

Marcela Maria de Sousa Pianção

**A Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Divisão de
Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde
Pública – SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do
Pará - um estudo de caso**

Orientador: Professor Doutor António Augusto Costa

Co-orientador: Professor Doutor Ricardo Figueiredo Pinto

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2013

Marcela Maria de Sousa Pianção

**A Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Divisão de
Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde
Pública – SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do
Pará - um estudo de caso**

Dissertação apresentada a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, como requisito para obtenção de grau em Mestrado em Gestão Empresarial.

Orientador: Professor Doutor António Augusto Costa.
Co-orientador: Professor Doutor Ricardo Figueiredo Pinto.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2013

Nossa Senhora me dê à mão. Cuida do meu coração. Da minha vida, do meu destino. Do meu caminho. Cuida de mim.

Roberto Carlos

*Dedico ao meu pai, Sebastião Marçal Pianchão (in memoriam)
que por muitas vezes, somente através do seu silêncio e olhar me
diziam e ensinavam tanta coisa... Muitas saudades.*

Aos meus filhos Luiz Marcelo e Manuella.

Agradecimentos

Ao meu Deus e minha Nossa Senhora de Nazaré pela presença constante e força durante todas as dificuldades encontradas na construção deste trabalho.

À saudosa memória de meu pai Sebastião Marçal Pianchão que com seu exemplo, me ensinou o amor pelos livros.

Aos meus filhos Luiz Marcelo e Manuella, pelo companheirismo de todas as horas, carinho, apoio incondicional e incentivo. Nada comparável. Sem vocês eu não conseguiria. Amo muito vocês.

A minha mãe Maria que sempre estimulou meu crescimento profissional e pessoal.

À minha amiga Luciana pela amizade, carinho, ajuda, disponibilidade e incentivos dispensados em todos os momentos.

À Jane Tuñas pela amizade e apoio durante esse período de estudos.

Ao meu orientador professor Dr. Ricardo Figueiredo Pinto pelos seus ensinamentos, incentivo, confiança e apoio permanente tornando possível esse mestrado.

Ao professor Dr. Antônio Augusto Costa que sempre me acompanhou dando estímulo e suporte constante a este estudo.

Ao meu amigo-irmão professor Paulo Pacheco pela força e amizade para a realização desta minha caminhada.

Ao meu amigo e professor Aldecy Moraes, por quem tenho muita admiração e respeito, meu agradecimento especial por sua paciência, disponibilidade, críticas e troca de ideias fundamentais a este trabalho.

Ao professor Mario Pinheiro pela sua amizade e ajuda constante.

À professora Ana Claudia Hage, Diretora Acadêmica da Escola Superior Madre Celeste - ESMAC, por ter me concedido a dispensa das minhas atividades para realização da defesa desta dissertação.

Às professoras Ângela, Augusta e Cândida que fizeram leituras, correções e comentários aos rascunhos deste trabalho.

À Mariana Araújo, pela sua preciosa ajuda na normalização desta dissertação.

À Rosiana Nobre, Diretora da Divisão de Vigilância em Saúde/SESPA, por me possibilitar o acesso às informações e documentos relacionados a este estudo.

À Moab Borges do GT/Orçamento/SESPA que permitiu meu acesso as informações sob sua responsabilidade.

À Jô, Daniel, Julia, por me ajudarem no fornecimento de dados sobre o GT/Orçamento/SESPA.

À Tânia do Fundo Estadual de Saúde – FES pelas informações disponibilizadas essenciais a este estudo.

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo compreender como se promove a Gestão da Divisão de Vigilância Sanitária pela Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará. A pesquisa contemplou o processo de Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará, destacando os resultados dessa gestão nos casos notificados. Tratou-se de um estudo descritivo, cujos dados foram coletados a partir de levantamento bibliográfico e documental com aplicação de questionário na Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria do Estado de Saúde Pública/SESPA. O referencial teórico enfocou aspectos da contextualização da Gestão Pública e Privada, assim como fez referencia a Gestão de Políticas Públicas em Saúde em Portugal e no Brasil. Os resultados mostraram que a Gestão da Divisão de Vigilância Sanitária /SESPA consiste em uma Gestão Pública que realiza suas atividades sobre uma estrutura burocrata e centralizada impedindo que a mesma supra adequadamente, enquanto organização, às demandas do Estado do Pará e aos desafios impostos pelo HIV/AIDS, que se reafirma como assunto de saúde pública. Como conclusão, o estudo evidenciou que Gestão da Divisão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA no combate do HIV/AIDS não promoveu adequadamente suas ações, apresentando resultados satisfatórios, pois necessita de melhores políticas públicas que propiciem ações para o cumprimento de suas metas, fortalecendo a capacidade de organização e de articulação, como a redução efetiva das vulnerabilidades sociais e políticas que agenciam a expansão da epidemia, crescentemente associada às desigualdades sociais que vigoram no Estado do Pará.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Gestão de Políticas Públicas; Divisão da Vigilância em Saúde; SESPA; Estado do Pará.

Abstract

This thesis aimed to understand how to promote the management of the Division of Health Surveillance by the State Department of Public Health / SESPA in combating HIV / AIDS in the State of Pará. The research process included the Public Policy Management in Health division of Public Health of the State Department of Public Health - SESPA in combating HIV / AIDS in the State of Pará, highlighting the results of the management of reported cases. This was a descriptive study, data were collected from literature and documentary with a questionnaire in the Division of Health Surveillance Secretariat of State for Public Health / SESPA. The theoretical aspects of focused contextualization of Public Management and Private as well as made reference to Public Policy Management in Health in Portugal and Brazil. The results showed that the management of the Division of Health Surveillance / SESPA consists of a Public Management that conducts its business on a structure and centralized bureaucrat preventing the same above properly, as an organization, the demands of the state of Pará and the challenges posed by HIV / AIDS, which is reaffirmed as a public health issue. In conclusion, the study showed that management of the Division of Health Surveillance of the State Department of Public Health / SESPA in combating HIV / AIDS is not adequately promoted their actions, satisfactory results, it requires better public policies that provide actions for meet their goals, strengthening the capacity of organization and articulation, as the effective reduction of vulnerabilities and social policies that promote the expansion of the epidemic, increasingly associated with the social inequities present in the State of Pará.

Keywords : HIV / AIDS, Public Policy Management, Division of Health Surveillance ; SESPA, State of Para

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAMS	Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais
CDC	Centers Disease Control
CEE	Comunidade Econômica Européia
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNAIDS	Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEPI	Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil
DN	Departamento Nacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FES	Fundo Estadual de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
GM	Gabinete do Ministro
GRID	Deficiência Imunológica Relacionada aos Gays.
GSEMA	Gabinete da Secretária de Estado da Modernização Administrativa
GT	Grupo De Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social –
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde

NGP	Nova Gestão Pública
NISPLAN	Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG's	Organizações Não Governamentais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAM	Programa de Ações e Metas
PES	Plano Estadual de Saúde
PN	Programa Nacional
PNACE	Plano Nacional de Ações para o Crescimento e o Emprego
PNS	Política Nacional de Saúde
SAE	Serviços de Assistência Ambulatorial e Especializada
SECOM	Secretaria de Estado de Meio Ambiente
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais
SIDA	Síndrome d'Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIMPLEX	Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Fármacos Utilizados na Transmissão Vertical
TV	Transmissão Vertical
USA	Estados Unidos

Lista de ilustrações

GRÁFICO 01- Série histórica de casos da infecção pelo HIV/AIDS no Estado do Pará, no período de 1999 a 2011.....	57
GRÁFICO 02- Casos de AIDS conforme o sexo, no período de 1985 a 2011.....	59
GRÁFICO 03- Casos de AIDS conforme faixa etária e sexo – 2011.....	60
GRÁFICO 04- Incidência de AIDS em crianças menores de 5 anos, no período de 2000 a 2011.....	61
GRÁFICO 05- Detecção X Mortalidade – AIDS no período de 2006 a 2012.....	62
QUADRO 01- Municípios do Estado do Pará com Menores Registros de AIDS -2006 a 2012.....	58
QUADRO 02- Investigação de AIDS Adulto – Frequência por Ano da Notificação segundo Sexo (2008 a 2012).....	61
QUADRO 03- Mortalidade por AIDS no Estado do Pará por Ano e Faixa etária (2006 a 2012).....	64
QUADRO 04- Casos de HIV notificados pelo Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS – SICTA - 2011 a 2012.....	66
QUADRO 05- Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2010.....	71
QUADRO 06- Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2011.....	72
QUADRO 07- Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2012.....	73
QUADRO 08- Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2013.....	74
QUADRO 09-Evolução dos valores financeiros Repasses Fundo na Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – 2010 a 2013.....	75
QUADRO 10- Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2010.....	76
QUADRO 11- Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2011.....	77

QUADRO12- Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2012.....	78
QUADRO 13- Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2013.....	79
QUADRO 14- Evolução do Valor Financeiro Total Repassado Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará X Valores da Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – 2010 a 2013.....	80
FIGURA 01- Regiões de saúde do Estado do Pará.....	67
FIGURA 02- Quantidade de municípios no Estado do Pará com Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA implantados.....	68
FIGURA 03- Serviço de Assistência Especializada - SAE em HIV/AIDS implantados no Estado do Pará.....	69
FIGURA 04- Maternidades do Projeto Nascer no Estado do Pará.....	70

Índice geral

INTRODUÇÃO.....	13
CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES EMPRESARIAIS E PÚBLICAS.....	15
2.1 CONCEITOS DA GESTÃO EMPRESARIAL.....	15
2.2 CONCEITOS DA GESTÃO PÚBLICA.....	17
2.3 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA.....	17
2.3.1 Patrimonialismo.....	18
2.3.2 Burocrática.....	18
2.3.3 Gerencial.....	18
2.3.4 Gestão Democrática (Societal)	19
CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	20
3.1. EM PORTUGAL.....	20
3.2 NO BRASIL	23
3.3 ÉTICA E MORAL NA GESTÃO PÚBLICA.....	24
A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	27
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	27
4.1.1 Da Administração Pública à Gestão de Políticas Públicas	29
4.2 A SAÚDE E A EVOLUÇÃO DO HOMEM DESDE A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL	30
4.3 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL.....	32
4.4 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	33
CONSIDERAÇÕES SOBRE O HIV/AIDS.....	37
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	41
6.2 COLETA DE DADOS.....	42
6.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	44
6.3.1 História da Saúde Pública no Estado do Pará.....	45
6.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE.....	91
APENDICE A- QUESTIONÁRIO – Avaliação de Desempenho de Gestão.....	92

Introdução

As transformações econômicas e sociais no mundo atual contribuíram para que a gestão pública contemporânea com seus novos desafios possa vislumbrar as transformações que a denominada “sociedade do conhecimento” ou “economia da informação” ou “sociedade da informação” vem provocando na sociedade mundial.

O processo de globalização, através das redes digitais, numa velocidade cada vez mais acelerada provoca e exige profundas mudanças nos Estados-Nação, nos governos, nas Gestões Públicas, na sociedade, nos âmbitos local, regional, nacional e global, que vão além das esferas econômica, social e ambiental.

Os novos paradigmas que surgiram são os responsáveis pelas turbulências e as condições para os grandes avanços da humanidade, revelando a dimensão e o alcance provocados pelas transformações tecnológicas, organizacionais, geopolíticas, informacionais, comerciais, econômico-financeiras e suas inter-relações com os âmbitos institucionais, culturais, sociais e ambientais no planeta.

De acordo com Santos (2007), o processo administrativo na Gestão Pública forma-se por diversas razões e interesses, pois é dirigida para atender as necessidades da população. Permitindo aos seus dirigentes desenvolver, projetos, realizando atividades e controlando o seu ambiente, por meio da coordenação de esforços.

Essas mudanças geram um período de transição e incertezas, além de novas oportunidades em todos os sentidos, em particular, nos âmbitos dos governos e das Gestões públicas dos Estados nacionais. Portanto, a inclusão, a redução de desigualdade e a promoção do desenvolvimento socioeconômico, é uns dos maiores desafios da grande parte dos governantes de todo o planeta.

Para Paula (2010), a prática e o ensino da Administração Pública seguem os mesmos parâmetros utilizados para a formação de gestores de empresas, pois a capacitação promovida no âmbito dos movimentos sociais e das ONG's, se enfatiza uma qualificação técnica e também política.

Diante desse panorama, o mundo tem sido afetado nos últimos anos por suas grandes tendências transformadoras, solidificação dos mecanismos de mercado, no âmbito econômico e político, além da consolidação da democracia, no âmbito político. Portanto, podemos

afirmar que o mercado e a democracia são as bases sobre as quais estão se estruturando as novas sociedades.

Porém, no contexto das transformações da história do capitalismo, as funções do Estado devem ser orientadas preferencialmente para garantir os direitos individuais dos cidadãos e da sociedade em que fazem parte.

Segundo Silvestre, Araújo (2013, p. 32):

A importância que a gestão pública assumiu no contexto da Administração Pública e a necessidade de proporcionar aos gestores públicos maior autonomia e flexibilidade levaram à transferência de actividades controladas directamente pelo Governo (...).

Frente às reflexões iniciais, este estudo se propõe a entender as ações realizadas pela Vigilância em Saúde (SESPA) no combate a AIDS no Estado do Pará, levantando o seguinte problema: Como se promove a Gestão da Divisão de Vigilância em Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará?

O objetivo geral desse estudo foi analisar o processo de Gestão da Secretária de Estado de Saúde Pública (SESPA) na Divisão de Vigilância em Saúde no enfrentamento do HIV/AIDS no cenário do Estado do Pará e, destacar os resultados dessa gestão.

Os objetivos específicos propostos foram: demonstrar de que forma está estruturada a Gestão da Vigilância em Saúde/SESPA; examinar como ocorre o planejamento das ações realizadas para o combate do HIV/AIDS; verificar a eficiência e a eficácia de sua Gestão através de seus resultados.

Esta dissertação foi dividida em seis capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo se tratou sobre as considerações da gestão em organizações empresariais e públicas, que contempla também, os aspectos conceituais da gestão empresarial e pública, além dos modelos de gestão pública. O segundo capítulo se abordou os aspectos contextuais da gestão pública em Portugal e no Brasil e explana a ética e moral na gestão pública. O terceiro capítulo versa sobre a gestão de políticas públicas em saúde, ou seja, as políticas públicas; da administração pública à gestão de políticas públicas; a saúde e a evolução do homem desde a revolução industrial; a evolução da gestão da saúde pública em Portugal e por fim a evolução da gestão da saúde pública no Brasil.

O quarto capítulo se abordou as considerações sobre o HIV/AIDS. O quinto capítulo diz respeito aos procedimentos metodológicos do trabalho, onde se expressam o tipo de pesquisa; os instrumentos de coleta de dados; a caracterização da área de estudo, a história da saúde pública no estado do Pará e a análise dos dados. O sexto capítulo se tratou da apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES EMPRESARIAIS E PÚBLICAS

2.1 CONCEITOS DA GESTÃO EMPRESARIAL

Somente na segunda fase da era industrial, surge o que se conhece como modelo de gestão. Conforme Agrasso Neto e Abreu (2000, p. 163), “(...) foi somente em 1903 que surgiu o primeiro estudo científico dos métodos de gestão, apresentado sob a forma de uma teoria.” Desde então, em função de mudanças ambientais, estes modelos têm evoluído.

Conforme definição de Pereira (1995), o modelo de gestão é constituído por um conjunto de conceitos que, orientados por uma filosofia central, que permitem que uma organização operacionalize todas as suas atividades, interna e externamente. A expressão “modelo de gestão” não tem um sentido rigoroso e pode ser substituído, de acordo com o sentido, por “abordagem” ou “estilo” de “gestão ou de administração”, além de escolas ou teorias de administração.

A gestão empresarial pode ser conceituada, conforme Abreu e Abreu (2003), como os processos de operação funcional, quotidiana de uma organização, com otimização das atividades e procedimentos operacionais e gerenciais, planejamento de investimentos atuais e futuros, análise dos retornos e flexibilização de perenidade e crescimento da mesma.

Por isso, é fundamental que a infraestrutura e os recursos humanos das organizações possuam todas as informações necessárias para a gestão de suas unidades administrativas.

Segundo Maximiano (2007) os objetivos e conceitos são primordiais na execução de uma boa administração, ou seja, a administração é um processo dinâmico, que consiste em tomar decisões sobre o uso de recursos, para realizar objetivos.

Para o autor “(...) o processo de administrar compreende cinco processos principais interligados: planejamento, organização, liderança, execução e controle”. Maximiano (2007, p.8):

Planejamento: Vinculado ao futuro da organização, são as decisões tomadas que de alguma forma influenciará no futuro da empresa.

Organização: O ato de organizar consiste em estabelecer uma coordenação na divisão dos recursos, o efeito desse procedimento é a estrutura organizacional.

Liderança: É o método utilizado para trabalhar com pessoas, visando a realização dos objetivos da organização.

Execução: Consiste em desempenhar funções planejadas, por meio de energia física ou intelectual.

Controle: Consiste na comparação das atividades planejadas e realizadas, visando sempre os objetivos estipulados.

O autor deixa claro que essas características são fundamentais para que os gestores possam atingir a eficiência e a eficácia.

Por sua vez, o aspecto conceitual de eficiência definido por Chiavenato (2004, p.17) “(...) significa fazer bem e corretamente as coisas. O trabalho eficiente é um trabalho bem executado.”

Maximiano (2007) afirma que eficiência é a expressão utilizada para sugerir que a organização emprega a produtividade ou seus recursos, ou seja, “(...) a mesma é alcançada quando o administrador manuseia de forma adequada os insumos que necessita para obtenção de resultados” (CURY, 2006, p.21).

Já a eficácia “significa atingir objetivos e resultados. Um trabalho eficaz é um trabalho que resulta proveitoso e bem-sucedido.” (CHIAVENATO, 2004, p.17). No entanto Oliveira (2008) cogita que eficácia é o resultado controlado do rendimento da empresa, ou seja é a contribuição desses resultados para estabelecimento do alcance dos objetivos das organizações em seus métodos de planejamentos.

2.2 CONCEITOS DA GESTÃO PÚBLICA

Segundo Santos (2009), Governo, administração pública e gestão são denominações que andam juntos e, por várias vezes, são confundidos, embora tenham conceitos diferentes nos diversos aspectos que se apresentam.

Governo é a direção soberana das negociações públicas, constituído de poderes e órgãos, que determinam a gestão na condução dos negócios públicos.

O autor traz a evidência mais completa em se tratando da relação governo e Gestão Pública: “O governo, ao estabelecer, dentro de seus mecanismos de gestão, os principais objetivos e metas, garante a sua execução de uma forma planejada, voltada para sua forma de atuação e de intervenção”. (SANTOS, 2009, p.16).

Para Ferreira (1999) O governo é que comanda, ou dirige os interesses públicos. Sendo assim conceituando o sentido de administração pública Meirelles (1996 apud SERESUELA, 2002, p.1):

Em sentido formal, a Administração Pública, é o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços do próprio Estado ou por ele assumido em benefício da coletividade.

Numa visão global, a Administração Pública é, pois, todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

2.3 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA

Historicamente, a administração pública brasileira foi marcada por três diferentes modelos de Administração Pública: a administração patrimonialista, a burocrática e a gerencial.

2.3.1 Patrimonialismo

Nesse modelo de Administração Pública os empregos e benefícios que se auferem do Estado costumam estar ligados a interesses pessoais acima dos interesses públicos, “(...) sendo avessa a impessoalidade, tornando a organização governamental muito mais em um bem a ser explorado do que uma estrutura funcional a serviço do interesse público”. (PAULA, 2005, p 106).

De acordo com Paula (2005, p 106) “A herança cultural contribuiu para que a centralização do poder na cúpula e o autoritarismo do poder público se tornassem traços distintivos da administração pública brasileira (...)”.

2.3.2 Burocrática

Separa os interesses pessoais do detentor do poder e os instrumentos colocados à disposição do Poder Público para garantir a satisfação do interesse público. Tem como objetivo defender a sociedade contra o poder arbitrário do soberano.

No modelo de Administração burocrática são adotadas uma série de medidas cujo objetivo é a defesa da coisa pública, enfatizando aspectos formais, controlando processos de decisão, estabelecendo uma hierarquia funcional rígida, baseada em princípios de profissionalização e formalismo. Os procedimentos formais são realizados por funcionários especializados, com competências fixas, sujeitos ao controle hierárquico. Há a profissionalização do funcionário burocrático, que exerce o cargo técnico em razão de sua competência, comprovada por processo de seleção. Afasta-se o nepotismo e as relações de apadrinhamento. O exercício de cargos públicos passa a ser uma profissão, com remuneração previamente conhecida pelo indivíduo e pela sociedade. (SARTURI, 2013)

2.3.3 Gerencial

A Administração Pública gerencial revê as características principais do modelo burocrático, ou seja, as estruturas rígidas, a hierarquia, a subordinação, o controle de procedimentos, passando a direcionar a atuação para o controle de resultados pretendidos. Nesse contexto, o modelo gerencial possui maior ênfase no princípio da eficiência

Entre vários meios de atuação da Administração Pública gerencial, há a parceria com a sociedade civil e uma maior autonomia para as entidades administrativas. A eficiência da administração pública, a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços públicos prestados, tendo o cidadão como beneficiário, torna-se a meta do Estado, a essência da atividade desempenhada por este.

A ampliação da participação democrática inserida com a administração gerencial é um dos meios de defender a coisa pública. Portanto, a Administração Pública deve enfatizar resultados, contrapondo-se à ideologia do formalismo e do rigor técnico da burocracia tradicional.

A prestação de serviços públicos não exclusivos do Estado, ou seja, não correspondentes à manifestação de uma feição do poder do Estado, como o poder de polícia, ganhou novos modelos. Trata-se do estabelecimento de parceria com o Terceiro Setor para prestação de serviços como saúde, educação, pesquisa científica, fomento, entre outros.

Esses serviços públicos por intermédio de agentes não estatais, atuando sob forma menos rígidas, estão sujeitos ao controle estatal quanto aos resultados. É a aplicação prática do princípio da eficiência. Tal mudança visa, na verdade, ao acréscimo de qualidade na prestação dos serviços públicos sociais, perdida com a crise de financiamento que levou à derrocada do Estado Social. (SARTURI, 2013)

2.3.4 Gestão Democrática (Societal)

Nesse processo, as políticas e ações governamentais conferem identidade aos envolvidos, destacando as ações dos governos locais e a construção de novos canais de participação, como conselho de gestores de políticas públicas.

A vertente societal relaciona-se com a administração e a política no plano normativo e da experiência, tentando enfatizar a qualidade de vida e a expansão das capacidades humanas, reformulando as práticas e políticas que conduzem esse processo (PAULA, 2005, p. 158).

Portanto, seu maior desafio é identificar as ações políticas que pertencem à esfera dos direitos de cidadania e ações políticas necessárias à implementação de medidas da burocracia estatal, transformando as relações entre estado e sociedade, buscando contribuir para a

construção de uma cultura política democrática nas relações entre Estado e a sociedade (PAULA, 2005).

CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA

3.1 Em Portugal

Nos últimos anos do século XX, a Gestão Pública representou um enorme desafio, na maioria dos países desenvolvidos. As Mudanças e as reformas administrativas surgiram nos Governos Locais em Portugal, em diferentes contextos, visando resolver problemas semelhantes, com estratégias complementares.

Com todas essas mudanças, surge um novo conceito de Nova Gestão Pública (New Public Management), identificando um paradigma emergente para a condução de negócios públicos. A Nova Gestão Pública (NGP) como modelo de gestão é difícil de ser definido perfeitamente. A comunidade acadêmica está bastante dividida em considerar ou não a NGP como uma verdadeira teoria de gestão pública (RODRIGUES, (2011). Esta nova denominação serve principalmente para identificar os esforços realizados nas ultimas décadas do século XX para modernizar e reformar o modelo de gestão pública.

Segundo Hood (1991, p.3-19 apud RODRIGUES, 2011, p.206) e Lane (2000 apud RODRIGUES 2011, p.207) trata-se de um movimento internacional de reforma administrativa, baseado na insatisfação do modelo de gestão adotado pelo Welfare State e nas crescentes cargas fiscais atribuídas aos cidadãos, com a pretensão de tornar a gestão pública pós-burocrático.

Com isso, a NGP pode ser considerada como um conjunto de práticas de gestão ligadas a introdução de mecanismos de mercado e à adoção de ferramentas de gestão privada na Administração Pública. Assim, requer a competição entre fornecedores de bens e serviços públicos visando um serviço de qualidade para o cidadão e ao mesmo tempo, tentando reduzir os custos de produção RODRIGUES, (2011).

Dessa forma, espera-se transferir o poder para os gestores de cada unidade administrativa rompendo as relações de dependência hierárquica entre os diversos níveis da

Administração Pública, com isso o controle burocrático dá lugar a novos sistemas de auditorias.

Tentando-se potenciar e promover a especialização e a flexibilidade da gestão Rodrigues (2011, p.207) destaca que:

os movimentos de reforma administrativa na NGP propõem uma solução assente na fragmentação das unidades públicas”. Esta far-se-á e especialização das organizações públicas em torno de um objetivo. Outras, através da contratação ao mercado de agentes económicos capazes de produzirem eficiência e melhoria de serviço.

Conforme o controle direto, isso indica uma relação de hierarquia e/ou confiança política entre o promotor e o produtor de bens e serviços, agindo como uma organização única, onde os políticos utilizam legitimamente os poderes da hierarquia para emitir ordens, revogar decisões e punir disciplinarmente.

Segundo (RODRIGUES, 2011, p.209):

em alguns casos a estandardização de processos e qualificações é o método mais indicado para coordenar e controlar as atividades desenvolvidas em organizações com a dimensão e estabilidade da Administração Pública”.

Com isso, a chegada dos novos atores (privados e do terceiro setor), além da autonomização das unidades públicas, o poder hierárquico é substituído pela regulamentação e pelas cláusulas contratuais. Assim, no momento da celebração do contrato, surge o poder dos agentes políticos, que está limitado aos termos redigido no mesmo.

Consequentemente, com a propagação do número de contratos, é permitido que a ação de controlar o desempenho do Serviço Público seja realizada de maneira diferente e por diversos atores. Os políticos continuam a ter uma responsabilidade de avaliar o desempenho do agente contratado. Porém, essas responsabilidades são realizadas nas dimensões previstas nos termos da contratação, que também é compartilhada com o cidadão, que é convidado a ter um papel ativo no desempenho do serviço público consumido.

A Nova Gestão Pública (NGP) implica outros elementos de governação. A governação através do mercado onde a coordenação baseia-se na competição natural entre os agentes envolvidos (RODRIGUES, 2011, p.211). Essa contínua interação entre os atores do serviço público faz com que a o sistema de informação de decisão integrada, sela presença constante na governação dessas parcerias.

(MARTINS; SANGREMAN, 2008 apud ARAÚJO et al., 2013, p.235) A Administração Pública (AP) portuguesa tem sido alvo de fortes mudanças no sentido de preconizar a modernização administrativa.

Essas transformações são oriundas de um conjunto de fatores endógenos e que os principais deles, parecem ter a complexidade da máquina administrativa com o aumento das expectativas e exigências dos cidadãos e os exógenos, como a Estratégia de Lisboa, aprovada pelo Conselho Europeu, objetivando que todos os países membros da comunidade europeia programassem um plano de reformas focado no crescimento e no emprego, (MARTINS & SANGREMAN, 2008 apud ARAÚJO et al., 2013, p.235, 236).

Segundo Araújo (2013, p.236) a Administração Pública deve facilitar dinamizar, ser receptiva aos cidadãos e ser eficiente e eficaz.

(...) a modernização da AP visa a Simplificação, a Agilização e Desburocratização, uma vez que têm por objetivo permitir que a relação da Administração Pública com as empresas contribua para um ambiente que proporcione desenvolvimento e crescimento econômico; Desmaterialização dos processos e da forma de comunicação; Abertura e Participação aos cidadãos nos processos de tomada de decisão; a melhoria e proximidade do atendimento; a Profissionalização e qualificação dos recursos humanos da Administração Pública; a Racionalização, eficiência e Inovação Organizacional (...).

Conforme os autores, esses objetivos estão contemplados no Plano Nacional de Ações para o Crescimento e o Emprego (PNACE), que é o guia orientador das reformas e modernização administrativas elaborado no âmbito da Estratégia de Lisboa (ARAÚJO, 2013, p.237); Presidência do Conselho de Ministros e Gabinete do Coordenador Nacional da Estratégia de Lisboa e do Plano Tecnológico, 2005).

Intencionando a operacionalização desses objetivos foi lançado em 2006, o primeiro programa Simplex (Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa) aplicado à administração central do Estado que recomenda a simplificação da vida dos cidadãos e empresas, reduzindo os custos de contexto destas, facilitando a iniciativa privada, aumentando a competitividade do país, aumentando a confiança dos cidadãos face à Administração Pública e acrescentando a eficiência e a eficácia da Administração Pública (ARAÚJO, 2013) De acordo com (MARTINS; SANGREMAN apud ARAÚJO et al. , 2013, p.236, 237) a

UCMA e Presidência do Conselho de Ministros,(2006; OCDE, 2008) os princípios orientadores dos programas Simplex são:

Transparência e Responsabilidade - apresentação trimestral e de forma justificada das medidas e resultados;

Responsabilidade Partilhada - responsabilidade de todos os ministérios;

Consulta Pública - forma ilimitada dos diferentes interessados (sociedade civil) contribuírem para as opiniões e qualidade dos processos de decisão para dar maior responsabilização dos decisores políticos.

Segundo (MARTINS & SANGREMAN, 2008, 76,80 apud ARAÚJO, 2013, p.237) A simplificação legislativa assume um papel essencial pois “(...) quadro jurídico e regulatório adequado (...) para garantir que a simplificação administrativa e o desenvolvimento de atividades de administração eletrônica possam ser levados a cabo sem entraves desnecessários”.

3.2 NO BRASIL

Os Serviços de Interesse Público estão amparados na Constituição Federal Brasileira de 1988. De modo geral, o conjunto dos servidores públicos conseguiu articular-se de forma organizada e empreender uma bem-sucedida ação coletiva, que resultou numa série de garantias incluídas na Constituição de 1988.

Dessa forma, as garantias que os servidores públicos incluíram no texto constitucional devem-se, principalmente, à capacidade de mobilizar e fazer pressão política na defesa de seus interesses.

Diante dessa posição vantajosa, os servidores públicos, comparados ao restante da população, tiveram um nível razoável de articulação, mobilização e organização política, diferenciando da histórica desorganização da sociedade, principalmente dos estratos mais baixos.

Constata-se, assim, que o setor público brasileiro tem enormes dificuldades para tornar efetivas as suas ações, que em geral são morosas e inflexíveis. Isso reflete na baixa capacidade de resposta da administração pública no atendimento das demandas da população. Realizar essas ações governamentais, entretanto, não é uma tarefa fácil. Fazer cortes e reduzir

despesas públicas, estimular o crescimento acelerado da economia e combater a inflação ao mesmo tempo, promover a desburocratização, gerar estímulos para a inovação tecnológica ou implantar adequadamente os programas sociais e promover a redução da pobreza no país, exige competência da administração pública.

É importante ressaltar que os programas e projetos com deficiências de gestão tendem a dificultar o alcance dos objetivos das políticas públicas, além de propiciar a geração de corrupção. A boa governança pública, nesse contexto, assume uma importância cada vez maior no que se refere às questões que envolvem as relações complexas que existe entre o Estado, o setor privado e o terceiro setor. Para isso o Estado precisa continuar buscando aperfeiçoar de forma contínua a sua organização estatal, para atuar de forma inteligente, capaz de mediar e induzir adequadamente a estratégia de desenvolvimento sustentável e a integração econômica.

Pode-se argumentar, por fim, que o principal desafio a ser superado pelo governo brasileiro, em parceria com o setor privado e o terceiro setor, é a consolidação e institucionalização do processo de governança pública no país. O cenário econômico e político atual, pressionado pelas exigências de mudanças internas e externas, revela-se promissor para se deflagrar, a partir de uma manifestação clara de vontade política do governo, o processo de construção de uma forma inovadora de governança no setor público brasileiro (JORNAL do Brasil, 2013).

2.3 ÉTICA E MORAL NA GESTÃO PÚBLICA

A filosofia moral a ética reflete sobre o significado dos valores morais dos homens na sociedade. Do ponto de vista etimológico, ética vem do grego *ethos*, e tem sua correlação do latim *morale*, com significado de conduta, ou relativo aos costumes. Portanto, ética e moral são palavras sinônimas (NALINI, 2012).

A ética é a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, do comportamento humano, pois tem como referência o estudo da moral, analisando as opções feitas pelas pessoas, avaliando seus costumes.

Também pode ser entendida, em sentido mais amplo, como o estudo dos juízos de valor que dizem respeito ao comportamento humano em determinada sociedade, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal.

Portanto, ao sinalizar normas e valores que balizam a vida do indivíduo na sociedade, esta identificando o que é certo ou errado, o justo e o injusto, o bem e o mal, o indivíduo está procurando escolher as atitudes e ações mais adequadas na convivência em sociedade ao longo de sua existência pessoal e profissional.

Somente uma pessoa consciente é capaz de analisar sua conduta ética. Assim a consciência moral é capaz de julgar o valor dos atos e das condutas a ter uma ação que está de acordo com os valores morais, que é a consciência e responsabilidade, condições essenciais para uma vida ética.

É importante ressaltar que Maquiavel foi o primeiro filósofo a identificar a especificidade da política moderna, distinguindo uma ética da outra; afirma que a ética moral preocupa-se com os fins enquanto a ética política, com os meios. Assim, o importante na ética política é se chegar ao poder e nele manter-se. (PEREIRA, 2010, p 80).

Portanto, aspira à amoralidade, ou seja, apóia-se ao juízo crítico de decisões e, não em valores, com isso, os meios prevalecem sobre os fins. Assim podemos afirmar que o sistema político é racional e impessoal.

As diferenças principais entre ética e moral são: ética é princípio, moral são aspectos de condutas específicas; ética é permanente, moral é temporal; ética é universal, moral é cultural; ética é regra, moral é conduta da regra; e ética é teoria, moral é prática.

No âmbito da gestão pública, a ética é aceita como um conjunto de princípios que direcionam o agir das pessoas é uma interligação com relação ao Estado e a sociedade, principalmente quanto ao exercício da cidadania.

Existem duas dimensões quanto ao conceito de cidadania. A primeira origina da experiência dos movimentos sociais, ou seja, da luta pelos direitos. É conceito clássico da cidadania, que é a titularidade de direitos. Nessa experiência encontramos os movimentos sociais numa ênfase mais ampla na solidificação da democracia, de uma conduta democrática.

A promoção da ética nas organizações não é uma empreitada fácil. Esse esforço exige um empenho e um fortalecimento institucional e o estabelecimento de um padrão ético efetivo.

A expressão gestão ética, foi mais utilizada com muita intensidade na administração pública brasileira após a promulgação da Constituição Federal de 1988, pois a Carta Magna do Brasil, em seu texto, deu uma enorme relevância no seu texto nos valores éticos e morais da boa conduta na administração pública, reforçando particularmente, a exigência do cumprimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Levando em consideração a diversidade cultural e as diferenças de caráter político e administrativo, tornam-se possível identificar algumas características elementares, que constituem a essência da gestão ética, que tem por objetivo um padrão ético efetivo.

gestão da ética transita em um eixo bem definido, constituído por:
Valores éticos: representam a expectativa da sociedade quanto à conduta dos agentes públicos.
Normas de conduta é o desdobramento dos valores, funcionando como um caminho prático para que os valores explicitados sejam observados.
Administração: tem o objetivo de zelar pelos valores e pelas normas de conduta, assegurando sua efetividade. (PEREIRA, 2010, p 86).

Assim o objetivo da gestão ética visa a definição de padrões éticos de conduta nas organizações, para que não paire nenhuma dúvida quanto a conduta que se espera em ocasiões específicas. Nessa situação, devem estar bem definidas e sedimentadas os valores, regras de condutas da administração. Como meio prático para que os valores éticos sejam respeitados, representando as finalidades do relacionamento dos funcionários entre as partes.

De um modo geral, a grande maioria das administrações públicas no mundo tem modelos de gestão de ética composta por um amplo elenco de regras de conduta, cuja inobservância, em muitos casos, configura crime.

A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICA EM SAÚDE

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A saúde como tema de políticas públicas é recente. Campos (2011) reconhece os tempos imemoriais com raízes na mitologia grega com a higiene advinda desde o iluminismo, quando se tornou mais presente, nos meados do século XIX com título das melhores escola e institutos de saúde pública. Em suas palavras (CAMPOS, 2011, p. 19 e 20):

A saúde dos indivíduos não era considerada um bem coletivo, Muitas vezes a saúde individual era até confundida com as profissões que lhe andam associadas, como a medicina, a qual desde Hipocrates, foi sempre vista como forma de tratamento do indivíduo, quando doente, numa relação de “colóquio singular” com o seu médico.

Portanto, para melhor compreender a trajetória da saúde, Campos (2011) resgata a importância de seu nascimento entre as empreitadas coloniais e marítimas, que para se manter vivas e saudáveis com seus parques marinhos e soldados, asseguraram por trinta anos, um império marítimo, dos Emiratos até a Malásia e China.

Nos meados do século passado, ainda com uma visão limitada coletiva da saúde pública e algumas doenças com possível controle adotadas pelos poderes públicos. Segundo o autor, necessitam ser consideradas como medidas de saúde pública, o grande número de óbitos e o grande número de atingidos, por que são responsáveis, além da passividade de estratégias coletivas ou humanitárias, onde os serviços de saúde pública podem instituir medidas de ofensivas, dos casos individuais à situações epidemiológicas da comunidade.

Estudos de Campos (2011, p.25) nos dão conta de que:

(...) o cuidar da doença na fase aguda, que pouco a pouco começa a ser apoiada pelo Estado, mas que durante muito tempo se não confunde com Saúde Pública. A palavra saúde, na linguagem política da segunda metade do séc. XX, começa a ser usada para designar as políticas públicas associadas ao “completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social”¹, não apenas resultante de ausência de doença ou enfermidade e só então passa a englobar não só a saúde coletiva, mas também a dos indivíduos, das nações e agora a saúde global.

Percebe-se que o desenvolvimento de uma sociedade é uma consequência de resoluções formuladas e implementadas pelos governos dos Estados nacionais em conjunto com a sociedade, principalmente com as forças de mercado em seu sentido lato. Conjuntamente, as resoluções e ações de governo e de outros atores sociais formam as políticas públicas.

O termo “política” provoca uma série de discordâncias entre as pessoas em diálogos e debates. A expressão “política pública” envolve várias definições claramente individualizáveis retratadas em distintas argumentações.

A política envolve tudo o que diz respeito à vida coletiva dos indivíduos em sociedade e em suas organizações, conforme a expressão clássica de Aristóteles, “o homem é um animal político”, ou seja, um ser político em sua essência.

Em suas relações sociais, as pessoas, influenciam e são influenciados, todavia, essa natureza “política” do homem, na verdade, demonstra somente sua dimensão humana e não sua totalidade, como alude o termo “natureza” ou o verbo “ser” presente na sentença aristotélica.

Posteriormente, a política é tratada como um conjunto de procedimentos e métodos utilizados por indivíduos ou grupos de interesse para influenciar, conquistar e manter o poder, ou seja, a conjuntura prevalece sobre a estrutura. Maquiavel simboliza essa definição.

De tal modo, “entrar na política” e no “submundo da política” são expressões que revelam essa acepção. Quando prepondera esse significado, os interesses conjunturais e particulares podem comprometer se não corromper as instituições comuns.

Nesse sentido, salienta-se que a política é idealizada, como teoria política ou como um conjunto de fenômenos que regulamentam e controlam a vida humana em sociedade, além das organizações e administração das jurisdições político-administrativas, como as nações, estados, municípios ou distritos especializados.

Recentemente, surgiram referências a “políticas de Estado” substituindo o termo “políticas públicas ou governamentais” com caráter estável e inflexível obrigando os governos de um Estado em particular a implementá-las, independente dos mandados que os eleitores lhes confiassem, em tempos históricos distintos.’

Diante deste contexto, observa-se que a noção de política de Estado, na prática, é diferente do conceito de política pública, já que se limita aos valores assegurados na Constituição. Em vista disso, governos democráticos não concorrem princípios constitucionais, que se conjecturam universais, devendo ser cumpridos.

Assim, a expressão “políticas sociais” refere-se respeito às questões públicas, em particular da sociedade, como a educação, saúde, transportes, etc. Em vista disso, não há política sem ação ou intenção, materializando uma finalidade ou propósito oficial anunciado eventualmente, beneficiando a comunicação e o entendimento entre governo e cidadania.

4.1.1 Da Administração Pública à Gestão de Políticas Públicas

A gestão pública brasileira caracteriza-se, de maneira geral, por um processo de caráter eminentemente formal e patrimonialista, tendo como base operacional a instituição denominada de “repartição pública”.

Nesse aspecto, predomina o domínio dos meios e do gestor, o funcionário público. Com essa burocracia pública, de intensa apropriação corporativa e política é muitas vezes, pouco sensível à cidadania.

A partir de 1950, incorporou-se outra visão de administração pública no Brasil. Com a preocupação exclusiva com a gestão da “máquina administrativa”, surge o foco das políticas de governo a serem governadas com o concurso da estrutura administrativa constituída, para resolver, ou pelo menos, atenuar os problemas sociais, globais ou especificados setorialmente.

Diante dessa nova perspectiva as repartições públicas são idealizadas como a logística de operacionalização dos serviços públicos recomendados nas políticas eleitas, passando a ser vista como prestadores de serviços.

Nesse momento a política pública vai além da expectativa de políticas governamentais, na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é o único a servir à comunidade política, ou seja, a promover “políticas públicas”, tais como organizações não governamentais (ONGs), empresas concessionárias e as associações diversas da sociedade também participam entre os agentes de políticas públicas, pois

atualmente a denominação Terceiro Setor representa o esforço de produção do bem público por agentes não governamentais, mas ao mesmo tempo distinto do setor empresarial de mercado.

Com o foco nos resultados das políticas públicas e com a crescente conscientização sobre a função social do capital (econômico), faz com que os empresários ou os executivos das empresas privadas sejam agentes de políticas públicas, sobretudo por força de sua responsabilidade social e da imprescindível produtividade dos recursos e dos sistemas produtivos administrados privativamente, obrigando os mesmos a passar por uma postura mais crítica, pois os ganhos do processo econômico fazem parte da sustentação da empresa e da sociedade.

A principal diferença entre a administração pública passada e a administração que a cidadania de hoje está a reclamar, é que o governo, como o principal ator tenha como objetivo único reconceituar o novo design almejados pelos cidadãos, que esperam sensibilidade e a garantia legítima de seus anseios.

Não há sociedade sem governo. Apesar da credibilidade na instituição governamental estar baixa em todo o mundo, os governos não irão desaparecer, eles resistirão, mudando apenas suas configurações, papéis e/ou sua dimensão na sociedade, com atribuições maiores ou menores.

As razões que preocupam a sociedade com as práticas conduzidas pela gestão pública nascem da necessidade de um novo arranjo alternativo para a condução política da sociedade, aportado na ciência da economia política, pois todos os contribuintes querem melhor desempenho do que estão recebendo em troca de elevados impostos que estão pagando.

4.2 A SAÚDE E A EVOLUÇÃO DO HOMEM DESDE A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

É muito difícil estudar os problemas de saúde no homem, e à medida que os anos passam e a população cresce aumentam essas dificuldades, e cada vez mais os problemas que incidem nas populações vem variando através dos tempos, em uma mesma época, à medida que variam de país a país, de acordo com suas respectivas estruturas econômicas.

Mesmo com todas essas dificuldades, diferenças e singularidades não impossibilitaram que demógrafos e médicos sanitaristas criassem alguns indicadores básicos, que revelassem o estado sanitário de cada população, tratando-se da sua situação em saúde.

Os indicadores através de uma coleta e apuração de dados, nos levam a criação de um sistema de medidas, capaz de avaliar o estado sanitário de uma população, o que é uma técnica social conquistada recentemente, visto que em épocas remotas o bem estar social não tinha atingido a consciência coletiva nas populações, já que os mesmos pouco se interessavam por essa situação. Com esses novos elementos, podemos nos orientar em função da variação do contingente demográfico de épocas sucessivas da existência do homem.

Através do raciocínio de que o papel fundamental do médico-sanitarista é a conservação do homem nas melhores condições possíveis, é impossível negar seu destaque na participação nos acontecimentos que marcaram a história, contribuindo decisivamente para a manutenção da vida.

Ao retornarmos à época em que o homem era submetido a viver de recursos naturais, como a caça e a pesca, que o levava a prática do nomadismo, a introdução da agricultura criou melhores condições alimentares e iniciou a formação dos primeiros núcleos urbanos e conseqüentemente, o crescimento populacional. Com a domesticação, os animais além de proporcionar uma melhor alimentação, foram utilizados na produção do trabalho e no transporte.

As condições de vida começaram a serem alteradas de maneira significativa no século XVIII com a criação da máquina a vapor por James Watt (1736-1819) em 1769, que tornou o motor propulsor do longo processo comumente chamado de Revolução Industrial, que determinou as mais profundas modificações nas condições sanitárias das populações.

É indiscutível que a agricultura e a domesticação dos animais possibilitaram o homem garantir sua subsistência dentro de suas condições naturais, mas nada comparado com a descoberta da máquina a vapor, que traduziu a força humana e animal na produção do trabalho e por suas múltiplas conseqüências, as condições sanitárias das populações que desenvolveram seus meios de produção.

Não se deve mensurar a relevância da medicina e da saúde pública na melhoria das condições sanitárias de uma população. A influência das melhorias de saúde na medicina

como ciência, de uma forma geral, só foram estabelecidas entre as décadas de 1870-1880 em que os trabalhos de Louis Pasteur (1822-1895) cientista francês, cujas descobertas tiveram enorme importância na história da química e da medicina, abriram o caminho para o domínio de doenças infectocontagiosas.

4.3 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL

Durante os últimos 30 anos do século passado, Portugal sofreu consecutivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, mudanças de grande importância: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE), (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico, nomeadamente na área da saúde.

Um dos pontos centrais na Reforma da Saúde em Portugal ocorreu em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, que define o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde.

A saúde passa a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo, e das iniciativas sociais e privadas. O sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde.

O sistema de saúde português, como o de outros países, tem-se desenvolvido na lógica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população do país. Este sistema constitui uma abordagem com uma forte base social de apoio no sistema político e nas profissões da saúde. De salientar que o Serviço Nacional de Saúde é definido, pelo menos no plano normativo, como sendo universal geral e tendencialmente gratuito. No entanto, é cada vez mais evidente que esta aproximação não permite fazer face adequadamente aos importantes desafios de acesso, qualidade, efetividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica.

3.4 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil a chegada do século XX trouxe bastante esperança para as pessoas e por outro lado muita preocupação com o futuro da situação econômica do país, já que os indícios da agricultura indicavam que teriam um futuro próspero. Naquela época o café, a cana de açúcar e alguns outros produtos agrícolas eram plantados em larga escala e colhidos com abundância. Foram eles, principalmente o café, os responsáveis pela entrada do Brasil no comércio internacional, como importante exportador do setor agrícola. (SENAC, 1999, p.74). A partir desse momento nossas safras seguiram para quase todas as partes do mundo. Por essa razão, o movimento nas cidades portuárias crescia gradativamente, aumentando a circulação de milhares de pessoas pelas cidades, em busca de trabalho e de melhores condições de vida.

Dessa forma, ocorreu o crescimento acelerado dessas cidades de forma desordenada com habitações aglomeradas, sem condições mínimas de higiene, amontoadas umas sobre as outras, com alimentação inadequada ou até mesmo insuficiente e a ausência de saneamento básico.

Todos esses fatores ocasionaram a ausência de qualidade de vida e passaram a ser determinantes para o processo de adoecimento da população, e logo começaram a surgir os casos de doenças infecciosas e contagiosas de variados tipos. As epidemias entre a população das capitais e das cidades portuárias se alastraram, desafiando o Brasil, apesar de já possuir conhecimentos científicos, principalmente os de conhecimento microbiológicos, eficientes, na época para lidar com o processo saúde-doença.

Diante dessa situação ocorreu à primeira reação para a definição das Políticas de Saúde Pública. Principalmente a necessidade de manter a saúde da população com condições de trabalhar, a fim de melhorar a produção e trabalho, evitando prejuízos econômicos para o País, principalmente aquelas relacionadas à exportação do café, ou seja, a necessidade de se criar no Brasil, instituições de higiene e saúde para atuar na área de prevenção de doenças.

Na década de 20 um acontecimento relevante para o marco na evolução das políticas de saúde do País, foram as propostas de Educação Sanitária, através de ações governamentais que vieram a ser concretizadas com a implantação de Centros de Saúde, destinados a atender permanentemente a população em geral, salientando a educação sanitária, orientando e estimulando as pessoas a terem hábitos de higiene individual e coletiva, com a preocupação

de sempre conscientizar a população da importância de procurar os serviços de saúde nos momentos iniciais dos primeiros sinais de doença.

Nos anos 30, a realidade de algumas cidades brasileiras havia mudado em virtude da alta do café. O saneamento básico de água, esgoto e coleta de lixo só era para os mais favorecidos.

Através desse progresso e com crescimento em ritmo desacelerado das cidades vieram os problemas da maior parcela da população, que não era beneficiada por esses serviços básicos. Surgiram epidemias e muitos casos de doenças infecciosas e contagiosas, como varíola, febre amarela e malária, o que demonstrava que a política de saúde no Brasil ainda não era uma prioridade por seus governantes.

Essa condição nacional gerou intensivos protestos de operários e de outras classes trabalhistas que reivindicavam principalmente melhores condições na saúde no país. Durante esse conturbado período da Saúde Pública Brasileira, o país era governado pelo Presidente Getúlio Vargas, que diante do cenário nacional promoveu intensa intervenção do Estado na vida do país criou uma legislação trabalhista e previdenciária bastante significativa para o povo brasileiro até os dias atuais.

Dentre estas criações podemos destacar o Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs destinado a prestar benefícios, aposentadorias, pensões e alguns deles, até mesmo assistência médica a determinadas categorias profissionais. Com recursos advindos, em sua maior parte das contribuições pagas pelos trabalhadores, foram, portanto os primeiros serviços locais permanentes para atendimento da população em geral, mesmo para os não contribuintes dos IAPs (FUNDAMENTOS DA SAÚDE , 2004, p.78).

Por ser responsável pelo maior desempenho dos principais setores da economia brasileira, além de já possuírem um nível de organização que pudesse conferir poderes de negociar suas reivindicações com as autoridades da época, esta política do governo atingiu somente as categorias comerciais, financeiras e industriais.

Também na década de 30, foram destinadas ações para expandir os Centros de Saúde para todo o Brasil, através de Secretarias Municipais ou Estaduais de saúde. Os locais contemplados com esses Centros de Saúde puderam usufruir de um trabalho de educação sanitária, da infância (pré-natal e idade escolar) até a fase adulta, esclarecendo as pessoas

sobre os cuidados para evitar doenças infectocontagiosas, para interromper a cadeia de transmissão de várias enfermidades. Vale ressaltar, que mesmo nos dias atuais os Centros de Saúde ainda existem em muitas cidades brasileiras como única forma de assistência médica.

A população que adoecia procurava as Santas Casas e as Beneficências (instituições de caridade), prestavam assistência médica a indigentes ou pobres, mesmo possuindo trabalho formal ou registro na carteira de trabalho.

Com o crescimento populacional e com a experiência com os IAPs, no que diz respeito à assistência médicas previdenciárias, levou as autoridades da época a decidir pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que, aliado aos demais institutos existentes, passaria a tender um contingente maior de trabalhadores.

Mesmo assim, continuavam fora da cobertura, sem usufruto dos serviços do INPS os trabalhadores do mercado informal, ou seja, os que não possuíam carteira de trabalho assinada. Trabalhadores rurais, empregadas domésticas, mediante contribuições mensais, poderiam usufruir dos benefícios previdenciários, decorrentes de acidentes de trabalho, aposentadorias ou pensões, além de assistência médica.

Na década de 70 a política de governo foi voltada a ampliação da Previdência Social, com construções de hospitais próprios, além da aquisição de serviços de terceiros, com a compra de serviços de assistência hospitalar em instituições particulares. Essa prática de assistência médica hospitalar custava bem mais caro aos cofres do governo brasileiro, pois sua ampla utilização com a medicina preventiva, exames sofisticados para diagnosticar doenças, uso contínuo de medicamentos caros, já eram observados até se alcançar a cura dos pacientes que precisavam desse tipo de tratamento.

Diante desse cenário a saúde pública brasileira, continuava precária, mesmo depois de campanhas sanitárias e assistências curativas que não foram suficientes para o alcance do objetivo do governo, que era a assistência hospitalar curativa.

Essa situação levou o governo a criar na década de 80 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão responsável pelo atendimento hospitalar, que apresentou poucas alterações e inovação.

O INAMPS veio com a intenção de ampliar e fortalecer as ações relacionadas às práticas médico-hospitalares e construiu grandes hospitais, pois houve aumento da demanda, com consultas médicas, exames e diagnósticos sofisticados e tratamentos de doentes.

Frente a essa situação ocorreu um fato histórico significativo na vida da maioria dos brasileiros, que foi a universalização da cobertura, condição que daria as pessoas a terem o direito de usufruir de qualquer serviço disponível no sistema público de saúde, independente de possuir carteira de trabalho ou emprego formal. Essa cobertura universal nos serviços da saúde do povo brasileiro acentuou drasticamente a crise financeira na Previdência Social.

Nessa mesma época, o período dos governos militares brasileiro chega ao fim e o povo voltava à discussão dos principais problemas do país com a eleição dos seus novos representantes. Entre esses problemas estava a saúde nacional.

Com várias ideias, discussões com a participação de estudiosos da época, professores, pesquisadores, estudiosos da saúde e representantes de movimentos da sociedade civil e partidos políticos progressistas, surgiu a Reforma Sanitária brasileira, que vinha com valores de saúde justo com atendimento de boa qualidade a todos os cidadãos.

Essa postura da sociedade culminou com a apresentação de propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, que finalizou seus trabalhos anunciando um novo conceito de saúde vinculado diretamente ao direito de cidadania, como se pode constatar através de parte do relatório final da Conferência, no que diz respeito ao Tema I – Saúde Como Direito(1986, não paginado):

(...) em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e porte da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados da organização da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

As ideias formuladas nesse grande evento tiveram a participação de representantes do governo de usuários, produtores de serviços de saúde pública e privada, filantrópicas ou não, garantidas definitivamente através da lei na Constituição Federal promulgada em 1988, proporcionando esperança a todos os brasileiros.

A saúde foi contemplada na Constituição através do Título – Da Ordem Social, Capítulo I – Disposição Geral, Seção II – Da Saúde, nos Artigos 196 até 200, em que :

(...) que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao seu acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.” (CONSTITUIÇÃO, 1988)

Podemos constatar que este artigo garante o direito a saúde a todo cidadão, representado pelos governos federal, estaduais e municipais, com garantias à saúde através de políticas econômicas e sociais, como recomendações finais apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Dentre os demais artigos encontram-se as definições das regras do sistema de saúde, além de sua fiscalização e controle e a forma de organização do Sistema único de Saúde (SUS).

O SUS unifica todas as instituições e serviços de saúde e descentraliza as decisões, responsabilidades e os recursos financeiros, através das três esferas do governo: federal, estadual e municipal, através do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente. Esta divisão através de níveis de comando único propõe o atendimento integral à população através da prevenção de doenças, tratamento e/ou reabilitação das funções necessárias, igualmente fortalecidas, para o cumprimento de seu papel.

A Constituição também propõe a criação de Conselhos de Saúde, para o acompanhamento das ações de saúde, com a participação de representantes de usuários em geral, representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da área, atuando tanto na formulação de estratégias quanto ao controle e execução de políticas de saúde determinadas para o SUS.

Os Conselhos de Saúde funcionam permanentemente com poder de decisão, com condição de igualdade de condições com os demais segmentos compostos, para a formulação de estratégias de funcionamento e controle da execução de políticas de saúde sob a responsabilidade do SUS, e até mesmo sob aspectos econômicos e financeiros, para exercer o controle do mesmo.

CONDIDERAÇÕES SOBRE O HIV/AIDS

O ano de 1981 marcou uma época de profundas transformações sociais e de grandes avanços da medicina. O Serviço de Epidemiologia do – Centers Disese Control (CDC),

localizado em Atlanta, Geórgia nos Estados Unidos (USA), especializado em doenças transmissíveis, com a colaboração de laboratórios especializados, detectava a ocorrência de uma nova síndrome a AIDS com características, peculiares sob o ponto de vista clínico e imunológico, onde se associavam processos infecciosos diversos.

De acordo com Lacaz; Martins (1990, p.1):

AIDS (“**Acquired Deficiency Syndrome**”) foi então proposta a esta síndrome, denominada pelos franceses de SIDA (Syndrome d’immunodéficience acquise), na qual ocorre um “**colapso das defesas imunológicas**” do hospedeiro, com o aparecimento de infecções oportunistas (...).

Verifica-se, que as primeiras observações da AIDS, referiam-se a uma nova síndrome infecciosa em guetos de homossexuais de Nova Iorque, adictos de drogas que viviam em promiscuidade.

Segundo Levi; Baldy (1989 apud LACAZ; MARTINS, 1990, p.2):

A denominação AIDS, acrônimo de **Acquired Immune Deficiency Syndrome** parece ter sido proposta pela primeira vez por Donald Armstrong, chefe do Serviço de Doenças Infecciosas do New York’s Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.

A partir dessa descoberta, foram realizados trabalhos e conseqüentemente, a literatura médica se avolumou, atingindo a AIDS uma dimensão social.

Coffin et al. (1986 apud LACAZ; MARTINS, 1990, p.2) ressaltam que “Atualmente o vírus recebe a denominação de HIV por proposta do subcomitê dos especialistas em retrovírus humanos.

À medida que os desafios da AIDS são apontados em todo o mundo, outros importantes problemas de saúde pública, envolvem os comportamentos individuais e coletivos, como o valor dos direitos humanos na prática das políticas públicas.

Dessa maneira, o diálogo intenso e acalorado entre saúde pública e direitos humanos foi um dos resultados mais relevantes e imprevistos na primeira década da pandemia de AIDS (GALVÃO; PEDROSA; PARKER, 1993).

De modo geral, a primeira década da AIDS foi fortemente marcada pelo diálogo e, frequentemente, pelo conflito entre as abordagens ditas tradicionais de saúde pública e as pressões pelo respeito aos direitos humanos.

Segundo Tomasevski, Grunskins, Lazzarini (1993, p.242):

A AIDS é a primeira epidemia internacional a ocorrer na era moderna dos direitos humanos, pela primeira vez, os profissionais de saúde pública estão diante de um padrão duplo na elaboração e implementação dos programas de saúde pública, nestes casos destinados a prevenir a transmissão do HIV. Os programas precisam ser eficazes em termo de saúde pública, mas, além disso, tem que respeitar e responder as normas de direitos humanos.

No Brasil essa epidemia implica em variáveis sociais. Com a difusão da AIDS, os números representam dramas individuais e coletivos, que são muito mais complexos do que as nossas possibilidades de manipulá-las, e também, para muitos, a descoberta da politização do estado de pessoa vivendo com HIV e AIDS, é um momento de descobertas de ações políticas, pressão direta nas tomadas de decisão e na incorporação da AIDS no cotidiano, com dimensões nas instituições contemporâneas, na medicina, na economia, nas educação, nas comunidades e na construção de políticas públicas.

Nesse sentido Bastos, Galvão, Pedrosa e Parker (1994, p.16) consideram que:

Este elo, porém, não liga apenas índices estatísticos a objetos passivos, mas antes a comunidades vivas que se organizam para reagir à AIDS e descobriram formas novas de atuar multiplamente diante da epidemia; em face da transmissão, da progressão da doença, do luto das perdas, das pressões para mais pesquisas e deliberação de drogas terapêuticas, foram promovidas ações diretas com os vários implicados na luta anti-AIDS.

Resultante da interação entre um sistema político preexistente e problemas específicos levantados pela AIDS os parceiros de intervenção desse cenário, público ou privado, os serviços de saúde são o lugar onde se encontra uma das pontas mais visíveis da AIDS, mas é no setor público que aparece a constante fragilização na falta de meios. (BASTOS et al., 1994).

Mesmo diante das dificuldades encontradas Vitória (2007, p.105) ressalta que:

(...) o Brasil tem um programa que é inspirador para vários outros países e, principalmente, que investiu na questão do tratamento de prevenção de uma forma precoce e conseguiu manter a epidemia sob controle.

Portanto, a sustentabilidade desse controle ao longo prazo depende de uma série de ações nas ações de combate ao HIV/AIDS. Simão (2007) afirma que os maiores desafios do Programa Nacional de DST/AIDS hoje são melhorar a qualidade de atendimentos das pessoas que vivem com HIV/AIDS; combater a homofobia; promover os direitos humanos de populações vulneráveis e garantir a sustentabilidade do acesso universal.

Segundo Figueiredo, Machado e Tonini (2004, p.232 e 233):

Desde então o vírus HIV atinge não somente o sistema imunológico dos indivíduos que o portam no organismo, mas refletem em todo o contexto de vida dessas pessoas (relacional, emocional, profissional, familiar, etc.), das pessoas que as rodeiam (familiares, amigos, profissionais de saúde, etc.) e da própria sociedade. Assim ser soropositivo para HIV é ao mesmo tempo trazer no corpo e na mente as marcas de uma doença socialmente repugnante.

A AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), como também é chamada, é causada pelo HIV. Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças, de um simples resfriado a infecções mais graves.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é transmitido pela troca de fluidos corporais como sangue, leite materno, secreção vaginal e sêmen. A forma de transmissão mais comum são as relações sexuais, mas também pode ocorrer durante o parto, na amamentação e no compartilhamento de seringas.

O HIV enfraquece gradualmente o sistema imunológico, em um período de três a dez anos, dificultando o tratamento de doenças como câncer e infecções oportunistas como candidíase, pneumonia e tuberculose. Sem tratamento, uma pessoa infectada com HIV torna-se muito fraca e pode morrer.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a

outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento seringas contaminadas ou de acontece pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação que é a chamada Transmissão Vertical (TV). Caso a transmissão não ocorra na gestação ou no parto, ela poderá ocorrer ainda na amamentação.

Segundo Vitória (2007, p.107) “Não existe uma fórmula única em termos de prevenção e nem mesmo de uma forma única de tratamento para se enfrentar o problema”. Ou seja, cada região, cada cultura, apresenta uma realidade socioeconômica, que deve ser levada em consideração no combate ao HIV/AIDS.

Há alguns anos, receber o diagnóstico de AIDS era uma sentença de morte. Mas, hoje em dia, é possível uma pessoa ser soropositivo e viver com qualidade de vida. Saber precocemente da doença é fundamental para aumentar ainda mais a sobrevivência da pessoa.

Para Lacaz; Martins (1990, p.3) relatam que: “Pode-se dizer, na realidade, que o vírus da AIDS foi uma verdadeira “bomba microbiológica” lançada sobre a humanidade”.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho teve como finalidade compreender o processo de Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará, destacando os resultados dessa gestão nos casos notificados.

Segundo Gil (1999, p.23) é o tipo de pesquisa que “visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, de abordagem qualitativa”, tendo em vista que abordagem qualitativa foi entendida como aquela que permite a compreensão de um fenômeno segundo a análise das variáveis que estão envolvidas no contexto em que ele ocorre.

Dessa forma, o presente estudo consistiu em uma pesquisa do tipo descritiva, pois se procurou descrever e analisar algumas características da Gestão de Políticas Públicas em

Saúde da Divisão de Vigilância em Saúde da SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará.

A pesquisa descritiva teve como finalidade a exposição ou descrição das características de determinada população ou de determinado fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo (VERGARA, 2004; GIL, 1999; MARCONI; LAKATOS, 1982).

Em vista disso, considerou-se que a pesquisa descritiva foi a mais apropriada para alcançar o objetivo proposto na pesquisa.

6.2 COLETA DE DADOS

Os dados desta pesquisa foram coletados por meio de levantamento bibliográfico e documental. Na pesquisa bibliográfica, foram consultados livros, artigos, dissertações, matérias jornalísticas, assim como a rede mundial de computadores (Internet), com vistas a obter subsídios para o referencial teórico e, para o direcionamento metodológico da presente dissertação, tanto no que diz respeito à literatura que trata sobre a temática de Gestão em Organizações Empresariais e Públicas de forma geral, assim como fundamentalmente da literatura que aborda a Gestão de Políticas Públicas. Neste caso específico, as referências foram relevantes no sentido de apreender os caminhos analíticos percorridos pelos autores para evidenciar a dimensão da Gestão Pública.

Na pesquisa documental, foi consultado um grande número de documentos em órgãos públicos, na esfera de governo. No que concerne aos órgãos estaduais, foram pesquisados a Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA responsável pela Coordenação de todo o processo no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará, assim como o Grupo de Trabalho - GT/Orçamento/NISPLAN/SESPA que executa o orçamento dessa Secretária de Saúde e o Fundo Estadual de Saúde – FES, que realiza os repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS à SESPA. Esses órgãos disponibilizaram documentos e informações sobre as ações realizadas para o controle do HIV/AIDS no Estado do Pará. Foram utilizados também os dados estatísticos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, especialmente os dados do Censo Demográfico de 2010.

O questionário utilizado foi estruturado de forma qualitativa, utilizando-se o método analítico-descritivo, aplicado nas dependências da Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA à Diretora da Vigilância em Saúde no Estado do Pará, pois somente esta Gestora tem domínio e centralização das informações das ações desenvolvidas sob sua coordenação, com perguntas abertas e fechadas a fim de levantar informações que respondessem a problemática e aos objetivos do estudo sobre a Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Divisão em Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará.

De acordo com Gil (2002), o questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquisição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos.

As informações requeridas para alcançar os objetivos da pesquisa, assim como para descrever a dinâmica de funcionamento da formulação e implementação da Gestão de Políticas Públicas em Saúde no Estado do Pará foram assim obtidas:

- 1) No que diz respeito às ações realizadas, os dados foram obtidos através de documentos internos como tabelas, gráficos e figuras que demonstram os resultados das mesmas por meio da Coordenação Estadual do DST/ AIDS, documentos legais que sintetizam as atuações do Estado.
- 2) O questionário foi somente aplicado à Diretora da Vigilância em Saúde no Estado do Pará, pois somente esta Gestora tem domínio sobre as informações acerca de sua Gestão, por isso, existe a centralização das informações quanto ao planejamento, processos de avaliação, coordenação e controle em relação as ações desenvolvidas no combate ao HIV/AIDS no Estado do Pará para o alcance das metas propostas, por meio do Plano de Ações e Metas – PAM.
- 3) As informações sobre o Orçamento da SESPA foram obtidas via e-mail enviado pelo GT/Orçamento/NISPLAN/SESPA que é responsável em destinar os recursos a para fazer face as despesas específicas do programa da AIDS.

- 4) Os dados sobre os repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS foram coletadas através do site e as informações complementares, que dizem respeito aos repasses Fundo a Fundo, foram obtidas através do Fundo Estadual de Saúde – FES por meio de e-mail.
- 5) As informações sobre população e a economia do Estado do Pará foram obtidas através do Censo Demográfico de 2010 do IBGE.
- 6) Quanto à dinâmica de funcionamento da Vigilância Sanitária da SESPA as informações foram coletadas através cartilhas explicativas do funcionamento e metodologia, e outros documentos técnicos oficiais.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. É o mais rico e mais populoso estado da região norte do Brasil. Sua capital é o município de Belém Segundo dados do Possui uma área de 1.247.954,666 (km²), com 7.581.051 habitantes, densidade demográfica de 6,07 (hab/km²) é formado por 144 municípios. (IBGE, 2010).

A economia do Pará baseia-se no extrativismo mineral (ferro, bauxita, manganês, calcário, ouro, estanho) e vegetal (madeira), na agricultura, na pecuária, na indústria e no turismo. O Pará é o maior produtor de pimenta-do-reino do Brasil e está entre os primeiros na produção de coco da Bahia e banana. Pela característica natural da região, destaca-se também como forte ramo da economia a indústria madeireira e, abriga uma incalculável variedade de fauna e flora, e detém um potencial científico e econômico sem paralelo.

Localizado na Amazônia oriental, o Estado está situado no maior corredor de florestas protegidas do mundo, com mais de 717 mil km² (cerca de 71 milhões de hectares) divididos em áreas de proteção integral, de uso sustentável e terras indígenas, Ao todo, as reservas contabilizam mais de 57% do território do Estado.

As reservas foram criadas para conservar a riqueza genética da floresta tropical, importantes fontes de renda para as populações carentes amazônicas. Em que pesem as belezas e riquezas naturais, a geografia regional contribui como fator dificultador para o acesso da população aos serviços de saúde. (Governo do Estado do Pará - Secretaria de Estado de Meio Ambiente/SECOM).

6.3.1 História da Saúde Pública no Estado do Pará

A cidade de Belém, ou Santa Maria de Belém do Grão-Pará, outrora habitada pelos índios Tupinambá, foi fundada em 12 de janeiro de 1616, pelos colonizadores portugueses trazidos pela expedição de Francisco Caldeira Castelo Branco. (MORAES; ALDECY; LOBO, 2004; MARTINS, 2000).

A chegada de Francisco Caldeira Castelo Branco à foz do rio Amazonas, em 1616, e a construção do Forte do Presépio, na desembocadura do rio Pará, iniciando o que viria a ser a Cidade de Santa Maria de Belém do Grão Pará, marca o início do período de colonização portuguesa na região, com o intuito de acabar com a disputa do território pelos outros países europeus, pois ingleses, holandeses e franceses já mantinham algumas bases comerciais. (GUERREIRO, 2008).

Após pouco mais de 30 anos da fundação de Belém foi instalado o pequeno hospital da Santa Casa de Misericórdia, instituição que já prestava serviços à população desde 1619 (CARVALHO, 1922, p. 205-208). Somente em 1655 aportariam em Belém, de passagem, os primeiros médicos que chegaram à região que faziam parte da comissão para a demarcação de limites dos domínios de Portugal e Espanha (CARVALHO, 1922, p.205-208.)

Até a chegada da família real portuguesa a Salvador, em 1808, não existia, oficialmente, ensino médico no Brasil. A atividade médica obedecia a determinadas prescrições legais compatíveis com as necessidades e as circunstâncias de então.

No Pará, as coisas evoluíram lentamente no âmbito da saúde e da assistência. As frequentes epidemias que grassavam no Estado, a distância da sede da corte, ao lado de uma economia que ainda não conhecia o fausto que seria propiciado pela borracha, expunham tanto o estado incipiente do conhecimento científico quanto à precariedade de profissionais e serviços.

Com a proclamação da República surge um esboço de serviço público de saúde. Assim, em 1891, é criada uma nova organização dos serviços de higiene composta por um inspetor, um ajudante, dois médicos vacinadores, médico demografista e um químico. Em 1894, o Estado seria dividido em 16 regiões sanitárias, com a nomeação de um médico residente para cada uma delas. (CARVALHO, 1922, p.205-208).

Os anos de 1910 marcaram internacionalmente o final da *belle époque*, simbolizando, também, dissolução da organização econômica do século XIX. Esta fase coincide com o declínio da atividade extrativista da borracha, pela perda do monopólio da sua produção, suplantada em volume e, conseqüentemente, em preço, pelo produto da Malásia, obtido a partir de plantações organizadas cientificamente, causando a *débâcle* amazônica (Weinstein, 1993. p.371).

É nesse contexto histórico, desfavorável economicamente, que surge a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. Fundada em 12 de julho de 1914, foi instalada oficialmente em 15 de agosto do mesmo ano, esta se propunha a zelar pela ética médica, defender os interesses da classe, discutir questões médicas e científicas, organizar congressos e conferências, difundir ensinamentos de higiene para a população, manter comissões científicas para os diversos ramos das ciências médicas, criar uma revista e fundar uma biblioteca e arquivo, entre outras coisas (REVISTA PARA-MEDICO, 1922).

A Sociedade Médico-Cirúrgica, cumprindo seus estatutos, apresentou, em 1915, propostas relativas ao saneamento do Pará, tais como: criação de postos médicos nos municípios; distribuição de material de propaganda nos municípios visando o esclarecimento da população quanto às medidas de profilaxia contra as diversas endemias. (REVISTA PARA-MEDICO, 1922).

Devido às péssimas condições de saneamento do Estado no início do século XX, medidas necessitariam ser adotadas para modificar esse panorama. Ao lado deste cenário regional, o século XX revelaria um "lento e profundo processo de transformação do conhecimento médico e de seu mercado de trabalho", com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina levando-a à especialização franca, refletindo-se nos currículos dos cursos, e também pela introdução de equipamentos permitindo uma melhora na precisão diagnóstica (PEREIRA NETO, 2001. p.109-232). Isto tudo alteraria o modo de fazer medicina, iniciando a fase da "medicina tecnológica", cujo apogeu seria a partir dos anos 50 daquele século.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo foram analisados de forma qualitativa, assim, foi utilizado principalmente o método analítico-descritivo para o tratamento, organização, e apresentação sintética dos dados.

Segundo Minayo (2004), diz-se qualitativa por se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, um processo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e não apenas a realização de certas operações com as variáveis.

Segundo Triviños (1995, p. 110), descritivo é porque “exige do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados”. Para Gil (2002, p 42), “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de variáveis”.

Os dados foram dispostos em gráficos, quadros e figuras com vistas a proporcionar melhor visualização e compreensão em que foram estabelecidas algumas relações entre as variáveis utilizadas na pesquisa, ou seja, efetuou-se o confronto entre as variáveis que expressavam os resultados de incidências dos casos de HIV/AIDS no cenário do Estado do Pará com vistas a aferir a dimensão dos recursos disponíveis e utilizados nas ações de combate ao HIV/AIDS no Estado do Pará.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Criado em 1986 pelo Ministério da Saúde – MS, o departamento de DST, AIDS tornou-se referência mundial no tratamento e atenção a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, o departamento trabalha para reduzir a transmissão do HIV/AIDS fundamentadas nos direitos humanos e nos princípios e diretrizes do SUS.

As ações realizadas pela Vigilância em Saúde são fundamentais para a saúde pública da população, conforme mencionado na Cartilha de Gestão da Vigilância em Saúde /SESPA (2012, p.3):

[...] uma atuação efetiva do setor de Vigilância em Saúde desde o nível federal com a elaboração das diretrizes, do nível estadual com a assessoria e monitoramento e do nível municipal com a execução das ações, fará com que todas as etapas do Sistema de Saúde funcionem com possibilidade de resultados.

Segundo o Ministério da Saúde a Vigilância em Saúde é uma parte da saúde pública que deve ser desenvolvida a partir de problemas reais de uma área delimitada, integrando todos os setores, como o Planejamento e Rede do Processo de Avaliação.

Fundamentada na promoção da saúde entre indivíduos e grupos familiares através das ações das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, geridas à prevenção de riscos e doenças; e da atenção primária, onde são desenvolvidos os programas para realização das ações que devem alcançar os grupos populacionais de acordo com as orientações emanadas das análises epidemiológicas. (CARTILHA DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2012, p.07).

Portanto, as ações da Vigilância em Saúde ocorrem em todos os níveis de atuação do sistema de saúde nacional e da própria comunidade, já que tudo se inicia com a notificação de eventos, que incide na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença, risco ou surto, realizada por profissionais de saúde ou qualquer cidadão desencadeando o processo de investigação e a conseqüente adoção de medidas de intervenção necessárias.

Dessa forma, a atuação efetiva da área de Vigilância em Saúde é muito significativa, pois a partir dela é que depende o funcionamento direcionado, devidamente regulado e conseqüentemente, possibilitando o aumento das chances de diminuição das incidências das doenças e de seus riscos.

A Vigilância em Saúde é o eixo da Saúde Pública do Estado Pará que proporciona as bases para avaliação das medidas preventivas, fornecendo pistas para a investigação das causas de doenças transmissíveis e não transmissíveis, permitindo que se saibam as relações de causalidade entre os agravos e os problemas sociais, econômicos, ambientais, culturais, etc, possibilitando a atuação de outros segmentos no combate aos problemas de saúde.

Além disso, conforme a Cartilha de Gestão da Vigilância em Saúde (2012, p.4), também é atribuição da Vigilância Sanitária:

(...) estuda a distribuição dos óbitos e dos agravos a fim de traçar o perfil de saúde doença nas populações; realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas e desenvolve a vigilância epidemiológica.

Com essa organização de monitoramento e execução de ações, a prestação de assistência do SUS baseia-se na regionalização e da hierarquização, estabelecendo ações e procedimentos distintos, divididos como a atenção básica e o de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Assim, podem-se definir sistemas de informações, pagamentos, avaliações, controles e regulações, garantindo a resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

Dentre as ações que contribuem para as estratégias da Vigilância em Saúde encontramos: o DATASUS, SAE, SINAN e o SIM.

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. Dessa forma, o DATASUS utiliza a informatização das atividades do Sistema Único de Saúde - SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, sendo essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

Ao Departamento de Informática do DATASUS - SUS compete:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;
- IV - assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde;
- V - definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde;
- VI - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

Constata-se que o DATASUS é fundamental ferramenta de acompanhamento e controle aos gestores, para o monitoramento do sistema de informações e base de dados em saúde.

Corroborando com essas estratégias na saúde, o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS realiza ações de assistência e serviços ambulatoriais para prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Esses serviços possuem diferentes configurações institucionais como: ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST, HIV/AIDS. São administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS.

Esses serviços prestam um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS.

Nesse caso, torna-se oportuno lembrar o que a literatura indica através dos estudos de Campos (2011, p.25) de que:

(...) o cuidar da doença na fase aguda, que pouco a pouco começa a ser apoiada pelo Estado, mas que durante muito tempo se não confunde com Saúde Pública. A palavra saúde, na linguagem política da segunda metade do séc. XX, começa a ser usada para designar as políticas públicas associadas ao “completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social”, não apenas resultante de ausência de doença ou enfermidade e só então passa a englobar não só a saúde coletiva, mas também a dos indivíduos, das nações e agora a saúde global.

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e o diagnóstico precoce são as principais estratégias para a redução mortalidade e morbidade à AIDS. Portanto, é muito importante para a gestão em saúde conhecer as características e avaliar a qualidade destes serviços por meio de mecanismos de monitoramento e avaliação.

Por sua vez, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

As principais portarias do Ministério da Saúde que embasam a Vigilância em Saúde quanto ao SINAN (não paginado) são:

Portaria GM/MS Nº 3.252 de 25 de Janeiro de 2009: Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

Portaria GM/MS Nº 201, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010: Parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde.

Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de Janeiro de 2011;Essa Portaria notifica o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória e é utilizado pela Vigilância em Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

A utilização sistemática do SINAN, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) proporciona aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações relevantes para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças a partir das declarações de óbito coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A Base de Dados nacional gerada é administrada pela Secretaria de Vigilância em Saúde em cooperação com o DATASUS.

A operacionalização do sistema é composta pelo preenchimento e coleta do documento padrão, a Declaração de Óbito, sendo este o documento de entrada do sistema nos estados e municípios. Os dados coletados são de grande importância para as estatísticas de saúde à vigilância sanitária e análise epidemiológica.

Para o Ministério da Saúde (2013) esses serviços, contribuem para o processo saúde/doença na sociedade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das doenças e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e principalmente, fornecendo indicadores que subsidiem a gestão com o planejamento, administração e avaliação das ações de saúde

Mesmo assim, a epidemia de AIDS, no Brasil e no mundo tem suscitado uma grande mobilização não só dos governantes e profissionais da saúde, mas também da população em geral, principalmente, de lideranças que emergiram em Organizações Não Governamentais (ONG's) de solidariedade e defesa dos direitos de pacientes HIV positivos ou com AIDS. Essas organizações não governamentais constituem, sem dúvida, um fato sócio-político novas da mais alta importância.

Diante do exposto, Vitória (2007, p.121) delinea:

Por isso a Organização Mundial de Saúde – OMS tem colocado claramente a importância de se desenvolver estratégias focadas em modelos de saúde pública, principalmente uma abordagem baseada em evidência científica mais voltada ao impacto na população e não no indivíduo buscando intervenções simplificadas e padronizadas, buscando uma distribuição integrada e mais descentralizadas e também monitorando aspectos como, por exemplo, a taxa de resistência anti-retroviral em nível populacional.

Para o Ministério da Saúde (2013) os serviços ambulatoriais em HIV e AIDS são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Esses serviços possuem diferentes configurações institucionais,

também são administrados de diferentes formas por meio de municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS.

A Gestão do Programa de Combate do HIV/AIDS da Vigilância em Saúde representa a sociedade nos processos de análise e discussão das Políticas Públicas do setor em todo o país. A Participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas contribui para o exercício da cidadania e para o controle social.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) atualmente, a sociedade civil está representada, oficialmente, em duas comissões e nos conselhos de saúde, além dos vários grupos de movimentos sociais.

- 1 Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS)
- 2 Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)
- 3 Conselhos de Saúde (CNS) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013)

Diante dessas informações, perguntou-se a Diretoria de Vigilância em Saúde/SESPA, sobre os planejamentos das ações realizadas para o combate da AIDS no Estado do Pará, que esclareceu que esses programas são construídos conjuntamente pela equipe técnica da Coordenação Estadual de DST/AIDS/ SESPA, Organizações Governamentais e Não Governamentais, através de Oficinas de Trabalho.

Segundo a Diretora, essas Oficinas de Trabalho originam o Plano de Anual de Metas - PAM, que é apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para aprovação e posterior recebimento ao Incentivo, instituído através da Portaria Ministerial nº 2.313, desde dezembro de 2002, que é a modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do Sistema único de Saúde (SUS).

A gestora afirma ainda que esses repasses são realizados automaticamente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, constituídos em virtude da necessidade e da importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e AIDS:

(...) tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos em no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. O PAM deve estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (QUESTIONÁRIO, 2013).

Portanto, para uma adequada processo de acompanhamento e avaliação, constata-se a argumentação de Mintzberg (2004 apud RODRIGUES et al., 2011):

em alguns casos a estandardização de processos e qualificações é o método mais indicado para coordenar e controlar as atividades desenvolvidas em organizações com a dimensão e estabilidade da Administração Pública”.

Em seguida, perguntou-se a gestora de como ocorre o processo de avaliação, coordenação e controle dessas ações, a mesma respondeu que:

O Plano de Ações e Metas (PAM) possui um sistema de monitoramento, que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira do plano, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS e DST. Quadrimestralmente o instrumento de acompanhamento de metas é preenchido, de acordo com as metas programadas no respectivo Plano de Ações e Metas (PAM), e encaminhados ao PN-DST/AIDS/SVS/MS até 30 dias após o encerramento do quadrimestre em questão (QUESTIONÁRIO, 2013).

A mesma complementou dizendo que as informações prestadas em relação ao cumprimento das metas programadas são analisadas pelo PN-DST/AIDS/SVS/MS e, ao final do período de 12 meses, os Estados que não alcançam as metas previstas no PAM e não apresentam qualquer justificativa, seja através do sistema de monitoramento ou no momento do encerramento do período, estarão sujeitos às penalidades previstas, ou seja, bloqueio do repasse de recursos em desqualificação para o recebimento do incentivo.

Entende-se por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do incentivo, em caráter temporário, determinado por uma situação específica, em que, regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

Nesse sentido, considera-se a relevância as Políticas Nacionais de Saúde que acompanham e controlam as ações estratégicas do Plano de Ações e Metas, que através dessas afirmações só vem ratificar a importância do planejamento para as ações preventivas, de proteção, diagnóstico, tratamento e assistência do HIV/AIDS, ratificando Maximiano (2007, p.8) “(...) o processo de administrar compreende cinco processos principais interligados: planejamento, organização, liderança, execução e controle”.

Quando indagada sobre quais as Políticas Públicas de saúde necessárias para fomentar as ações de combate à AIDS, a gestora respondeu que:

As Políticas Públicas de Saúde já existem no Brasil, o que precisa é uma integração maior entre as Políticas, os Programas, as Ações de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo de forma ousada, inovadora e com forte articulação política as necessidades da população em relação às DST/HIV/AIDS (QUESTIONÁRIO, 2013).

Isto posto, se torna importante destacar o que Pereira (2010, p.86) ratifica:

A gestão da ética transita em um eixo bem definido, constituído por:
Valores éticos: representam a expectativa da sociedade quanto à conduta dos agentes públicos.
Normas de conduta é o desdobramento dos valores, funcionando como um caminho prático para que os valores explicitados sejam observados.
Administração: tem o objetivo de zelar pelos valores e pelas normas de conduta, assegurando sua efetividade.

A partir de dados coletados através do questionário aplicado à Diretora de Vigilância em Saúde/SESPA, foi revelado que a elaboração da programação anual de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e assistência das DST/HIV/AIDS do Estado do Pará, além da Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional, possuem parcerias com Organizações da Sociedade Civil - OSC, que são grupos, redes, fóruns, ONGs e movimentos sociais, que atuam em diversas áreas, inclusive no combate à epidemia de AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Ainda, segundo a Diretora de Vigilância em Saúde/SESPA as Políticas Públicas de Saúde que fomentam as ações de combate à AIDS já existem no Brasil. Mesmo assim, é necessária uma maior integração entre as Políticas, com programas e ações que atuem de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS, que contribuam de forma ousada e inovadora, com forte articulação política, para atender as necessidades da população em relação às DST/HIV/AIDS, de outra forma, a resposta governamental não seria possível sem as estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o SUS que estão sendo realizadas.

Ratifica-se que o direito à saúde é dever do Estado e esta, contemplado na Constituição Federal, já mencionado anteriormente, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no que diz respeito ao Tema I – Saúde Como Direito:

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e porte da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados da organização da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.(CONSTITUIÇÃO, 1988).

É importante ressaltar, que quando indagada sobre a razão da Gestão não ter em seus registros uma série histórica uniforme com os dados do combate ao HIV/AIDS no Estado do Pará, a Diretora de Vigilância Sanitária da SESPA, afirmou desconhecer essa situação e considera o acompanhamento bom dos casos no Estado, relata ainda que:

Existem registros desde o primeiro caso de AIDS tratado no Estado do Pará. “Registros estes encontrados nos prontuários da Unidade de Referência Especializada - URES em Doenças Infecto Parasitárias Especiais – URE-DIPE” (QUESTIONÁRIO, 2013).

Apesar do posicionamento da gestora, observou-se no transcurso desta pesquisa, a fragilidade das informações obtidas, no que diz respeito a uniformidade da série de dados nas informações, pois apesar da afirmação da gestora sobre a existência documental, esses dados somente estão disponíveis nos prontuários das URES. Seria interessante essa Diretoria também ter em seus arquivos, através de sua Coordenação Estadual do DST/AIDS/ SESPA, esses registros.

Outro aspecto importante a ser considerado é que os resultados da pesquisa estão apresentados neste trabalho através de gráficos, figuras e quadros para melhor sistematizar os resultados das observações realizadas visando atingir os objetivos propostos.

Assim, a partir das informações destacadas pela pesquisa através de dados obtidos pela SESPA por meio do Departamento de Vigilância Sanitária - Coordenação Estadual de DST/AIDS quanto aos casos da infecção pelo HIV/AIDS no Estado do Pará, no período de 1999 a 2011, verifica-se que em 1999 foram registrados 295 casos, no ano seguinte em 2000 houve somente um caso a mais, ou seja, 296. Em 2004 as notificações aumentaram para 967 registros. O ponto máximo foi o ano de 2008 com 1263 casos da infecção pelo HIV/AIDS no Estado do Pará, representando uma redução de 46,6% para o ano de 2011 quando foram notificados 700 casos (Gráfico 1).

Observa-se que o numero de notificações oscilaram durante o período. Por isso, a Coordenação Estadual do DST/AIDS deve conhecer melhor a epidemia em cada município, para poder traçar uma estratégia mais adequada, conforme o perfil da população.

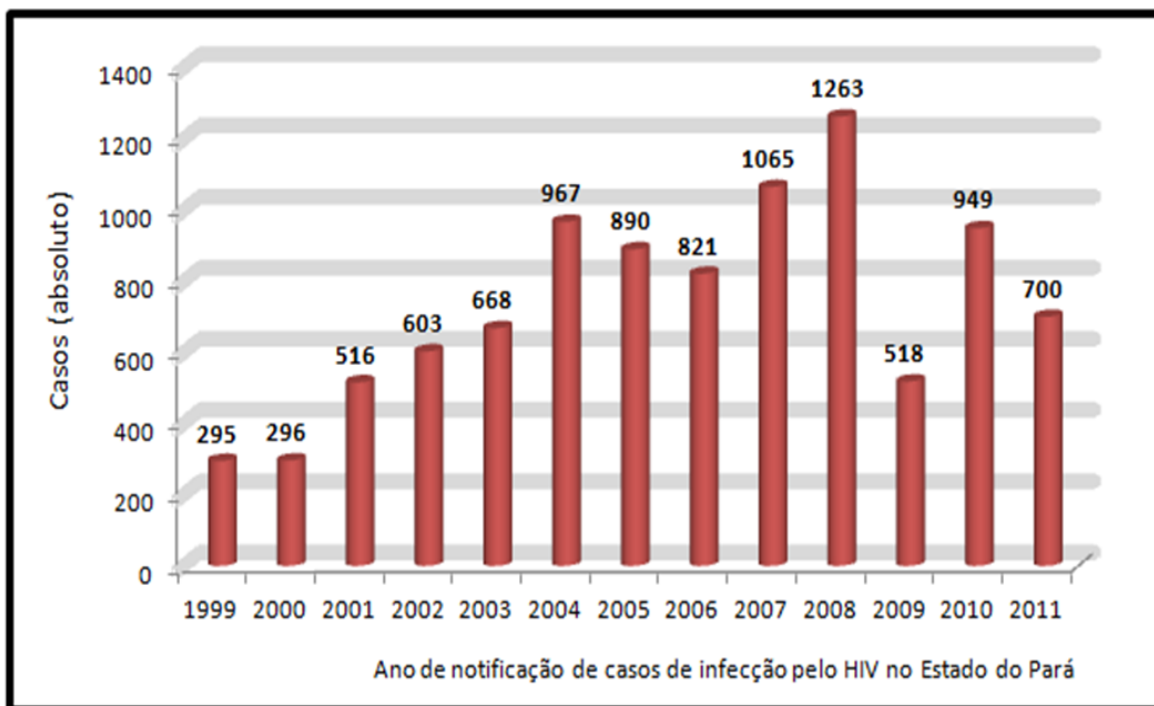


Gráfico 01- Série histórica de casos da infecção pelo HIV/AIDS no Estado do Pará, no período de 1999 a 2011.

Fonte: MS/SVS/Datasus/Sinan/DAB/Siclom/ Governo do Estado do Pará/ Coordenação Estadual do DST/AIDS/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Outro aspecto importante a ser analisado (Quadro 1) são os municípios do Estado do Pará que apresentaram os menores registros de caso de AIDS no período de 2006 a 2012. No ano de 2006 esses municípios não apresentaram nenhuma notificação. Porém, em 2007 os municípios de Afuá, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Curralinho e Trairão registraram 1 caso de AIDS em 2007. Em 2008 também houve registro de 1 caso em Aveiro e Belterra. Em 2009, somente o município de Palestina do Pará notificou 1 caso. Os municípios de Faro e Terra Alta apresentaram 1 caso de AIDS em 2010. Por fim, o município de Senador José Porfírio apresentou 1 caso em 2011 e Jacareacanga registrou 1 caso em 2012.

Pode-se entender que as ações realizadas nesses municípios estão sendo efetivas, porém, a gestão tem que estar sempre atenta, pois, a epidemia de AIDS é extremamente

volátil, adaptando-se e modificando-se rapidamente em função do perfil socioeconômico e cultural.

Diante do exposto, ratificam-se as considerações de Vitória (2007, p.107) “Não existe uma fórmula única em termos de prevenção e nem mesmo de uma forma única de tratamento para se enfrentar o problema”

Quadro 01 - Municípios do Estado do Pará com Menores Registros de AIDS -2006 a 2012

MUNICIPIOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Afuá	0	1	0	0	0	0	0
Aveiro	0	0	1	0	0	0	0
Belterra	0	0	1	0	0	0	0
Bom Jesus do Tocantins	0	1	0	0	0	0	0
Brejo Grande do Araguaia	0	1	0	0	0	0	0
Currálinho	0	1	0	0	0	0	0
Faro	0	0	0	0	1	0	0
Jacareacanga	0	0	0	0	0	0	1
Palestina do Pará	0	0	0	1	0	0	0
Senador José Porfírio	0	0	0	0	0	1	0
Terra Alta	0	0	0	0	1	0	0
Trairão	0	1	0	0	0	0	0

Fonte: SINANNET/DEPI/CVS/ Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Ao confrontar os casos de AIDS por sexo no período de 1985 a 2011 no Estado do Pará, (Gráfico 2), observa-se claramente em números absolutos, que atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres.

No período que compreende os anos de 1985 a 1988 foram registrados 1146 ocorrências no sexo masculino contra 321 no sexo feminino, com o maior numero de casos do período. O ano de 1999 apresentou o menor número de casos, ou seja, 190 casos masculinos e 105 femininos. O ano de 2008 notificou 754 casos masculinos e 509 femininos, sendo o segundo ano com maior número de casos. Em 2010 houve uma pequena redução em relação ao ano de 2008 com 591 casos no sexo masculino contra 387 no feminino. Em 2011, o numero de ocorrências no sexo masculino foi de 438 casos notificados, que correspondem a 61%, em relação aos 282 registros (39%) do sexo feminino (Gráfico 2).

Apesar dos números nota-se que atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos.

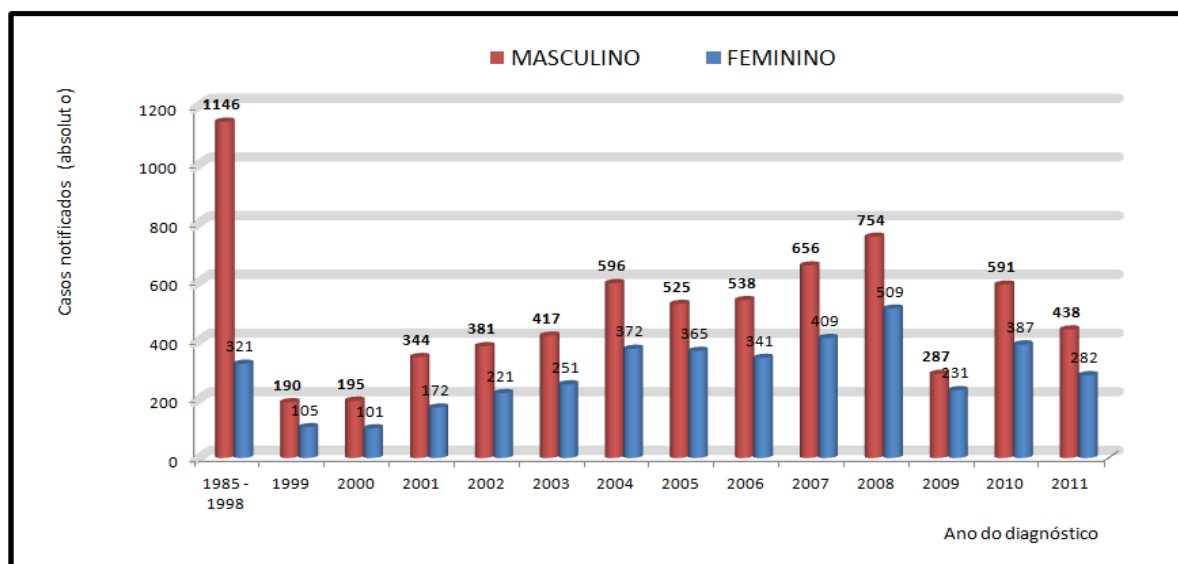


Gráfico 02 - Casos de AIDS conforme o sexo, no período de 1985 a 2011.

Fonte:MS/SVS/Datasus/Sinan/DAB/Siclom/SIM/Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Dessa maneira, pode-se visualizar no Gráfico 3 (na próxima página) que não há significativas diferenças quanto a idade nos casos de AIDS conforme faixa etária e sexo no ano de 2011 em relação ao Gráfico anterior (Gráfico 2).

Tendo em vista este demonstrativo gráfico, cabe aqui destacar que na faixa etária de 40 a 49 anos, o sexo masculino apresenta uma insignificante elevação na taxa de incidência em relação ao sexo feminino. Posteriormente, percebe-se que na fase adulta o sexo masculino a partir dos 60 anos, corresponde a 66% em relação aos 34% do sexo feminino, quando há uma redução significativa, em relação à faixa etária anteriormente mencionada.

A faixa etária em que a AIDS é mais incidente no sexo feminino é a de 25 a 29 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos onde o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. Segundo o Ministério da Saúde (2013) em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV.

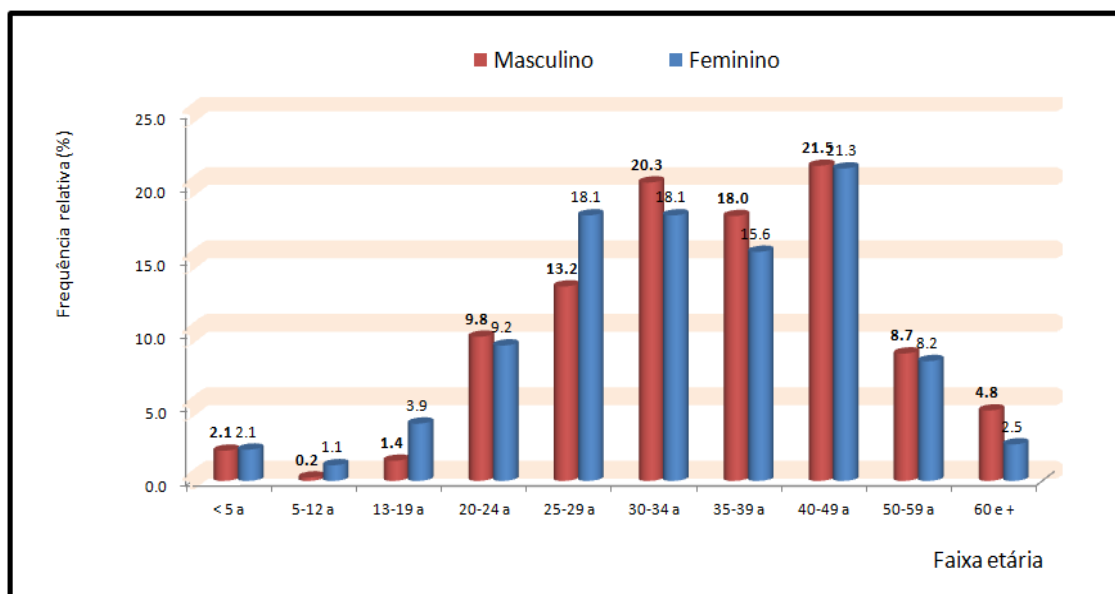


Gráfico 03- Casos de AIDS conforme faixa etária e sexo – 2011

Fonte:MS/SVS/Datasus/Sinan/DAB/Siclom/SIM/Coordenação Estadual do ST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

No que tange à frequência de notificações segundo o sexo ao longo do período de 2008 a 2012. O número de notificações do sexo masculino no Estado do Pará apresentou tendência de queda no transcorrer do período (Quadro 2). A cada ano, houve queda no número de casos notificados, as quais apresentaram 628 casos em 2008 contra 461 casos em 2012, conforme apresentado na página seguinte.

Por sua vez, a análise quanto ao sexo feminino mostra que em 2009 houve 513 notificações. O ano de 2012 apresentou uma diminuição no número de registros, ou seja, de 280 casos que representou uma queda de 20% em relação a 2009.

Deve-se ressaltar que o ano com maior número de notificações para ambos os sexos foi o de 2009 com 1.111 casos. O ano de 2012 apresentou 741 casos para ambos os sexos.

Quadro 02- Investigação de AIDS Adulto – Frequência por Ano da Notificação segundo Sexo (2008 a 2012).

Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Masculino	628	598	593	500	461	2.780
Feminino	405	513	398	343	280	1.939
TOTAL	1.033	1.111	991	843	741	4.719

Fonte: Sinan Net/Coordenação Estadual do ST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA. Adaptado pela Autora.

Para avaliar a Incidência de AIDS em crianças menores de 5 anos no Estado, foram utilizadas as variáveis de média, limite inferior e limiar epidemiológico da taxa de incidência por 100 mil habitantes, no período de 2000 a 2011. Em 2000 a taxa de incidência foi de 1,41. O Estado ultrapassou o limiar epidemiológico no ano 2008 com uma Incidência de 4,07, com significativa redução de 2009 com 0,01, ou seja, abaixo do limite inferior. Em 2010 houve um acréscimo acima da média de 2,48, acompanhado de um decréscimo em 2011 com incidência de 1,60 ficando entre a média e o limite inferior (Gráfico 4).

Vale ressaltar, que o acesso à assistência é um sério problema de saúde para a população do Brasil, porém torna-se mais difícil para a região Norte do país onde as distâncias e as carências contribuem para a peregrinação e para a manutenção de indicadores aferidas através dos dados epidemiológicos.

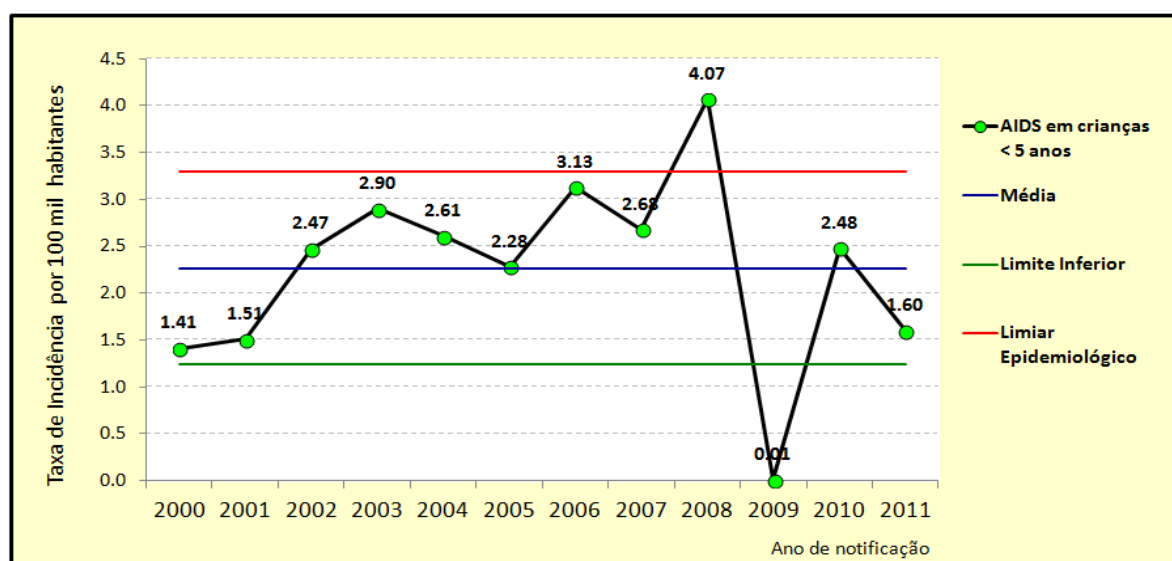


Gráfico 04- Incidência de AIDS em crianças menores de 5 anos, no período de 2000 a 2011.

Fonte: Sinan Net/Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Em outra análise, desta vez confrontando o número de Detecção X Mortalidade de AIDS (Gráfico 5), com os registros realizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, onde houve no período de 2006 a 2012, um total de 4852 informações, sendo 516 somente em 2012 e pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, foram registrados no mesmo período, um total de 2599 informações sobre mortalidade, com 159 registros somente em 2012.

Na realidade, pode-se observar que, felizmente, com exceção do ano de 2006, as notificações do SINAN transpuseram-se às informações de óbitos coletadas pela Divisão de Vigilância Sanitária por meio do SIM, oportunizando ações específicas pela Coordenação Estadual do DST/AIDS/ SESPA no combate a AIDS no Estado do Pará. Mesmo assim, verifica-se que o numero de informações sobre óbitos aumentou em todo o período. Conforme revisão da literatura Bastos, Galvão, Pedrosa e Parker (1994, p.16):

Este elo, porém, não liga apenas índices estatísticos a objetos passivos, mas antes a comunidades vivas que se organizam para reagir à AIDS e descobriram formas novas de atuar multiplamente diante da epidemia; em face da transmissão, da progressão da doença, do luto das perdas, das pressões para mais pesquisas e deliberação de drogas terapêuticas, foram promovidas ações diretas com os vários implicados na luta anti-AIDS.

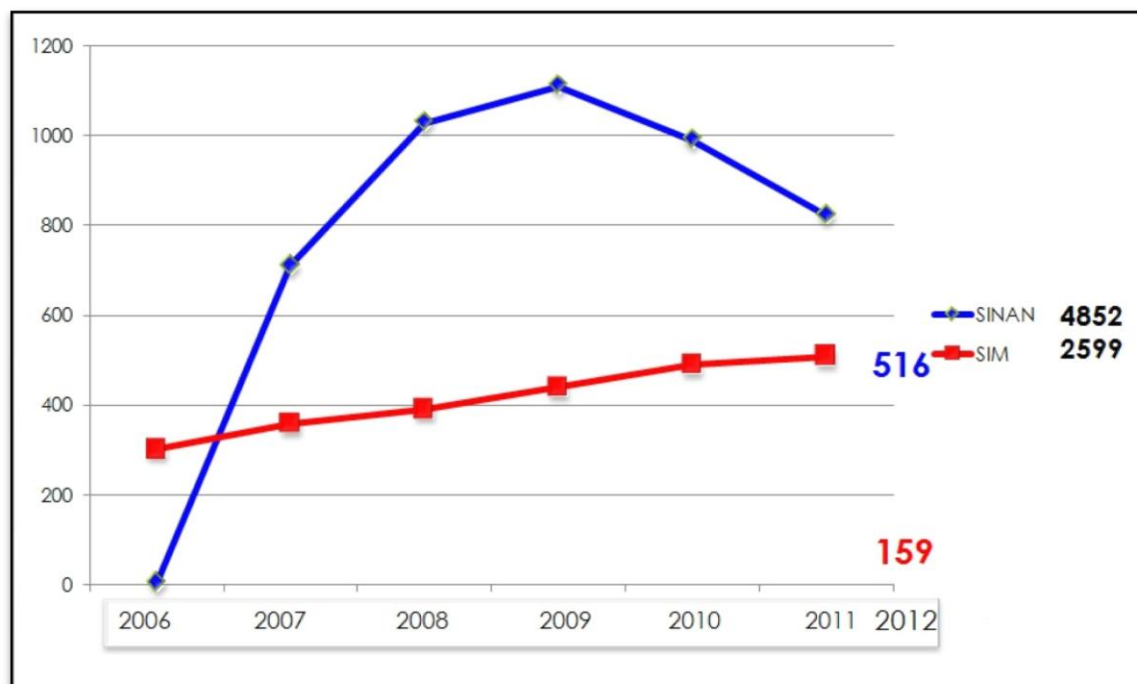


Gráfico 05 - Detecção X Mortalidade – AIDS no período de 2006 a 2012

Fonte: SIM E SINANET/DEPI/CVS/Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA Dados: Atualizados em 17/04/2012

Ao acompanhar a mortalidade por AIDS no Estado do Pará no período de 2006 a 2012 (Quadro 3), constata-se que as faixas etárias de 20 a 49 anos, foram as que mais apresentam registros de mortes em todo o estado. O ano de 2011 foi onde a faixa etária em questão apresentou o maior número de mortalidade. Em 2012 houve uma significativa redução de mortalidade em relação aos anos anteriores. Observa-se, que é a partir de 80 anos que o número de mortalidade por AIDS tem um decréscimo expressivo, durante os anos de 2006 a 2012. Segundo a Diretora da Divisão de Vigilância Sanitária, essa redução está vinculada às ações estratégicas realizadas pelo atual Governo do Estado para a redução do número de casos.

A Diretora de Vigilância em Saúde/SESPA ressalta que esses números refletem os programas de combate do HIV/AIDS no Estado do Pará, quanto à redução da prevalência da infecção pelo HIV com maior acessibilidade da população para a realização da testagem anti-HIV; realização de campanhas de sensibilização do HIV/AIDS; a integração com outras Secretarias do Estado nas ações de prevenção às DST/HIV/AIDS, como a Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE.

Mais uma vez, confirma-se por meio da literatura de Figueiredo, Machado e Tonini (2004, p.232 e 233):

Desde então o vírus HIV atinge não somente o sistema imunológico dos indivíduos que o portam no organismo, mas reflete em todo o contexto de vida dessas pessoas (relacional, emocional, profissional, familiar, etc.), das pessoas que as rodeiam (familiares, amigos, profissionais de saúde, etc.) e da própria sociedade. Assim ser soropositivo para HIV é ao mesmo tempo trazer no corpo e na mente as marcas de uma doença socialmente repugnante.

Quadro 03- Mortalidade por AIDS no Estado do Pará por Ano e Faixa etária (2006 a 2012).

ANOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
< 01	5	2	7	3	6	3	1
01 a 04	2	4	8	5	2	1	0
05 a 09	0	1	2	3	5	2	0
10 a 14	1	3	5	1	2	1	1
15 a 19	6	5	4	4	4	8	0
20 a 29	74	84	83	94	97	102	18
30 a 39	96	138	137	146	171	182	36
40 a 49	78	77	90	121	116	119	34
50 a 59	29	32	41	40	61	64	14
60 a 69	6	9	10	16	21	15	9
70 a 79	5	3	2	5	4	6	1
80 e +	0	0	1	1	0	3	0
Ignorado	0	0	0	0	0	1	0

Fonte: SINANET/DEPI/CVS/SESPA/ Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Outra informação obtida através da aplicação do questionário, no que diz respeito em relação aos resultados das ações de enfrentamento da AIDS no Estado é a descentralização dos serviços, foi informado pela Diretora que atualmente existem: 67 Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA's implantados no Estado do Pará, 45 Serviços de Assistência Ambulatoriais Especializados - SAE's, 02 Referências Especializadas no atendimento ao paciente HIV/AIDS, Unidade de Acolhimento Temporário ao paciente HIV/AIDS, Rede Laboratorial, Parceria com outras Secretarias, Plano Estadual de Prevenção e Controle da Sífilis, Lipodistrofia para os pacientes HIV/AIDS que apresentam perda de gordura na face, braços e pernas de pessoas soropositivas que estão utilizando a terapia antirretroviral.

A Diretora de Vigilância em Saúde/SESPA considera que os serviços prestados à comunidade são bons, mesmo avaliando como regular os impactos dessas ações no combate a AIDS em benefício a população do Estado do Pará.

Portanto, diante dessa declaração percebe-se uma dissonância entre as declarações e os resultados dessa Gestão, que mesmo avaliando como regulares os benefícios do impacto das ações, considera como bons os serviços prestados a comunidade.

Por conseguinte, em relação à análise feita sobre requisições cadastradas, realizadas nos períodos de 2011 e 2012 realizadas pelos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS – SICTA que alimentam o sistema regularmente no Estado do Pará observa-se que houve uma diminuição das requisições de triagem sorológica de menos de 54% no ano de 2012 em relação ao ano de 2011. Em 2012 houve um declínio de menos 46% nos resultados reagentes ou inclusivo no teste de HIV (Quadro 4).

Esses números mostram que a SESPA deve incrementar as ações realizadas pela SICTA através de campanhas de sensibilização quanto ao HIV/AIDS, para que a população possa ter maior conhecimento e uma maior acessibilidade quanto aos serviços disponíveis pelo Estado.

Quadro 04 - Casos de HIV notificados pelo Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS – SICTA - 2011 a 2012.

Mês	Janeiro / 2011 a Dezembro / 2011						Janeiro / 2012 a Dezembro / 2012					
	Requisições			HIV (Reagente)			Requisições			HIV (Reagente)		
	Mas	Fem	Total	Mas	Fem.	Total	Masc.	Fem	Total	Mas	Fem	Total
Jan	1099	2354	3453	90	50	140	1076	2850	3926	94	50	144
Fev	878	2157	3035	78	40	118	1188	2843	4031	77	31	108
Març	1705	3419	5124	81	52	133	1037	3138	4175	85	75	160
Abr	1078	2750	3828	78	41	119	816	2459	3275	53	37	90
Mai	1652	4003	5655	85	65	150	1079	3038	4117	53	45	98
Jun	1468	3521	4989	70	42	112	871	2269	3140	54	28	82
Jul	1206	2859	4065	67	38	105	734	1965	2699	60	48	108
Ago	1643	3944	5587	80	61	141	896	2096	2992	97	53	150
Set	1161	3020	4181	80	58	138	913	2309	3222	54	39	93
Out	1110	3035	4145	70	46	116	967	2824	3791	37	44	81
Nov	894	2675	3569	58	59	117	1100	3574	4674	53	30	83
Dez	956	2188	3144	65	41	106	656	1863	2519	38	21	59
TOTAL	14850	35925	50775	902	593	1495	11333	31228	42561	755	501	1256

Fonte: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Durante a pesquisa realizada, na Divisão da Vigilância em Saúde/SESPA, foram identificados programas através de um planejamento em saúde realizados pelo Governo do Estado, através da Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA, visando uma melhor assistência à saúde no Estado do Pará. Dentre eles, foi identificada a regionalização por meio de uma configuração territorial em Regiões de Saúde, que levou em consideração, além de outros fatores, a capacidade instalada e operacional dos sistemas de saúde municipais e as referências regionais e estaduais, assim como as possibilidades de acesso da população paraense aos serviços existentes ou que possam ser implantados ou expandidos.

A partir de dados obtidos pela Gestora, durante aplicação de questionário, quanto à mensuração dos dados obtidos pela Gestão no combate a AIDS no Estado do Pará, através das regionalizações de saúde, composta pela SESP, também é considerada como boa.

Com as regionalizações de saúde, ratificam-se os valores assegurados na Constituição Federal do Brasil (1988) em que a saúde foi contemplada na Constituição através do Título – Da Ordem Social, Capítulo I – Disposição Geral, Seção II – Da Saúde, nos Artigos 196 até 200, que diz:

(...) que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao seu acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

A regionalização do estado compreende Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés, Marajó, Tocantins, Baixo Amazonas, Tapajós, Xingu, Lago de Tucuruí, Carajás e Araguaia (Figura 1).

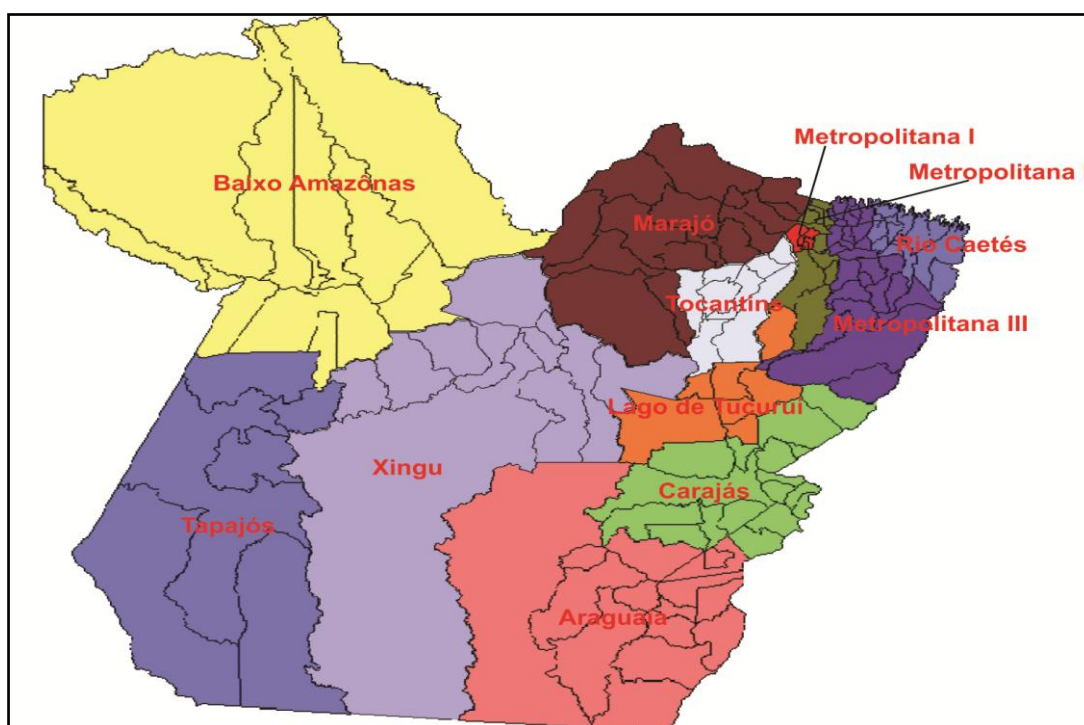


Figura0 1- Regiões de saúde do Estado do Pará.

Fonte: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

As estratégias de acesso à testagem para o HIV têm sido estruturadas, objetivando resguardando o sigilo, a confidencialidade e a liberdade de escolha, como valores intrínsecos

ao processo. Nesse contexto, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS (Ministério da Saúde/Governo do Estado do Pará) também estimulou, os Centros de Testagem e Aconselhamento -CTA, oferecendo a testagem gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade.

Desde então, 58 municípios paraenses, ou seja, 41% de seu total foram contemplados com CTA implantados no Estado do Pará (Figura 2), de forma a ampliar o acesso da população paraense à testagem, priorizando os segmentos populacionais mais vulneráveis, enquanto os demais 85 municípios (59%) não possuem cobertura de CTA.

Constata-se através dessas informações, que a cobertura dos CTA's é muito baixa e que o Estado deve rever as necessidades de acesso aos serviços fundamentais no combate ao HIV/AIDS à população, pois suas necessidades são muito maiores.

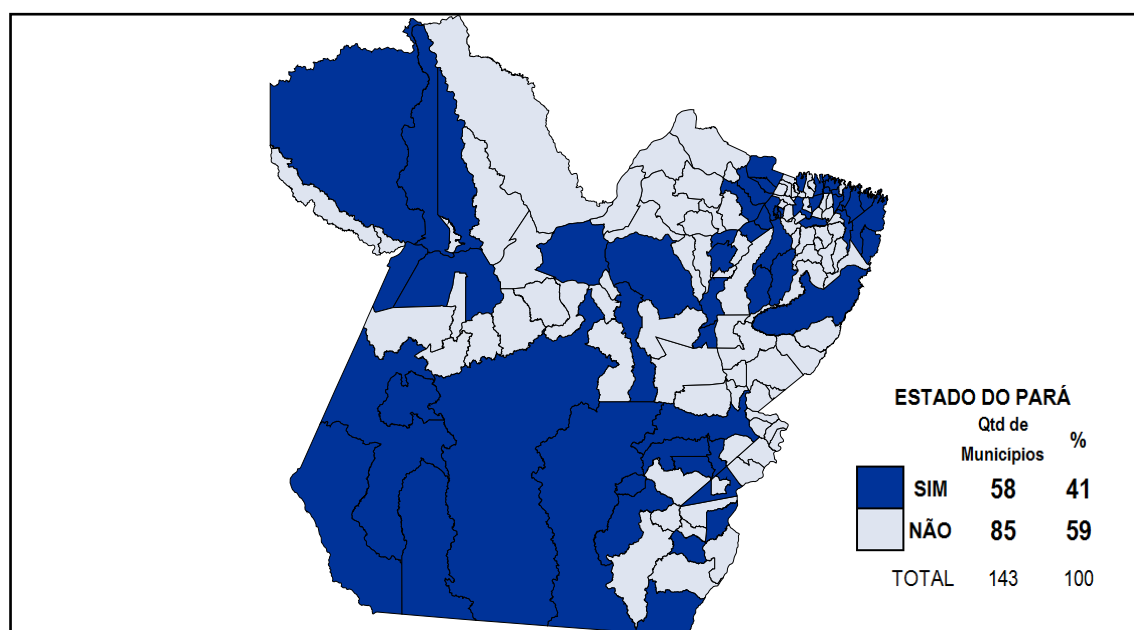


Figura0 2- Quantidade de municípios no Estado do Pará com Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA implantados.

Fonte: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

O Serviço de Assistência Especializada - SAE em HIV/AIDS são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre

outros. Mais uma vez, verificou-se na pesquisa, que do universo dos 143 municípios do Estado, somente 16 (11%) contemplam o serviço contra 127 municípios (89%) que não possuem esse tipo de serviço (Figura 3).

Sem dúvida essa é mais uma lacuna a ser preenchida pela Gestão do Governo do Estado do Pará em relação a saúde pública, em especial quanto as ações necessárias contra o HIV/AIDS, pois é um direito garantido na Constituição Federal.

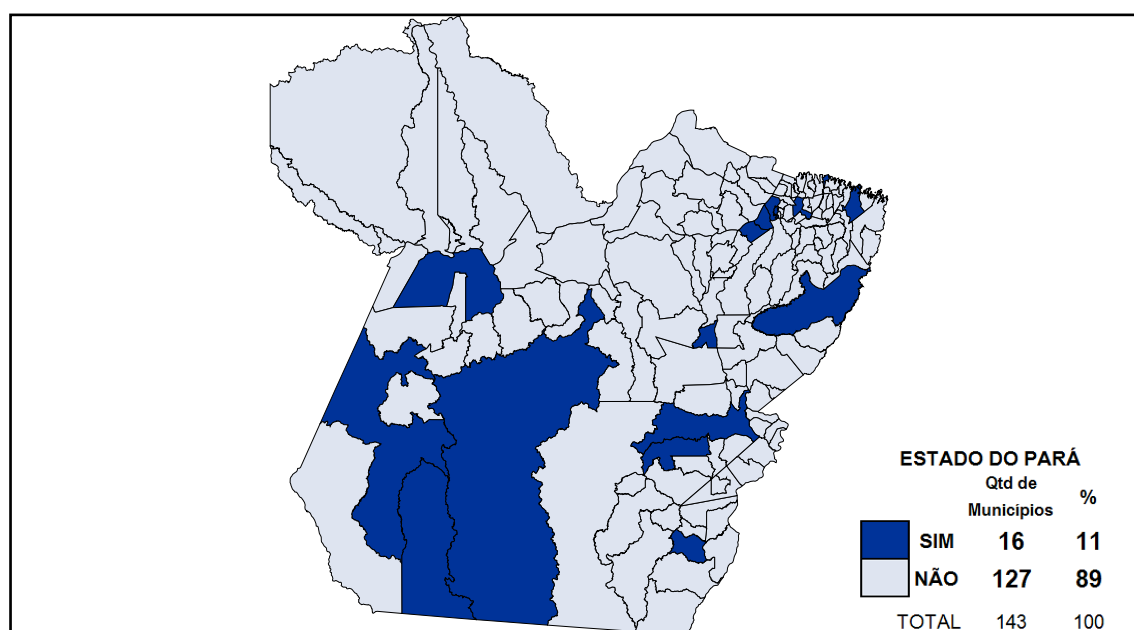


Figura 03- Serviço de Assistência Especializada - SAE em HIV/AIDS implantados no Estado do Pará.

Fonte: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

As Maternidades Projeto Nacer é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que, em parceria com os governos estaduais, tem por objetivo reduzir a transmissão vertical do HIV para criança cujas mães não realizaram a testagem para essas duas doenças durante o pré-natal. Os casos positivos são acompanhados e recebem orientação, medicação e aleitamento artificial fornecido também pelo projeto, já que o aleitamento materno é contraindicado para casos de crianças nascidas de mães positivas de HIV.

Ao investigar o número de Maternidades do Projeto Nacer implantados no Estado do Pará, observa-se que dentre os 143 municípios do Estado do Pará, apenas 22 foram contemplados com o projeto, correspondendo a apenas 15% do estado, contra os 121 municípios que não possuem nenhuma maternidade (85%). Estes números ratificam o grande

desafio da SESPA para disseminar um projeto fundamental para a redução de casos de AIDS no estado do Pará (Figura 4).

Ratifica-se através da literatura que:

A AIDS é a primeira epidemia internacional a ocorrer na era moderna dos direitos humanos, pela primeira vez, os profissionais de saúde pública estão diante de um padrão duplo na elaboração e implementação dos programas de saúde pública, nestes casos destinados a prevenir a transmissão do HIV. Os programas precisam ser eficazes em termo de saúde pública, mas, além disso, tem que respeitar e responder as normas de direitos humanos. Tomasevski; Grunskins; Lazzarini (1993, p.242):

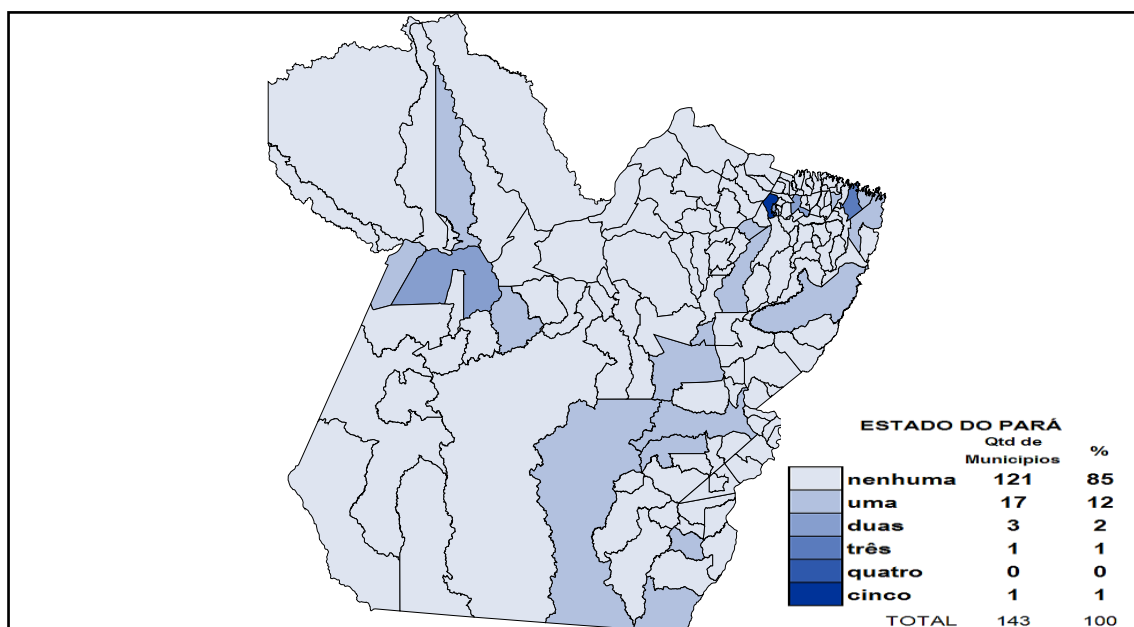


Figura 04- Maternidades do Projeto Nascer no Estado do Pará

Fonte: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.

Conforme dados coletados através do questionário aplicado à Diretora de Vigilância em Saúde/SESPA, os repasses financeiros são realizados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS à SESPA, de acordo com a necessidade das ações estratégicas para implementar as Política Nacional de DST e HIV/AIDS.

De acordo com informações obtidas no Fundo Estadual de Saúde – FES, todos os repasses referentes ao mês de dezembro, são sempre realizados no mês de janeiro do exercício posterior (Quadro 5).

Outra informação do FES foi que por determinação do Ministério da Saúde, os repasses que antes eram realizados mensalmente, ficaram sendo transferidos aos Estados quadrimestralmente a partir de maio de 2010, para que as ações de combate ao HIV/AIDS fossem realizadas de maneira mais eficiente. Razão pelo qual, os repasses, para a ação de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST, passaram a ser quadrimestrais (Quadro 5).

Quadro 05- Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2010.

Ações/Serviço/ Estratégia	Competência	Tipo de Repasse	Valor (R\$)	Valor Total Líquido (R\$)
Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente expostas ao HIV	05/2010	Estadual	37.128,00	37.128,00
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST	12/2009*		61.131,60	769.710,75
	01/2010		61.131,60	
	02/2010		60.437,15	
	03/2010		60.437,15	
	04/2010		60.437,15	
	05/2010		241.748,61	
	09/2010		224.387,49	
TOTAL			806.838,75	806.838,75

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) Acessado em 29/08/2013

Adaptado pela Autora

Notas:

* Valor referente à competência do mês 12/2009.

No exercício de 2011 foi repassado o valor total de R\$ 787.668,48 dessa vez, mesmo com repasses destinados às Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/AIDS, houve um decréscimo no valor (Quadro 6).

Quadro 06 - Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2011

Ações/Serviço/ Estratégia	Competência*	Tipo de Repasse	Valor (R\$)	Valor Total Líquido (R\$)
Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/AIDS	09/2011	Estadual	4.833,33	4.833,33
Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente expostas ao HIV	01/2011		37.128,00	74.256,00
	09/2011		37.128,00	
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST	01/2011		236.193,05	708.579,15
	05/2011		236.193,05	
	09/2011		236.193,05	
TOTAL			787.668,48	787.668,48

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) Acessado em 29/08/2013

Adaptado pela Autora

Notas:* Competências referentes aos quadrimestres.

Contudo, em 2012 houve um repasse no valor de R\$ 890.268,48, portanto houve um aumento no total das ações e metas propostas pela SESPA, em relação ao ano anterior (Quadro 7).

Quadro 07 - Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2012

Ações/Serviço/ Estratégia	Competência*	Tipo de Repasse	Valor (R\$)	Valor Total Líquido (R\$)	
Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/AIDS	01/2012	Estadual	4.833,33	105.633,33	
	05/2012		16.800,00		
	05/2012		33.200,00		
	09/2012		50.800,00		
Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente expostas ao HIV	01/2012		37.128,00	74.256,00	
	09/2012		37.128,00		
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST	01/2012		236.193,05	709.579,15	
	05/2012		800,00		
	09/2012		236.193,05		
Incentivo para Casa de Apoio de HIV/AIDS	05/2012			800,00	800,00
TOTAL			890.268,48	890.268,48	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) Acessado em 29/08/2013

Adaptado pela Autora

Notas:

* Competências referentes aos quadrimestres.

Por fim, em 2013, no exercício corrente de acordo com as informações obtidas pelo Fundo Nacional de Saúde, até o dia da pesquisa o valor repassado foi de R\$ 611.114,10 (Quadro 8).

Quadro 08 - Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – Exercício 2013

Ações/Serviço/ Estratégia	Competência**	Tipo de Repasse	Valor (R\$)	Valor Total Líquido (R\$)
Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/AIDS	01/2013	Estadual	50.800,00	101.600,00
	05/2013		50.800,00	
Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente expostas ao HIV	01/2013		37.128,00	37.128,00
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST	01/2013		236.193,05	472.386,10
	05/2013		236.193,05	
TOTAL			611.114,10	611.114,10

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) Acessado em 29/08/2013

Adaptado pela Autora

Notas:

* Até o dia 29/08/2013 as 13:56

* *Competências referentes aos quadrimestres.

Nos quatro anos da série histórica delimitado pela pesquisa, compreendendo o período de 2010 a 2013, o montante de repasses de recursos destinados aos investimentos para ações de combate ao HIV/AIDS, ficou em R\$ 3.095.829,81.

Verifica-se que houve uma variação no montante dos recursos repassados Fundo a Fundo, sendo que o maior volume de recursos transferidos foi no ano de 2012, e o menor, em 2013, em função da data da pesquisa realizada, pois segundo informações do Fundo Nacional de Saúde – FNS os valores são transferidos a SESPA sempre no fim do mês de cada quadrimestre. (Quadro 9).

Quadro 09 - Evolução dos valores financeiros Repasses Fundo a Fundo do Ministério da Saúde ao Estado do Pará para ações de combate ao HIV/AIDS – 2010 a 2013.

Ano	Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/AIDS	Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente expostas ao HIV	Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outros DST	Incentivo para Casa de Apoio de HIV/AIDS	Valor Total R\$)
2010	-	37.128,00	769.710,75	-	806.838,75
2011	4.833,33	74.256,00	708.579,15	-	787.608,48
2012	105.633,33	74.256,00	709.579,15	800,00	890.268,48
2013	101.600,00	37.128,00	472.386,10	-	611.114,10*
TOTAL	212.066,66	222.768,00	2.660.255,15	800,00	3.095.829,81**

Fonte: Baseado nos Dados do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br)

Acessado em 29/08/2013

Adaptado pela Autora

NOTA:

* valores repassados até o dia 29/08/2013 as 13:56.

** valor não atualizado monetariamente.

Segundo o GT/Orçamento/NISPLAN/SESPA, após o repasse automático do Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Fundos Estaduais de Saúde, o GT/Orçamento destina os recursos para fazer face às despesas com as ações/serviços específicas no combate ao HIV/AIDS pela Divisão em Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA.

Assim, o Quadro 10, mostra os valores pagos nas atividades desenvolvidas pela Divisão em Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará, no ano de 2010, totalizando o valor de R\$ 1.546.982,96.

Quadro 10 - Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2010.

Elemento de Despesa	Projeto Atividade	Pago (R\$)
Contribuições	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	76.873,70
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	256.488,10
Outros Serviços de Terceiros- Pessoa Jurídica	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	152.606,32
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	86.249,50
Equipamentos e Material Permanente	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	64.819,77
Equipamentos e Material Permanente	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	164.836,56
Despesas de Exercícios Anteriores	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	39.378,34
Contribuições	Modernização da Gestão da Saúde	20.000,00
Diárias - Civil	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	307.212,50
Material de Consumo	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	4.564,00
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	13.968,00
Outros Serviços de Terceiros- Pessoa Jurídica	Formação e Educação Permanente na Saúde	4.750,05
Obrigações Tributárias e Contributivas	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	480,00
Diárias - Civil	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	45.858,00
Material De Consumo	Implementação dos Serviços De Atenção Básica	120.626,80
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	2.081,32
Despesas de Exercícios Anteriores	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	1.050,00
Indenizações e Restituições	Implementação dos Serviços De Atenção Básica	5.212,00
Contribuições	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	149.928,00
Contribuições	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	30.000,00
TOTAL		1.546.982,96

Fonte: GT Orçamento/NISPLAN/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde/SESPA Adaptado pela Autora.

Através do Quadro 11, pode-se observar a Execução Orçamentária Financeira das despesas realizadas em 2011, somando o total de R\$ 679.204,88.

Quadro 11 - Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2011.

Elemento de Despesa	Projeto Atividade	Pago (R\$)
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	53.159,97
Despesas de Exercícios Anteriores	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	19.542,93
Indenizações e Restituições	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	91.200,00
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	47.859,00
Diárias - Civil	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	192.745,50
Equipamentos e Material Permanente	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	64.711,56
Material de Consumo	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	124.779,36
Outros Serviços de Terceiros- Pessoa Jurídica	Implementação dos Serviços de Atenção Básica	85.206,56
TOTAL		679.204,88

Fonte: GT Orçamento/NISPLAN/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde/SESPA Adaptado pela Autora.

O Quadro 12 (na página seguinte) apresenta a Execução Orçamentária Financeira das despesas realizadas em 2012, onde houve um aumento no total pago pela SESP, em relação ao ano anterior, somando o total de R\$ 803.672,47.

Quadro 12 - Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2012

Elemento de Despesa	Projeto Atividade	Pago (R\$)
Indenizações e Restituições	Implementação de Serviços da Atenção Primária.	4.005,46
Material de Consumo	Implementação de Ações de Educação Permanente	700,00
Diárias - Civil	Implementação de Ações de Educação Permanente	8.847,00
Diárias - Civil	Implementação de Serviços da Atenção Primária	134.493,50
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Serviços da Atenção Primária	31.198,50
Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	Implementação de Serviços da Atenção Primária	20.111,96
Equipamentos e Material Permanente	Implementação de Serviços da Atenção Primária	12.066,00
Material de Consumo	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	79.200,00
Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	Implementação de Ações de Educação Permanente	6.800,00
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação de Serviços da Atenção Primária	41.267,56
Contribuições	Implementação de Serviços da Atenção Primária	217.580,00
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação de Serviços da Atenção Primária	584,91
Material de Consumo	Implementação de Serviços da Atenção Primária	173.995,16
Passagens e Despesas com Locomoção	Implementação de Ações de Educação Permanente	22.099,74
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	472,50
Despesas de Exercícios Anteriores	Implementação de Serviços da Atenção Primária	20.527,68
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Ações de Educação Permanente	2.047,50
Diárias - Civil	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	27.675,00
TOTAL		803.672,47

Fonte: GT Orçamento/NISPLAN/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA
Adaptado pela Autora.

A Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2013 (Quadro 13) somam, até a data da pesquisa realizada, o valor de R\$ 317.192,72, o que justifica o valor bem abaixo do ano anterior.

Quadro 13 - Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – AIDS /2013

Elemento de Despesa	Projeto Atividade	Pago (R\$)
Material de Consumo	Implementação de Ações de Educação Permanente	2.997,50
Diárias – Civil	Implementação de Serviços da Atenção Primária	148.136,50
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Serviços da Atenção Primária	5.989,50
Equipamentos e Material Permanente	Implementação de Serviços da Atenção Primária	22.711,00
Passagens e Despesas Com Locomoção	Implementação de Serviços da Atenção Primária	14.295,92
Contribuições	Implementação de Serviços da Atenção Primária	90.400,00
Material de Consumo	Implementação de Serviços da Atenção Primária	4.062,50
Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	Implementação de Serviços da Atenção Primária	12.850,00
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Implementação de Ações de Educação Permanente	1.732,50
Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	13.600,00
Material De Consumo	Implementação de Ações de Media e Alta Complexidade	417,30
TOTAL		317.192,72

Fonte: GT Orçamento/NISPLAN/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA (29/08/2013). Adaptado pela Autora.

Em outra análise (Quadro 14), desta vez confrontando o montante dos Valores Financeiros repassados pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará com os Valores da Execução Orçamentária Financeira/SESPA para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA, compreendendo período de 2010 a 2013, pela Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria

de Estado de Saúde Pública – SESPA no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará (Quadro 14), observa-se que o montante de repasses de recursos financeiros destinados aos investimentos para ações de combate ao HIV/AIDS, realizados Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará foi de R\$ 3.095.829,81. Constatase que o valor total pago da Execução Orçamentária Financeira, ficou em R\$.3.347.053,03, ou seja, os valores pagos são superiores, aos repasses realizados a Coordenação Estadual do DST/AIDS.

Quadro 14 - Evolução do Valor Financeiro Total Repassado Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará X Valores da Execução Orçamentária Financeira para ações de combate ao HIV/AIDS/SESPA – 2010 a 2013.

Ano	Valor Financeiro Total Repassado Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará (R\$)	Valor Total da Execução Orçamentária Financeira Pago (R\$)	Valor Total da Execução Orçamentária Financeira Pago (%)
2010	806.838,75	1.546.982,96	66%
2011	787.608,48	679.204,88	46%
2012	890.268,48	803.672,47	47%
2013	611.114,10	317.192,72	34%
TOTAL	3.095.829,81	3.347.053,03	52%

Fonte: Baseado nos dados do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) Acessado em 29/08/2013
GT Orçamento/NISPLAN/Governo do Estado do Pará/Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA.
Adaptado pela Autora.

Verifica-se também, que houve uma variação no montante dos recursos repassados Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde, sendo que o maior volume de recursos transferidos foi no ano de 2012, e o menor, em 2013 (Quadro 14).

Em 2010 ocorreu a maior variação percentual da Execução Orçamentária Financeira Paga em relação aos repasses do FNS que foi de 66% contra os atuais 34% de 2013.

Tal situação justifica-se pelo fato das informações terem sido obtidas até o dia 29/08/2013, e já que atualmente os repasses são realizados quadrimestralmente, no final de cada mês, o valor referente à competência de 09/2013 não pode ser incluso no estudo.

Vale ressaltar, que de acordo com as informações obtidas através do questionário aplicado à Gestora da Vigilância Sanitária do Estado do Pará, os recursos disponibilizados no combate ao HIV/ AIDS não foram todos utilizados:

Existem situações de tramitações de processos, que muitas das vezes são necessários pareceres jurídicos, estudados por cada setor, ocasionando certo tempo de tramitação até a conclusão de um processo. Ex: Edital das Organizações Não Governamentais – ONG's: várias etapas: chamada pública, criação da comissão para seleção dos projetos, período para recebimento das propostas, processo de seleção, avaliação e aprovação, publicação, ver questão de documentação das ONG's, algumas organizações não estão aptas a trabalharem, por conta de documentação (QUESTIONÁRIO, 2013).

Com efeito, Martins; Sangreman (2008, p. 76 – 80 apud ARAÚJO et al ., 2013, p.237) chama a atenção para a necessidade da administração pública assumir um quadro jurídico e regulatório adequado para garantir que a simplificação administrativa e o desenvolvimento de suas atividades possam ser desenvolver sem entraves desnecessários.

Ao ser questionado se os recursos aplicados no combate a AIDS no Estado atende as necessidades das ações realizadas, a Gestora de Vigilância em Saúde respondeu que não, acrescentando que:

Existem situações de vulnerabilidades especiais que devem ser trabalhadas continuamente, promovendo e articulando de maneira regionalizada a prevenção do HIV/AIDS junto as populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, por meio de ações integradas e iniciativas que reconheçam as especificidades sócio-econômicas e étnico culturais (QUESTIONÁRIO, 2013).

É importante ressaltar que a literatura indica que o governo ao detectar problemas de cunho administrativos, deve estabelecer políticas públicas, ou seja, mecanismos de gestão de forma planejada para alcance dos seus objetivos e metas (SANTOS, 2009). Isso implica, segundo Martin et al. (2009 apud ARAÚJO et al., 2013, p.236) que a Administração Pública deve facilitar dinamizar, ser receptiva aos cidadãos e ser eficiente e eficaz visando a simplificação, agilização e desburocratização, permitindo que a Administração Pública contribua para um ambiente que proporcione desenvolvimento, racionalização, eficiência e inovação organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Gestão de Políticas Públicas em Saúde é de suma importância para a administração pública na atualidade, diante de toda sua complexidade que deve adotar ferramentas estratégicas de gestão.

Sobre essa perspectiva, é fundamental entender o que o governo e a gestão pública em todo o mundo buscam, para cumprir adequadamente o seu papel, de promover a pessoa humana e o seu desenvolvimento integral, precisando também, adotar novos modelos de gestão para aprimorar seu desempenho, garantindo adequadamente os direitos constitucionais dos cidadãos.

Estas novas experiências de práticas de gestão põem em prática alguns pressupostos organizacionais, utilizados na Administração Pública. Os princípios da autossuficiência, do controle direto, da responsabilização política e da coordenação por padronização de processos, apesar de terem um elevado nível de estabilidade e de dificilmente serem substituídos por outros, sofrem transformações, o que deve também ser adotado na Gestão da Vigilância em Saúde /SESPA no combate ao HIV AIDS no Estado do Pará.

Desta forma, com a exigência desse novo contexto organizacional, implica que a Administração Pública, enquanto organização seja coesa e responda a todas as solicitações do cidadão de forma eficiente. Observou-se que a Divisão de Vigilância Sanitária/SESPA possui uma estrutura administrativa diretamente dependente do poder político, com a missão de satisfazer as necessidades coletivas, para garantir as necessidades no combate do HIV/AIDS no Estado do Pará.

Nesta dissertação averigou-se nas ações realizadas pela SESPA por meio da Coordenação Estadual do DST/AIDS no combate a AIDS no Estado do Pará, que a mesma consiste em Gestão Pública e realiza suas atividades baseada em uma estrutura burocrata e centralizada, apesar das mobilizações promovidas pela Gestão Divisão da Vigilância em Saúde/SESPA que busca incentivar a participação popular nas ações e estratégias para combater o HIV/AIDS, constituindo-se em um importante meio para permitir o acesso da população nos serviços e programas oferecidos pelo Estado a fim de viabilizar suas demandas, principalmente para os mais necessitados.

Mesmo diante dos reflexos causados pela globalização, e pelas crescentes pressões da sociedade, ela não tem sido capaz de suprir adequadamente, enquanto organização, às demandas do Estado do Pará e aos desafios impostos pelo HIV/AIDS, que se reafirma como assunto de saúde pública, entendida como compromisso com o bem-estar humano, como espaço social e político das sociedades contemporâneas.

Esta constatação, todavia, não significa que essas estratégias tenham sido irrelevantes, mas ao contrário, devem-se levar em consideração as dificuldades impostas, pelas características naturais e territoriais, demografia e extensão do Estado do Pará, que contribuem como fator dificultoso para o acesso da população aos serviços de saúde, que refletem em grande parte nos resultados no combate ao HIV AIDS em todo o Estado.

Nesta perspectiva, percebe-se que o planejamento das ações realizadas pela Gestão Divisão da Vigilância em Saúde/SESPA para o combate do HIV/AIDS implica em um elevado nível de formalização, com uma coordenação formal, através de um mecanismo de governação hierarquizada, estando associado à autoridade e sob o domínio do vértice estratégico sobre os restantes elementos da organização, assentando distribuição de responsabilidades e com estabelecimento de linhas diretas de controle.

Neste sentido, através de análise realizada referente ao cruzamento entre os repasses realizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Estado do Pará destinado as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e assistências do HIV/AIDS, mesmo após o planejamento e a aprovação do Plano Anual de Metas (PAM), constata-se que os recursos financeiros orçamentários disponibilizados poderiam ser melhores utilizados a fim de beneficiar a população.

A literatura indica que como consequência dessa introdução de novas ferramentas da Nova Gestão Pública - NGP surge uma preocupação com controle financeiro; redução de gastos; profissionalização e descentralização da gestão pública; com reformulação e flexibilização de processo de bens e serviços e com o sistema orçamental no controle e avaliação da gestão pelos resultados em detrimento dos processos.

Em relação à eficiência e a eficácia da Gestão Divisão da Vigilância em Saúde/SESPA, concluiu-se que apesar do esforço que essa Diretoria desempenha visando o controle do HIV/AIDS no Estado do Pará, seus resultados são satisfatórios, pois é necessário maiores políticas públicas que propiciem ações para o cumprimento de suas metas, como a

redução efetiva das vulnerabilidades sociais e políticas que agenciam a expansão da epidemia, crescentemente associada às desigualdades sociais que vigoram no Estado do Pará, tratando de promover sistematicamente, possibilidades para fortalecer a capacidade de organização e de articulação, possibilitando novas relações entre os atores sociais essenciais envolvidos, o governo e a sociedade civil organizada, propiciando novos significados à dimensão individual e coletiva no compromisso de controle da epidemia, que precisam ser permanentemente pactuados e revistos para que novos acordos potencializem a sinergia para seu enfrentamento.

Este resultado, todavia, não deprecia a relevância indiscutível das importantes ações realizadas pela Divisão da Vigilância em Saúde/SESPA no Estado do Pará no combate ao HIV/AIDS, mas evidencia a necessidade de reconhecer a responsabilidade de acertar nas decisões que incidem diretamente na vida e na dignidade da população paraense afetadas pelo HIV/AIDS, como a ampliação das ações em andamento no combate à epidemia.

No transcurso dessa dissertação foram encontradas algumas limitações de estudo na Secretária de Estado de Saúde Pública (SESPA), como a inexistência de uma série histórica com dados uniformes do combate do HIV/AIDS na Divisão de Vigilância em Saúde. A Centralização, domínio e obtenção de informações, já que somente a Diretora da Vigilância em Saúde/SESPA é autorizada a difundir os dados a respeito das ações desenvolvidas sob sua Coordenação, assim como a ausência de dados documentais e estatísticos, com informações mais recentes, que possibilitassem uma melhor análise dos conteúdos apresentados no estudo.

Diante das ocorrências expostas recomenda-se que a SESPA através da Divisão de Vigilância em Saúde/SESPA e da Coordenação Estadual do DST/AIDS, seja mais atenta e conheça melhor a epidemia em cada município, para que seja traçada uma estratégia mais adequada, conforme o perfil da população, adotando ferramentas estratégicas de gestão com princípios da autossuficiência, do controle direto da responsabilização política e da coordenação por padronização de processos, com maior controle orçamentário/financeiro; profissionalização e descentralização da gestão pública; reformulação e flexibilização de processo de bens e serviços e avaliação da gestão por resultados, assim como maiores políticas públicas que propiciem ações para o cumprimento de metas, como a redução efetiva das vulnerabilidades sociais e políticas, que agenciam a expansão da epidemia crescentemente associada às desigualdades sociais que vigoram no Estado do Pará.

Estas novas experiências de práticas de gestão põem em prática alguns pressupostos organizacionais, utilizados na Administração Pública. Os princípios da autossuficiência, do controle direto, da responsabilização política e da coordenação por padronização de processos, apesar de terem um elevado nível de estabilidade e de dificilmente serem substituídos por outros, sofrem transformações, o que deve também ser adotado na Gestão da Vigilância em Saúde /SESPA no combate ao HIV AIDS no Estado do Pará.

Bibliografias

ABREU, Aline França de; ABREU, Pedro Felipe de. **Sistemas de Informações gerenciais: uma abordagem orientada aos negócios**. Florianópolis, 2003. Parte 3.

AGRASSO NETO, Manoel; ABREU, Aline França de. **Tecnologia da informação: Arte & Ciência**; São Paulo, 2000.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes **Revista Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, May/June, 2009. Disponível em: <www.scielo.org/scielo>. Acessado em: 25 maio 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Temático saúde da família. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 7247 - de 19 de abril de 1879. **Reforma o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império** [Internet]. [citado 2010 mar 28]. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=73867>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Lei de 3 de outubro de 1832. **As Academias Médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro**, e da Bahia serão denominadas Escolas, ou Faculdades de Medicina [Internet]. [citado 2010 mar 28]. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=82870>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Constituição Federal nº 1 de 05/10/1988. **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Lei no 629, de 22 de maio de 1899. Criar uma escola médica no Pará. **Diário Oficial da União**, Belém, 24 mar. 1899.

BRITO, R.S.; CARDOSO, E. **A febre amarela no Pará**. Belém: SUDAM, 1973. 242 p.
CAMPOS, Antônio Correia de. **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2011. (Coleção Olhares Sobre a Saúde).

CAMPOS, Antonio Correia; SIMÕES, Jorge. **O Percurso da Saúde: Portugal na Europa** Coimbra: Almedina, 2011.

CARTILHA de Gestão da Vigilância em Saúde, Belém, SESPA, 1ª Edição, 2012.

CARVALHO, P. Evolução da Medicina no Pará. **Revista Pará-Médico**, Belém, n.3, v.10, p.205-28. Set./1922.

CASTRO, A.E.S. **Governador. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo do Estado do Pará**. Belém, 1924. 68 p. Disponível em: <

<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1045/000068.html>>. Acesso e,: 12 Maio 2013. (citado em 2007 jan 9).

CENSO DEMOGRÁFICO. 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 23 Ago.2013. em

CHIAVENATO, I. **Administração**: teoria, processo e prática. 3. ed São Paulo: Makron Books, 2004.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acessado em: 24 Jun. 2013.

CURY, Antonio. Organização e métodos: uma visão holística. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2006. Del Estado Y De La Administración Pública, 12. **Resenha bibliográfica**: material Lusófona. [s.n.t]

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1830-1932), Escola de Cirurgia da Bahia. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fio cruz; 2010. [citado 2010 mar 26]. Disponível em:< <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm>> Acessado em: 14 Jul. 2013.

FERREIRA, A.; REIS, Fonseca A.; PEREIRA, Maria Isabel. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias**: evolução e tendências da moderna administração de empresas. Ed. Pioneira São Paulo: 1999.

FIGUEIREDO, A. M. Esculápios bélicos: a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará e as efemérides cívicas da nação brasileira, 1914-1922. In: **Documentos Culturais**. Belém: Conselho Estadual de Cultura; 2006.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves; TONINI, Tereza (Org.). **Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2004.

FUNDAMENTOS da Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. _____. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERREIRO, K. **Estratégias da colonização portuguesa na Amazônia**: Examãpaku [Internet]. 2008 [citado 2008 mar 21]. Disponível em:< <http://www.ufrb.br/revista/index.php/examapaku/article/view/67>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

HANAN, Janete. **A percepção social da AIDS**: raízes do preconceito e da discriminação. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.). **Políticas públicas de desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: UNB, 2009.

HOOD, C. Public Management for All seasons. Public Administration, v.69, n.1, p.3-19 In: SILVESTRE, Hugo Consciência; ARAÚJO, Joaquim Filipe (Coord.). **Coletânea em administração pública**. Lisboa: escolar editora, 2012.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hicitec; Anpocs; 1998.

JORNAL BRASILEIRO DE AIDS. São Paulo: EDIC, 2007.

JORNAL DO BRASIL. Desafios da Administração Pública Contemporânea. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/sociedade-aberta/noticias/2011/05/04/os-desafios-da-administracao-publica-contemporanea/>>. Acesso em: 13 set. 2013.

JORNAL do Brasil. Sociedade Aberta. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/sociedade-aberta/noticias/2011/05/04/os-desafios-da-administracao-publica-contemporanea/>>. Acesso em: 09 set. 2013.

KANAANE, Roberto; FIEL FILHO, Alécio. **Gestão Pública**: Planejamento Processos, Sistema de Informação e Pessoas. São Paulo: Atlas, 2010.

LACAZ, Carlos da Silva ET AL. (Coord.). **AIDS-SIDA**. São Paulo: Sarvier, 1990.

LAHERA, Eugenio. **Introducción a las políticas públicas**. 2. ed. Chile: Salesianos impressores S.A, 2008.

LANE, J.E New Public Management. In: SILVESTRE, Hugo Consciência; ARAÚJO, Joaquim Filipe (Coord.). **Coletânea em administração pública**. Lisboa: escolar editora, 2012.

MAIS SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MAIS BRASILEIROS. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 9, n. 17, jan/mar.2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas: 1982.

MARQUETTI, Adalmir et al. (Org.). **Democracia participativa e redistribuição**: análise de experiências de orçamento participativo. São Paulo: Xamã, 2008.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de gestão pública contemporânea**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2010.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. . **Fundamentos de administração**: manual compacto para as disciplinas TGA e Introdução à Administração. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEIRA COB. **Médicos de outrora no Pará**. Belém: Grafisa; 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desvio conhecimento científico**. 6. ed. São Paulo, 2004.

MORAES, Aldecy José Garcia de Moraes. O Processo Redistributivo do orçamento Participativo e do Congresso da Cidade em Belém do Pará .In.: MARQUETTI, Adalmir et al. (Org.). **Democracia participativa e redistribuição**: análise de experiências de orçamento participativo. São Paulo: Xamã, 2008.

MOREIRA, E. **Para a História da Universidade Federal do Pará**. Belém: CEJUP; 1977. 170 p. (Panorama do Primeiro decênio).

NALINI, José Renato. **Ética geral e profissional**. 9. ed. rev. atual. e ampli. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Teoria geral da administração**: uma abordagem prática. São Paulo: Atlas, 2008.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino médico no Brasil, desafios e prioridades no contexto do SUS**: um estudo a partir de seis estados brasileiros. 98fol. 2012. ([tese). Rio de Janeiro, Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde [Internet]. 2010 [citado 2010 mar 26]. Disponível em:< http://www.abem-educmed.org.br/pdf_tese/tese_neilton.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

PARÁ. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Meio Ambiente. Disponível em: < <http://www.sema.pa.gov.br/> >. Acessado em: 15 ago.2013.

PARÁ. Governo do Estado do Pará.Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Orçamento**. [S.n.t].

PARA. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Cartilha de Gestão da Vigilância em Saúde**: Uma Orientação às Secretarias Municipais do Pará, 2012.

PARADA, Eugenio Lahera. **Introducción a las Políticas públicas. Chile**: Fondo de Cultura Económica do Chile , 2008.

PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil 1982-1992**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1994.

PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1993.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PEREIRA NETO, A.F. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

PEREIRA, Heitor José. **Os novos modelos de gestão**: análise e algumas práticas em empresas brasileiras. 1995. 149 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1995.

PEREIRA, José Matias. **Manual de Gestão Contemporânea**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; SPINK, Peter (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

RELATÓRIO FINAL da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. [s.n.t] Disponível em: <MS.http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 14 ago.2013.

RELATÓRIOS apresentados à Congregação, Faculdade de Medicina do Pará. Belém: Typ. da Livraria Gillet; 1923.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Rio de Janeiro: FGV, 1967-. Bimestral.

REVISTA PARÁ-MEDICO. v. 1, n. 1, nov 1900.

REVISTA PARÁ-MEDICO. v. 8, n. 10, set. 1922.

RODRIGUES, Iveti Magalia Caetano. A Influência da nova Gestão Pública nas Instituições de Ensino Superior. In: SILVESTRE, Hugo Consciência; ARAÚJO, Joaquim Filipe (Coord.). **Coletânea em administração pública**. Lisboa: escolar editora, 2012.

SANDER, Benno. **Administração da educação no Brasil**: é hora da relevância. Educação brasileira, Brasília, v. 4, n. 9, 2. sem. 1982.

SANTOS, Clezio Saldanha dos. **Introdução à Gestão pública**. São: Saraiva, 2006.

SARTURI, Claudia Adriale. Disponível em: < <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/os-modelos-de-administra%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblica-patrimonialista-burocr%C3%A1tica-e-gerencial>>. Acessado em: 25 ago. 2013.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SERESUELA, Nívea Carolina de Holanda. **Princípios constitucionais da Administração Pública**. Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 60, 1 nov. 2002. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/3489>>. Acessado em: 09 ago. 2013.

SILVESTRE, Hugo Consciência; ARAÚJO, Joaquim Filipe (Coord.). **Coletânea em administração pública**. Lisboa: escolar editora, 2012.

TINOCO, Dinah dos Santos et al.(Org.). **Ação pública, organizações e políticas públicas**. Natal, RN: EDUFRN, 2007.

TOMASEVSKI, Nome; GRUNSKINS, Nome; LAZZARINI, Nome. **A Aids no mundo**. – Rio de Janeiro: DAMARA, 1993.

TRIVINÕS, Augusto Nibaldo S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo:Atlas, 2004.

VERSÃO on-line. **Revista Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v.1, n.3, set. 2010.

VIANNA, A. **As epidemias no Pará**. 2. ed. Belém: Universidade Federal do Pará; 1975. 220 p.

VITÓRIA, Marco Antonio de Avila. **Jornal Brasileiro de Aids**, São Paulo, v.8, n., 4.,p.168, Julho/Agosto, 2007.

WEINSTEIN, B. **A Borracha na Amazônia: expansão e decadência, 1850-1920**. São Paulo: Hucitec/Edusp; 1993.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO – Avaliação de Desempenho de Gestão

**Empresa: Coordenação Estadual do DST/AIDS/Secretaria de Estado de Saúde
Pública/SESPA.**

1) Cargo:_____

2) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

3) Função que você exerce atualmente:_____

4) Qual é a sua faixa de idade?

☐ De 21 a 30 anos ☐ De 31 a 40 anos ☐ De 41 a 50 anos

☐ De 51 a 60 anos ☐ De 61 anos

5) Nível de escolaridade que você possui?

☐ Ensino Médio Completo

☐ Superior Incompleto

☐ Superior Completo

☐ Especialização Incompleta

☐ Especialização Completa

☐ Mestrado Incompleto

☐ Mestrado Completo

☐ Doutorado Incompleto

☐ Doutorado Completo

6) Qual seu tempo de serviço na Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA?

7) A quanto tempo você desempenha sua função atual na Secretaria de Estado de Saúde Pública/SESPA?

8) Como ocorre o planejamento das ações realizadas para o combate da AIDS no Estado do Pará?

- 9) Como se dá o processo de avaliação, coordenação e controle dessas ações?
- 10) Qual a sua opinião em relação à eficiência e a eficácia das ações da Gestão no enfrentamento da AIDS no em todo o Estado do Pará?
- 11) Como você poderia destacar os resultados das ações do enfrentamento da AIDS no Estado?
- 12) Os recursos aplicados no combate a AIDS no Estado atende as necessidades das ações realizadas?
- 13) Dos recursos disponibilizados no combate a AIDS, os mesmos foram todos utilizados?
- 14) Em sua opinião, que Políticas Públicas de saúde seriam necessárias para fomentar as ações de combate à AIDS?
- 15) Quais os resultados dessa Gestão?
- 16) Qual a razão da Gestão no combate a AIDS no Estado do Pará não ter em seus registros uma série histórica uniforme com os dados da AIDS no Estado do Pará?
- 17) Com os dados e série histórica que essa SESPA possui você considera o acompanhamento dos casos da AIDS no Estado do Pará.
- (☐) Insuficiente (☐) Regular (☐) Bom (☐) Excelente
- 18) Em relação aos serviços prestados à comunidade pela SESPA no combate a AIDS, você considera a Gestão Pública:
- (☐) Insuficiente (☐) Regular (☐) Bom (☐) Excelente
- 19) Quanto aos impactos dessas ações no combate a AIDS beneficiam a população do Estado do Pará você considera:

☐ Insuficiente ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

20) A mensuração dos dados obtidos pela Gestão do combate a AIDS no Estado do Pará, através das regionalizações de saúde composta pela SESPA é:

☐ Insuficiente ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente