹	0,23 ¹
Formação profissional	0,48 ¹	1,00 ¹	0,70 ¹	1,00 ¹	0,48 ¹	0,70 ¹
Capacitação para atuar como gestor do programa	0,58 ²	0,74 ²	0,85 ²	0,71 ²	0,14 ²	0,86 ²

Coleta de Dados epidemiológicos	0,43 ²	0,32 ²	0,21 ²	0,05 ²	0,51 ²	0,28 ²
---------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Legenda: 1: Teste Exato de Fisher; 2: Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear

Tabela 5: Medidas descritivas e análise da associação entre as atividades desenvolvidas e no programa e as variáveis idade e tempo de atuação em funções fora da coordenação.

Variáveis	Descrição dos Valores		P-valor (Teste T-Student)
	Sim	Não	
Campanhas Pontuais			
Idade Média ± DP	43,50 ± 10,52	43,50 ± 10,52	0,32
Tempo atuou em outra função (meses) Média ± DP	66,69 ± 31,87	55,20 ± 52,46	0,52
Distribuição de Material Informativo e Educativo			
Idade Média ± DP	40,63 ± 8,80	40,63 ± 8,80	0,45
Tempo atuou em outra função (meses) Média ± DP	60,90 ± 45,15	60,90 ± 45,15	0,94
Atividade extramuro			
Idade Média ± DP	42,0 ± 9,82	42,0 ± 9,82	*
Tempo atuou em outra função (meses) Média ± DP	61,7 ± 41,40	61,7 ± 41,40	*
Distribuição de insumos de prevenção			
Idade Média ± DP	42,69 ± 9,44	42,69 ± 9,44	0,52
Tempo atuou em outra função (meses) Média ± DP	63,18 ± 44,10	63,18 ± 44,10	0,78
Divulgação do programa na mídia			
Idade Média ± DP	42,43 ± 10,67	42,43 ± 10,67	0,85
Tempo atuou em outra função (meses) Média ± DP	66,82 ± 45,88	66,82 ± 45,88	0,58
Divulgação de Campanhas na			

Mídia	Idade	42,88 ± 9,51	42,88 ± 9,51	0,62
	Média ± DP			
	Tempo atuou em outra função (meses)			
	Média ± DP	57,50 ± 29,39	57,50 ± 29,39	0,62
Outras	Idade	42,75 ± 7,40	42,75 ± 7,40	0,82
	Média ± DP			
	Tempo atuou em outra função (meses)			
	Média ± DP	68,50 ± 57,44	68,50 ± 57,44	0,65

Legenda: outras= respostas abertas diversas apresentadas pelos gestores

* Não foi possível calcular o valor de p para esta variável uma vez que apenas um gestor trabalhou em outro programa de DST/AIDS

Tabela 6: Medidas descritivas e análise da associação entre as atividades desenvolvidas e no programa e as variáveis tempo de coordenação e tamanho da equipe.

Variáveis	Descrição dos Valores		P-valor (Teste Mann Whitney)
	Sim	Não	
Campanhas Pontuais			
Tempo atuando como			
Coordenador	50,5	50,5	0,03
Mediana (meses)	3	3	
Mínimo	204	204	
Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe			
Mediana	15,0	15,0	0,35
Mínimo	3	3	
Maximo	48	48	
Distribuição de Material Informativo e Educativo			
Tempo atuando como			
Coordenador	37	37	0,65
Mediana (meses)	3	3	
Mínimo	204	204	
Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe			
Mediana	9	9	0,49
Mínimo	4	4	
Maximo	25	25	
Atividade extramuro			
Tempo atuando como			
Coordenador	37	37	*
Mediana (meses)	3	3	

	Mínimo	216	216	
	Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe				
	Mediana	13	13	
	Mínimo	3	3	*
	Maximo	48	48	
Distribuição de insumos de prevenção				
Tempo atuando como				
	Coordenador	42,50	42,50	
	Mediana (meses)	3	3	0,92
	Mínimo	216	216	
	Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe				
	Mediana	15,0	15,0	
	Mínimo	3	3	0,28
	Maximo	48	48	
Divulgação do programa na mídia				
Tempo atuando como				
	Coordenador	42,5	42,5	
	Mediana (meses)	3	3	
	Mínimo	204	204	0,39
	Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe				
	Mediana	13,0	13,0	
	Mínimo	3	3	0,84
	Maximo	44	44	
Divulgação de Campanhas na Mídia				
Tempo atuando como				
	Coordenador	48	48	
	Mediana (meses)	3	3	
	Mínimo	204	204	0,47
	Máximo			
Número de pessoas que compõe a equipe				
	Mediana	18,35	18,35	
	Mínimo	4	4	0,02
	Maximo	48	48	
Outras				
Tempo atuando como				
	Coordenador	48	48	
	Mediana (meses)	6	6	0,99
	Mínimo	144	144	
	Máximo			
Número de pessoas que compõe				

a equipe			
Mediana	13,5	13,5	1,00
Mínimo	3	3	
Maximo	48	48	

Legenda: outras= respostas abertas diversas apresentadas pelos gestores

* Não foi possível calcular o valor de p para esta variável uma vez que apenas um gestor trabalhou em outro programa de DST/AIDS

Cabe ressaltar que 97,30% dos gestores participantes consideram a ação “*Realização de atividades extramuros (CTA Itinerante, palestras, oficinas etc.)*” como eficaz ou que tem impacto positivo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Estado.

Não foi observada diferença com significância estatística entre a idade média dos gestores que consideraram a ação “Campanhas pontuais” eficaz ou não para o enfrentamento da epidemia. O mesmo é observado entre o tempo médio de atuação na Coordenação do programa para a referida ação.

Todas as análises que apresentaram p valor maior que 0,20 foram excluídos da análise multivariada.

Para as variáveis contínuas “*Distribuição de material informativo e educativo*”, “*Distribuição de insumos de prevenção*”, “*Divulgação do programa na mídia*” e “*Outras*” não há modelo multivariado composto pelas variáveis estudadas (Idade, Tempo atuando como Coordenador, Tempo atuando em outra função e tamanho da equipe).

Para “*Campanhas pontuais*” a variável “Quanto tempo atuou na equipe com outra função” se associa significativamente com valores, para os respondedores sim a média da variável foi de média 66,69 e desvio padrão 31,87 e para os respondedores não, o valor de média foi de 55,20 e desvio padrão de 52,46. Para esta análise foi montado um modelo de regressão logística, entretanto ele perde a significância ($p \leq 0,133$) o que leva a concluir que não há modelo multivariado para explicar esta variável desfecho.

Para “*Divulgação do programa na mídia*” as variáveis categóricas “*Sexo*”, “*Como se dá a construção da PAM em seu município/estado*” e “*Coleta dados epidemiológicos*” influenciam isoladamente. Para “*Divulgação do programa na mídia*” e “*sexo*” não houve convergência no teste de Adequacidade Hosmer and Lemeshow para o modelo multivariado. Há modelo de regressão logística com $p = 0,050$, entretanto como não houve convergência

no teste, conclui-se que não há modelo de análise multivariado para esta situação.

Para “Divulgação das campanhas na mídia” com a variável “*Capacitação para atuar como gestor do programa*” não há modelo, pois ao montar a regressão logística perdeu-se a significância ($p = 0,391$).

Para “Divulgação da campanha na mídia” com a variável “Tamanho da equipe” não há modelo multivariado, pois ao montar o modelo de regressão logística perdeu-se a significância ($p=0,071$).

DISCUSSÃO

Bibliografia relacionada a temática da gestão descentralizada do SUS ganha visibilidade no período de 1999-2000 onde este tema representou pano de fundo de uma multiplicidade de estudos que abordaram aspectos relacionados com o planejamento, programação, reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação em saúde, capacitação profissional, práticas de monitoramento, supervisão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como estudos sobre a participação e controle social do SUS. Entre 2001 e 2005, os principais temas foram relacionados a produção do conhecimento em planejamento e gestão com foco na municipalização da gestão e expansão da atenção básica à saúde (PAIM, 2006).

É cada vez maior a gama de atribuições que os gestores devem atender e compreender e, em função disso, profissionalização e capacitação se tornam imprescindíveis. O que tem se observado nas esferas de atuação do serviço público, são erros de gestão de recursos, sejam eles físicos, materiais, financeiros ou humanos. Isso se deve ao fato de que os gestores são, em geral, profissionais da área fim de atuação, em cargos de chefia (FERNANDES, 2012).

As práticas de gestão interferem no modo como os profissionais organizam e realizam o cuidado potencializando o trabalho em equipe, e, em alguns casos adotando a gestão compartilhada. Têm – se observado crescente movimento dos profissionais em busca de capacitações, motivados pelas demandas do cuidado que exigem profissionais com conhecimentos atualizados e habilidades específicas (DUARTE, 2012). Neste estudo é possível observar que alguns gestores são graduados em ciências humanas

(letras, direito, pedagogia e serviço social). Desses, apenas serviço social e psicologia podem atuar na parte assistencial do programa. O distanciamento da “ponta” muitas vezes dificulta a gestão e é uma queixa tanto dos profissionais que atuam na ponta quanto dos próprios gestores.

A necessidade de formação contínua têm partido de situações vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde e, ao refletirem sobre elas, os profissionais têm identificado necessidades e possibilidades de qualificação e novas formas de atuação (DUARTE, 2012). Neste estudo, quase a totalidade dos entrevistados de alguma forma se sentem satisfeitos com sua formação profissional.

Na opinião dos participantes do presente estudo, as características da equipe relacionam-se com o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e metas do programa. A rotatividade dos profissionais, seja por não encaixarem no perfil do programa seja por mecanismos de contratação temporários, impede em muitos casos a continuidade de ações, desestimulam a equipe e como consequência influencia diretamente na execução das metas, como afirmam quase dois terços dos gestores.

A aproximação do espaço das decisões políticas e administrativas com o espaço assistencial, reconhecendo a importância da participação de profissionais que atuam na assistência no processo decisório é crescente visto que, as decisões tomadas ao nível da gestão interferem diretamente na assistência. Os profissionais de saúde reconhecem que esta aproximação com a gestão faz com que eles não só participem das discussões, mas que, também se comprometam e responsabilizam pela execução das ações e seus resultados (DUARTE, 2012). Nos programas que compõem este estudo, dois terços informaram que a construção da PAM se dá coletivamente, ou seja, gestão e assistência colaborando para o estabelecimento e pactuação de metas a serem executadas.

Foram analisadas as impressões dos gestores acerca das ações desenvolvidas e associação entre as atividades desenvolvidas no programa e as variáveis: tempo de coordenação e tamanho da equipe. Contudo só houve associação com significância estatística em relação ao tempo atuando como Coordenador associado a Campanhas pontuais e para Divulgação da campanha na mídia e Tamanho da equipe.

Estudos têm demonstrado a importância do uso das informações em saúde para qualificar o sistema de saúde pelos profissionais, usuários ou gestores nos diversos níveis de gestão (MACIEL, 2012).

Um dos quadros iniciais a ser preenchido na Programação Anual de Metas é a “Análise de Situação e de Resposta”, onde se descreve os dados sócio-demográficos do município, o perfil epidemiológico das DST/HIV/AIDS e Hepatites virais para o município e micro ou macrorregião de referência e uma da capacidade de resposta do município frente à epidemia (BRASIL, 2012B). O conhecimento epidemiológico e o saber frente à coleta destes dados traz independência, propriedade e autonomia ao Gestor. Na amostra estudada, quase a totalidade dos gestores refere dominar de alguma forma esta ferramenta.

Em um estudo que avalia as relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde mostra que no cotidiano do PSF é comum encontrar principalmente problemas relacionados: às formas de contrato; infraestrutura material; à dinâmica da assistência; e às condições sociopolíticas, entre outras que influenciam no tamanho e no alcance dos resultados propostos da equipe (JUNQUEIRA, 2010). Estes dados corrobora o presente estudo onde um pouco mais que a metade dos gestores informa que o tamanho da equipe influencia na execução das metas,

Dentro dos quatro eixos temáticos que compõem a Programação Anual de Metas, o eixo de Promoção, Prevenção e Proteção foi escolhido neste artigo por ser o eixo onde se concentra as ações focadas na aquisição e distribuição de insumos estratégicos de prevenção, ações específicas para segmentos populacionais mais vulneráveis, qualificação da prevenção em serviços e os Planos Estratégicos direcionados ao enfrentamento da epidemia entre populações específicas, e onde rotineiramente se aloca em média, 35% do recurso financeiro destinado ao desenvolvimento das ações (BRASIL, 2012B).

Foram elencadas as principais ações encontradas neste eixo temático e solicitado aos gestores participantes que ordenassem por grau de importância. Campanhas pontuais, Distribuição de material informativo e educativo e Distribuição de insumos de prevenção ocupam os primeiros lugares alteradamente, sendo Campanhas pontuais a escolhida como a ação de maior

impacto para o enfrentamento da epidemia para um pouco mais da metade dos gestores.

Um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer traz que, nos últimos anos, o governo e parte da sociedade brasileira têm-se mobilizado intensificando o planejamento de ações de prevenção, controle e assistência aos pacientes. Ainda segundo o autor, a importância destas ações reside não apenas no desenvolvimento de estratégias de combate à doença, mas principalmente no seu caráter preventivo (RAMOS, 2007).

Na literatura, um estudo que buscava avaliar campanhas para a eliminação da sífilis mostrou que, o impacto em longo prazo não foi planejado, em função do não estabelecimento de metas progressivas e, portanto, verificou-se apenas o efeito imediato. Para uma completa avaliação se faz necessário planejamento estratégico, com ampliação da clientela a ser atingida, da implementação de ações de rotina e intervenções pautadas pelo monitoramento e avaliação constante (SARACENI, 2005) uma vez que é contraditório com os resultados encontrados.

Para as ações elencadas no presente estudo, foram relacionados os dados sócio-demográficos dos gestores participantes e, por exemplo, para os gestores que consideraram Campanhas pontuais importantes para o enfrentamento da epidemia, cinco eram do sexo masculino, um já trabalhou em outro programa de DST/AIDS e Hepatites virais; um pouco mais da metade já atuou em outra função dentro do programa.

Ao relacionar variáveis sócio-demográficas e ações elencadas pelos gestores verifica-se que a análise univariada não revela significância estatística entre as variáveis: sexo; atuação em outro programa DST/AIDS; tempo atuando em outra função; como se dá a construção da PAM; formação profissional; capacitação para atuar como gestor do programa; coleta de dados epidemiológicos em relação às variáveis: campanhas pontuais; distribuição de material informativo e educativo; distribuição de insumos de prevenção; divulgação do programa na mídia; divulgação de campanhas na mídia; outras.

Ainda no estudo onde se analisa o perfil dos gerentes da APS, observa-se que quase a totalidade são enfermeiros e do sexo feminino (OHIRA, 2014). Este dado corrobora com o encontrado neste estudo onde dois terços dos gestores participantes são do sexo feminino e a enfermagem é a categoria

profissional que tem maior representatividade. Outro estudo revela que a enfermagem é a categoria mais mobilizada na saúde para o gerenciamento por possuírem habilidades quanto a descentralização administrativa, comunicação informal e criatividade (FERNANDES, 2010 in OHIRA, 2014).

Em relação à atuação profissional, ainda no estudo sobre o perfil dos gestores da APS, quase a metade dos entrevistados atuavam há mais de cinco anos (OHIRA, 2014). Em nosso estudo, a média do tempo em que os gestores atuam como coordenador é semelhante, ficando em quatro anos e sete meses.

Sobre treinamentos específicos para o desempenho da função gerencial, em um estudo sobre o perfil dos gerentes de Atenção Primária em Saúde – APS, quase dois terços dos profissionais não fizeram nenhum curso, cerca de um quarto fizeram curso de gestão e um pouco mais de um terço já atuaram como gestores (OHIRA, 2014). Quanto à qualificação para a execução da política de incentivo, em 2006 o então Programa Nacional de DST/AIDS ofertou curso de atualização em planejamento em DST/AIDS, do qual apenas alguns coordenadores do Estado participaram (BRASIL, 2006). Entretanto este curso nunca mais aconteceu. Apesar disso, a maioria da amostra refere algum grau de satisfação, o que revela que, de alguma forma eles se sentem preparados para exercer o papel de gestor.

Novas capacitações sobre a elaboração da Programação Anual de Metas, tecnologias para o diagnóstico precoce, ações de promoção e prevenção foram ganhando espaço no cenário dos programas de DST/AIDS e Hepatites virais. Os gestores que já possuem tempo à frente do programa, apesar de não terem sido capacitados diretamente, têm suporte ofertado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES e pelo Departamento Nacional.

Sobre as diferentes percepções sobre um mesmo tema, um artigo sobre a percepção usuários, acompanhantes e profissionais sobre o modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas traz o relato de usuários com gratidão pela possibilidade de estar fazendo o tratamento de forma qualificada e gratuita sem a percepção da atenção à saúde como um direito e, mais ainda, a não percepção deles próprios como cidadãos. Já os profissionais demonstraram estar atentos à

necessidade de humanização da atenção, ainda que poucos conheçam os princípios que regem esse modelo de atenção (MORAES, 2008).

Um estudo comparando duas modalidades assistenciais Programa de Saúde da Família - PSF e Unidade de Saúde Básica - UBS, considerando as opiniões dos usuários, profissionais de saúde e gestores. A comparação entre os dois modelos mostrou que para os usuários no geral, o PSF é superior à UBS, enquanto para os profissionais e gestores não se revelaram diferenças relevantes entre as duas modalidades (ELIAS, 2006).

É importante ressaltar que tal resultado pode ter sido influenciado por diversidade grande de respostas demonstrando diferentes constituições de programas, seja pela diferença de composição seja quantidade de profissionais que compõe as equipes. Essa diversidade é também observada no estado de Minas Gerais, nos aspectos econômico-socio-culturais em seus 856 municípios.

Ao analisar os resultados obtidos na realização deste estudo foi possível observar que o mesmo se aproxima com dados encontrados na literatura.

Em relação ao planejamento e gestão, a literatura mostra que os traços característicos comuns nestes estudos são a diversificação das abordagens e o desdobramento relacionado às propostas tecnológicas gerando uma multiplicidade de relatos centrados nos gestores e trabalhadores de saúde (PAIM, 2006). Torna-se premente a construção de um diálogo entre os diferentes níveis de gestão para se construir de forma conjunta pactos de atuação, primando pela formação de profissionais e gestores capazes de responder de forma efetiva às demandas dos serviços. Portanto, considera-se que os resultados aqui apresentados são relevantes uma vez que permite a divulgação do relato dos gestores e trabalhadores da saúde e a possibilidade da reflexão acerca da promoção da saúde na dimensão da gestão em saúde.

As limitações observadas no presente artigo estão associadas ao fato de ser um estudo apenas transversal, já que as ações desenvolvidas são longitudinais e há momentos distintos de trabalho e envolvimento dos gestores no processo que não foram considerados. Além disso, foi avaliada apenas a impressão dos gestores acerca das ações, sem que elas tenham sido avaliadas ou associadas a tais relatos.

CONCLUSÃO

Os dados analisados no presente estudo apontam que a maioria dos gestores entrevistados considerou as ações desenvolvidas para no eixo da promoção, prevenção e proteção previstas na Programação Anual de Metas são efetivas para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS. Não foi observada diferença com significância estatística entre a idade média dos gestores que consideraram a ação “Campanhas pontuais” eficaz ou não para o enfrentamento da epidemia. O mesmo é observado entre o tempo médio de atuação na Coordenação do programa para a referida ação.

Alem disso, para a ação “Divulgação da Campanha na mídia” com as variáveis “tamanho da amostra” e “capacitação para atuar como gestor do programa”, ao se montar o modelo de regressão logística perdeu-se a significância. O mesmo é observado para a ação “campanhas pontuais” e a variável “quanto tempo atuou na equipe com outra função”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MALISKA, ICA; PADILHA, MICS; VIEIRA, M; BASTIANI, J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com HIV/AIDS. Rev. Gaúch. Enferm 2009; 30(1): 85-91.

MARQUES, MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos, 2002; 9(1): 25-59.

PARKER, R. Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.

VILLARINHO, MV; PADILHA, MI; BERARDINELLI, LMM; BORENSTEIN, MS; MEIRELLES, BHS; ANDRADE, SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Rev. Bras Enferm, Brasília 2013 mar- abr; 66(2): 271-7.

TEIXEIRA, C. et al. Planejamento em Saúde – Conceitos, métodos e experiências. EDUFBA, Salvador, 2010.

BRASIL, Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. Portaria 2313 de 19 de dezembro de 2002. Brasília, 2003. Disponível em <http://www2.aids.gov.br/incentivo>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. Portaria no. 966 de 19 de maio de 2014. Brasília, 2014. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/123826-966.html>>

_____, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais. Portaria no. 3276 de 26 de dezembro de 2013. Brasília, 2013. Disponível em <http://www2.aids.gov.br/incentivo/Portarias/Port3275_26122013_Institui_IDAHV_S.pdf>

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011), Brasília, 2012A.

_____, Ministério da Saúde. Política de Incentivo no Âmbito do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Orientações para elaboração da Programação Anual de Metas – PAM 2013. Brasília, agosto de 2012B.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Curso de Atualização em Planejamento em DST/AIDS. Brasília, julho, 2006.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.765, de 19 de março de 2014. Aprova critérios de distribuição do incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, no âmbito do Estado de Minas Gerais, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013 e dá outras providências. Belo Horizonte, 2014. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201765%20-%20Minuta%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%20Incentivo%20AIDS.pdf>>

_____, Secretaria de Estado de Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Belo Horizonte, 2012 A. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/426-programa-estadual-de-dst-aids-sesmg>>

_____, Secretaria de Estado de Saúde. Pagina destinada a campanha de 1º. de dezembro – Dia Mundial de Combate a AIDS. Belo Horizonte, 2012B. Disponível em <<http://www.piornaosaber.com.br/acoes-do-governo/>>.

_____, Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto – HIV/AIDS. Programa Saúde em Casa. Belo Horizonte, 2006. Disponível em

<http://saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf>.

PAIM, JS; TEIXEIRA, CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública 2006; 40N (N Esp): 73 – 8.

FERNANDES, HA; SILVA, PLF. Capacitação de gestores públicos: relato de experiência do MBA Gestão Escolar da UNIVIMA/IBMEC. Rio de Janeiro, maio, 2012. Disponível em <
<http://www.abed.org.br/congresso2012/anais/184c.pdf>> acessado em 21 de setembro de 2014.

MACIEL, FJ. Relações comunicativas na gestão em saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, UFMG, Belo Horizonte, MG. 2012.

RAMOS, C. et al. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. Ciência & Saúde coletiva, 12(5): 1387-1396; 2007.

SARACENI, V. et al. Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico-lógico. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 5 (supl. 1): 533-541, dez 2005.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1): 121-133, 2008.

ELIAS, PE et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3): 633 - 641, 2006.

DUARTE, ED; DITZ, ES; MADEIRA, LM; BRAGA, PP; LOPES, TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2012 jan/mar; 14 (1):86-94. Available from:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a10.htm>. Acesso em 29/9/14.

OHIRA, RHF; JUNIOR, LC; NUNES, EFPAN. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19 (2): 393 - 400, 2014.

MACHADO, CV; LIMA, LD; BAPTISTA, TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM R; GABROIS, V; MENDES, W;

organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD, ENSP; 2011. p. 47-72.

FERNANDES, MC; BARROS, AS; SILVA, LMA, NÓBREGA, MFB; SILVA, MRF, TORRES, RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63 (1): 11-15.

JUNQUEIRA, TS; COTTA, RMM; GOMES, RC; SILVEIRA, SFR; BATISTA, RS; PINHEIRO, TMM; SAMPAIO, RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (5): 918- 928, mai, 2010. Disponível em www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/14.pdf acesso em 29 de setembro.

X COMENTÁRIOS FINAIS

A prevenção do HIV/AIDS e a melhoria da assistência e qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença no Brasil dependem diretamente do financiamento público seja ele de origem nacional e/ou internacional. Ações de promoção e prevenção e a política nacional para a quebra de patentes dos medicamentos e o seu fornecimento gratuito são experiências exitosas apresentadas e reproduzidas internacionalmente.

As produções científicas utilizadas para a composição do artigo de revisão de literatura revelaram como principais eixos temáticos as formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. Vale ressaltar, ainda a política brasileira para o enfrentamento da epidemia com destaque para a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes para viabilizar a produção nacional. Verificou-se, ainda que a maioria dos estudos observacionais analisados atenderam apenas parcialmente os critérios descritos na iniciativa STROBE.

Em relação à pesquisa de campo, vale considerar que dos 37 gestores entrevistados quase a totalidade comiserou a ação “Realização de atividades extramuros (CTA Itinerante, palestras, oficinas etc.)” como eficaz com impacto positivo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Estado. Vale destacar também que apesar de ter sido elaborado um modelo de regressão logística, ele perdeu a significância ($p \leq 0,133$) o que levou a concluir que não há modelo multivariado para explicar a variável desfecho escolhida neste estudo.

Em relação ao projeto inicial, vale destacar que a análise do banco de dados secundários será realizada posteriormente para a produção de um novo artigo uma vez que não há tempo hábil para a produção de mais um estudo durante o período de vigência deste mestrado. Quanto às entrevistas *in loco*, estas foram suspensas devido a inviabilidade de execução, tanto pelo fato a aluna ter se desligado profissionalmente da Coordenação Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais da SES/MG passando atuar em um novo contexto profissional diferente de todo o contexto até então ligado à atividade

profissional quanto ao fato de, na nova atividade exercida ser inviável realização das viagens.

A realização deste trabalho foi importante para o conhecimento acerca da efetivação das políticas públicas na temática da HIV/AIDS tanto no âmbito estadual quanto municipal.

A revisão bibliográfica trouxe os principais eixos discutidos na literatura mundial e nacional e mostrou a carência de estudos no âmbito da gestão de políticas públicas para o HIV/AIDS. A pesquisa de campo buscou trazer, pela primeira vez no Estado a percepção dos gestores quanto à execução da política de incentivo para o desenvolvimento de ações nesta temática.

Quanto à divulgação do material produzido, cópias dos artigos após publicação serão encaminhadas para a gestão estadual para contribuição na condução da macropolítica estadual nesta temática e para divulgação aos gestores municipais.

Fazer o mestrado permitiu a candidata crescimento e amadurecimento profissional quanto ao desenvolvimento de habilidades técnicas adquiridas nas disciplinas de formação assim como o desenvolvimento de um novo olhar quanto às proposições e ações dentro desta temática que resultou na redefinição em março deste ano de novo direcionamento de ações e financiamento para o Estado nesta temática e isso só foi possível a partir desta nova percepção.

ANEXOS

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores dos Programas Municipais e Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais - Questionário

O (A) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa **Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais**, tema da dissertação do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo deste estudo é investigar a operacionalização e efetividade da Programação Anual de Metas segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

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 quaisquer prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a Secretaria de Estado de Saúde SES/MG. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário sobre as ações, característica, avanços e dificuldades dos Programas Estadual e Municipais em DST/AIDS e Hepatites virais, elaborado pela pesquisadora Lilian Nobre de Moura e enviada para você por meio de email. Visando garantir sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo e nas eventuais publicações.

Os sujeitos da pesquisa não terão benefícios diretos. Contudo pode haver um benefício para a gestão, municipal e estadual, pois os dados após análise serão disponibilizados aos gestores para análise. Além disso, o presente estudo será importante, pois a programação anual de Metas tem por objetivo o estudo e análise permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, bem como o monitoramento, avaliação e apoio específicos aos municípios que recebem o Incentivo.

O (A) senhor (a) 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.

Lilian Nobre de Moura
pesquisadora

Stela Maris Aguiar Lemos
pesquisadora

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

Sujeito da pesquisa

Pesquisadoras:

Stela Maris Aguiar Lemos - fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9791.

Lilian Nobre de Moura - fonoaudióloga, estudante do mestrado profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 39160351.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores dos Programas Municipais e Estadual de DST/AIDS e Hepatites virais

Entrevista

O (A) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa **Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais**, tema da dissertação do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo deste estudo é investigar a operacionalização e execução da Programação Anual de Metas segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

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 quaisquer prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a Secretaria de Estado de Saúde SES/MG. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas sobre as ações, características locais da epidemia, avanços e dificuldades do Programa Estadual e Municipais em DST/AIDS e Hepatites virais. A entrevista que será feita pela pesquisadora Lilian Nobre de Moura e gravada em áudio no formato MP3. Visando garantir sigilo das pessoas entrevistadas, não constarão dados que permitam a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo e nas eventuais publicações.

Você não terá benefícios diretos. Contudo pode haver um benefício para a gestão, municipal e estadual, pois os dados após análise serão disponibilizados aos gestores para análise. Além disso, o presente estudo será importante, pois a programação anual de Metas tem por objetivo o estudo e análise permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, bem como o monitoramento, avaliação e apoio específicos aos municípios que recebem o Incentivo.

O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lilian Nobre de Moura
pesquisadora

Stela Maris Aguiar Lemos
pesquisadora

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

Sujeito da pesquisa

Pesquisadoras:

Stela Maris Aguiar Lemos - fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9791

Lilian Nobre de Moura - fonoaudióloga, estudante do mestrado profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 39160351.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592

Anexo III

Roteiro Preliminar do Questionário para os Coordenadores Estadual e Municipais dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais

Município _____ Número de Identificação _____

Idade _____ Sexo _____ Naturalidade _____ Estado civil _____

Graduação _____ Pós-graduação _____

1) Há quanto tempo você atua como coordenador?

() Desde o início do Programa Municipal/Estadual () No período de _____ até _____

2) Já trabalhou em outro Programa de DST/AIDS/ Hepatites Virais? (sim) (não)

Caso sim, quanto tempo? _____ Onde? _____

3) Já atuou dentro da equipe com outra função? (sim) (não)

Caso sim, quanto tempo? _____ Qual função? _____

4) acredita que a experiência tenha contribuído na construção da Programação Anual de Metas?

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

5) Como se dá a construção da Programação Anual de Metas em seu município/Estado?

(coletivamente) (Coordenador e gestor local) (Coordenador apenas) (gestor local apenas)

Caso a construção seja feita por mais de uma pessoa, quem são elas e qual papel desempenham dentro do Programa

6) O que mais contribuiu para o cumprimento das metas?(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

() Conhecimento da Política de incentivo

() Boa interlocução com outras áreas envolvidas

() outro _____

7) E o que mais contribuiu para a não execução? (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 _____

8) Você está satisfeito com sua formação profissional?

(Satisfeito) (Parcialmente satisfeito) (Insatisfeito)

9) E com a capacitação para esse trabalho?

(Satisfeito) (Parcialmente satisfeito) (Insatisfeito)

Caso não, o que faltaria? _____

10) Quantas pessoas compõem a equipe? _____

11) Você acha que o tamanho da equipe influi no cumprimento das metas do Programação Anual de Metas?

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

Caso sim, qual o número ideal de integrantes de uma Equipe de Programa Municipal/Estadual DST/AIDS e Hepatites virais? _____

12) Qual a formação profissional dos integrantes da equipe?

13) Você acha que uma rotatividade de profissionais pode afetar o cumprimento das metas do Programa Anual de Metas?

() Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não
Caso sim, por quê?

14) Você sabe coletar dados epidemiológicos?

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

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

16) Ao planejar a Programação Anual de Metas quais informações foram levadas em conta para retratar a realidade local? _____

17) Qual dos eixos da Programação Anual de Metas você considera mais importante? (Enumerar e colocar em ordem decrescente de importância)

(Promoção, prevenção e proteção) (assistência, diagnóstico e tratamento) (gestão e desenvolvimento humano institucional) (parceria com OSC)

18) Qual deles tem o maior número de ações previstas em geral?

19) Para o eixo Promoção, prevenção e proteção, quais ações considera eficazes ou que tem impacto positivo na redução frente ao controle da epidemia (pode escolher mais de uma)

() Campanhas pontuais

() Distribuição de material informativo e educativo

() Realização de atividades extramuros (CTA itinerante, palestras, oficinas, etc.)

() Distribuição de insumos de prevenção

() Divulgação do programa na mídia

() Divulgação das campanhas em mídia

(

) Outras _____

20) Qual das ações acima considera mais eficaz?

21) qual é a mais difícil de executar?

Por

quê? _____

ANEXO IV

Parecer Consubstanciado Projeto de Pesquisa - DEPFON



Fonoaudiologia

Faculdade de Medicina - UFMG

PARECER CONSUBSTANCIADO PROJETO DE PESQUISA

Projeto: "Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais."

Pesquisadoras Responsáveis: Profª Stela Maris Aguiar Lemos, Lilian Nobre de Moura

Início da pesquisa: nada consta

Termino da pesquisa:

1. Histórico

O projeto intitulado: "Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais." foi entregue a mim em assembléia do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina para análise e elaboração de parecer substanciado.

2. Projeto

Trata-se de um projeto de pesquisa que será desenvolvido pela pesquisadora Stela Maris Aguiar Lemos, professora do Departamento de Fonoaudiologia e pela aluna de mestrado Lilian Nobre de Moura

Objetivos:

Investigar e discutir a operacionalização e execução da Programação Anual de Metas no período de 2011-2012 segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

Metodologia:

Estudo transversal analítico com abordagem metodológica quali-quantitativa com amostra não probabilística por tipicidade. Será feito um levantamento de dados secundários, formulário auto-aplicável e entrevistas semi-estruturadas com gestores da rede estadual de saúde.

Análise dos Dados:

Para análise dos dados quantitativos, será realizada análise descritiva da distribuição de frequência de todas as variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Será realizada ainda, análise para verificar associação entre as variáveis de exposição em estudo e os eventos, utilizando os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher. O processamento destes dados será realizado a partir do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0.

As entrevistas serão gravadas em formato MP3 e os dados qualitativos serão transcritos e submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2004), com criação de categorias temáticas reveladas por meio da síntese entre os achados empíricos e os referenciais teóricos utilizados.

Riscos e Benefícios:

O risco será mínimo para os participantes, uma vez que os sujeitos da pesquisa serão submetidos apenas a aplicações de questionários semiestruturados e entrevista. Os benefícios estão relacionados ao planejamento de ações estratégicas e a implementação de novas metas da gestão em saúde relacionadas às DST.

Termo de consentimento livre e esclarecido:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta linguagem simples e adequada permitindo boa compreensão dos procedimentos e objetivos da pesquisa, assim como o entendimento sobre a possibilidade de desistência da participação na pesquisa sem que haja perda de benefício ou discriminação. A participação está condicionada à concordância dos participantes em participarem da pesquisa e assinatura do TCLE.


Documentos apresentados:

Foi anexado ao projeto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

3. Mérito

O projeto é relevante, exequível, está bem delineado e justificado. Seus resultados poderão contribuir para a gestão dos coordenadores de saúde municipais e estaduais.

4. Voto: Sou favorável à aprovação do projeto.


Luciana Macedo de Resende
PROFESSORA ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLÓGIA
FACULDADE DE MEDICINA/UFMG


Prof.ª Patrícia Cotta Mancini
Subchefe do Departamento
de Fonoaudiologia
Matricula: 165247

Aprovado em Reunião da Assembléia do dia 06/12/2012

ANEXO V

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais.

Pesquisador: Stela Maris Aguiar Lemos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14900713.9.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 274.659

Data da Relatoria: 17/05/2013

Apresentação do Projeto:

Parte-se da hipótese que há relação entre a percepção dos gestores, as ações propostas e as estratégias utilizadas para o alcance da meta proposta. Há relação entre as ações de promoção, prevenção e proteção e a notificação de casos de AIDS. Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem metodológica quali-quantitativa, com amostra não probabilística por tipicidade. Os sujeitos de pesquisa serão os Coordenadores dos Programas de DST/AIDS e Hepatites virais de 54 municípios de Minas Gerais e o Estadual. Será enviado em um primeiro momento um questionário auto-aplicável, que encontra-se anexado ao projeto, que deverá ser enviado e retornado por correio. Após análise deste parte-se para um segundo momento, quando serão entrevistados. Espera-se um retorno de 60% dos questionários enviados. A metodologia e a análise encontram-se descritos. Como desfecho espera-se verificar se as metas propostas na área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção estão sendo executadas da forma proposta, ou seja, as ações propostas quando da elaboração da Programação anual de metas estão sendo efetivamente colocadas em práticas ou estão sendo substituídas ao longo do ano. Se a não execução da meta está diretamente relacionada a não execução de alguma ação específica: verificar a correspondência entre o perfil epidemiológico apresentado e as ações propostas.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 274.659

Objetivo da Pesquisa:

Investigar e discutir a operacionalização e execução da Programação Anual de Metas no período de 2011-2012 segundo a área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção da Política de Incentivo para o desenvolvimento de ações em HIV/AIDS e outras DST no estado de Minas Gerais.

Objetivo Secundário: 1) Descrever e analisar as ações relacionadas na área de atuação de Promoção, Prevenção e Proteção para o alcance das metas propostas na Programação Anual de Metas i PAM dos anos de 2011 e 2012 do Estado e dos 54 municípios que recebem o recurso da Política de Incentivo; 2) Caracterizar as estratégias utilizadas para a execução das ações relacionadas na área de atuação de ~~Promoção, Prevenção e Proteção para o alcance das metas propostas na Programação Anual de Metas -~~ PAM dos anos de 2011 e 2012 do Estado e dos 54 municípios que recebem o recurso da Política de Incentivo; 3) Descrever a percepção dos gestores, estadual e municipal quanto à exequibilidade das ações e das estratégias utilizadas para o alcance das metas propostas; 4) verificar a associação entre a percepção dos gestores, as ações propostas e as estratégias utilizadas para o alcance da meta proposta. 5) Verificar a associação entre as ações de promoção, prevenção e proteção e a notificação de casos de AIDS no mesmo período.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera riscos mínimos relacionados a possíveis constrangimento dos participantes frente a entrevista e apresenta formas de minimiza-los. Os benefícios não serão diretos, mas espera-se oferecer subsídios para a gestão referentes à programação anual de Metas referentes à permanente epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, bem como o monitoramento, avaliação e apoio específicos aos municípios que recebem o Incentivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é viável e encontra-se coerência entre objeto de estudo e metodologia

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta FR devidamente assinada; parecer aprovado em Assembleia Departamental da Fonoaudiologia - FM - UFMG em 06/12/2012; anuência assinada pela Coordenação Estadual de HIV/AIDS e pela Superintendência de Redes de Atenção à Saúde; apresenta 02 TCLEs, um para etapa questionário outro para entrevista, com informações necessárias, mas não menciona riscos e nem gastos ou remunerações.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 274.659

Recomendações:

Foi devidamente acrescentada no TCLE as informações sobre riscos, gastos e remuneração aos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "Promoção, Prevenção e Proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais." da pesquisadora Stela Maris Aguiar Lemos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 17 de Maio de 2013



Assinador por:

Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@proq.ufmg.br

ANEXO VI

Parecer COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

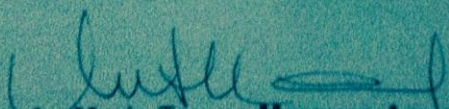
Projeto: CAAE – 14900713.9.0000.5149

Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos
Departamento de Fonoaudiologia
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO



O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de maio de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Promoção, prevenção e proteção em saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no estado de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO VII

Folha de Aprovação

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
---	--	---

FOLHA DE APROVAÇÃO

**PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DAS
AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS GERAIS
NOS ANOS DE 2011 E 2012**

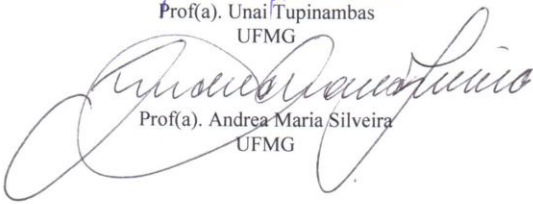
LILIAN NOBRE DE MOURA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA

Aprovada em 12 de novembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador
UFMG

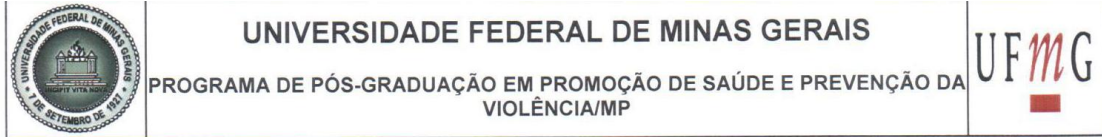

Prof(a). Unai Tupinambas
UFMG


Prof(a). Andrea Maria Silveira
UFMG

Belo Horizonte, 12 de novembro de 2014.

Anexo VIII

Ata de Defesa da Dissertação



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA **LILIAN NOBRE DE MOURA - 2012737590**

Realizou-se, no dia 12 de novembro de 2014, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS GERAIS NOS ANOS DE 2011 E 2012*, apresentada por LILIAN NOBRE DE MOURA, número de registro 2012737590, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador (UFMG), Prof(a). Unai Tupinambas (UFMG), Prof(a). Andrea Maria Silveira (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 12 de novembro de 2014.


Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos (Doutora)


Prof(a). Unai Tupinambas (Doutor)


Prof(a). Andrea Maria Silveira (Doutora)