

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Carina Amaral Borges

**O PAPEL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS
COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS**

Porto Alegre

2016

Carina Amaral Borges

**O PAPEL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS
COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Políticas Públicas, pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luciana Leite Lima.

Porto Alegre

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S822a Borges, Carina Amaral
O papel da Secretaria Estadual de Saúde na
implementação dos Comitês de Investigação de
Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos municípios de
Porto Alegre e Gravataí / Carina Amaral Borges. – 2016.
75 f. : il. color. ; 31 cm

Orientadora: Luciana Leite Lima
Trabalho de conclusão de curso (graduação) –
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de
Políticas Públicas, 2016.

1. Políticas Públicas. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Sífilis. I.
Lima, Luciana Leite. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Dinara Alba CRB-10/2284

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Avenida Bento Gonçalves, 9500 – Prédio 43.311
CEP 91501-970 Porto Alegre/RS
Fone/Fax: (51) 3308-6648
Carina Amaral Borges

**O PAPEL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS
COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS
NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E GRAVATAÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Políticas Públicas, pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Leite Lima.

Aprovado em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luciana Leite Lima
Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a
Examinadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os professores do Projeto Educacional Alternativa Cidadã – PEAC onde fiz o curso pré-vestibular no qual aprendi a pensar, onde desconstruí várias inverdades imposta por uma classe dominante, por isso, dedico esse trabalho a todos vocês que buscam uma sociedade mais igualitária e mais justa, que defendem a educação popular, que transformam o sonho da graduação em realidade.

Obrigada a todos vocês, meus queridos professores, por todos os ensinamentos. Não teria chegado até aqui sem vocês.

Educação é para todos sim, e transcende qualquer classe social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu grande amigo Marcos Padoim Homem, nunca poderei mensurar em palavras toda a minha gratidão a você que foi essencial para a conquista da minha tão sonhada graduação.

Agradeço ao meu amigo e professor José Humberto Martins Borges por não ter permitido que eu desistisse.

Agradeço ao meu também amigo e professor Antônio Trindade por me apresentar o mundo da literatura de uma maneira única.

Agradeço ao meu amigo Adair Steindorff pela ajuda nos dias das provas do vestibular.

Agradeço ao meu amigo Jorge Cruz por todos os ensinamentos.

Agradeço à melhor amiga Andressa Freitas Correia por sempre acreditar em mim e por me ensinar ainda mais sobre como ser forte quando se perde a pessoa que nos deu a vida. Agradeço por toda parceria, eu não teria conseguido chegar até aqui sem a tua força.

Agradeço aos meus irmãos Camila e Leandro pela força e pelo carinho.

Agradeço a Luizinha Pessin, minha segunda mãe que sempre me apoiou durante essa intensa jornada.

Agradeço ao meu grande amigo Wagner Silva por toda amizade e ajuda que me deste durante toda a graduação.

Agradeço a todos meus familiares que estiveram comigo nessa longa caminhada e que nunca deixaram de acreditar em mim, agradeço a todos vocês: Lucilene, Salete, Raquel, Matheus, Sabino. Eu me orgulho em ter todos vocês na minha família.

Agradeço às minhas amigas Gabriela, Denise e Dinara e Eduardo que foram as pessoas mais especiais que eu conhecia ao longo dessa caminhada na busca da graduação.

E, por fim, agradeço a pessoa mais importante da minha vida, minha mãe, essa mulher me ensinou sobre caráter, honestidade e determinação.

Agradeço a todos vocês que me ajudaram a chegar até aqui, obrigada pelo carinho e pela amizade.

RESUMO

O presente trabalho se propõe a discutir e analisar todo o processo de implementação dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV/AIDS e Sífilis no estado do Rio Grande do Sul. Como esses comitês atuam no sentido de investigação e intervenção dos casos de Transmissão Vertical e como esses comitês funcionam, buscando saber como se dá a interação com a rede, quais os obstáculos enfrentados em ambas as esferas: estadual e municipal. Para tanto, fomos a campo acompanhar algumas reuniões desses comitês e também conversamos com os gestores municipais e estaduais, a fim de analisar como esse processo acontece na prática e se ele está de acordo com o que as normativas estabelecidas pelo Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical.

Analisamos esse processo de implementação dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos municípios de Gravataí e Porto Alegre nos quais foi possível identificar processos distintos de implementação desses comitês.

O Município de Gravataí apresenta características do modelo de implementação Top down, não só as características no processo de execução desse comitê, mas também no processo de funcionamento do mesmo, seguindo o Protocolo de Investigação de Transmissão vertical de HIV e Sífilis instituído pelo Ministério da Saúde em 2014. Já o município de Porto Alegre implementou o comitê de Investigação de Transmissão Vertical das epidemias em 2013, ou seja, Porto Alegre foi o município pioneiro na implementação do comitê, sendo essa uma estratégia da política de AIDS. O problema de Transmissão vertical das epidemias foi identificado pela coordenação da vigilância epidemiológica do município, a estratégia foi implementada pelo gestor da política do município.

A partir disso, temos dois processos diferentes de implementação nesses municípios, sendo o que o estado do Rio Grande do Sul tem um papel fundamental de implementação no município de Gravataí sendo o elo entre a esfera federal e municipal, isto é, a estratégia de implementação do comitê e totalmente verticalizada. No município de Porto Alegre, o estado tem um papel mais colaborativo e auxilia nos casos, porém tem um papel menos expressivo do que nos demais municípios. A partir das análises realizadas nesses municípios, podemos percebermos que, apesar dessa estratégia ainda ser recente no estado, vem sendo potencializada cada vez mais no combate das epidemias, pelos gestores.

Palavras-chave: Saúde. Políticas públicas. HIV. AIDS. Sífilis.

ABSTRACT

This study aims to discuss and analyze the entire implementation process for the Vertical Transmission of HIV/AIDS and Syphilis Investigation Committees in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. How these committees step in the investigation and intervention in cases of vertical transmission and how these same committees function, seeking to know how the interaction with the network occurs and what are the obstacles to face in both state and municipal scopes. With that purpose, we followed some Committees' meetings as well as talked to the state and municipal managers in order to learn how the process takes effect and to remark if it complies with the regulations established by the Vertical Transmission Investigation Protocol.

We analyzed this process of implementation of the Vertical Transmission of HIV and Syphilis Research Committees in the municipalities of Gravataí and Porto Alegre, which allowed the identification of distinct implementation processes of these committees.

The Municipality of Gravataí presents characteristics of the Top down implementation model, not only the characteristics in the process of execution of this committee, but also in the process of its operation, following the Protocol of Research of Vertical Transmission of HIV and Syphilis instituted by the Ministry of Health In 2014. The municipality of Porto Alegre implemented the Vertical Transmission Research Committee for the epidemics in 2013, that is, Porto Alegre was the pioneer municipality in the implementation of the committee, which is a strategy of AIDS policy. The problem of vertical transmission of epidemics was identified by the coordination of epidemiological surveillance of the municipality, the strategy was implemented by the manager of the municipality policy.

From this we have two different processes of implementation in these municipalities, being that the state of Rio Grande do Sul has a fundamental role of implementation in the city of Gravataí being the link between the federal and municipal sphere, that is, the strategy of implementation of the Committee and fully verticalized. In the city of Porto Alegre the state has a more collaborative role and helps in the cases, but it has a less expressive role than in the other municipalities. From the analysis carried out in these municipalities we can see that, although this strategy is still recent in the state, it has been increasingly strengthened in the fight against epidemics by managers.

Keywords: Health. Public policies. HIV. AIDS. Syphilis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Municípios que recebem recursos financeiros	22
Quadro 2 – Casos de investigação de Transmissão Vertical	27
Gráfico 1 – Nota dos casos notificados até 30/06/2015	43
Quadro 3 – Série Histórica do HIV e da Sífilis no Rio Grande do Sul	44
Figura 1 – Regiões de saúde do Estado	45
Quadro 4 – Processo de Implementação dos Comitês.....	49
Quadro 5 – Comitês Implementados no RS	49
Quadro 6 – Técnicas entrevistadas	57
Figura 2 – Fluxograma 1: Como os casos de sífilis congênita chega até o comitê de TV	59
Figura 3 – Fluxograma 2: Processo de organização de Investigação de Transmissão Vertical de Sífilis.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AZT	Zidovudina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
TV	Transmissão Vertical
MS	Ministério Da Saúde
SC	Sífilis Congênita

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS	16
2.1	DESCRIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS	16
2.2	CONTEXTUALIZANDO AS EPIDEMIAS	18
2.3	A SÍFILIS	18
2.4	TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS	19
2.5	INCENTIVOS FINANCEIROS PARA O COMBATE DO HIV/AIDS.....	20
3	PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL	25
3.1	DESCRIÇÕES DAS DIRETRIZES PARA A CONSTITUIÇÃO DE COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TV	25
3.2	CARACTERÍSTICAS DOS COMITÊS	26
4	PROCESSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS, O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO, ATORES, INTERSETORIALIDADE.....	28
4.1	POLÍTICA PÚBLICA: CONCEITUALIZAÇÃO.....	28
4.1.2	O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	30
4.1.3	A IMPORTÂNCIA DA CONCEPÇÃO DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	30
4.1.4	FORMAÇÃO DA AGENDA.....	31
4.1.5	FORMULAÇÃO DAS ALTERNATIVAS E TOMADA DE DECISÃO.....	31
4.1.7	IMPLEMENTAÇÃO.....	32
4.1.8	AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA.....	37
4.2	ATORES.....	39
4.3	INTERSETORIALIDADE.....	40
5	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS NO RIO GRANDE DO SUL	42
5.1	CONTEXTO HISTÓRICO	42
5.2	INDICADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS/RS.....	43
5.3	IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS NOS MUNICÍPIOS	47
6	PROCESSO DE NORMATIZAÇÃO DOS COMITÊS.....	50
6.1	O DECRETO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	50
6.2	O DECRETO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO MUNICÍPIO DE	

	GRAVATAÍ.....	53
7	DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	56
8	ANÁLISE DOS DADOS DE PORTO ALEGRE	62
8.1	IMPLEMENTAÇÃO	62
8.2	MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO TOP DOWN.....	63
8.3	DISCRICIONARIEDADE DOS ATORES.....	65
8.4	ATORES E INTERAÇÃO ENTRE ELES.....	66
8.5	INTERSETORIALIDADE.....	68
8.6	MONITORAMENTO	69
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	77

1 INTRODUÇÃO

Há mais de cinco décadas o Brasil vem lutando contra a epidemia conhecida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Porém, só no início da década de 1980 (quando acontecem os primeiros registros oficiais de morte em decorrência da AIDS) é que de fato a doença passa a ser acompanhada com uma atenção maior pelas autoridades. No entanto, a AIDS não foi a única epidemia a se alastrar e causar preocupação. Outra doença, a Sífilis, também passa a se tornar uma epidemia, principalmente nos últimos anos com o crescimento de novos registros da doença. Este trabalho busca analisar quais as estratégias que o Estado vem desenvolvendo para eliminar a Transmissão Vertical (TV) do Vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) e Sífilis.

Segundo Teodorescu, Lindinalva e Teixeira (2003 apud BRASIL, 2015a), no Brasil, as primeiras medidas públicas contra a AIDS foram tomadas no estado de São Paulo, na esteira do movimento pela reforma sanitária. Esse movimento teve início na década de 1960 e ganhou dimensões nacionais no auge da ditadura militar quando passou a influenciar nas iniciativas e decisões de políticas do Ministério da Saúde e da Previdência Social. Contudo, na medida em que a AIDS deixa de representar ameaça apenas a determinados grupos sociais, ela ganha notoriedade e torna-se pauta para os agentes públicos. Essa nova abordagem permitiu que a doença fosse encarada como uma epidemia o que possibilitou a busca por soluções tanto por grupos de interesse quanto por parte de setores governamentais.

Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde pública passa a ser de domínio estatal. Este passa a ter o dever da promoção, prevenção e proteção da saúde para a população, mudando assim, o cenário da saúde pública no Brasil.

A partir disso, inicia-se uma pressão por parte de movimentos sociais e ONGs para que o governo estabelecesse estratégias mais efetivas de combate à AIDS. O Estado, então, passou a desenvolver campanhas que ressaltavam a importância da proteção durante as relações sexuais, porém, as campanhas eram pouco expressivas.

Outro fator que precisava ser combatido era o estigma da doença, visto que os primeiros registros de HIV/AIDS tinham os homossexuais como o público mais afetado. No entanto, à medida que novos casos de HIV foram surgindo, o perfil epidemiológico das pessoas contaminadas foi mudando. Hoje a tendência é caracterizada pela feminização, pauperização e heterossexualização.

Com a evolução da epidemia mudando o perfil epidemiológico e com a pressão dos movimentos sociais para que o governo intervisse, este passa a ter que desenvolver novas estratégias junto aos diferentes setores governamentais para combater a imunodeficiência adquirida.

Em 1999, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de DST/AIDS com princípios, diretrizes e estratégias de combate à epidemia. A política passa ser um ganho para a população que antes não tinha referência de cuidados quanto à doença e formas corretas quanto ao tratamento, medicamento e tudo o que envolvia a doença, pelo menos não de forma objetiva. No entanto, de 1999 até os dias de hoje, a epidemia continuou evoluindo e o Estado passa novamente a ter que lançar novas estratégias de combate e que não estavam prevista dentro da Política Nacional de DST/AIDS. Constatou-se que muitas crianças estavam sendo contaminadas pelo vírus da AIDS através da mãe por transmissão vertical. Diante disso, o Estado passa a desenvolver novas estratégias, agora na busca de evitar essa contaminação e a propagação da doença. O mesmo acontece em relação ao aumento do número de sífilis congênita.

Os testes rápidos para identificar HIV e Sífilis foram implementados na atenção básica e maternidades. Hoje, o teste rápido é considerado um exame obrigatório para as gestantes. Outra grande estratégia que não estava prevista dentro da política Nacional de combate à AIDS foi o protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais B e C que o governo lançou em 2014, e que servirá de base para o presente trabalho.

Esse protocolo serve com diretriz para a implementação de comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos estados do Brasil, tendo como objetivo maior o de: investigar os casos de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública.

O Estado do Rio Grande do Sul começa, em 2014, a implementação dos comitês tendo como referência esse protocolo de Investigação de transmissão vertical, visto que é um dos estados com maior incidência da epidemia.

Sabendo dessa estratégia e a importância da mesma para o combate da epidemia não só da AIDS, mas também da Sífilis, pretendeu-se, a partir deste trabalho, saber qual é o papel da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul na implementação dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV/AIDS e Sífilis. Como objetivos específicos pretendeu-se:

- a) verificar como o estado se articula com os gestores municipais;
- b) analisar a participação do estado nos comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV/AIDS e Sífilis;

- c) Observar como os comitês de investigação de transmissão de HIV/AIDS e Sífilis atuam para solucionar cada caso.

Esse trabalho se fez necessário a partir de um pedido que partiu de uma das Técnicas da Gestão Estadual de DST/AIDS para fazer um levantamento histórico sobre a implementação desses comitês, visto que até o presente momento não há literatura sobre isso.

A implementação é definida como o momento de colocar em prática a solução de um problema. Essa fase envolve uma série de sistema e atividades gerenciais das políticas: sistema decisório, os agentes implementadores, recursos financeiros, entre outro.

Segundo Rua (1997), a implementação pode ser entendida como uma totalidade de ações efetuadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos determinados mediante decisões anteriores quanto a políticas.

Nessa perspectiva, a autora refere-se ao processo e à necessidade deste ser acompanhado, para que seja possível a identificação de problemas como: por que muitas coisas dão certas enquanto muitas outras dão errado, entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto.

Posto isso, faz-se necessário estudar o processo de implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical não só para contribuir no que se refere ao pedido da técnica da Gestão Estadual, mas para analisar como se deu o processo desde as primeiras ações dos Gestores para implementação dos Comitês até o funcionamento dos mesmos e como estes atores se organizam para intervir nos casos de TV.

Para tanto, coletamos dados por meio de entrevistas semiestruturadas de caráter exploratório com pesquisa de bibliografia e documentos (portaria e decretos). Fomos a campo coletar dados por meio de entrevistas com os Gestores da Coordenação Estadual de DST/AIDS, com os Gestores da Política de HIV/AIDS, com a Coordenadoria da Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais do Município de Porto Alegre e com uma representante da Política de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Município de Gravataí. Além desses métodos, usamos também um diário de campo produzido partir da participação em reuniões dos comitês nos municípios de Porto Alegre e Gravataí. Segundo José Filho (2006 apud PIANA, 2009), o ato de pesquisar traz a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar. Através desse diálogo com os gestores foi possível obter muitos dados que nos levou a perceber dois processos diferentes de implementação dos Comitês de Investigação de TV: um realizado pela Gestão Estadual de DST/AIDS e outro pela Coordenadoria da Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais do Município de Porto Alegre.

Por fim, consideramos as informações obtidas através do estágio realizado na Secretaria Estadual de Saúde o Rio Grande do Sul no Departamento de Ações em Saúde no período de 26 de Novembro de 2015 a 30 de Agosto de 2016.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS

Neste capítulo será apresentada uma breve descrição do que é a política nacional de HIV/AIDS: seus objetivos, como é organizada e quais são as suas estratégias. Faz-se necessária conhecer a política para entender como o estado vem atuando e se organizando para o enfrentamento da epidemia.

2.1 DESCRIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

A luta contra a AIDS trouxe uma nova relação entre o estado e a sociedade civil. É possível perceber isso, pois hoje a política de AIDS está interligada em vários outros programas de saúde, hoje temos os chamados Serviços de Atendimento Especializados (SAE), o que era muito diferente antes da Política Nacional de HIV/AIDS, que passou a vigorar em 1999.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de DST/AIDS com três grandes objetivos: reduzir a incidência de HIV/AIDS, ampliar o diagnóstico ao tratamento e à assistência – melhorando a qualidade de vida, no que se refere ao HIV/AIDS e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DST/AIDS.

A política também normatiza e sistematiza as diretrizes que orientam as ações do programa nacional de DST/AIDS de acordo com os objetivos apresentados e com os objetivos específicos, apresenta também um panorama da epidemia de AIDS no país, trazendo os desafios a serem enfrentados em termos de políticas e mobilização social. Orienta as ações para a promoção e proteção dos direitos fundamentais de pessoas que vivem com HIV/AIDS, orienta a respeito da prevenção, do diagnóstico, da assistência de pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS e situa o papel dos gestores em cada esfera. A política divide-se em três componentes e apresenta diretrizes e estratégias para cada componente.

O primeiro componente orienta para a promoção, proteção e prevenção da transmissão de HIV/AIDS e propõe a articulação de ONGs para a ampliação de ações de prevenção em resposta a infecção pelo HIV. Como estratégia buscará apoiar projetos de intervenção comportamental e elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir os diferentes públicos estimulando-os a adotar práticas mais seguras que reduzam a transmissão do HIV/AIDS.

O segundo componente traz as diretrizes e estratégias para o diagnóstico e a assistência para pessoas que vivem com HIV/AIDS. Nesse componente, a política traz tudo o

que se refere à assistência farmacêutica e ao uso de antirretrovirais para pacientes com HIV positivo e garante o acesso gratuito a esses medicamentos, bem como os exames laboratoriais para o monitoramento do tratamento, propiciando uma melhor qualidade de vida e, por fim, leis e portarias ministeriais que regulamentam tanto uso, quanto o fornecimento desses medicamentos.

O terceiro componente contempla as diretrizes e estratégias para o desenvolvimento institucional e a gestão do programa orienta também para os seguintes subcomponentes referente à epidemia de AIDS: treinamento, epidemiologia, monitoramento de práticas sociais, administrativo-financeiro, monitoramento e auditoria preventiva, gestão e cooperação externa. O componente de desenvolvimento institucional e gestão reforçam para o alcance do objetivo geral de fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle e prevenção das DST/AIDS

A política instituída em 1999, não contempla todas as ações que o Estado vem desempenhando no enfrentamento da epidemia e muito se fez de lá para cá. Hoje, para que a epidemia tenha significativa redução de incidência, é preciso envolvimento de vários setores governamentais e não governamentais, a integração dos três poderes: municipal, estadual, e federal juntamente como os gestores, assim como prevê a política. Diante disso, o Estado buscou ampliar a descentralização para o fortalecimento das ações de vigilância no âmbito das DST, AIDS e Hepatites Virais para responder às características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional e como uma dessas ações o estado instituiu o protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis o qual dará as diretrizes para implementação de comitês que investigarão casos de transmissão vertical dessas epidemias, sendo essa uma estratégia da política nacional de DST/AIDS para o combate da epidemia.

Outra grande estratégia que o MS desenvolveu junto como os estados e municípios foi a ampliação dos testes rápidos nas unidades básicas e maternidades. A partir da implementação dos testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde, o acesso ao diagnóstico, tanto do HIV, quanto da Sífilis se tornaram mais acessíveis, possibilitando que o paciente entre em tratamento o mais cedo possível. Essa estratégia tem sido um ganho para a população, pois antes os exames que diagnosticavam essas epidemias eram mais lentos, demorava meses para ter o resultado e muitos pacientes acabavam nem retornando a Unidade Básica para buscar esses exames. A ampliação dos testes rápido para diagnosticar a sífilis também é um ganho para as gestantes que mesmo fazendo o exame no início da gestação, agora passam a realizar o exame também no terceiro semestre de gravidez (28 semanas) de

gestação e no momento do parto, visto que muitas vezes acabam mudando de parceiro e ficam mais vulneráveis à transmissão da Sífilis podendo transmitir para o bebê, ou até mesmo acarretando aborto ou má-formação do feto.

Por fim, é importante saber o que são essas doenças as quais hoje são consideradas epidemias e que têm causado preocupação das autoridades.

2.2 CONTEXTUALIZANDO AS EPIDEMIAS

Este tópico pretende aproximar o leitor das duas epidemias as quais são o nosso campo de estudo no que se refere a políticas de saúde e como essas duas epidemias estão preocupando as autoridades públicas culminando em mobilizações dos gestores para a redução das mesmas.

2.3 A SÍFILIS

Segundo o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para atenção integral instituída pelo Ministério da Saúde em 2015, a sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser Humano. É causada pelo *T. Pallidum*, uma bactéria Gram- negativa descoberta em 1905. Há pelo menos três estágios da sífilis:

- a) Sífilis primária: pequenas feridas nos órgãos genitais (cancro duro), que desaparecem espontaneamente e não deixam cicatrizes gânglios aumentados e íngua na região da virilha;
- b) Sífilis secundária: manchas vermelhas na pele, na mucosa da boca, nas palmas, das mãos e planta dos pés, febre, dor de cabeça, mal-estar, manifestações que também podem regredir sem tratamento, embora a doença continue presente no organismo;
- c) Sífilis terciária: comprometimento do sistema nervoso central, do sistema cardiovascular com inflamação da aorta, lesões na pele e no osso.

A Sífilis Congênita pode causar má-formação do feto, aborto espontâneo e morte fetal.

Ainda, segundo esse protocolo, todos os profissionais da área da saúde habilitados devem identificar as manifestações clínicas da Sífilis, assim como interpretar os resultados dos exames laboratoriais que permitem a comprovação do diagnóstico e o monitoramento da resposta do tratamento.

A transmissão da Sífilis se dá por três vias: pelo contato sexual, sem o uso do preservativo, podendo ser transmitida também pela transfusão de sangue ou derivados. No entanto, isso é raro devido ao controle realizados pelos hemocentros.

Por fim, a transmissão pode ocorrer em gestante não tratada ou tratada inadequadamente. A Sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero com uma taxa de transmissão de até 80%. Pode acontecer também na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal depende do estágio da Sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Esse é o caso da Sífilis Congênita que será um dos casos que o comitê terá como atribuição para propor soluções a fim de evitar esses agravos nas gestantes e até mesmo para solucionar possíveis falhas nos serviços.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um aumento dos casos de Sífilis, fazendo com que o Estado desenvolva políticas públicas nacionais de combate à epidemia, tanto da Sífilis como também da AIDS.

Conforme já apresentado no capítulo anterior, desde 1999, o Brasil já tem uma política nacional de DST/AIDS, e apesar do nome AIDS despertar certo pré-julgamento, isso acontece de certa forma, pois ainda há muitas pessoas que desconhecem o que é propriamente a doença e como se dá a transmissão da mesma.

2.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS

A AIDS, sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo vírus HIV. A AIDS se caracteriza pelo enfraquecimento do sistema imunológico do corpo com o organismo mais vulnerável ao aparecimento de doenças oportunistas que vão de um simples resfriado a infecções mais graves como a tuberculose ou câncer. O próprio tratamento dessas doenças fica prejudicado com a presença do vírus HIV no organismo. As formas de contaminação da AIDS são as mesmas que a sífilis, conforme já mencionado acima.

Segundo o Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (BRASIL, 2007), a Transmissão Vertical (TV) do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada).

Atualmente, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como: diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, o parto cesariano programado a suspensão do aleitamento materno.

Diante do atual contexto das epidemias, o Estado teve que se reorganizar para enfrentar essas doenças, visto que a taxa de transmissão vertical dessas epidemias vem crescendo cada vez mais nos últimos anos. Para tanto, o Ministério da Saúde lançou o protocolo de Investigação de Transmissão Vertical, o qual veremos no próximo capítulo.

2.5 INCENTIVOS FINANCEIROS PARA O COMBATE DO HIV/AIDS

A Portaria nº 2313 de 2002, instituída pelo Ministério da Saúde, estabelece normas relacionadas a incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST/AIDS (CNDST/AIDS/SPS/MS) estabeleceu três critérios para que estados, Distrito Federal e municípios recebam incentivos, sendo eles: magnitude da epidemia – a partir do estudo de indicadores epidemiológicos desenvolvido pela CNDST/Aids/SPS/MS, foram considerados o número de casos de Aids registrados no período de 1988 a 2000 e o comportamento da epidemia no período mais recente de 1991 a 1998, no tocante à velocidade de crescimento da epidemia e da incidência acumulada. Os entes federativos que receberão incentivos do Governo Federal junto com outras 411 secretarias municipais de Saúde representam 95% da epidemia de AIDS no país e por isso podem ser contemplados com o incentivo.

Os estados que atenderem aos critérios estabelecidos pela Portaria devem se organizar para solicitar o incentivo financeiro com a documentação comprobatória das responsabilidades assumidas. Nesse sentido, faz-se necessário: solicitação formal do Gestor Estadual ou Municipal para participar do Incentivo, ter aprovação do Plano de Ações e Metas pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde e elaborar Plano de Ações e Metas do Estado Distrito Federal ou Município elaborado de acordo com as orientações da Coordenação Nacional de DST-AIDS. Após esse processo, a documentação deve ser encaminhada à Coordenação Nacional de DST e AIDS/SPS/MS, a qual também avaliará a viabilidade.

Para os municípios também há exigência de documentação comprobatória para o recebimento do incentivo financeiro. No entanto, essa documentação deve passar por

apreciação do grupo técnico responsável pela coordenação das ações em HIV/AIDS e outras DST da respectiva SES, que deverá se responsabilizar. Segundo o que a Portaria n° 2.310 de 2002, as secretarias estaduais de saúde têm o dever de avaliar e monitorar as ações e planejamento dos gestores municipais que recebem esse incentivo financeiro do Governo Federal, ou seja, as secretarias estaduais têm um papel fundamental ao avaliar e monitorar como os municípios irão investir esse incentivo financeiro, de acordo com o que a Portaria estabelece e, por sua vez, o Governo Federal monitora os estados que recebem os incentivos financeiros que visam a atender: a promoção da saúde, a prevenção da doença e os danos, a assistência e tratamento dos portadores.

Ainda, a Portaria n° 2.310 apresenta uma relação dos municípios que devem receber os benefícios sendo eles:

Quadro 1 - Municípios que recebem recursos financeiros

MUNICÍPIO	REFERÊNCIA	OSC	TOTAL INCENTIVO
ALVORADA	285.113,00 2	285.113,00	285.113,00
BAGE		67.190,33	67.190,33
CACHOEIRA DO SUL		61.022,78	61.022,78
CACHOEIRINHA		88.948,26	88.948,26
CAMPO BOM		50.000,00	50.000,00
CANOAS	311.032,00	311.032,00	311.032,00
CARAZINHO		50.000,00	50.000,00
CAXIAS DO SUL	220.315,00	238.025,43	238.025,43
CHARQUEADAS		51.385,52	51.385,52
CRUZ ALTA			52.474
ERECHIM		65.386,23	65.386,23
ESTEIO		67.830,13	67.830,13
ESTRELA		18.995,45	18.995,45
GRAVATAI	246.234,00	246.234,00	246.234,00
GUAIBA		84.505,83	84.505,83
ITAQUI		50.000,00	50.000,00
LAJEADO		50.000,00	50.000,00
NOVO HAMBURGO	233.274,00	233.274,00	233.274,00
PASSO FUNDO	237.360,00	237.360,00	237.360,00
PELOTAS	298.073,00	298.073,00	298.073,00
PORTO ALEGRE	704.054,50	1.109.751,21	1.109.751,21
RIO GRANDE	221.827,50	221.827,50	221.827,50
TAQUARA		50.000,00	50.000,00
TORRES		50.000,00	50.000,00
URUGUAIANA	207.355,00	207.355,00	207.355,00
VACARIA		50.000,00	50.000,00
VIAMAO	311.032,00	311.032,00	311.032,00
Santa Cruz do Sul		96.525,33	96.525,33
Secretaria de Saúde do RS			8.116.656,67

Fonte: Brasil (2002)

Ao verificar os municípios que recebem esse incentivo financeiro do Governo Federal, percebe-se que são os mesmo que já têm comitês implementados com a exceção do município de Sapucaia. Esses municípios recebem esse incentivo financeiro porque atendem aos critérios estabelecidos pela portaria 2313:

1.2.1. Magnitude da epidemia – a partir do estudo de indicadores epidemiológicos desenvolvido pela CNDST/AIDS/SPS/MS, foram considerados o número de casos de AIDS registrados no período de 1988 a 2000 e o comportamento da epidemia no período mais recente de 1991 a 1998, no tocante à velocidade de crescimento da epidemia e da incidência

acumulada. A partir desses indicadores, elaboraram-se estudos estatísticos que possibilitaram a definição de um conjunto de municípios onde a epidemia apresenta magnitude importante.

Além disso, participam de projetos AIDS, tendo em vista não só a importância da epidemia em seus territórios, mas também o desenvolvimento da capacidade institucional e a experiência adquirida em projetos e ações de controle do HIV/AIDS, constituindo-se em polos importantes de difusão da Política Nacional de DST e AIDS.

Esses são os critérios para que os municípios apresentados no quadro 1 recebam esse incentivo financeiro do governo federal.

A Portaria nº 3.276, instituída pelo Ministério da Saúde em 2013 (BRASIL, 2013), também regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais.

O incentivo financeiro de custeio, o qual é estabelecido pelo MS, tem como objetivo garantir que Estados, Distrito Federal e Municípios priorizem a manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV.

Para que os entes federativos recebam esse incentivo financeiro, é preciso haver uma pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que contenha a distribuição do valor de recursos financeiros a serem repassados pelo MS. Para tanto, a CIB deverá observar as seguintes condições:

- I - carga de doença;
- II - Município de Região Metropolitana;
- III - Município referência de Região de Saúde;
- IV - Município cuja população seja superior a 100.000 (cem mil) habitantes.

Para subsidiar a pactuação na CIB a portaria estabelece também como critérios:

- I - número de casos de AIDS;
- II - número de casos de Hepatite B;
- III - número de casos de Hepatite C;
- IV - número de casos de nascidos com Sífilis Congênita.

O valor do incentivo financeiro constante no ato específico será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, de idêntico valor, a partir da apresentação das Resoluções da CIB e do CGSES/DF e depositado pelo Fundo Nacional de Saúde no fundo de saúde do ente federativo estadual, distrital ou municipal beneficiário.

A CIB 143 vem ao encontro do que a Portaria N° 3.276 estabelece, ou seja, é a pactuação conforme a Portaria apresentou anteriormente. Nesse sentido, o estado tem um papel fundamental, o qual a CIB 143 apresenta em seu artigo 8º: A SES/RS efetuará o monitoramento sistemático e regular das ações por intermédio dos sistemas de informação e outros instrumentos de monitoramento. A Secretaria Estadual de Saúde também avaliará uma revisão do repasse e rateio dos recursos financeiros para os municípios, considerando a dinâmica da epidemia e a carga das doenças representadas pelos seguintes agravos: AIDS, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis Congênita.

A CIB 143 (RIO GRANDE DO SUL, 2010), ainda apresenta os demais municípios beneficiários que não estavam presentes na Portaria n° 3.276, mas que atendem aos critérios estabelecidos pela mesma. Em média, o valor repassado para esses outros municípios é de 75 mil reais.

Portanto, todos os municípios que já têm comitês implementados recebem incentivo financeiro, considerando às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais. Além disso, cabe ressaltar que a escolha para esses municípios e do Estado do Rio Grande do Sul receberem esse incentivos financeiros está amparado em todo um estudo da magnitude da epidemia de AIDS nesses municípios e também no Rio Grande Do Sul , isto é, precisa atender todos os critérios estabelecidos pelas portarias apresentadas.

3 PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Este tópico pretende apresentar uma síntese do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis e Hepatite B e C, o qual servirá como base para compor os comitês.

3.1 DESCRIÇÕES DAS DIRETRIZES PARA A CONSTITUIÇÃO DE COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TV

Em 2014, o Ministério da Saúde lança o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical, o qual visa estabelecer diretrizes para compor comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Essa é mais uma estratégia do Estado para reduzir a incidência de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o Estado já vem desenvolvendo algumas estratégias de redução da incidência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, como o programa Rede Cegonha, lançado pelo Governo Federal em 2011, o qual tem mobilizado profissionais da saúde, gestores e colaboradores do Ministério da Saúde. O programa visa garantir que a mulher e a criança tenham direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS. Uma das ações objetivadas pela estratégia foi a implantação de teste rápido de HIV e Sífilis na atenção básica como dever nos três níveis de gestão do SUS. Portanto, a ampliação de oferta dos testes rápidos na atenção básica proporcionou uma ampliação do diagnóstico precoce ainda na gestação, acarretando uma ação imediata no que se refere à prevenção.

Todavia, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), as medidas de intervenção para evitar a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis foram insuficientes, visto que uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso dessa população a estas medidas, sendo esses fatores adicionais para a ocorrência de casos por esta via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade. O protocolo também propõe que sejam investigados os casos de TV de Hepatite B e C.

O Protocolo ainda reitera a informação sobre as portarias que normatizam a notificações para gestante com HIV (Portaria nº 993/GM – 04/09/00) e Sífilis (Portaria nº 33 – 14/07/05). A possibilidade de captar as gestantes com sorologia positiva, tanto para HIV, quanto para sífilis aumenta através dessas notificações.

Após apresentar essas ações, o Protocolo instituído pelo Ministério da Saúde estabelece ações que devem ser realizadas para a criação dos comitês de investigação de TV de HIV e Sífilis, sugerindo que os estados e os municípios façam estudos epidemiológicos dos casos de Transmissão Vertical para mapear os mesmos e propor as soluções.

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS COMITÊS

Segundo o protocolo instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), os comitês devem ter uma natureza investigativa, intrainstitucional, interinstitucional, intersetorial, multiprofissional, que visem analisar casos de agravos evitáveis e indicar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Deve prezar pelo sigilo dos casos, ter atuação técnica, não coercitiva e nem punitiva. Os comitês também contribuirão para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados dos serviços prestados as gestantes, no pré-natal, parto, puerpério.

Todos os casos de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B e C deverão ser investigados pelos comitês e estes também deverão reunir instituições governamentais, gestores e trabalhadores em saúde, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada. O principal objetivo desses comitês será o de propor medidas para a redução de casos de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e hepatites B e C, visando à melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão.

O protocolo ainda traz estratégias de implementação dos comitês, a forma de organização desses comitês e a composição, contudo, ele estabelece que seja facultativa a escolha dos membros temporários. O protocolo sugere que sejam membros ativos as seguintes instituições: Secretarias de Saúde: Vigilância Epidemiológica e Assistência (Atenção Básica e Hospitalar); Conselho Regional de Medicina; Conselho Regional de Enfermagem; Sociedades científicas; Conselhos de Saúde; Ministério Público; Movimentos Sociais; Convidados “*ad hoc*”.

Como método de investigação dos casos de Transmissão Vertical, o protocolo sugere que o próprio documento, no qual vem um anexo com fichas de investigação que devem ser preenchidas nos casos de ocorrência de transmissão vertical de HIV e Sífilis, seja usado como um método estratégico para investigação dos casos.

Quadro 2 – Casos de Investigação de Transmissão Vertical

Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical
Paciente
Pré-natal
Parto
Puerpério (seguimento da criança após o parto)
Acompanhamento da criança com HIV
Acompanhamento da Criança com Sífilis Congênita
Casos de Transmissão Vertical de Hepatite B e/ou C

Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo as diretrizes para a constituição de comitês de 2014, os dados das pacientes são divididos conforme apresentado no Quadro 2, ou seja, as fichas de investigação dos comitês são divididas por essas categorias. Essas fichas são usadas pelos gestores municipais para investigação dos casos de Transmissão Vertical.

4. PROCESSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS, O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO, ATORES, INTERSETORIALIDADE

Ao longo de todo o processo de estudo dessa política, nos deparamos com várias questões a serem trabalhadas para entender como toda a política funciona, tais como: fatores epidemiológicos, políticas públicas, atores e instituições, como acontecem essa relação para que a política seja eficiente, a implementação e seus entraves, a intersectorialidade, visto que na solução dos casos de Transmissão Vertical nos comitês precisa do envolvimento de diferentes serviços. Por isso, esse capítulo pretende abordar alguns aspectos na perspectiva do que a política proposta apresentou.

4.1 POLÍTICA PÚBLICA: CONCEITUALIZAÇÃO

Segundo Souza (2006), a política pública como área de conhecimento surgiu nos EUA como foco na área de estudo do Estado e suas instituições. Desta maneira, procuravam-se as teorias explicativas sobre o papel do Estado e também da área considerada mais importante do Estado, o governo em si, que é justamente o produtor de políticas públicas.

Ainda, segundo Souza (2006), o termo política pública passa a ser produto da Guerra Fria, valorização da tecnocracia, quando o governo propriamente dito introduz a política pública como ferramenta de decisões. Segundo estudo realizado por Souza (2006), seu introdutor no governo do EUA foi Robert McNamara que estimulou a criação, em 1948, da *RAND Corporation*, organização não governamental.

Contudo, ainda temos uma das definições mais conhecidas. Laswell (1936 apud SOUZA, 2006) diz que a política pública faz a política, ou seja, a partir dessa definição temos: quem ganha o quê, por quê e que diferença isso faz.

Alguns atores também procuram definir o conceito de políticas públicas através do seu papel como a “resposta” de um problema.

Bucci (2006, p. 14) define política pública como “[...] um programa ou quadro de ação governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas (coordenadas), cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo.” Nessa perspectiva, a autora explica que as políticas públicas provêm do Estado e podem ser colocadas não só na forma de lei e também em documentos legais diversos.

As políticas públicas têm distintos suportes legais. Podem ser expressas em disposições constitucionais, ou em leis, ou ainda em normas infralegais, como decretos e portarias e até mesmo em instrumentos jurídicos de outra natureza, como contratos de concessão de serviço público, por exemplo (BUCCI, 2006, p. 11).

Partindo de premissa de legislação, normatização, podemos dizer que apesar de portarias, decretos e resolução não serem consideradas como lei, acabam tendo as mesmas prerrogativas desta para implementação das políticas e programas. Nesse sentido, Ball (apud MAINARDES, 2006) diz que é importante considerar que as políticas públicas têm “vida” própria, pois se constituem num processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses.

No entanto, não podemos esquecer que a política não é inerte a um movimento constante e a fase da implementação é uma das quais mais pode sofrer alguma alteração, já que muitas vezes quem formula não implementa e que portanto, tem que ter uma interação entre os implementadores e seus executores. “As ações empreendidas pelo Estado não se implementam automaticamente, têm movimento, têm contradições e podem gerar resultados diferentes dos esperados.” (HÖFLING, 2001, p. 35).

Isso acontece porque muitas vezes as políticas públicas são voltadas para distintos grupos de interesse e de classe.

Como já apresentado no início desse capítulo, não existe uma única definição, apesar disso, há um consenso entre os autores quando define políticas públicas como uma ação inerente ao governo. Souza (2006) faz uma revisão literária trazendo alguns dos principais autores que definem as políticas públicas: Dye (1984 apud SOUZA, 2006) diz que, política pública é o que o governo escolhe fazer ou não fazer. Para Peters (1986 apud SOUZA, 2006), política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Não tão diferente dos demais autores, Lynn (1980 apud SOUZA, 2006) define política pública como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.

Entretanto, sabemos que uma política pública passa por diferentes fases, ou como diriam os especialistas - passa por um ciclo, a compreensão desse ciclo nos permite acompanhar todo o curso da política.

4.1.2 O ciclo das políticas públicas

É fundamental compreender o chamado ciclo de Políticas Públicas desde a construção da agenda, formulação, implementação e avaliação da política.

4.1.3 A importância da concepção do ciclo de políticas públicas

Conforme Rua (1997), o modelo do “ciclo de políticas públicas” é uma concepção abstrata do processo político, que embora não corresponda exatamente ao que ocorre na prática, funciona como um recurso de análise das Políticas Públicas.

A importância da concepção do ciclo de Políticas Públicas está atrelada ao fato de que suas etapas correspondem a um curso de elementos do processo político-administrativo e podem ser no que diz respeito aos atores, às suas relações, seus recursos de poder, às redes políticas e sociais e às práticas que se encontra em cada fase. Ao iniciar a pesquisa para identificar cada fase do ciclo de políticas públicas, é possível perceber que há algum e outro elemento diferente dentro da concepção de diferentes autores:

Rua (1997) apresenta a visão de alguns autores a respeito do ciclo de políticas públicas: Para Freyre (1995 apud RUA, 1997), o ciclo de Políticas Públicas compreende as seguintes fases: percepção e definição de problemas, “*agenda-setting*”, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

Segundo Teodorescu, Lindinalva e Teixeira (2003 apud BRASIL, 2015a), em meados da década 1960 é que surgem os movimentos sanitaristas na luta contra a AIDS. Portanto, o Estado conhece o problema há mais de cinco décadas, mas há outros estágios até que esse problema se torne uma política pública.

Ainda, segundo Saravia (2006 apud RUA, 2016) há uma distinção entre os seguintes estágios: formação da agenda, elaboração das alternativas, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação.

Nesse caso, levantamos uma pergunta, aliás, duas: quando e como o Estado decide se um tema vai ser efetivamente incluído em pauta? Isso acontece na fase de formação da agenda.

4.1.4 Formação da agenda

A formação da agenda é o momento em que é decidido se o problema é de relevância ou não, ou seja, é o momento em que é decidido se o problema vai ser incluído na pauta da política. No entanto, há que se pensar que antes que isso aconteça é preciso avaliar o custo e o benefício das alternativas disponíveis. Segundo Rúa (1997), para que a decisão seja tomada é necessário o reconhecimento do tema como um problema político, uma avaliação preliminar do ambiente e dos custos e benefícios das alternativas disponíveis, bem como as chances de imposição política, sendo de grande importância o envolvimento dos atores políticos relevantes.

Segundo Cobb e Elder (1983) há pelo menos três condições para que um problema entre na agenda política, sendo eles:

- a) atenção: diferentes atores (cidadãos, grupos de interesse, mídia, etc.) devem atender a situação como merecedora de intervenção;
- b) resolubilidade: as possíveis ações devem ser consideradas necessárias e factíveis;
- c) competência: o problema deve tocar a responsabilidade pública.

Neste último aspecto, cabe salientar que o presente trabalho trata de uma política de saúde, sendo o HIV/AIDS e Sífilis. A saúde é um direito fundamental garantido pela Constituição de 1988, presente no artigo 6º e também no artigo 196 da Constituição que prescreve: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Sob a perspectiva de Cobb e Elder (1983) podemos dizer que a política de DST/AIDS é de responsabilidade pública e competência do Estado.

4.1.5 Formulação das alternativas e Tomada de Decisão

A partir da inclusão do problema na agenda, começam a ser estabelecidos esforços para buscar estratégias e objetiva mensuração das possíveis consequências de cada alternativa de solução.

Segundo Schattschneider (1960, p. 68), a definição das alternativas é a definição e o instrumento supremo de poder, porque a definição das alternativas é a escolha do conflito aloca poder.

Em geral, nesse estágio todos os envolvidos no processo da política resumem o que esperam como resultados da Política Pública e sob o viés dos objetivos, a etapa da formulação de alternativas é o momento em que serão elaboradas as estratégias e ações para que o propósito seja alcançado.

Com base na formulação das alternativas e nos objetivos já estabelecidos, os tomadores de decisão poderão escolher qual é a alternativa mais apropriada no que se refere a custos, sustentabilidade, equidade ou qualquer outro critério, para que assim possam tomar uma decisão que será a próxima etapa do ciclo da política.

A fase de formulação de alternativas é quando se escolhe a mais apropriada entre as várias alternativas de ação, quando a decisão é formalizada por meio de uma norma jurídica pela autoridade a que lhe cabe competência para tal feito.

4.1.7 Implementação

A implementação será o principal conceito que trabalharemos, pois compreende nosso foco quanto à definição do papel do estado na implementação dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical.

De acordo com o dicionário online de português Dicio (2009), implementação é “[...] ação ou efeito de implementar; ato de colocar em execução ou em prática; realização, efetivação ou execução de um projeto, uma tarefa etc.” A implementação do projeto deverá demorar alguns meses. No entanto, há quem diferencie implementação de execução. Segundo Saravia (2006 apud RUA, 2016), a execução se diferencia da implementação porque durante a execução é o momento em que acontece o cumprimento dos procedimentos operacionais para colocar em prática a política.

Mesmo entre os gestores, há certo questionamento quanto à correta definição desse conceito. Foi o que aconteceu com as técnicas da Coordenação Estadual de DST/AIDS sobre o termo implantação, que no entendimento delas significa o funcionamento da política na prática. Na perspectiva da implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de Sífilis, percebeu-se toda uma ação com diferentes atores, o qual envolvia gestores municipais, estaduais e federais, ou seja, todos buscando concretizar um objetivo comum: a redução do índice de transmissão vertical dessas epidemias. Segundo Van Meter e Van Horn

(1975¹ apud FARIA, 2012), implementação de políticas públicas “[...] é a ação de indivíduos e grupos públicos e privados que buscam o cumprimento dos objetivos previamente decididos.”

Há todo um esforço através das ações com o processo de operacionalizar os objetivos pré-estabelecidos à implementação, permeia sempre entre as metas e ações desenvolvidas para efetivar os objetivos. Assim como estabelece Pressman e Wildavsky (1973, p. xv² apud FARIA, 2012), a implementação deve ser vista como um processo de interação entre o estabelecimento de metas e ações geradas para alcançá-los.

São muitos os problemas brasileiros que vemos como “leis que não pegam”, “programas que não vigam” ou até mesmo projetos públicos que acabam tendo seus objetivos alterados ou desviados no momento da implementação. Daí a importância de estudar as fases da implementação para que desta maneira seja possível, através de instrumentos analíticos, identificar as possíveis falhas.

No processo de análise de implementação, é possível perceber elementos básicos do processo de implementação como: as relações existentes entre os atores, as instituições vigentes, recursos financeiros, materiais informativos e políticos, competências (técnica, humanas da gestão de gestão).

É importante também ter conhecimento dos modelos de implementação. Segundo Sabatier (1986) existem dois modelos de implementação de políticas públicas:

- a) Modelo top-down (de cima para baixo): caracterizado pela separação clara entre o momento de tomada de decisão e o da implementação em fases consecutivas. Esse modelo é baseado na distinção Wilsoniana entre “política e administração” (Wilson, 1887), no qual os tomadores de decisão (políticos) são separados dos implementadores (administração). Nesse modelo, a avaliação se dá pelo resultado alcançado, diferentemente do que acontece com a avaliação que segue arrisca as prescrições que a política estabelece;
- b) Modelo bottom-up (de baixo para cima) caracterizado pela maior liberdade de burocratas e redes de atores em auto reorganizar e modelar a implementação de políticas públicas. Nesse modelo, a política pública é modificada por aqueles que implementam no dia a dia, ou seja, o formato dela não é definitivo depois da tomada de decisões, porque quem a implementa sente essa necessidade, pois

¹ VAN METER, D.; VAN HORN. The policy implementation process: a conceptual framework. *Administration and Society*, v. 6, p. 445-488, 1975.

² PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973.

acabam encontrando dificuldades e problemas práticos no momento de execução da política.

Em sentido mais geral, implementar significa: executar algo, um plano, programa ou projeto, por exemplo; colocar em prática por intermédio de providencias concretas (FARIA, 2012, p. 7). Mas, ao se aprofundar nesse conceito, percebe-se que não é tão simples quanto parece. A implementação é enganadoramente simples: ela não parece envolver quaisquer grandes questões (VAN METER; VAN HORN, 1975, p. 450 apud FARIA, 2012). E por que esse conceito parece ser tão complexo? Porque é nesse estágio que pode haver mudança daquilo que se tinha como meta, mesmo que isso tenha sido previsto na prática pode ocorrer alterações. Alguns autores como Jenkins (1978 apud PARSONS, 1995, p. 461) falam da importância de estudar essas mudanças:

Um estudo sobre implementação é um estudo sobre mudança: como a mudança ocorre, como pode ser induzida. É também um sobre a microestrutura da vida política; sobre como uma organização de fora e de dentro dos sistemas político conduz os seus assuntos e interagem umas com as outras; sobre os que o motiva a agir da maneira que o fazem; e sobre o que pode motivá-los a agir diferentemente.

Nesse aspecto, poderíamos também falar sobre o que leva as organizações a agirem em conjunto, traçar os objetivos comuns e entender o motivo pelo qual muitas vezes a política acaba não sendo implementada. Conforme aquilo que se tinha como previsto é um ponto que precisa ser trabalhado, como se dá o sucesso de uma política. Nesse sentido, o que fez com que 20 municípios do estado do Rio Grande do Sul implementassem os comitês? Será que foi porque o índice de Transmissão Vertical vem aumentando, ou os gestores municipais tiveram acesso aos recursos de que precisavam? Há que se fazer uma análise minuciosa para compreender.

Há que se discutir a eficiência e a eficácia de uma política pública, no sentido de compreender o que faz com que a política pública tenha um resultado positivo. Segundo Silva e Mello (2000, p. 3), a implementação é o elo perdido nas ações governamentais, pois ela é o tema central quando se debate sobre a eficiência e a eficácia dos programas, o sucesso ou não das políticas públicas.

Rua (1997, p. 14) diz que a implementação é fazer a política sair do papel e funcionar efetivamente. Segundo a autora citada, há dez condicionantes para que a implementação seja considerada perfeita: Top Down (formulada pelos decisores da política):

- a) fatores externos ao agente implementador não devem desvirtuá-lo;

- b) o programa precisa ter os recursos necessários;
- c) para cada estágio da implementação deve haver recursos suficientes;
- d) a política que será implementada precisará estar embasada em uma teoria de acordo com a relação causal- causa e efeito – adequados;
- e) havendo agentes intermediários entre causas e efeitos, eles precisam ser mínimos;
- f) é preciso haver apenas um órgão implementador, que não dependa de outros, se houver outros envolvidos que tenha o mínimo de dependência;
- g) todos devem ter consenso sobre as metas a serem cumpridas e isto deve permanecer durante toda a implementação;
- h) ao focar nos objetivos, todos os agentes devem ter certeza de suas atividades inclusive me sequência;
- i) a comunicação entre a coordenação e os envolvidos deve ser perfeita;
- j) os coordenadores devem liderar efetivamente seus subordinados.

O Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical é uma iniciativa do Ministério da Saúde, ou seja, parte de cima até chegar à ponta (municípios, Regionais de saúde). Porém, é preciso atenção maior para dois condicionantes apresentados por Rua (1997): b) o programa precisa ter os recursos necessários; e f) é preciso haver apenas um órgão implementador, que não dependa de outros, se houver outros envolvidos que tenha o mínimo de dependência. Esses dois condicionantes são fatores de grande relevância para análise desse trabalho, sendo que esses fatores foram motivos de recusa da coordenadora da 2º CRS para que o comitê não fosse implementado.

Segundo essa coordenadora, a falta de recursos humanos inviabilizava a implementação dos comitês e a coordenação de DST/AIDS do RS tentou por mais de duas vezes implementar o comitê nessa região, porém, não obteve sucesso.

O modelo bottom-up, como já citado no ciclo de políticas públicas é um modelo que dá maior liberdade de ação dos atores envolvidos na implementação. Por dar maior liberdade também possibilita uma mudança, pois muitas vezes os atores envolvidos nesse processo sentem essa necessidade, no entanto, se os objetivos forem explícitos e se bem determinada a responsabilidade administrativa, aumenta de maneira significativa o êxito na implementação.

Ao encontro dessa ideia, vem a prospectiva de Elmor (1996 apud LIMA; D'ASCENZI, 2013, p. 103):

O desenho retrospectivo, ou *bottom-up*, questiona o suposto da influência decisiva dos formuladores sobre o processo de implementação e de que as diretrizes explícitas, a determinação precisa das responsabilidades administrativas e a definição exata de resultados aumentam a probabilidade de que as políticas sejam implementadas com êxito.

No modelo *bottom-up*, apesar de haver uma integração e direcionamento de esforços para determinadas atividades, há uma atenção maior para os atores envolvidos no processo de implementação os objetivos definidos podem ser modificados de acordo com o contexto e visão de mundo dos implementadores.

Embora a implementação dos comitês se aplique no modelo Top Down por ser de iniciativa do Governo Federal, há nesse caso um trabalho na busca de implementar os comitês por parte do estado e também dos municípios, ou seja, há uma interatividade entre as esferas. No entanto, ainda há dificuldades encontradas pela gestão estadual de DST/AIDS.

A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consistem no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política. (SILVA, 2009, documento on-line).

Ao fazer um recorte sobre a dificuldade que a Coordenadoria Estadual de Saúde encontra para implementar o comitê na 2º CRS, é possível perceber que essa dificuldade vai ao encontro do que Silva (2009) apresentou, visto que a Coordenadora da regional sustenta o argumento de ausência de recursos humanos, nesse sentido, as técnicas da coordenação estadual de DST/AIDS têm reforçado a importância desse comitê nessa região.

Ainda assim, o estado tem obtido resultados positivos em praticamente todos os municípios os quais apresentou o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Segundo a técnica da gestão estadual de DST/AIDS, a interação com os municípios tem sido positiva.

Nos municípios mais próximos da gestão estadual de DST/AIDS, as técnicas têm participado dos comitês quando possível e como o trabalho de implementação é recente, o estado ainda está desenvolvendo um sistema de monitoramento desses comitês.

4.1.8 Avaliação de política pública

Não é incomum confundir avaliação com monitoramento, esses dois conceitos por vezes são tidos como sinônimos. Ao procurar na literatura definições para tais conceitos, encontramos várias definições que de maneira geral não divergem tanto.

Para Costa e Castanhar (2003), avaliação acontece de maneira sistemática, tanto na política, programa ou projeto finalizados ou em curso que contempla o desempenho, implementação e resultado, tendo como relevância a efetividade, eficiência, impacto, sustentabilidade e os objetivos. Deste modo, a avaliação é cíclica e não está restrita somente à etapa final, mas sim em todas as etapas da política pública. “O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.” (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 972).

A avaliação permite que os formuladores e gestores de políticas construam políticas mais consistentes, com resultados positivos e melhor utilização de recursos. A avaliação também possibilita saber se é conveniente que a política continue ou não. Segundo Figueredo e Figueredo (1986), a avaliação estabelece critérios fundamentais para se decidir se uma política deve continuar a ser implementada, caso esteja promovendo desejável distribuição de bem-estar.

Carvalho (1988) é outro autor que não difere tanto da conceituação de Costa e Castanhar (2003). De acordo com Carvalho (1988), a avaliação contém três características processuais: é contínua e permanente, indo da concepção inicial aos resultados do projeto; envolve atores envolvidos na apreciação dos resultados e implica favorecer os integrantes, sejam os usuários ou equipes gestoras, os exercícios da ação reflexiva.

Outra questão importante é atentar quanto à metodologia de avaliação, ou seja, as distintas maneiras de classificar a avaliação. Segundo Costa (2001), a avaliação tem sido classificada “[...] em função de seu timing (antes, durante ou depois da implementação da política ou programa), da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, insumos, processo e resultados)”.

Avaliação sem ordem de principalidade, a qual consiste em analisar o custo-benefício e o custo-efetividade, das taxas de retorno econômico dos investimentos previsto (Lobo,1998).

A avaliação intermediária, também conhecida como avaliação formativa. Talvez essa seja o tipo de avaliação que mais se estabelece no que se refere ao acompanhamento do processo de implementação dos comitês. Segundo Ala-Harja e Helgason (2000), essa avaliação é conduzida durante a implementação de um programa e serve como base para adquirir conhecimento no processo de aprendizagem para o qual se deseja contribuir tendo como objetivo auxiliar na melhoria da gestão, na implementação e no desenvolvimento do programa.

Por fim, há avaliação posterior à implementação que visa trabalhar com impactos e processos de uma política, programa, projeto. Segundo Lobo (1998); Ala-Harja e Helgason (2000), nessa perspectiva, a objetividade e os achados são mais importantes que a aplicabilidade direta dos resultados, estuda-se a eficácia e avaliação do valor geral do programa.

Em geral, esse é ciclo de políticas públicas e, a partir disso, é possível visualizar e analisar o processo de uma política pública em fases e sequências interdependentes, embora alguns autores como Wildavsky (1979) sustentem que as fases geralmente se apresentem misturadas e as sequências em alguns casos podem se alternar, como por exemplo, a identificação dos problemas, que está mais relacionada ao fim do processo do que do início. Contudo, o ciclo é de grande importância, pois ajuda a organizar a “vida” de uma política tornando menos complexo o processo e subsidiando para que administradores e pesquisadores possam criar um referencial comparativo para os diferentes casos da política.

4.2 ATORES

Neste tópico, pretende-se apresentar conceitos do que são atores no contexto política e como estes se articulam, qual é o papel nas instituições e como é essa relação. A compreensão disso é de grande importância, pois é a partir de ações desempenhadas por esses atores que chegaremos à eficiência e a eficácia da política ou não.

Ao relacionar ator com políticas públicas ligeiramente associa-se ator nesse contexto como sendo a burocracia estatal, mas veremos que, a política compreende um conjunto de procedimentos destinados à resolução pacífica de conflitos em torno da alocação de bens e recursos públicos (RUA, 1997, p. 4). A autora faz um questionamento “Quem são os envolvidos nestes conflitos?” São os chamados atores políticos que são diversos e podem se distinguir como veremos a seguir.

Primeiramente, é importante distinguir dois tipos de atores: públicos e privados. Os atores públicos são aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e por mobilizar os recursos associados a estas funções (RUA, 1997). No entanto, é preciso diferenciar duas categorias dentro dos atores públicos: os políticos e os burocratas.

Os políticos, os detentores de mandato político, podendo ser: parlamentares, governadores, prefeitos e membros eleitos do executivo federal.

Os burocratas são os que ocupam cargos que requerem conhecimento especializado. Segundo RUA (1997), os burocratas controlam, principalmente, recursos de autoridade e informação.

Os atores privados são os empresários que têm o poder de influenciar a economia do país, estando ligados às atividades de produção e oferta de empregos. Os empresários podem se manifestar como atores individuais isolados ou como atores coletivos (RUA, 1997, p. 4).

Outro tipo de ator, que tanto pode ser público ou privado, são os tecnocratas, que são os altos diretores de empresas públicas (estatais) ou privadas. Eles podem circular entre empresas privadas e empresas públicas e tem formação técnica.

Outros atores, segundo RUA (1997), são os trabalhadores que se organizam e atuam através de sindicatos. Nesse caso, a autora chama atenção para o fato de que, dependendo estrategicamente do setor onde atuam, esses trabalhadores podem ter maior ou menor poder pressão.

Os agentes internacionais também são atores importantes no processo de política. Eles podem ser agentes na área financeira (FMI, Banco Mundial, etc.). Podem ser também países

ou governantes com os quais o Brasil mantém relação e que podem afetar de alguma forma, além da área econômica, a política interna do país.

Por fim, Rua (1997) coloca a importância da mídia com sendo um dos grandes agentes formadores de opinião, que possuem capacidade de mobilizar a ação de outros atores. Segundo a autora, a televisão tem um grande poder de formar a agenda de demandas públicas, de chamar a atenção do público para problemas diversos, de mobilizar a indignação popular, enfim, de influir sobre as opiniões e valores da massa popular.

É possível observar que os atores de alguma forma são agentes que atuam em todas as fases da política, sendo que a ação deles tem importância na promoção na efetividade e na eficácia das políticas, mesmo que indiretamente e isso independe da área de atuação deles. A interação entre esses atores podem influenciar no desempenho dessas políticas. Nesse sentido, há atores com maior grau de influência na política, o que poderá gerar conflitos, daí a importância de ressaltar a interatividade entre eles. Ressaltamos também quanto à responsabilidade desses atores no ambiente institucional.

Nessa perspectiva, a descrição dos atores já deixa implícito o papel de cada um ou o que se espera deles. No entanto, é importante ter atenção maior sobre isso, pois o papel de cada um é determinado em grande medida pelos “diferentes” interesses que guiam a ação de cada um desses atores.

4.3 INTERSETORIALIDADE

Este tópico pretende abordar o conceito de intersectorialidade, visto que há participação de representantes de diferentes setores participando das reuniões dos comitês. São atores multiprofissionais que integram ao comitê. Desta maneira, é possível ver o indivíduo de maneira integral.

A Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006) reforça a importância dos atores sociais envolvidos no processo de fortalecimento e administração do SUS em consolidar a promoção de saúde com a prática social intersectorialidade. A diretriz estabelecida pela PNPS apresenta logo no início a importância da cooperação para o fortalecimento da promoção em saúde. I. O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersectorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2006).

A intersectorialidade se apresenta nos debates de gestão e execução de políticas, em especial no que se refere a campo da saúde.

Mas o que é intersetorialidade? Segundo Pereira (2004), a intersetorialidade é um conceito polissêmico que, tal como a política social, possui identidade complexa e talvez por isso se afinem.

Pode-se dizer que intersetorialidade é a articulação de vários setores das diferentes políticas. Sendo assim, Pereira (2004) refere que a intersetorialidade articula saberes e experiências no cerne do processo de gerenciamento dos poderes públicos em resposta aos assuntos de interesse dos cidadãos. Partindo dessa premissa, tem-se que a intersetorialidade visa romper com a fragmentação das políticas sociais e pode fazer com que a percepção dos atores envolvidos seja modificada em relação à própria ação e maneiras de prestação dos serviços. É possível haver maior integralidade dos atores na perspectiva da intersetorialidade.

Trata-se de um modelo de gestão que pode promover a participação de vários setores que podem agir mutuamente compartilhando saberes diferentes com o intuito de enfrentar um problema social.

É importante ressaltar que ao promover essa integralidade, esse modelo de gestão mantém a especificidade de cada setor, justamente para torná-los mais eficientes.

Portanto, a intersetorialidade é capaz de promover uma rede de atores que se articulam e com seus diferentes saberes de forma integrada, visando um objetivo comum.

No contexto dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, há a participação do Ministério Público, que tem o poder de intervir em casos que fogem da governabilidade da saúde, ou seja, a partir do problema apresentado no comitê HIV e Sífilis é possível abordar todo um contexto que envolve a responsabilidade de outros setores. Desta forma, é possível que os atores envolvidos desenvolvam ações que solucionam os interesses dos cidadãos.

Seguindo essa perspectiva, é possível perceber “[...] integração entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de forma criativa demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais.” (MOTTA; AGUIAR, 2007, p. 368).

Portanto, a intersetorialidade integra os diferentes setores, permitindo o estabelecimento de espaços compartilhados de decisão e também de conhecimento entre as instituições, permitindo considerar o cidadão na sua totalidade, na sua necessidade individual e coletiva, demonstrando que as ações para serem resolutivas, principalmente no campo da saúde, precisam dessa parceria com os outros setores.

5 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS NO RIO GRANDE DO SUL

Este capítulo busca apresentar o processo de implementação dos comitês pela Gestão Estadual, para tanto, será apresentada informações concedidas pela Gestão estadual de DST/AIDS e apresentaremos um quadro com os indicadores que servem de base para implementação de comitês. Esses indicadores estão previstos no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS e Sífilis de 2015 (BRASIL, 2015b). As informações apresentadas nesse capítulo são de fonte direta da Técnica da Coordenação Estadual de DST/AIDS.

5.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Os municípios analisados são Porto Alegre e Gravataí. A escolha desses municípios se deu por dois motivos: primeiro porque são municípios que apresentam grande incidência das epidemias e estão situados dentro da região 10 de saúde, são municípios bastante populosos e estão próximos geograficamente, além disso, o contato com os gestores foi mais acessível. Ao longo dessa análise percebemos que há dois processos distintos de implementação desses comitês, sendo que conseguimos analisar diferentes perspectivas de implementação desses comitês, a partir disso acreditamos que essas duas perspectivas contribuíram ainda mais para o enriquecimento da análise. Porém, antes é preciso saber como esse processo de implementação funciona no contexto geral.

No final de 2014, as técnicas que compõem a gestão estadual de DST/ AIDS foram convocadas para uma reunião que aconteceu em Brasília. A reunião foi realizada pelo Ministério da Saúde e pelo departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Durante tal encontro, o MS apresentou o protocolo de diretrizes de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Duas representantes do núcleo da vigilância que compõe a política de DST/AIDS do Rio Grande do Sul participaram.

Durante essa reunião foi apresentada a proposta de implementar o comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis como estratégia para redução das contaminações tanto por vírus da AIDS quanto da sífilis que cresceu muito nos últimos anos em todo o Brasil. Participaram dessa reunião representantes de diferentes estados, principalmente os estados com maior incidência de AIDS e sífilis. No Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre foi o primeiro município a implementar o comitê ainda no ano de 2013, ou seja, o Município foi o pioneiro na implementação do comitê de TV, diferentemente dos

demais municípios que só em 2015 tiveram os primeiros comitês implementados por iniciativa do estado.

É importante salientar que ainda não há muita literatura sobre o processo de implementação desses comitês. Essas informações apresentadas foram concebidas pelas Especialistas em saúde que representam à Coordenação Estadual de DST/AIDS e que estiveram presentes ao longo de todo o processo de implementação desses comitês.

5.2 INDICADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS/RS

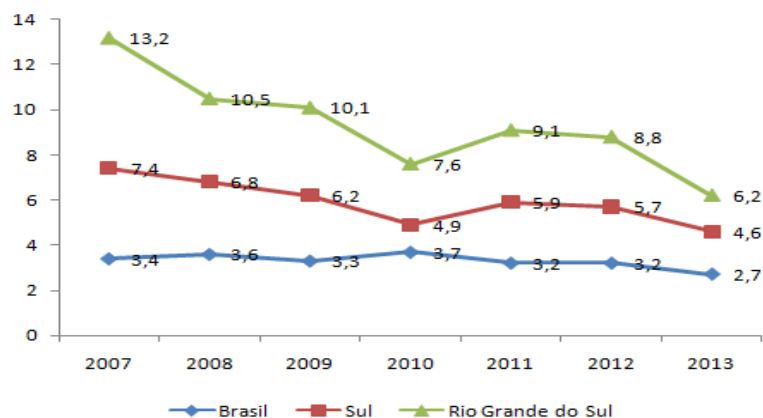
Em 2015, a Gestão Estadual iniciou um estudo epidemiológico usando indicadores tais como: AIDS em crianças menores de cinco anos de idade e Sífilis em crianças menores de um ano de idade. Essas informações foram retiradas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A seguir, serão apresentados esses indicadores para melhor compreensão. Antes cabe informar que esses indicadores são estabelecidos também pelo protocolo de investigação de TV e pelo Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS e Sífilis de 2015.

Segundo informações do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis de 2015 (BRASIL, 2015b), no período de janeiro de 1982 a junho de 2014 foram notificados 1.939 casos de AIDS em menores de 5 anos no estado do RS, sendo que 38,5% (746) residentes no município de Porto Alegre, 4,4% (88) em Canoas e 3,5% em Viamão.

A taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos vem sendo utilizada como indicador para avaliar a transmissão vertical do HIV. Observou-se uma tendência de queda significativa no Brasil como mostra o gráfico a seguir, porém, o Rio Grande do Sul ainda possui uma taxa de incidência muito significativa.

Conforme apresentado no Gráfico 1 em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul apresenta as maiores taxas de detecção de AIDS em menores de 5 anos de idade.

Gráfico 1 – Taxa de detecção de AIDS em crianças menores de 5 anos de idade.



Fonte: MS/ SVS/ DDAHV.

Outro indicador que a Gestão Estadual utilizou como dado para implementação dos comitês foi o de Sífilis congênita em crianças menores de 1 ano de idade. A notificação de Sífilis congênita é obrigatória desde 2005 e os indicadores os quais apresentam a evolução da doença servem também como fonte de monitoramento para os gestores. No ano de 2015, o número de casos de sífilis congênita se elevou no estado chegando a 4.797 casos.

O Quadro 3 mostra uma série histórica desse indicador o qual serve de base para os gestores.

Quadro 3 – Série Histórica do HIV e da Sífilis no Rio Grande do Sul

Casos epidemia no RS	Número de casos notificados	Taxa de detecção
Sífilis Congênita	2010 a 2015 foram notificados 4.797 casos de Sífilis em menores de um ano de idade	Linha ascendente em 2014 com 1.179 casos (24,6%).

Fonte: Elaborado pelo autor

Série histórica de autoria própria realizada a partir de informações do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis 2015.

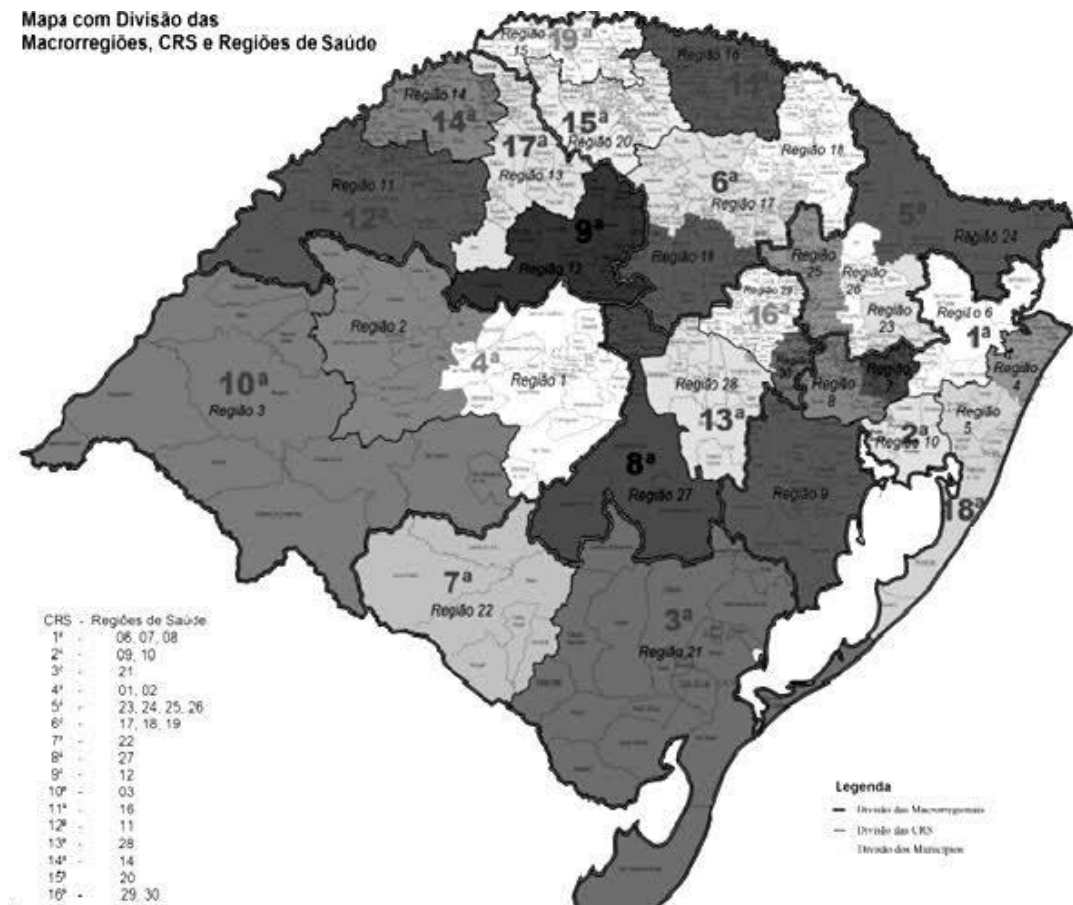
Tem-se observado a distribuição proporcional de SC segundo a região de residência. É possível detectar uma concentração na região 10 (Capital de Vale do Gravataí), correspondendo a 50,2% do total de casos notificados, segundo o Boletim Epidemiológico de 2015. Nas regiões 8 (vale do Caí e Metropolitana) e 7 (Hortênsias) a distribuição corresponde a 10% e 6,7% do total dos casos, respectivamente.

Analisando a taxa de detecção de SC em 2014, percebe-se que das 30 regiões de saúde (13,3%) apresentam taxas mais elevadas no estado sendo que a região 10 mais uma vez

aparece como a região que apresenta a taxa de detecção superior em comparação as demais regiões de saúde (16,2).

Para melhor elucidar como funcionam as regiões de saúde apresentaremos um mapa o qual mostra como essas regiões de saúde estão organizadas. A região 10 é a região que apresenta maior concentração tanto da sífilis congênita como do HIV e não foi por acaso que os municípios de Porto Alegre e Gravataí foram escolhidos para serem analisados, pois estes pertencem a essa região como veremos no mapa a seguir.

Figura 1 – Regiões de saúde do Estado



Fonte: Brasil (2015b)

Após o estudo desses indicadores, conforme apresentado o núcleo de vigilância da Coordenação Estadual de HIV/AIDS começou a articular-se com as políticas do Departamento de Atenção a Saúde (DAS), com o objetivo de apresentar esse panorama epidemiológico e planejar a implementação dos comitês. A Coordenação Estadual de DST/AIDS reuniu-se com os coordenadores das seguintes políticas: Atenção Básica, Saúde da

Criança, Saúde da Mulher e Primeira Infância Melhor (PIM), sendo informados primeiramente sobre o contexto que envolve o agravos e a necessidade de implementação dos comitês. É importante ressaltar a necessidade do envolvimento dessas políticas, visto que a política de AIDS é interligada a todas essas políticas.

Após esse processo, os gestores também decidiram por não implementar um comitê estadual, visto que o estado muitas vezes não tem gerência sobre o processo de trabalho dos municípios. Outro ponto que contribuiu para a não implementação de um comitê estadual foi quanto ao próprio funcionamento deste. Nessa perspectiva tem-se que os casos discutidos nos municípios de ocorrência com os profissionais que atuam diretamente sobre cada fato são muito mais passíveis de resolução do que centralizar em um único comitê onde, como já falado anteriormente, o estado muitas vezes não atua.

Em seguida, a Coordenação Estadual inicia mais uma etapa; decidir quais municípios e regiões teriam os comitês implementados. Para melhor compreensão é preciso entender como essas regiões de saúde são organizadas pelo estado.

Atendendo ao Decreto 7.508, de 28 de junho que regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2011), as redes de serviços do estado do Rio Grande do Sul foram divididas em 30 regiões. Cada uma dessas áreas foi definida de acordo com a infraestrutura e característica locais, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A Secretaria também mantém 19 Coordenadorias Regionais de saúde que atuam em âmbito administrativo.

Os gestores olhando para essas regiões e coordenadorias começaram a estudar quais apresentavam a maior incidência de HIV e Sífilis por transmissão vertical de acordo com os indicadores já apresentados: sífilis em crianças menor de um ano de idade e HIV em crianças menores de 5 anos de idade. E é nesse momento que chegamos à fase da implementação de fato.

Segundo a especialista em saúde que integra Gestão Estadual de DST/AIDS, no início de 2015 iniciaram as chamadas “Reuniões de sensibilizações” (termo usado pela especialista). Ainda segundo a especialista, essas reuniões é o momento em que elas apresentam a política aos Gestores municipais.

O núcleo de vigilância que integra a política de HIV/AIDS no estado é quem tem essa competência no que se refere à implementação, visto que também foram as representantes desse núcleo que participaram da reunião nacional em Brasília onde o protocolo de Diretrizes foi apresentado. Participa também uma representante do núcleo de Redes. Durante a reunião com os gestores locais foram apresentados estudos epidemiológicos que mostram o motivo

pelo qual aquele município foi selecionado e qual é a necessidade da implementação dos comitês. Logo depois, eles apresentaram o protocolo de diretrizes de Investigação de Transmissão Vertical de maneira detalhada. A reunião normalmente acontece com o Secretário de Saúde dos municípios, conselho municipal, com os representantes do Sistema de Atendimento Especializado (SAE) que são os profissionais que conhecem a realidade de seus municípios de referência.

5.3 IMPLEMENTAÇÃO DOS COMITÊS NOS MUNICÍPIOS

Este tópico tem por objetivo apresentar a segunda fase de implementação dos comitês, o qual se dá nos municípios. Para melhor compreensão fomos a campo coletar informações dos gestores municipais para saber como se deu o processo. Também apresentaremos dados dos municípios de Porto Alegre e Gravataí..

A segunda etapa da implementação fica por conta dos gestores municipais, porém, sempre com a assistência do estado que também tem por competência monitorar as ações dos gestores municipais. Depois que o protocolo é apresentado aos gestores municipais, estes decidem quem serão os representantes que irão compor o comitê. Muitas vezes esses representantes são os mesmos que participaram da primeira fase de implementação do comitê na qual o estado propôs a implementação dos mesmos. Depois é preciso pensar no processo de normatização desses comitês, para isso os gestores auxiliam os municípios na elaboração das Portarias e as Regionais de saúde na elaboração da resolução CIR. No que se refere ao funcionamento dos comitês como: recursos humanos, espaço físico, entre outros, fica sob a competência dos gestores municipais e coordenadores regionais de saúde.

Esse é o processo de implementação dos comitês, porém, nem sempre os municípios respondem da maneira esperada pela Secretaria de Estadual de Saúde, pois, às vezes, acabam encontrando empecilhos como déficit de recursos humanos, estrutura e até mesmo organização dos comitês, mesmo com o apoio do estado.

Foi o que aconteceu com a 2º CRS que abrange em sua maioria os municípios da região metropolitana. Segundo a coordenadora, a questão não é entender a necessidade da implementação do comitê, mas sim a falta de recursos humanos, ou seja, faltam pessoas para compô-lo.

Segundo a Especialista de saúde da Coordenação Estadual de DS/AIDS, esse é um dos entraves que a gestão estadual vem enfrentando já faz algum tempo junto a 2º CRS. Esse problema torna-se ainda maior porque essa região tem municípios como: Alvorada,

Cachoeirinha, Charqueadas, Eldorado do Sul, Gravataí, Guaíba, Taquara, Viamão. Desses municípios, apenas os municípios de Guaíba, Gravataí e Alvorada têm Comitês Municipais implementados. Nesse caso, seria de grande importância um comitê regional de saúde, justamente para atender os casos dos demais municípios que compõe essa regional e que não tem comitê.

Outro grande problema apresentado pela gestão é o caso do município de Alvorada, mesmo tendo Portaria que o regulamenta, as reuniões não estão acontecendo. É importante salientar que esse é o município junto com Porto Alegre são os municípios que têm as maiores incidência de HIV no estado. Portanto, é de grande necessidade que o comitê realmente atue de maneira efetiva.

A Gestão Estadual usa como critério para implementar comitês Regionais analisar as de maneira a observar essas regiões de saúde em conjunto, ou seja, todos os municípios que compõem a região. Quando esses municípios em conjunto apresentam grande incidência de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis congênita, os gestores Estaduais decidem por implementar o comitê Regional. Foi o que ocorreu na 2º CRS que apresenta grande incidência de HIV, porém, ainda não foi possível implementar devido à resistência da Coordenadora de Saúde que alega falta de recursos humanos.

Diferentemente do que aconteceu com os municípios, optou-se pela implementação dos comitês municipais, quando estes apresentaram número elevado de casos das epidemias e que, portanto, exigiu-se uma atenção maior para os mesmos por parte dos gestores.

Segundo a Especialista em saúde que representa o núcleo de vigilância, até o momento, na maioria dos municípios e regionais de saúde, os quais a Gestão Estadual apresentou a proposta de implementação dos comitês, a resposta foi positiva, com exceção da 2º CRS. Atualmente, existem 10 comitês regionais em funcionamento no estado e 10 comitês municipais. Nessas informações, a especialista em saúde não informou o comitê de Porto Alegre, porque o estado não participou na implementação desse comitê.

Na busca de sintetizar como o processo de implementação ocorre elaboramos um quadro com as etapas da implementação dos comitês no estado do Rio Grande do Sul. O quadro 4 apresenta uma espécie de resumo desse processo.

Quadro 4 – Processo de Implementação dos Comitês

Processo de implementação dos comitês pelo estado
1º Etapa: Reunião da coordenadoria estadual de DST\ AIDS Com o Ministério da saúde
2º Etapa: Reunião da coordenadoria estadual de DST\AIDS com as demais políticas do DAS
3º Etapa: Reunião com os gestores municipais e regionais
4º Etapa: Elaboração de portarias e resolução CIR, Regimento Interno Implementação dos comitês.

Fonte: Elaborado pelo autor

É importante ressaltar que esse processo de implementação não se aplica para o município de Porto Alegre, visto que esse foi o primeiro município a implementar o comitê e teve uma dinâmica diferente no processo. Aqui percebemos a interação do Ministério da Saúde com a Coordenação Estadual de DST/AIDS e do estado com os municípios e as regionais de saúde.

Elaboramos também um quadro 5, o qual apresenta as regionais de saúde e municípios que já tem comitês implementados, sendo 10 regionais de saúde e 11 municípios, incluindo Porto Alegre.

Quadro 5 – Comitês Implementados no RS

Comitês implementados nos municípios	Comitês implementados nas CRS
Porto Alegre	1ºCRS
Alvorada	3ºCRS
Erechim	4ºCRS
Gravataí	6ºCRS
Guaíba	8ºCRS
Pelotas	9ºCRS
Rio Grande	10ºCRS
Sapucaia	13ºCRS
Uruguaiana	17ºCRS
Santa Cruz do Sul	18ºCRS
Caxias do Sul	

Fonte: Elaborado pelo autor

Atualmente, esses são os municípios e regionais que já tem o comitê funcionando, inclusive com decretos e portarias.

6 PROCESSO DE NORMATIZAÇÃO DOS COMITÊS

Este capítulo pretende trazer uma síntese das normatizações dos comitês que serão analisados e como os Municípios se organizaram para implementar os comitês.

A fase de implementação segue etapas, conforme estabelece o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de 2014, e cabe ao estado orientar os gestores municipais quanto a essas etapas. Em síntese, o estado faz o estudo epidemiológico baseado em indicadores que o protocolo aponta que é Sífilis congênita em criança menor de um ano e HIV em criança menor de 5 anos. Os gestores estudam esses indicadores por região onde a incidência das epidemias são maiores. Após essa etapa decidem quais os municípios deverão ter os comitês, apresentam a proposta aos gestores municipais e regionais e estes iniciam a segunda fase da implementação, correspondendo às normatizações: portaria, resolução CIR e decretos que são os documentos onde deverão constar informações como: quem participa, quais os objetivos do comitê e organização.

A portaria é documento importante para entender a participação do comitê na investigação dos casos de Sífilis e HIV e é a partir das portarias que poderemos entender como esses comitês irão se organizar para atingir as metas e objetivos propostos.

Ao todo são 21 comitês implementados no estado, sendo que desse total nem todos têm portaria ou decreto, alguns estão em processo de elaboração. Para melhor elucidar quais as diferenças de um município para outro, quanto ao processo de funcionamento dos comitês, será apresentado aqui uma síntese das portarias de dois comitês: Porto Alegre, que foi o primeiro município que teve o comitê implementado no estado, e alguns municípios que têm Porto Alegre como referência na elaboração de portarias como, por exemplo, Gravataí que é outro município com grande incidência de HIV e sífilis. Por isso apresentaremos a seguir como esses dois municípios se organizam, quais suas similaridades, diferenças e se estão de acordo com o que o protocolo orienta.

6.1 O DECRETO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

No dia 17 de abril de 2015, o então prefeito José Fortunati assinou o decreto que estabeleceu formalmente o comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis em Porto Alegre.

O Decreto nº 19.008 (MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2015) apresenta nove artigos que normatizam a composição do comitê, ou seja, quais as políticas e demais setores podem compor o comitê e apresenta os objetivos deste.

O Artigo 2º apresenta todos os objetivos, contabilizando doze no total, sendo que aqui destacaremos alguns.

- V – assegurar que seja realizada a notificação dos casos conforme normatização do Ministério da Saúde.
- VI – avaliar e monitorar o acompanhamento da gestante com Sífilis e HIV residente no município, identificando a existência de possíveis dificuldades de acesso à assistência, insumos e cuidados multiprofissionais;
- VII – avaliar e monitorar o recém-nascido exposto ao HIV e Sífilis residente no município identificando a existência de possíveis dificuldades de acesso à assistência, insumos e cuidados multiprofissionais;
- VIII – auxiliar na formulação e implementação de políticas públicas e de ações para redução progressiva da transmissão vertical do HIV e Sífilis;
- IX – informar os gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários sobre a situação do HIV e da Sífilis Congênita no município;
- X – melhorar a qualidade na assistência das gestantes com sífilis e HIV e dos recém-nascidos expostos a estas doenças e o acesso ao diagnóstico precoce e medidas profiláticas para a transmissão vertical do HIV e Sífilis; XI – propor normas e instrumentos legais que propiciem o controle da transmissão vertical do HIV e Sífilis; XII – divulgar experiências exitosas, na assistência à gestante com Sífilis e HIV e à criança exposta a estas doenças da rede de saúde de Porto Alegre ou de outras localidades.

Esses são alguns dos objetivos que o comitê busca alcançar, o que não o difere do protocolo de Investigação de Transmissão Vertical proposto pelo Ministério da Saúde.

No que se refere à composição, o comitê municipal é constituído por 17 representantes titulares e suplentes. De acordo com o Decreto, o comitê deverá ter um representante dos seguintes serviços (Políticas): Área técnica da DST/AIDS do Município, um representante da seção de controle de DST/AIDS da SES/RS, um representante da equipe de vigilância epidemiológica, da SMS/POA, um representante da saúde da mulher da SMS/POA, um representante da saúde da criança da SMS/POA, um representante da saúde mental da SMS/POA, um representante da Atenção Básica CGAPSES/SMS/POA; um representante da Sociedade Rio-grandense de Infectologia, um representante do Conselho Regional de

Medicina, um representante do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, um representante da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBPED, um representante da Sociedade de Ginecologia do Rio Grande do Sul - SOGIRS, um representante do Ministério Público do RS, um representante de cada centro obstétrico dos hospitais de Porto Alegre, um representante do serviço de infectologia pediátrica de cada hospital ou ambulatório de Porto Alegre, um representante de todos os SAEs municipal ou estadual situado em Porto Alegre.

Percebemos como o município de Porto Alegre já está bem estruturado quanto ao funcionamento do comitê, talvez por já estiver atuando há três anos.

6.1.1 Processo de Normatização do comitê em Porto Alegre

Porto Alegre é a capital brasileira com o maior coeficiente de detecção de casos de AIDS no Brasil nos últimos sete anos. Com média de 103 casos para cada 100 mil habitantes, possui alta taxa de transmissão vertical do HIV com 5% entre os anos de 2010 e 2011, que diminuiu para 3% em 2012 e 2013. Em relação à sífilis congênita, há tendência de crescimento no município, com incidência de 30 casos por mil nascidos vivos no ano de 2015. Os processos de trabalho se dão de maneira integrada com todos os níveis de assistência: saúde, gestão, vigilância e demais atores sociais.

A partir desses indicadores apontados pela vigilância epidemiológica do município, a Gestão Municipal deu início a articulação para implementar o comitê. Para tanto, era necessário compor uma Portaria.

Segundo a Técnica da Vigilância de Gestante e Criança exposta ao HIV, depois de identificar esse problema de TV do HIV e da Sífilis através desses indicadores, ela decidiu levar esse problema até o Gestor Gerson Winckler, Coordenador da área técnica DST/AIDS e Hepatites Virais da Saúde. Posteriormente, o Coordenador, junto com a Técnica, decidiu implementar o comitê. Para tanto, o Coordenador foi até a Câmara de Vereadores e Assembleia Legislativa para discutir a necessidade de implementar o comitê. Após esse processo, ele mesmo compôs a portaria e o Secretário de Saúde Fernando Ritter aprovou.

Será descrito o processo de implementação detalhadamente em outro capítulo.

6.1.2 Reunião do Comitê no Município de Porto Alegre

Neste tópico serão apresentadas informações adquiridas a partir da aproximação com o objeto de estudo, ou seja, a ida a campo será uma apresentação descritiva dos casos apresentados sem identificar o nome das pacientes e tampouco as maternidades do município.

O Comitê da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita de Porto Alegre iniciou seu trabalho em agosto de 2013, composto de representantes de todos os níveis de assistência, gestão, vigilância, associações, órgãos de classe. A meta do Comitê é a eliminação de ambas as transmissões verticais como preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

As reuniões acontecem na primeira quinta-feira de cada mês. A reunião da qual participei aconteceu no dia 4 de agosto do presente ano. Nessa reunião estavam presentes 61 profissionais de diferentes áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, entre outros. A reunião é conduzida por uma mediadora que trabalha na política de HIV/AIDS e representa o município. É ela quem lê cada caso e inicia as discussões, logo depois os médicos apresentam caso por caso e os demais profissionais escutam e propõem soluções. Normalmente, são apresentados quatro casos de HIV por transmissão vertical e três casos de sífilis congênita.

Foi possível acompanhar quatro reuniões do Comitê de Investigação de TV e pôde-se perceber que a frequência dos atores é regular e que todos são bastante propositivos no que se refere aos casos discutidos.

Os casos discutidos seguem uma sequência até serem solucionados, por exemplo, um caso sobre o não uso de antirretroviral foi discutido no dia 4 de agosto. Houve encaminhamento para que a maternidade em questão fosse notificada. Na reunião seguinte, o caso foi retomado para informar a todos os participantes como foi discutido o caso com a maternidade que não fez o uso de AZT na gestante.

Esse é um caso onde é possível verificar a importância do comitê de Investigação de Transmissão Vertical. No dia dessa reunião não tinha representante (servidor) do estado, somente eu como estagiária que fui incumbida de repassar as informações. No entanto, a mediadora da reunião que é representante do município repassa todas as informações dos casos por e-mail, pois o estado não tem o papel de apenas implementar, mas acompanhar e monitorar os casos discutido em reunião.

6.2 O DECRETO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ

O Comitê de Investigação de Transmissão Vertical está atuando desde o segundo semestre de 2015, porém, só no início de 2016 é que a Gestão Municipal de saúde deu início a elaboração do Decreto para normatizar o comitê. O Decreto de número (sem número ainda) institui o Comitê Municipal de Investigação de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. O Decreto ainda não foi assinado pelo prefeito do município, porém, tivemos acesso, pois uma das Técnicas da Gestão Municipal de saúde nos forneceu uma cópia. Portanto, cabe ressaltar que o Decreto que estamos apresentando ainda não foi publicado, porém, já foi encaminhado.

O primeiro artigo apresenta as características que o comitê deve ter. O segundo artigo define o objetivo do comitê e o terceiro artigo apresenta quais os setores que deverão atuar no comitê, sendo eles:

Um representante da política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM) da SMS, também representando o grupo condutor da Rede Cegonha; um representante da Política de Atenção à Saúde da Criança (PAISCAD) da SMS; um representante do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da SMS; um representante da Atenção Básica e Estratégia da Saúde da Família (DAB) da SMS; um representante da regulação da SMS; um representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS); um representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescentes (CMDCA); um representante do Bebê-Saúde/PIM da SMS; um representante da Vigilância em Saúde (VIEMSA); um representante da Secretaria da Família, Cidadania e Assistência Social (SMFCAS); um representante da assessoria de Políticas Públicas para Mulheres (APPM); um representante do Dom João Becker; um representante do Conselho Tutelar de Gravataí; um representante dos Agentes Comunitários de Saúde; um representante da Pastoral da Criança; um representante do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher.

Por fim, o artigo quarto cita o protocolo de investigação de casos de transmissão vertical como sendo a diretriz para a constituição do comitê.

Em geral, os municípios seguem o Protocolo de Diretrizes, porém, no caso de Porto Alegre há mais profissionais envolvidos do que no município de Gravataí, talvez pela estrutura e demanda serem maiores, lembrando que o município de Porto Alegre é a cidade com maior incidência de HIV no país.

6.2.1 Processo de Normatização do Comitê de Gravataí

Apresentaremos nesse tópico o Processo de normatização do Comitê de Investigação TV no município de Gravataí. As informações apresentadas foram obtidas através de uma entrevista com uma das técnicas que compõe a PAISCAD.

Segundo a Técnica que faz parte da PAISCAD, o estado chamou um representante das seguintes políticas: o Departamento da Atenção à Saúde, a PAISCAD, VIEMSA, SAE, DAB para participarem da reunião na qual foram apresentados os dados de incidência de Sífilis, HIV/AIDS no Brasil, Rio Grande do Sul, na Região Sul e, por fim, no município de Gravataí. Posteriormente, a Gestão Estadual instruiu quanto à investigação dos casos apresentado o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Ainda, nessa reunião a Coordenação Estadual de DST/AIDS instruiu os gestores municipais para elaboração do Decreto, apresentando um modelo usado pela Gestão Estadual anteriormente.

Segundo a Técnica que faz parte da PAISCAD, a elaboração do Decreto ficou sob sua responsabilidade. Conforme a Técnica foi usada esse modelo para compor o Decreto, o qual ela acrescentou os membros que iriam compor o comitê e fez mais alguns ajustes levando em consideração portarias e decretos que visam a redução da mortalidade materna e infantil e potencializar a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, como a AIDS e a Sífilis.

6.2.2 Reunião do comitê no Município de Gravataí

Neste tópico serão apresentadas informações da terceira reunião do comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis do município de Gravataí. Novamente, é importante salientar que não serão identificados os profissionais que participaram, tampouco serão revelados os nomes das pacientes que tiveram seus casos apresentados pelo comitê. Prezaremos a ética e, principalmente, o que a normatização nos impõe conforme o inciso terceiro do artigo primeiro do decreto (ainda sem número): atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva com função educativa.

A reunião do dia 13 de outubro de 2016 aconteceu na Secretaria de Saúde do município e contou com a participação de dez membros representantes de diferentes políticas e serviços. Desde que o comitê iniciou esse foi o terceiro encontro.

A reunião iniciou com apresentação dos membros e a mediadora deu início às discussões atualizando os membros quanto às notificações de sífilis: são 19 casos notificados e 44 pacientes que estiveram em acompanhamento no primeiro semestre de 2016.

O primeiro caso apresentado foi o de uma criança que nasceu com sífilis congênita, no entanto, a criança recebeu alta sem ser notificada. Logo após a apresentação do caso, iniciou uma discussão com a representante do hospital, que se mostrou com dúvidas em relação à notificação. A mediadora da reunião mais uma vez reiterou a importância dos serviços de conhecerem o protocolo de investigação e apresentou pontos dos protocolos que trazem informações quanto às notificações de sífilis.

A discussão em torno desse caso durou bastante tempo, pois como a própria representante do hospital relatou a notificação para AIDS por Transmissão Vertical vem sendo aplicada, mas ainda há muita dúvida em relação à notificação para sífilis, pois ela chegou a informar ao médico desse processo de notificação. Mesmo assim, o mesmo se negou a fazer, pois isso era algo que ele desconhecia. Além disso, a representante do hospital disse que há muita dúvida em relação ao tratamento correto da sífilis congênita.

Após a discussão por todos os profissionais presentes na reunião, a mediadora pediu que a responsável pela política Bebê-saúde/PIM fizesse a busca ativa dessa criança.

Outro caso discutido foi o caso de um paciente que deu à luz em um hospital privado e que recebeu alta junto com seu filho sem receber o diagnóstico de sífilis congênita, somente depois de alguns dias descobriu que o filho estava com sífilis e iniciou o tratamento. Após as discussões desses assuntos apresentados, a reunião terminou com os encaminhamentos, sendo que os mesmos assuntos seriam abordados novamente na reunião seguinte para que os profissionais acompanhassem como estão sendo solucionados os casos.

Ficou decidido que o comitê criaria um modelo de nota de técnica para a notificação dos casos de Sífilis. O comitê também irá criar uma nota técnica para tratamento de sífilis e HIV para clínicas particulares que atendam gestantes e também irá prover um curso de capacitação para a correta forma de tratamento da sífilis congênita.

7 DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS

O presente capítulo busca apresentar a descrição dos dados primários realizado entre setembro a dezembro de 2016. Para obtenção desses dados foram realizadas entrevistas com quatro gestoras: duas técnicas que representam o estado e uma técnica do município de Gravataí e outra do município de Porto Alegre.

Os dados aqui apresentados dizem respeito ao relato dos líderes de ação acerca do modo como as ações são realizadas para implementar os comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Partindo dessa perspectiva, como ainda não há

literatura sobre implementação desses comitês, pretende-se nesse capítulo apresentar mais aspectos sobre o processo de implementação, porém agora na perspectiva de técnicas que participaram do processo de implementação. Como o município de Porto Alegre foi o pioneiro na implementação dos comitês de TV de HIV e Sífilis, será iniciada a apresentação pela ação desse município. Para tornar mais fácil a compreensão, apresentaremos a descrição dos dados por município. Apresentaremos trechos das entrevistas na perspectiva dos seguintes conceitos: implementação, atores, redes, intersetorialidade e discricionariedade.

Quadro 6 – Técnicas entrevistadas

Referência (modo de identificação)	Competência
Técnica (T1)	Técnica Estadual
Técnica (T2)	Técnica Estadual
Técnica (T3)	Médica Pediatra (Gravataí)
Técnica (4)	Enfermeira (Porto Alegre)

Fonte: Elaborado pelo autor

7.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS DE PORTO ALEGRE

O município de Porto Alegre foi a primeira cidade do estado a implementar o comitê em agosto de 2013, as reuniões ocorrem sempre na primeira quinta-feira de cada mês.

Segundo a Técnica 4, foi através da necessidade de zerar a transmissão vertical de HIV, além de diminuir os casos de sífilis congênita que está muito alta é possível eliminar. “Como é que a gente elimina? identificando onde tá o problema” (Técnica 4). Contudo, a Técnica 4 deixa evidenciado que ela identificou o problema, mas que não tinha o poder de implementar os comitês e por isso levar a proposta até o gestor para que ele implementasse o Comitê de Investigação de Transmissão Vertical.

Seguindo essa premissa de identificar o problema, muitas vezes quem está na ponta, próximo ao problema, consegue ter uma percepção maior e logicamente propor uma solução. A política pública pode direcionar a atenção dos indivíduos para o problema e oferecer uma ocasião para aplicação de suas habilidades e seu julgamento, mas ela não pode resolver o problema (ELMORE, 1979; MULLER; SUREL, 2002 apud LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Técnica 4: Uma das angustias grandes quando tu faz a vigilância é que detecta problemas e tu não é a pessoa responsável por resolver esse problema não é tu que faz assistência direta e também não é tu

que faz a política, a gente só tem informação para ação, então foi muito importante ter um gestor que ouvisse a nossa demanda.

Definido o problema e com os objetivos claros, começa o processo de implementação do comitê com a vigilância epidemiológica do município e o gestor.

Nesse caso, a vigilância epidemiológica já tinha dados da mortalidade por AIDS no município, inclusive já tinha um comitê de mortalidade que investigava os óbitos em Porto Alegre, a partir disso, a Técnica 4 já com as informações desses óbitos por HIV, com objetivo estabelecido de zerar a transmissão vertical, com a experiência do comitê da mortalidade, ela percebeu que era possível implementar um comitê. A Técnica 4 levou o problema ao gestor e eles iniciaram o processo de implementação. “A gente foi na assembleia legislativa, a gente foi na câmara, foi em todos os lugares discutindo a necessidade de [...]” “A gente compôs a portaria o secretário aprovou, é uma portaria onde cada instituição tem representante oficial”. (Técnica 4).

Ainda segundo a Técnica 4, a Coordenação Estadual de DST/AIDS participa mais no sentido de colaboração e parceria ou quando um caso extrapola o município. Segundo a Técnica 4, há caso de pacientes que mudam de município, este por sua vez acaba repassando o problema para o estado, nesse sentido o estado colabora na busca desse paciente. O estado colabora também quando precisa normatizar uma política pública. “Porto Alegre quer normatizar carga viral ao nascimento para mãe de risco e isso não está no protocolo do Ministério e o estado vai nos apoiar nessa norma, então essas questões políticas públicas”. (Técnica 4).

Nesse sentido, a Técnica 4 coloca o quanto é importante o estado definir a política e essa política estar em consonância com o município. A Técnica 4 é muito enfática ao dizer que é muito importante a articulação com o estado. “Por exemplo, quando a gente quer normatizar alguma coisa, o Ministério da Saúde já não manda fazer teste HIV em todas as gestantes, porque algumas já aderiram ao pré-natal não precisaria fazer e nós aqui mantivemos tanto o estado no seu protocolo e nos aqui do município”. (Técnica 4).

No que se refere ao funcionamento do comitê, a Técnica 4 é enfática ao dizer que o Ministério da Saúde permitiu que, embora exista um protocolo indicando a forma de agir em cada caso, o município tem autonomia. “A gente trabalha mais no molde nosso, de acompanhar o caso, de criar política em cima das coisas, de criar essa rede de informação”. (Técnica 4).

7.2 DADOS DE GRAVATAÍ

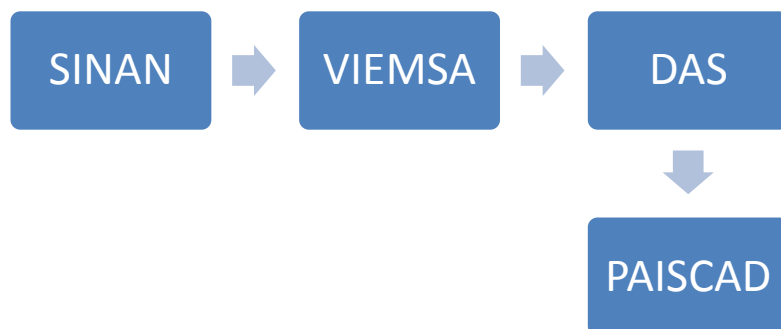
O processo para implementação do comitê no município de Gravataí teve início no segundo semestre de 2015, com a coordenação estadual de DST/AIDS do estado, com essa incumbência e apresentando os indicadores de incidência de Sífilis, HIV no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e na região a qual o município faz parte, 2º Coordenadoria Regional de Saúde.

Segundo a Técnica 3, foram chamadas para participar da reunião, na qual o estado apresentou os indicadores, os coordenadores da política da criança do município, política da mulher, a coordenadora do SAE, VIEMSA e a coordenadora do Departamento de Atenção Básica. Além de apresentar esses indicadores, o estado apresentou o protocolo de investigação e como o comitê deveria funcionar. Segundo a Técnica 3, a qual esteve presente na primeira reunião com o estado para implementar o comitê, foi apresentado a ficha de investigação que é do protocolo, ou seja, a investigação é feita a partir do modelo apresentado pelo Estado. Nessa mesma perspectiva, o estado também auxiliou na elaboração da Portaria.

A partir dessa reunião com o estado, o município começou a trabalhar em rede junto com a política da mulher, política da criança, a qual é composta pela Rede Cegonha, que compõe outros setores. Segundo a Técnica 3, existe um grupo de trabalho que se reúne semanalmente, com as políticas que compõe a Rede Cegonha, SAE, Atenção Básica e a VIEMSA. Esse grupo passou a avaliar a necessidade de implementar o comitê, o que veio só reforçar com os dados da VIEMSA.

Ainda, segundo a Técnica 3, há um fluxo de rede em duas perspectivas, uma que visa notificação de sífilis congênita, nesse sentido, há um fluxo de como esse caso chega, o outro fluxo é como a rede se organiza para notificação da criança com sífilis congênita.

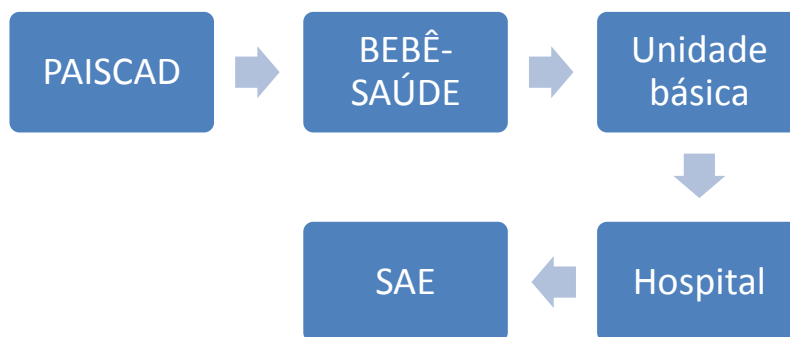
Figura 2 – Fluxograma 1: Como os casos de sífilis congênita chega até o comitê de TV



Fonte: Elaborado pelo autor

Esse primeiro Fluxograma busca demonstrar como o caso de sífilis congênita chega até aos serviços de assistência do município. O sistema de informação de agravos de notificação SINAN é um sistema no qual a vigilância em saúde tem acesso, desta maneira acaba tendo as informações dos casos de sífilis congênita do município. A partir disso, há uma interação com o Departamento de Ações em Saúde - DAS que encaminha para a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente - PAISCAD.

Figura 3 – Fluxograma 2: Processo de organização de Investigação de Transmissão Vertical de Sífilis



Fonte: Elaborado pelo autor

Esse é o Fluxograma de Investigação de Transmissão Vertical da Sífilis. A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente articula - se com a Política Bebê-Saúde para investigar os casos de Sífilis por TV. Há uma integração tanto das políticas, quanto dos serviços de atendimento ao paciente.

Segundo a Técnica 3, há um acompanhamento da gestante notificada com Sífilis, esse acompanhamento é realizado pela PAISCAD e pela política Bebê – Saúde.

Em contexto geral, percebe-se que o funcionamento do comitê segue o protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, o qual o estado apresentou na primeira reunião. Isso fica evidente a partida fala da Técnica 3.

Técnica 3: Seguir mais ou menos um protocolo fechado no sentido de que tu não sabe quando essa mãe adquira aquela doença tem que seguir uma certa indicação é daquele jeito que tem que fazer e tem que fazer isso mais ou menos, tem que seguir uma direção porque senão a gente não vai conseguir controlar e provavelmente essa mãe vai transmitir a sífilis para o filho.

Apesar de seguir o protocolo, percebe-se também que ajustes são necessários, pois ainda é recente a implementação do comitê nesse município, principalmente no que se refere à

participação de atores de outros setores. O estado tem uma participação mais ativa no primeiro momento da implementação, auxiliando mais no sentido normativo, elaboração de portaria e comunicando-se com a coordenação municipal de DST/AIDS sobre eventuais dúvidas que surgem quanto ao protocolo de investigação. No entanto, segundo a Técnica 3, o estado não participou até o momento das reuniões do comitê.

7.3 COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS

Além do papel que o estado vem desenvolvendo para implementar os comitês, também há um processo que o estado está desenvolvendo no sentido de monitoramento.

Segundo a Técnica 1, o estado desenvolveu uma planilha de monitoramento que fica no FORMSUS e cada vez que os municípios e as regionais discutem os casos do comitê, devem preencher essa planilha e enviar para o estado.

Ainda, segundo a Técnica 1, a coordenação estadual também participa de algumas reuniões, porém, tanto o processo de implementação, quanto o de monitoramento, ainda é recente e talvez esse monitoramento possa sofrer alguns ajustes posteriores.

8 ANÁLISE DOS DADOS DE PORTO ALEGRE

Este capítulo busca apresentar a análise dos dados na perspectiva dos conceitos: implementação, modelo de implementação de Top Down, discricionariedade dos atores, atores, intersectorialidade e monitoramento.

8.1 IMPLEMENTAÇÃO

Como já mencionado anteriormente, há muitos autores que apresentam diferentes perspectivas quanto à implementação, no entanto, no sentido amplo, Faria (2012) diz que, implementar significa executar algo, um plano, programa ou projeto, por exemplo; colocar em prática por intermédio de providências concretas. Partindo dessa perspectiva ampla de implementação temos o protocolo de investigação instituído pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2014), o qual é o ponto de partida para implementação dos comitês de Investigação de Transmissão Vertical.

Inicialmente implementar algo parece simples, basta um bom planejamento definir os objetivos e pronto, executar aquilo que se pretendia. Mas, ao analisarmos como se dá um processo de implementação percebemos que talvez essa seja a etapa do ciclo de políticas públicas que merece uma atenção maior.

Quando a coordenação estadual de DST/AIDS foi chamada pelo Ministério da Saúde para apresentar o protocolo de investigação, o qual estabelece as diretrizes para o funcionamento dos comitês. A proposta ligeiramente foi “comprada” pelo estado, visto que os índices das epidemias de HIV/AIDS e Sífilis são alarmantes no estado. O problema é que a implementação desses comitês demandava todo um trabalho que é possível perceber durante toda a análise de implementação tais como: recursos humanos, integração com as demais políticas para compor os comitês, articulação com a rede. Nesse sentido, temos a seguinte definição:

A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e de outros recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos para realizar uma política. (SILVA, 2009, documento on-line).

Seguindo essa premissa, é possível perceber dificuldade da 2º CRS para implementar o comitê. Por mais que o estado se esforce insistentemente para que a coordenadora dessa

CRS implemente esse comitê, a negativa dela se fez sempre na mesma fala: falta de recursos humanos, ou seja, a implementação do comitê nessa região de saúde ainda não se concretizou.

Por isso, definir os objetivo de uma política e implementar não é simples ou como apresenta O’Toole Júnior (1995 apud FARIA, 2012, p. 10): “Implementação de política refere à conexão entre expressão da intenção governamental e seus resultados na prática.”

No que se refere ao processo de implementação do comitê de Porto Alegre, a iniciativa à necessidade de um comitê para investigar casos de transmissão vertical surge da percepção da Técnica 4 de perceber o problema e de levar isso até o gestor para que o mesmo viabilizasse a implementação desse comitê. Nesse sentido, Souza (2006) diz que há definições que enfatizam o papel da política pública na solução de problemas.

Há dois aspectos importantes que devem ser considerados: o município de Porto Alegre implementou o comitê de investigação de TV em 2013, nesse caso o Ministério da Saúde participou da primeira reunião do comitê, segundo a Técnica 4. O outro ponto a ser considerado é que o Ministério da Saúde instituiu o protocolo de Investigação de Transmissão Vertical em 2014 e o município de Gravataí implementou o comitê no final de 2015.

É compreender isso, porque implementação desses comitês acontece de formas diferente, sobre isso veremos no próximo subcapítulo.

8.2 MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO TOP DOWN

Esse modelo é considerado hierárquico por alguns autores, porque concebe a implementação como uma fase de mera execução do que foi formulado, ou seja, as metas, os recursos e o horizonte temporal são definidos somente na formulação, esse modelo está centrado na formulação da política. Segundo Pressman e Wildavsky (1984³ apud LIMA; D’ASCENZI, 2013), os defensores desse modelo tentam estruturar esse processo de implementação a partir do que foi formulado e que a implementação alcance os objetivos estabelecidos pelos gestores.

Em outra perspectiva, pressupõe-se que, uma vez criada a política, conformar-se-ia um processo técnico de implementação (WALT, 1994). É notório que há distinção entre decisão e sua operacionalização, que possuem arenas e atores distintos. Essa perspectiva é denominada top-down ou desenho prospectivo (ELMORE, 1996 apud LIMA; D’ASCENZI, 2013).

³ PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. 3. ed. Berkeley: University of Califórnia, 1984.

Os *top-downers* são criticados por, principalmente, dar centralidade à formulação e por ignorar os aspectos políticos da implementação (MATLAND, 1995). Segundo essa perspectiva, a formulação da política é realizada por políticos e a implementação por burocratas.

Nesse sentido, temos distintos processos de modelo de implementação, pois de um lado há um protocolo de Investigação de Transmissão Vertical, o qual estabelece as diretrizes para o funcionamento do comitê e de outro temos a iniciativa da implementação do comitê de investigação de TV pela gestão do município de Porto Alegre.

O município de Porto Alegre foi pioneiro na implementação do comitê, estabelecendo as suas diretrizes de investigação dos casos, o fluxo do processo de funcionamento do comitê e trabalha assim, não usa o protocolo de investigação estabelecido pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a hierarquia não prevaleceu.

Diferentemente do que acontece com o processo de implantação dos comitês nos municípios. Conforme a Técnica 3, o processo de investigação dos casos se dá conforme o protocolo estabelece. É possível perceber isso através dos dois fluxogramas apresentados, onde mostra como o comitê irá dar andamento nos casos de sífilis congênita e de gestante com sífilis.

No comitê de investigação de TV do município de Gravataí foi possível encontrar muitas características do modelo top down no processo de implementação, pois percebe-se durante toda a fala da técnica³ uma estratégia da política de AIDS totalmente verticalizada: Protocolo de Investigação de TV, o qual estabelece diretrizes para a implementação dos comitês, o estado fazendo o elo entre o governo Federal e o município de Gravataí, ou seja, há uma linearidade nesse processo. Quando a Técnica 3 fala em seguir um protocolo fechado no sentido de investigar uma gestante que é diagnosticada com sífilis, ela está justamente se referindo a determinação do MS.

Tem que seguir uma certa indicação é daquele jeito que tem que fazer tem que seguir isso mais ou menos uma direção porque senão a gente não vai conseguir controlar e provavelmente essa mãe vai continuar com sífilis e vai acabar fazendo sífilis congênita no bebê. (Técnica 3, 2016)

Em aspectos gerais, a política de implementação apresenta muitas características desse modelo. Todavia, não podemos afirmar que esse modelo se aplica em sentido geral, pois algumas características vão de encontro a esse modelo top down principalmente no que se refere ao município de Porto Alegre.

8.3 DISCRICIONARIEDADE DOS ATORES.

Ao falar de discricionariedade, é possível associá-la com a relação de poder também no sentido de muitas vezes, apesar de estar hierarquicamente em posição mais elevada, outros fatores devem ser considerados no sentido de que um poder não se sobreponha ao outro.

É o que aconteceu com relação ao fato do estado decidir pela não implementação de um comitê regional e também ao fato de o estado muitas vezes não ter gerência sobre determinados assuntos. “Nós não temos gerência de muitas coisas que ocorrem no município, a partir do momento que tu envolve outros profissionais da rede tu consegue mudar o processo de trabalho, que aqui nós da gestão estadual não temos essa gerencia”. (Técnica 1).

Segundo (O'BRIEN; LI 1999 apud LIMA; D'ASCENZI, 2013), um modelo analítico que enfatiza a discricionariedade dos implementadores é inevitável e pode ser desejável, já que esses atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas. Isso vai ao encontro da fala da técnica da gestão estadual de DST/AIDS.

Técnica 1: Na maternidade eles não usaram AZT. Tá, mas como tu vai trabalhar com profissional que não usou o AZT? O que tu vai fazer com aquele caso ali? Como é que nós aqui do estado vamos incidir nessa falha que houve nessa instituição? Aí a partir do momento que tu tem o comitê municipal, bom, tu tem um gestor envolvido nisso, tem os profissionais que são responsáveis das maternidades da atenção básica envolvidos nisso, eles podem incidir no processo de trabalho do local, nós do estado não temos essa governabilidade, então, por isso a gente achou que era mais estratégico potencializar comitês regionais e municipais do que estadual e talvez nós ficaríamos centralizados nos grandes municípios com maior volume de casos e muitos outros municípios a gente nunca ia conseguir chegar até eles.

O estado usou o poder de discricionariedade com a intenção de obter resultado positivo na implementação dos comitês mantendo a interação com os atores (gestores municipais), entendendo também que estes por ter uma aproximação com os casos dos municípios a que lhes competem estão mais aptos a solucionar os problemas apresentados nos comitês. Nesse sentido, também há uma relação de poder, no entanto, o poder, nesse caso, se faz no sentido de conhecimento dos gestores municipais, conseqüentemente dentro da perspectiva apresentada pela gestora estadual, os municípios tem mais governabilidade sobre a resolução dos casos.

Ainda fazendo um paralelo de relação de poder discricionário entre os atores com a relação do poder propriamente dito, temos.

Não podemos afirmar que a discricionariedade dos atores no processo de execução é livre, há toda uma burocracia a ser cumprida, entretanto, tanto a Técnica 1 quanto a Técnica

4, ao fazer uso da discricionariedade no processo de implementação, pelo menos em alguns aspectos, buscam o benefício e o melhor resultado para a política. No entanto, Lima e D'Ascenzi (2013) dizem que limitar, regular e controlar a discricionariedade dos implementadores são questões centrais no modelo top-down.

Em vários momentos da fala da Técnica 4 há esse teor de conhecimento, talvez por estar na ponta do processo é saber quais as melhores estratégias.

A discricionariedade desses agentes está em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, além das sanções fornecidas. Assim, mesmo que dimensões políticas oficiais moldem alguns padrões de decisão e normas comunitárias e administrativas, esses agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplica-las e inseri-las nas práticas da implementação. (LOTTA, 2012, p. 27).

A Técnica 4, apesar de não ser a gestora da política, foi a responsável por apresentar o problema (TV HIV e Sífilis) ao gestor. No entanto, a técnica tem um papel fundamental nesse processo de implementação por ter um histórico de trabalho na política de HIV/AIDS. Nesse sentido, é possível perceber o motivo pelo qual a técnica tem o poder discricionário em determinadas decisões.

8.4 ATORES E INTERAÇÃO ENTRE ELES

Segundo Marques (2003, p. 47), há patamares distintos nos quais é necessário estabelecer pontos analíticos. Dentre os quais destacamos um que se refere ao ambiente interno das instituições e também da relação entre os atores na comunidade política.

Sob a ótica dessa perspectiva, percebe-se que essa interação aconteceu entre os atores envolvidos na implementação dos comitês de TV, desde o momento em que a coordenação estadual de DST/AIDS foi convocada pelo Ministério da Saúde e posteriormente quando as técnicas que participaram dessa reunião, assumiram, além da incumbência de implementar os comitês junto ao município, a responsabilidade de serem multiplicares dessas informações com as demais.

Ao longo de todas as entrevistas com as técnicas, percebemos a unanimidade delas, no que se refere à interação com os atores. Segundo as técnicas, essa interação é extremamente importante tanto no processo de implementação dos comitês, como no processo de funcionamento destes.

Segundo a Técnica 4, ao apresentar o problema e a necessidade de implementar comitê para o gestor, apontou também a necessidade de ter toda rede envolvida.

Técnica 4: A gente começou discutir onde ocorria os casos de transmissão vertical em Porto Alegre, principalmente, de forma conjunta com todos os atores: a rede básica, os serviços especializados, as maternidades, as políticas, tanto a política DST/AIDS quanto a política da mulher e da criança e mais a vigilância.

Nesse momento, a Técnica 4 estava participando do início do processo de implementação e percebeu a necessidade de integrar os atores de toda a rede.

Ainda, sobre a interação com a rede e com os atores durante a fala da Técnica 4 percebemos que a coordenação estadual de DST/AIDS está sempre ativo na participação das reuniões no comitê.

Nesse sentido, há uma articulação com o estado e com o município. No entanto, o mesmo não acontece com o município de Gravataí. O estado tem se mostrado pouco ativo no comitê, segundo a Técnica 3, a interação se dá de maneira mais distante.

A interação entre os atores no município de Gravataí se dá mais no âmbito das políticas que compõe o Departamento de Atenção à Saúde e isso, muitas vezes, acontece semanalmente quando as políticas que compõem o DAS se reúnem. Principalmente no que se refere aos encaminhamentos e soluções dos casos, conforme apresentado no fluxograma 1 e 2, no sentido de solucionar os casos apresentados no comitê. Segundo a técnica3, a interação dos atores é essencial para o encaminhamento dos casos, acompanhamentos e solução. [...] “a gente conversa com todos os atores aqui da secretaria de saúde e já tenta solucionar” (técnica3, 2016).

No que se refere ao acompanhamento dos casos de gestante e crianças com sífilis e HIV, também há interação entre os atores. Segundo a técnica 3, Gravataí funciona em quatro distritos que tem o seu gerente e cada unidade que tem seu coordenador, eles fazem reuniões distritais na qual acontece a interação com os representantes desses distritos e dessas unidades. Ainda segunda a técnica 3, foi apresentado o protocolo de investigação de TV, as etapas tratamento pela coordenação municipal de DST/AIDS. A partir disso, estabeleceu-se uma rede de acompanhamentos dos casos de sífilis que surgem no município, entres os coordenadores das unidades, SAE, e as demais políticas que compõe o comitê de investigação de transmissão vertical.

Por fim, é possível perceber através da fala das técnicas como a interação com os atores acontece de maneira mais dinâmica no âmbito interno, isto é, no funcionamento dos

comitês e no fluxo de processo dos encaminhamentos dos casos de TV, e na investigação. Assim, como vimos anteriormente nas figuras dos fluxos de processo de trabalho do comitê de Gravataí.

8.5 INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade se faz necessário, pois os problemas de AIDS e Sífilis envolve outros contextos, outras áreas de atuação. E essa percepção parte não só dos gestores como também dos próprios atores envolvidos na implementação dos comitês.

Nessa perspectiva, percebe-se pelas reuniões às quais tivemos participação, que há atores de diferentes setores, principalmente, no comitê de TV de Porto Alegre e todos são participativos quanto à resolução dos casos.

Na reunião do comitê de Porto Alegre a qual estivemos presentes foi apresentado um caso de uma paciente que tem HIV e está grávida, essa paciente passou por vários serviços, inclusive pelo CAPS. A técnica mediadora da reunião apresentou um fluxo de serviços pelos quais a paciente foi atendida, através desse fluxo todos os representantes dos serviços os quais a paciente foi atendida manifestaram-se. Nesse momento, foi possível observar a interação da rede e o quanto isso é importante. A paciente está fora de tratamento, porém, a técnica mediadora apresentou esse fluxo na intenção de que, quando essa paciente voltar seja, no CAPAS, no CRAS de sua referência, ou na unidade básica, os serviços devem imediatamente comunicar a vigilância epidemiológica para fazer a busca ativa dessa paciente e fazer com que ela entre em tratamento com a intenção de evitar a transmissão vertical.

Segundo Campos (2000), uma ação intersectorial abarca espaços comunicativos, capacidade de mediação de conflitos, acumulação de forças na construção dos sujeitos e no agir dos mesmos. Inojosa (2001) agrega ao afirmar que a interdisciplinaridade será denominada de intersectorialidade, no campo das políticas públicas, sendo esta “A articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.” (INOJOSA, 2001, p. 105).

Nessa perspectiva, percebemos que o comitê permite essa articulação e interação com os demais setores. Segunda a Técnica 4, quando elas vão avaliar e analisar um caso percebe-se que muitas vezes a situação está para além do problema AIDS e Sífilis, há casos de gestantes que sofrem abusos sexuais, casos de usuárias de drogas, casos de gestantes com problemas psicológicos.

Portanto, se faz necessária essa integração dos diferentes setores, visto que outras situações precisam ser solucionadas também, além disso, é preciso considerar o sujeito nas suas complexidades.

8.6 MONITORAMENTO

O monitoramento é uma ferramenta recente, usada pelos gestores e mais recente ainda no que se refere à implementação dos comitês pelo estado:

O conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos. (TAMAKI et al., 2012, p. 841).

Por meio do monitoramento, é possível corrigir pequenas falhas e até mesmo propor indicadores a serem mensurados, porém, antes de tudo é preciso que o gestor conheça bem a política ou programa que está monitorando, ou seja, conhecer como se constitui tal política, quais suas metas. Nessa mesma perspectiva, temos que:

Acompanhamento ou monitoramento é uma atividade gerencial interna, realizada sistematicamente durante o período de execução e operação, para se saber como uma intervenção evolui ao longo do tempo, através de dados da gerência do projeto sobre metas iniciais, indicadores e resultados associados aos programas. Ela é necessária para se dimensionarem as metas de um projeto, os caminhos que uma intervenção percorre e as métricas potenciais para medir os efeitos na população-objetivo. (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1279).

Segunda a Técnica 1, a gestão estadual ainda está finalizando o processo de implementação e o monitoramento ainda está muito primário, ou seja, há um monitoramento, porém, não tão rígido. A planilha que está disponível no FORMSUS foi disponibilizada há pouco tempo e tanto os gestores municipais, quanto os coordenadores regionais de saúde, ainda estão se adaptando, no sentido de saber como introduzir os dados nesse sistema.

Portanto, não podemos mensurar o quanto esse monitoramento por parte do estado é de fato efetivo, visto que mesmo a Técnica 1 também deixa implícito na sua fala certo descontentamento, pois a implementação desses comitês ainda está ocorrendo e o monitoramento tem se tornado mais secundário.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a proposta de analisar o papel do Estado do Rio Grande do Sul na implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical, a partir das entrevistas com os gestores estaduais e municipais, da participação na reunião do comitê de Porto Alegre e de Gravataí e por fim das análises dos documentos sobre a implementação dos comitês, conclui-se que há dois processos diferentes de implementação dos comitês uma pelo viés municipal e outra pelo viés estadual, no entanto há interações entre eles.

Segundo Evans (2004), a procura por conhecer a composição de uma estrutura burocrática pública levará à verificação de se as políticas públicas formuladas são ou não diferentes, são ou não eficientes.

Partindo dessa premissa, percebemos que no que se refere à implementação do comitê de Investigação de Transmissão Vertical de Porto Alegre, a política de DST/AIDS já estava muito bem organizada e a necessidade de zerar a Transmissão Vertical de HIV e a Sífilis congênita foi um problema identificado pela vigilância epidemiológica do município através de informações de um banco de dados, o problema foi identificado pelas técnicas e levado até o gestor que entendeu a necessidade de implementar o comitê como mais uma das estratégias da política de reduzir a incidência de AIDS no município.

Sendo assim, a diferença nesse caso para o estado é que o problema de TV do HIV/AIDS e Sífilis foi identificado pelos operantes da política e que estiveram o tempo todo ao lado do gestor da política.

Outro ponto para ser levantado é quanto à discricionariedade dos operantes da política na implementação dos comitês de TV de Porto Alegre perceptível. Isso fica evidenciado a partir da fala da Técnica 4, por exemplo, os gestores municipais não seguem as diretrizes do protocolo de Investigação de Transmissão Vertical estabelecido pelo Ministério da Saúde. Eles não criaram novos formulários de notificação, mantiveram a notificação que já era padrão e é feita uma análise qualitativa dos casos, eles criam políticas em cima dos problemas que estão sendo identificadas, estratégias de ações.

Por fim, no que se refere à implementação do comitê de TV de Porto Alegre percebe-se que o mesmo tem uma dinâmica diferente desde a implementação até a forma de condução dos casos, de intervenção e de organização. Talvez por ter mais tempo de funcionamento, a Coordenação Estadual de DST/AIDS tem uma forma de organização mais estruturada em relação aos demais.

A secretaria Estadual de Saúde atua dentro do comitê de investigação de TV de Porto Alegre, porém sua participação se mostra mais colaborativa no que se refere a articulação. Segundo a técnica 4, o estado é acionado em casos que o município não tem gerência, por exemplo, casos de TV do HIV e da SC em Maternidades que não está sob a governabilidade de Porto Alegre.

Constatou-se também que o estado participa regularmente das reuniões do comitê de Porto Alegre estabelecendo essa articulação com a rede.

A gestão estadual de DST/AIDS vem desempenhando um papel importante em relação à implementação dos comitês. Apesar de identificarmos que há também um déficit de recursos humanos, é possível perceber toda a preparação das técnicas que fazem o estudo epidemiológico e, diferentemente do que acontece com Porto Alegre, percebemos a política mais verticalizada e linear, apresentando características do modelo top down.

Percebemos essas características na fala da Técnica 3 que sempre mencionou o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical instituída pelo Ministério da Saúde em toda a sua fala durante a reunião do comitê. E como apresentado, o fluxo de investigação da Sífilis congênita segue rigorosamente o que o Protocolo de TV instituiu.

No geral, a Coordenação Estadual de DST/AIDS tem tido êxito maioria dos comitês implementados nos municípios, com exceção do município de Alvorada e da 2ºCRS, porém, percebemos também que a Coordenação Estadual tem sido insistente na implementação do comitê na 2ºCRS.

Ao longo da análise de implementação, o maior conflito observado foi a resistência da técnica responsável pela 2º Coordenaria Regional de Saúde em implementar o comitê de investigação de transmissão vertical sempre usando o argumento que não seria possível a implementação desse comitê porque não há pessoas para compor esse comitê. O déficit de recursos humanos também é um problema dentro da Secretaria Estadual de Saúde, pois há poucas pessoas para desempenhar muitas funções e muitas vezes isso impossibilita a presença das técnicas nas reuniões dos comitês, ou seja, o monitoramento por consequência muitas vezes não acontece, conforme é estabelecido.

Por fim, respondendo qual é o papel do estado na implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical temos que: A coordenação Estadual de DST/ AIDS é o elo entre os gestores federais e municipais e desempenham a primeira fase da implementação através de estudo epidemiológicos fazendo com que o gestor municipal “compre” a ideia de implementar o comitê e posteriormente o estado faz o monitoramento desses comitês através do banco de dado do FORMSUS.

Segundo Arreteche (1999), os estados federativos, tornam-se essenciais estratégias de indução capazes de obter a adesão dos governos locais. Nessa perspectiva, a Secretaria Estadual de saúde tem se mostrado cada vez mais atuante e importante no processo de implementação fazendo com que os municípios passem a aderir essa estratégia dos Comitês de Investigação de transmissão vertical.

A Coordenação Estadual de DST/AIDS também é a referência para esses gestores municipais no que diz respeito a eventuais dúvidas de normatizações desses comitês.

É importante salientar que essas afirmações são baseadas nas informações obtidas através das técnicas entrevistadas e dos dados coletados.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ARRETECHE, Marta.T.S. Políticas Sociais no Brasil Descentralização em um Estado . *Revista Brasileira De ciências Sociais*, v.14, n. 40, p.112-140, Junho de 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.310, de 19 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 dez. 2002. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2003&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=192>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis**. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 27 dez. 2013. Seção 1, p. 251. Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=251&data=27/12/2013&captchafield=firistAccess>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DTS/AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em AIDS. **Histórias da AIDS no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do RS. 2015b.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: _____. (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. Disponível

em: <file:///C:/Users/TryHardInfo/Downloads/13206-7083-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 6 nov. 2016.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M. C. B. Avaliação de projetos sociais, treinamento de gestores sociais. In: **Capacitação solidária**. Brasília: [s. n.], 1988.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. **Participation in American Politics**: they dynamics of agenda-building. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1983.

COSTA, F. L da; CASTANHAR, J, C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, set./out. 2003.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

DICIO. **Dicionário on-line de português**. 2009. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

ELMORE, R. F. Backward Mapping: implementation research and policy decisions. **Political Science Quarterly**, New York, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1979.

EVANS, Peter. **Autonomia e parceria**: estado e Transformação social. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2004.

FARIA, C. P. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.

FARIA, C. P. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de Políticas Públicas No Brasil? In: _____. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.

FIGUEREDO, Marcus F; FIGUEREDO, Argelina M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 107-127, 1986.

HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas sociais). **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, nov. 2001. Disponível em: <<http://www3.uepg.br/geppea/wpcontent/uploads/sites/10/2014/06/Andreliza-3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

LIMA, L.L. Implementação da regulação dos prestadores privados no Sistema Municipal de Saúde: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS. In: FARIA, C. A. P. de (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas,

2012.

LIMA, Luciana Leite, D'ASCENZI, Luciano. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, Luciana Leite, D'ASCENZI, Luciano Implementação de Políticas Públicas: Análise da Política Nacional de Humanização a partir da Burocracia Implementadora. **Enanpad**. P.12. Setembro de 2013. Rio de Janeiro.

LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 75-84.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas entre o controle e a discricionarietà. In: FARIA, C. A. P. de (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 27.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www3.uepg.br/geppea/wpcontent/uploads/sites/10/2014/06/Andreiza-3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MARQUES, Eduardo Cesar. **Redes sociais, instituições e atores políticos**. São Paulo: Annablume, 2003.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 2, n. 5, p. 145-174, abr. 1995.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência em Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto n° 19.008, de 17 de abril de 2015. Institui Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CMPTVHS) no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 17 abr. 2015.

O'BRIEN, K. J.; LI, L. Selective policy implementation in rural China. **Comparative Politics**, New York, v. 31, n. 2, p. 167-186, Jan. 1999.

PARSONS, Wayne. **Public Policy**: and introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.

PEREIRA, Potyara A. P. Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 77, mar. 2004.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

RAMOS, Marília; SCHABBACH, Leticia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-294, set./out. 2012.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução nº 143, de 24 de maio de 2010. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 103, jun. 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340211524_cibr143_10.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2016.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 2016. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/videos/videoaula_6.1a_concepcao_de_ciclo_de_politicas._as_fases_do_ciclo_de_politicas_publicas..pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Análise de Políticas Públicas**: conceitos básicos. Washington: Indes/BID, 1997.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 1, n. 6, p. 21-48, jan. 1986.

SCHATTSCHNEIDER, E. E. **The semisovereign people**: a realist's view of democracy in America. Nova York: Holt, Rinehart and Wistons, 1960.

SILVA, E. G. **Desempenho institucional**: a política de qualificação dos docentes da UESB. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciências Humanas, UNEB, Salvador, 2009.

SILVA, Pedro Luiz Barreto; MELLO, Marcus André Barreto. **O processo de implementação de Políticas Públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programa e projetos. Campinas: NEPP/UNICAMP, 2000. (Caderno n. 48).

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Sociologia**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232012000400007>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

WALT, G. **Health Policy**: an introduction to process and power. London: Zed, 1994.

WILSON, W. The study of administration. **Political Science Quartely**, v. 2, n. 2, p. 197-222, 1887.

WILDAVSKY, A. B. **Speaking truth to power**: the art and craft of policy analysis. Boston: Little Brown, 1979.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Dados gerais

- 1) Formação:
- 2) Local de trabalho (secretaria e órgão):
- 3) Há quanto tempo trabalho na prefeitura?
- 4) Há quanto tempo trabalha na área de DST/AIDS/?

Sobre a implantação do comitê

- 5) Quando foi implantado o comitê?
- 6) Como o município decidiu implantar o Comitê?

- 7) Como tiveram início as discussões para a implantação do Comitê?
 - quando começaram as discussões
 - quem começou (onde começou, na SMS, na prefeitura, na SES...)
 - Você participou da reunião de sensibilização?

- 8) Como foi o processo de implementação do comitê?
 - definição dos recursos (humanos, financeiros);
 - elaboração da legislação;
 - articulação da rede, estabelecimento dos formulários de notificação;
 - articulação dos atores.

- 9) Como foi a interação do município com o estado para a implantação do comitê?
 - Como o estado participou da implantação do comitê?
 - legislação

Funcionamento do Comitê

- 10) Qual a periodicidade das reuniões?
- 11) Quem participa das reuniões?
- 12) Os participantes são frequentes?

- 13) Qual é a atuação do estado no comitê?
 - O estado envia representantes para as reuniões do comitê?
 - Como o estado monitora?

- 14) Como é o funcionamento das reuniões (sequência dos casos- antigos e novos)?

- 15) Como os casos são levados ao Comitê?
 - são utilizados os formulários do protocolo de investigação vertical de HIV e sífilis.
 - Se não: há formulário específico para notificação dos casos?

- 16) Como são feitos os encaminhamentos do que é discutido nas reuniões do comitê?
- Formulário? Notificações?
 - Quem fica responsável?
- 17) Como é feito o acompanhamento das intervenções?
- Quem acompanha?
 - Como o comitê é informado sobre as intervenções?
 - Como o comitê define se a questão foi solucionada?
- 18) Como a rede se articula para executar os encaminhamentos?
- 19) Como a rede é mobilizada para realizar as intervenções?