

Resumo: A pesquisa objetivou analisar o processo planejamento regional da Política pública de HIV/AIDS em uma Região de Saúde do nordeste do Brasil. Este trabalho consistiu em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com gestores de 13 municípios de uma região de saúde do nordeste brasileiro. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado de acordo Dantas, contendo 05 questões abertas, analisado a partir de análise de conteúdo de Bardin. Contemplou-se quatro domínios de discussão: 1 - Conhecimento da realidade sanitária, 2 - Serviço de Assistência Especializada, 3 - Qualidade da assistência e, 4 - Planejamento regional. Os gestores referiram conhecer as pessoas vivendo com HIV/AIDS de seu território e afirmaram não realizar o planejamento da PN-IST/AIDS. Identificou-se que a assistência às pessoas com HIV/AIDS não é priorizada como necessidade da região e que seu planejamento não ocorre.

Descritores: Planejamento em Saúde, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Política de Saúde, Gestão em Saúde.

Sâmara Fontes Fernandes

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Alto Oeste Potiguar (FACEP).
E-mail: saminhafontes@hotmail.com

Themis Cristina Mesquita Soares

Educadora física. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do curso de graduação em Educação Física e da Pós-Graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: themiscris@hotmail.com

Antonia Gomes de Almeida Neta

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integrada de Patos (FIP).
E-mail: antoniaalmeida14@outlook.com

José Giovanni Nobre Gomes

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor do curso de graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: jgiovannobre@gmail.com

Lucas Batista Ferreira

Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: lucas08batista@gmail.com

Richardson Augusto Rosendo da Silva

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Associado I do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.
E-mail: rirosendo@hotmail.com

Submissão: 29/11/2019
Aprovação: 21/03/2020

Regional planning in public policy health in HIV/AIDS

Abstract: The research aimed to analyze the regional planning process of the Public HIV/AIDS Policy in a Health Region of northeastern Brazil. This work consisted of a descriptive research, with a qualitative approach, conducted with managers from 13 municipalities in a health region in northeastern Brazil. A questionnaire adapted according to Dantas was used as a data collection instrument, containing 05 open questions, analyzed from Bardin's content analysis. Four areas of discussion were contemplated: 1 - Knowledge of the health reality, 2 - Specialized Care Service, 3 - Quality of care and, 4 - Regional planning. The managers reported knowing the people living with HIV/AIDS in their territory and stated that they did not carry out the planning of the PN-IST/AIDS. It was identified that care for people with HIV/AIDS is not prioritized as the need of the region and that its planning does not occur.

Descriptors: Health Planning, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health Policy, Healthcare Management.

Planificación regional en la salud de la política pública en el HIV/SIDA

Resumen: La investigación tuvo como objetivo analizar el proceso de planificación regional de la Política Pública de HIV/SIDA en una Región de Salud del Noreste de Brasil. Este trabajo consistió en una investigación descriptiva, con un enfoque cualitativo, realizada con gerentes de 13 municipios en una región de salud en el noreste brasileño. Como instrumento de colecta de datos, se utilizó un cuestionario adaptado, según Dantas, lo cual contenía 05 preguntas abiertas, analizadas a partir del análisis de contenido de Bardin. Se contemplaron cuatro áreas de discusión: 1 - Conocimiento de la realidad de la salud, 2 - Servicio de Atención Especializada, 3 - Calidad de la atención y, 4 - Planificación regional. Los gerentes informaron haber conocido a las personas que viven con el VIH/SIDA en su territorio y declararon que no planeaban el PN-ST/SIDA. Se identificó que la atención a las personas con VIH/SIDA no se prioriza como la necesidad de la región y que su planificación no ocurre.

Descriptores: Planificación de la Salud, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Política de Salud, Gestión en Salud.

Como citar este artigo:

Fernandes SF, Soares TCM, Almeida Neta AG, Gomes JGN, Ferreira LB, Silva RAR. Planejamento regional em saúde da política pública em HIV/AIDS. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):92-102.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.92-102>

Introdução

As Políticas Públicas (PPs) desenvolvidas pelo Estado partem de necessidades territoriais e visam diminuir as desigualdades estruturais, tornando-se uma estratégia de organização de ações múltiplas e nos diversos campos da sociedade, articulando relações de poder e controle para execução das mesmas, garantindo igualdade de oportunidades, direitos básicos de cidadania e desenvolvimento sustentado, direcionado ao bem coletivo¹.

No campo da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), é considerado uma macro política que funciona a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, no qual é necessário arranjos institucionais e pactuações entre o governo federal, estadual e municipal, para que as necessidades sociais de saúde sejam atendidas e que a população tenha garantia de acesso aos serviços².

No entanto, para que a interação entre Estado, mercado e sociedade seja desenvolvido de maneira a atender as reais necessidades de saúde coletiva, é necessário o uso da governança como instrumento de análise e implantação das PPs, considerando a contínua transformação dos sistemas públicos e necessidade de interação e apoio de novos atores sociais, respeitando as dimensões territoriais, os novos arranjos governamentais e a descentralização de responsabilidades a todos os sujeitos envolvidos, reafirmando a importância da necessidade de avaliação dos processos de planejamento, formulação, implementação e controle das políticas de saúde³.

No SUS existem vários programas voltados para necessidades distintas, os quais se organizam em todos os territórios e em diferentes níveis de atenção, cada qual com objetivos e diretrizes distintos, como

por exemplo, a Política Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (PN-IST/AIDS), a qual foi instituída desde a década de 80, mediante o reconhecimento da crescente epidemia da AIDS como um problema de saúde pública.

A PN-IST/AIDS em um processo contínuo de (re)construção teve grandes marcos históricos, como: apoio maciço dos movimentos sociais, reconhecimento da AIDS como uma doença de notificação compulsória, financiamento do Projeto AIDS pelo Banco Mundial⁴, distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais⁵, construção da Rede Nacional de Laboratórios⁶, auxílio da Política de Redução de Danos⁷, entre outros, os quais fortaleceram sua atuação no território nacional e trouxeram reconhecimento internacional a política de saúde brasileira, servindo de modelo para diversos países, como Costa Rica, EUA, China, Panamá^{8,9,10}.

No entanto, atualmente, a PN-IST/AIDS se baseia em novas estratégias que visam a redução no número de casos e controle da epidemia do HIV/AIDS, como por exemplo, a cascata 90-90-90 e a prevenção combinada, além do fortalecimento da Atenção Básica (AB), como instituição central à promoção e prevenção da saúde⁹.

Entretanto, mesmo com uma política bem formulada, investimentos maciços na área, distribuição de preservativos e antirretrovirais, implantação de serviços especializados e rede de laboratórios¹¹, os índices de HIV/AIDS continuam altos e novos casos são notificados constantemente, no Brasil, por exemplo, no ano de 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 novos casos de AIDS¹².

Nesta perspectiva, vislumbra-se a necessidade de planejamento territorial da PN-IST/AIDS, considerando a importância da regionalização e atuação dos atores locais, como Secretários Municipais de Saúde, a fim de adequar a política às reais necessidades locais, fortalecendo-a^{1,2}.

Portanto, o planejamento em saúde deve ser realizado criteriosamente em todas as instâncias do governo, principalmente a nível municipal visto que são as unidades territoriais mais importantes, já que é através deles que são construídas e aplicadas as políticas em nível regional. No Rio Grande do Norte (RN), há uma dificuldade das gestões em saúde em realizar o planejamento de suas políticas, principalmente, na VI região de saúde, o que compromete o seu desenvolvimento e desenvoltura. Os mesmos não consideram o planejamento regional como aliado da gestão pública, e por isso, os realizam de maneira incipiente e praticam a transferência de responsabilidades de rotina para outros atores, como os profissionais de saúde.

Logo, percebe-se que o fortalecimento do planejamento da PN-IST/AIDS pode representar uma alternativa de reestruturação da política nos seus diversos territórios e fortalecimento do SUS. Desse modo é preciso reconhecer como ocorre o planejamento da PN-IST-HIV/AIDS na VI Região de Saúde do Rio Grande do Norte (RN)?

Objetivo

A pesquisa teve como objetivo analisar o processo de planejamento regional da Política pública de HIV/AIDS em uma Região de Saúde do nordeste do Brasil.

Material e Método

Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem qualitativa, a qual utilizou da VI Região de Saúde (Alto-oeste potiguar) do Rio Grande do Norte (RN) como cenário da pesquisa. No entanto, não se utilizou de todos os municípios como locus da pesquisa e sim aqueles que possuíam cinco ou mais casos notificados de HIV/AIDS, nos últimos 13 anos, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), totalizando 13 municípios.

A coleta de informações foi realizada com os Secretários Municipais de Saúde das cidades supracitadas, contando com uma amostra de 13 participantes, atingindo 77% da mesma (n=10). Assim, como critérios de inclusão empregou-se: (i) Municípios pertencentes a VI Região de Saúde do RN com no mínimo 05 casos notificados de HIV/AIDS nos últimos 13 anos; (ii) atuar como secretário de saúde dos municípios pré-estabelecidos com no mínimo 06 meses de experiência. Excluindo aqueles que não se encontrassem em seus locais de trabalho no período de coleta e que contabilizassem experiência na gestão atual inferior a 6 meses.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado do estudo de Dantas¹³, contendo 05 questões norteadoras: 1 - Conhecimento sobre o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) no seu Município?; 2 - A atuação do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Pau dos Ferros, e seu financiamento. Em relação a contrapartida financeira municipal, como ocorre?; 3 - Como gestor, existe alguma queixa sobre a qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV)?; 4 - Quais são os fatores que podem contribuir para a melhoria

da qualidade da assistência no seu município as PVHIV?; 5 - Como ocorre o planejamento municipal PN-IST/AIDS? O que é disponibilizado na AB.

Utilizou-se para análise de dados a técnica por análise temática de conteúdo, segundo Bardin¹⁴. Iniciando com a fase de exploração textual, realizando a leitura flutuante dos questionários e identificando os principais elementos temáticos e textuais presentes nas respostas dos entrevistados. Em seguida, foi realizado a análise temática do conteúdo, na qual foi selecionada as principais unidades e núcleos de sentido presentes nos instrumentos de coleta de dados, neste momento foi categorizado os domínios de análise, contemplando quatro domínios: 1 - Conhecimento da realidade sanitária, 2 - SAE, 3 - Qualidade da assistência e, 4 - Planejamento regional da PN-IST/AIDS. E por fim, realizou-se a fase interpretativa, buscando tecer discussões empíricas sobre as ideias presentes nos questionários e o material bibliográfico e científico utilizado na pesquisa. Salientando que, os entrevistados foram nomeados aleatoriamente por algarismos numéricos, a fim de manter a privacidade e confidencialidade dos mesmos.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, aprovado sob CAAE: 81787717.8.0000.5294 e Número do Parecer: 2.567.260.

Resultados

Da amostra total de gestores que atenderam aos critérios de inclusão (n=13), 77% (n=10) dos participantes contribuíram com a pesquisa, sendo 70% (n=7) do sexo feminino e 30% (n=3) do masculino. A maioria referiu ter experiência em gestão de saúde,

sendo que 80% (n=8) comprovou ter nível superior completo, e desses 50% (n=5) com Graduação em Enfermagem.

Em relação ao Domínio 01, Conhecimento da realidade sanitária, 100% da amostra referiu conhecer as pessoas vivendo com HIV/AIDS de seu território, entretanto, nenhum gestor disponibilizou o quantitativo correto de pessoas notificadas com o agravo. Quando comparados com o relatório disponibilizado pela VI Unidade Regional de Saúde Pública do RN (URSAP) e SINAN, os números fornecidos pelas secretarias municipais de saúde (SMS) ficaram bem aquém do esperado, havendo um desencontro nas informações, conforme Tabela 01.

Tabela 1. Relação de notificações de casos de HIV/AIDS de municípios da VI Região de Saúde-RN, segundo SESAP e SMS, entre 2005 a 2018.

MUNICÍPIO	NOTIFICAÇÕES SESAP	NOTIFICAÇÕES SMS
Alexandria	10	04
Frutuoso Gomes	13	07
Itaú	06	03
Patú	32	20
Pau dos Ferros	40	20
Portalegre	11	04
Rafael Fernandes	09	Não relatado
Rodolfo Fernandes	11	03
São Francisco do Oeste	13	05
Umarizal	09	Não relatado

Fonte: Pesquisa própria, 2018.

Conforme a Tabela 01, é visível a disparidade existente entre o quantitativo de notificações de casos pela SESAP e SMS, evidenciando uma fragilidade nessa comunicação, subnotificação de casos e desconhecimento dos mesmos pela esfera local. Além disso, todos os gestores assumiram conhecer apenas os pacientes que buscam ajuda nas secretarias de

saúde, as quais disponibilizam hospedagem e transporte para os locais onde ocorre as consultas de acompanhamento nos municípios de Mossoró e Natal.

“Tenho conhecimento de muitos pacientes, mas o número exato eu não sei, tomamos conhecimento apenas daqueles que passam pela secretaria, o preconceito é grande e muitos preferem fazer o tratamento por conta própria” (E4).

“Acredito que tenhamos mais ou menos 07 pacientes, a gente reconhece mais aqueles que nos procuram, pois fornecemos transporte e hospedagem em Mossoró para o acompanhamento, tem pacientes que não querem nossa ajuda, preferem ir sozinhos” (E1).

No Domínio 02, Serviço de Assistência Especializada (SAE), 90% (n=9) dos participantes negaram fornecer contrapartida financeira para o SAE, com exceção apenas do município de Pau dos Ferros, a cidade-polo onde se localiza o serviço, o qual afirmou utilizar todo recurso disponibilizado ao SAE, através de contratação de recursos humanos e manutenção de insumos.

Além disso, a maioria dos gestores demonstraram desconhecimento sobre a atuação e existência deste serviço na região, no qual 40% (n=4) da amostra afirmou abertamente desconhecer e não realizar nenhum encaminhamento para o mesmo, preferindo referenciar para o Hospital Rafael Fernandes (HRF), situado na cidade de Mossoró-RN. Reafirmando novamente o compromisso de disponibilizar transporte e estadia aos pacientes durante acompanhamento em cidades mais distantes.

“Não existe contrapartida financeira para o SAE, nós encaminhamos nossos pacientes para o Hospital Rafael Fernandes e garantimos a hospedagem e o transporte” (E7).

“A PPI não tem repasse para o SAE, mas garante a parte de exames laboratoriais. Atualmente, referenciamos tanto para o SAE

quando para o Hospital Rafael Fernandes, mas por falta de profissionais no SAE é muito difícil essa referência, então preferimos mandar o paciente direto para Mossoró, que resolve o problema do atendimento” (E3).

Já no Domínio 03, Qualidade da assistência, 60% (n=6) da população relatou extrema satisfação com a qualidade da assistência em HIV/AIDS, não sugerindo melhorias, entretanto, demonstrando pouca profundidade e conhecimento acerca dos equipamentos sociais envolvidos nesta atenção e suas reais necessidades. Enquanto que 40% (n=4) da amostra referiram insatisfação com a qualidade desta assistência, organização da Rede de Atenção e apoio do Estado aos pequenos municípios, pontuando sérias dificuldades, como: 1 - Localização dos serviços de referência nas grandes cidades; 2 - Ausência de recursos financeiros para estruturar e garantir os serviços especializados na região de saúde; 3 - Burocratização dos serviços e; 4 - Insuficiência de profissionais especializados e qualificados na área.

Entre estes, demonstraram um descontentamento com a organização dos serviços no estado e afirmando ser necessário intervenções políticas partidárias para conseguir contemplar alguns direitos dos pacientes, sugerindo: 1 - Melhor organização na Rede de Atenção à saúde (RAS) no estado; 2 - Serviços de alta complexidade na região; 3 - Estruturação do SAE como serviço prioritário para os municípios da VI Região de Saúde; 4 - Ampliação dos exames pelo Estado para agilizar o diagnóstico; 5 - Qualificação da equipe de AB.

“Não temos nenhuma queixa sobre essa assistência, é de boa qualidade, nos municípios ainda enfrentamos algumas dificuldades com as equipes da saúde da família que não são qualificados para receber essas pessoas e por isso não querem atendê-los” (E10).

“Temos muita dificuldade para encaminhar os pacientes, está muito difícil o contato com o Hospital Rafael Fernandes, a gente consegue o acesso através de amizade, não temos garantia de atendimento. A agenda dos médicos esta superlotada, os pacientes não querem ir para o SAE em Pau dos Ferros, por conta do preconceito e da vergonha, além de lá não ter infectologista. O atendimento especializado é difícil, distante, burocrático, cheio de normas que a gente não entende e muda todo dia. Não mandamos ninguém para o Hospital Giselda Trigueiro por que nossa referência é Mossoró, não temos nenhum suporte do estado, precisamos de mais apoio. Não entendemos o fluxo de encaminhamento e como a Rede esta organizada” (E6).

E por fim, no último domínio, Planejamento regional da PN-IST/AIDS, 100% (n=10) dos gestores afirmaram não realizar o planejamento da mesma, responsabilizando os profissionais da AB pelo o seu desenvolvimento, havendo uma confusão de conceitos entre o planejamento regional da política e o municipal a partir do desenvolvimento das ações locais. Visto que 60% (n=6) dos participantes referiram que o planejamento municipal das ações locais da AB são realizadas de maneira coletiva e se baseiam no desenvolvimento de educação em saúde, Programa de Saúde na Escola (PSE), disponibilização de Testes rápidos e insumos, garantia de transporte, estadia e alimentação nas grandes cidades, sempre que necessário, ou seja, ações pontuais e de cunho coletivo da AB, não relacionado especificamente a PN-IST/AIDS, não havendo momentos de avaliação e monitoramento das ações, indicadores e nem princípios da PP.

“Não temos planejamento específico para este programa, planejamos anualmente as ações da estratégia de saúde da família e dentre estas estão as voltadas para a prevenção do HIV/AIDS. Como por exemplo, trabalhamos todo o carnaval nesta perspectiva de prevenção de IST's, ofertando camisinha e

testes rápidos, dentro do PSE já tem ações educativas que contemplam este requisito e em dezembro fazemos a campanha do mês vermelho contra o HIV/AIDS. A AB trabalha na prevenção e promoção da saúde, com ações de educação em saúde e oferta de insumos, além de tentar acompanhar estes pacientes, do jeito que a gente pode, mas o foco mesmo é garantir o transporte e estadia desses pacientes para as referências” (E9).

“O planejamento municipal é muito restrito, planejamos junto com as equipes de saúde, direcionando os serviços para as ações de educação em saúde, disponibilização de testes rápidos e preservativos, além de outras rotinas dos serviços, que aí tem que ver com o coordenador da AB” (E5).

Salientando também, que 100% (n=10) da amostra demonstrou desconhecimento sobre os princípios da PN-IST/AIDS e a importância de realizar adequações da mesma a realidade sanitária local, além da necessidade de desenvolver o planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, como importante indicador da qualidade da assistência em saúde.

Discussão

O planejamento em saúde é uma estratégia indispensável ao funcionamento do sistema e organização de suas ações, a mesma deve ser realizada por todos os atores sociais envolvidos, assim como todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal). O ato de planejar deveria ser um dos instrumentos essenciais à administração pública, a fim de otimizar seus recursos, priorizar suas ações, implementá-las e avaliá-las¹⁵.

No processo de gestão os governos possuem autonomia para realizar o diagnóstico situacional, estabelecendo prioridades e realizando o planejamento local e regional, além de avaliar e monitorar suas ações, realizar articulação intersetorial

entre as regiões, para assim organizar e implementar suas políticas e Rede de Atenção¹⁶.

Devido a heterogeneidade de todo o território nacional, os estados e municípios possuem autonomia para realizar adequações nas políticas públicas nacionais a fim de torna-las mais adequadas à sua região de atuação e que atendam as reais necessidades de sua população.

Os municípios através de suas SMS são os principais responsáveis pelo estabelecimento das políticas públicas de saúde em seu território e, por isso deveriam seguir os princípios da gestão participativa, buscando emancipação, valorização do trabalho e do trabalhador e o apoio dos mesmos, visto que as SMS devem realizar o planejamento das políticas, no entanto, os profissionais em saúde também devem fazer uso do planejamento estratégico no seu processo de trabalho afim de produzir saúde¹⁷.

Portanto, a nível de atenção básica (AB) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável pelo planejamento estratégico de todas as suas intervenções em saúde relacionadas as políticas de saúde, como por exemplo, a PN-IST/AIDS, sendo pautada na resolução de problemas territoriais, condições de saúde e qualidade de vida da população, entretanto, este tipo de planejamento não substitui as responsabilidades da esfera gestora¹.

Esta perspectiva vai de encontro com os resultados encontrados na pesquisa, a qual evidencia as fragilidades no planejamento da SMS e a transferência de responsabilidades para os profissionais de saúde, os quais não possuem condições mínimas de atuação, além de não atenderem aos princípios da gestão participativa, conseqüentemente, sua ausência explica a fragilidade

PN-IST/AIDS na VI Região de saúde, já que a mesma é pouco planejada nos municípios induzindo a uma reação de cadeia e, conseqüentemente, influenciam na fragilidade das pactuações e articulações necessárias ao desenvolvimento de todos os serviços de saúde almejados.

Prioriza-se que toda ação em saúde surja a partir de uma análise territorial, reconhecimento do perfil epidemiológico e indicadores de saúde, para assim garantir uma assistência adequada a realidade sanitária¹.

Entretanto, percebe-se que as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão sendo pouco visualizadas, corroborando com a invisibilidade social destes pacientes, os quais são vislumbrados apenas pela representação da AIDS e negligenciados como sujeitos, fortalecendo estigmas, preconceito e criando barreiras entre os mesmos e os serviços de saúde^{18,19}.

As injustiças sociais as quais as pessoas que vivem com HIV/AIDS são submetidas são imensas e corrobora com sua história social de acometimento primário de homossexuais, profissionais de sexo e usuários de drogas, o que fortaleceu a estigmatização, os preconceitos e a invisibilidade desta população, aumentando a vulnerabilidade e a necessidade de (re)discussão de conceitos e comportamentos²⁰.

Para além disso, os secretários de saúde demonstram desconhecimento desta população no seu território de atuação, deixando claro a falta de articulação dos serviços com a gestão e os pacientes. Salientando, a negligência dos mesmos com a avaliação e monitoramento do SINAN, visto que através deste sistema os gestores têm acesso a todas as notificações realizadas e vinculadas ao seu município. Além de manterem de um assistencialismo

que sobrepõe aos princípios do SUS, evidenciando desconhecimento sobre a constituição da RAS no estado e sobre sua própria responsabilidade na assistência desses pacientes, tentando transferi-las para outras instâncias de governo.

Comprometendo a qualidade da assistência, que esta relacionada também a questões de acessibilidade geográfica, disponibilidade, oferta e demanda de serviços, os quais devem estar distribuídos de maneira descentralizada em todo o território regional, considerando as necessidades dos usuários e todas as questões logísticas envolvidas na garantia do acesso à esta assistência, principalmente da organização dos mesmos em regiões de saúde². Salientando que, a garantia do acesso não pode ser reduzida apenas a disponibilidade de transporte e pousada nas cidades onde se localizam os centros de referência ao estado.

Essa delimitação busca atingir um grau ótimo de resolutividade referente a cada território no que tange a assistência à saúde e considera que quando as necessidades da população extrapolarem a capacidade de resposta da região, esta deve buscar arranjos inter-regionais para complementar sua atenção em saúde²¹. O que não é visualizado na VI Região de saúde, a qual é dependente dos grandes centros urbanos e não fortalece os poucos serviços direcionados a assistência em HIV/AIDS, como por exemplo, o SAE que é pouco valorizado e até desconhecido pelos gestores em saúde.

O SAE é uma instituição de saúde ambulatorial que atua em nível secundário, servindo de referência para a AB. Prestam atendimento exclusivo as PVHIV, objetivando o atendimento integral aos mesmos, considerando a complexidade da assistência e a intersubjetividade. Devendo estar localizada em um

local geográfico de fácil acesso para que seja possível articular todos os níveis de atenção da RAS^{12,19,20}. Verifica-se que o SAE é um serviço central na assistência as PVHIV, encontra-se em uma cidade de fácil acesso para VI região de saúde, entretanto, é ignorado pelos municípios, não é reconhecido pelos mesmos como um serviço prioritário e não recebe apoio financeiro, o que, conseqüentemente, compromete a assistência disponibilizada e a organização da RAS.

Neste íterim, vale salientar que o SUS é guiado por gestão compartilhada, a qual visa planejar e operacionalizar coletivamente as questões financeiras e administrativas de suas políticas, considerando a organização das regiões de saúde e integração dos serviços de saúde entre os entes federativos, afim de garantir a integralidade da assistência, sendo uma prática política-administrativa que envolve além da transferência de responsabilidade e de serviços, a de poder e recursos entre todos os níveis de gestão²². E por isso, é considerado um dos principais instrumentos de trabalho ao planejamento regional em saúde, o que não ocorre na VI região em relação a assistência direcionada as PVHIV.

Uma linha do cuidado bem conduzida amplia a garantia de uma assistência integral, causando impactos positivos na redução da morbimortalidade por HIV/AIDS e auxiliando no controle da epidemia. No entanto, é necessário também que os profissionais de saúde tenham qualificação profissional e clareza de papeis²³.

Portanto, qualificar os recursos humanos presentes nos serviços de saúde, delimitar o processo de trabalho dos mesmos e estabelecer fluxogramas práticos acerca da rede de atenção, além de fortalecer

as pactuações intermunicipais e interestaduais, são instrumentos de fortalecimento e qualificação da PN-IST/AIDS, assim como da assistência disponibilizada nos municípios¹⁷.

Para além disso, é necessário a aproximação da gestão e atenção em saúde, as quais devem atuar de maneira integrada, visto que a gestão é responsável por organizar e distribuir equitativamente os recursos em saúde, sendo possível após a realização de um planejamento para a deliberação das condições coletivas, considerando as potencialidades e compromissos de todos os municípios²⁴.

Considerando sempre os critérios epidemiológicos e indicadores em saúde, além de estabelecer parâmetros de monitoramento e avaliação para o alcance de objetivos e metas, as quais são reavaliadas afim de identificar a operacionalização das atividades propostas no planejamento em saúde^{22,25}.

Portanto, financiamento adequado, recursos disponíveis, qualificação dos profissionais de saúde, regulação de uso de tecnologias, fortalecimento da AB, estruturação de linhas de cuidado e coordenação do cuidado permitem a estruturação das políticas públicas e sistemas de saúde, as quais devem ser monitoradas e avaliadas constantemente. No entanto, paralelo a isto deve haver também uma reformulação nos modos de governar os serviços, para que utilizem do planejamento estratégico e gestão participativa como instrumento de implementação e avaliação de políticas de saúde²⁶. Somente assim, ter-se-á políticas bem estabelecidas, RAS estruturadas e qualidade na assistência, direcionada sempre as necessidades coletivas.

Conclusão

O planejamento em saúde é um instrumento valioso para a gestão em saúde no desenvolvimento de suas funções sanitárias frente ao SUS, auxiliando na organização, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde locais.

Na VI Região de saúde do RN, é notória a fragilidade no planejamento da PN-IST/AIDS, a qual é realizada anualmente em ações pontuais, negligenciando os apontamentos e princípios da mesma, supervalorizando a cultura do assistencialismo à população, a qual só induz a ganhos individuais e não coletivos.

Podendo justificar a má organização da política nos municípios e a falta de pactuações entre os mesmos, a fim de garantir uma assistência de qualidade as PVHIV na região, fragilizando a mesma e a desenvoltura da política, assim como aprofunda a crise no sistema de saúde, refletido no aumento de casos de HIV/AIDS no Estado e no Brasil.

Como limitações do estudo, admite-se a delimitação da pesquisa a apenas uma região de saúde do RN, entretanto, a mesma pode ser realizada em todas regiões e estados brasileiros utilizando dos mesmos princípios metodológicos, podendo assim realizar estudos comparativos sobre a realidade nacional, reafirmando sua importância para o fortalecimento do SUS.

Contribuindo no processo de qualificação para a Enfermagem, visto que a maioria dos gestores apresentavam formação na área, mas mesmo assim se encontravam distantes de princípios básicos do SUS. Portanto, a pesquisa alimenta a necessidade de reflexão sobre o processo do trabalho do Enfermeiro enquanto gestor, atentando para fragilidades

existentes em uma região de saúde do RN e traçando o planejamento regional da PN-IST/AIDS como estratégia de enfrentamento e fortalecimento da mesma e da assistência integral disponibilizada as PVHIV.

Referências

1. Silva GM, Silva JM. (2019). Políticas públicas de saúde no meio rural: Uma Abordagem Geográfica. *Rev. Episteme Transversalis*. 2019; 10(1):173-184.
2. Oliveira RADD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35(11):e00120718.
3. Lima LDD, Albuquerque MVD, Scatena JHG, Melo ECPD, Oliveira EXGD, Carvalho MS et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35(2):e00094618.
4. Fonseca EM, Bastos FI. Evolution of HIV/AIDS response in Brazil: Policy innovations and challenges in the fourth decade of the epidemic. *Int J Health Plann Mgmt*. 2017; 1-13.
5. Ravanholi GM, Catoia EA, Andrade RLDP, Lopes LM, Brunello MEF, Bollela VR et al. Pessoas vivendo com HIV/Aids no cárcere: regularidade no uso da terapia antirretroviral. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019; 32(5):521-529.
6. Nunes M, Vidal S. (2019). Os diversos aspectos da integralidade em saúde. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*. 2019; 1(1):201-209.
7. Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(12):4599-4604.
8. Barros SG, Silva, LMV. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde em Debate*. 2017; 41(3):114-128.
9. Silva ITS, Lima DM, Santos WN, Costa Santos RS, Menezes HF, Silva RAR. Análise da operacionalização da testagem rápida para o HIV realizada pelo enfermeiro. *Rev Recien*. 2020; 10(29):100-111.
10. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JRCM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Rio de Janeiro: Sex Salud Soc*. 2018; 29:263-93.
11. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21(05):1553-1564.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Brasília: 2019.
13. Dantas AMG. Avaliação da qualidade do Serviço De Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011; 229.
15. Chiavegato VO. Diálogos e percepções dos gestores municipais de saúde sobre as ferramentas de planejamento no SUS [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2019.
16. Casanova AO et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1209-1224.
17. Santos LA, Torres AE, Ferreira MG. Planejamento estratégico: instrumento transformador do processo de trabalho em saúde. *Revista Laborativa*. 2019; 8(1):57-81.
18. Ferreira BDO, Pereira EO, Rocha MBD, Nascimento EFD, Albuquerque ARDS, Almeida MM et al. "Não tem essas pessoas especiais na minha área": saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019; 13(3):496-508.
19. Porto TSAR, Silva CM, Vargens OMC. Female healthcare professionals' behaviour and attitudes in the context of the feminisation of HIV/AIDS: gender vulnerability analysis. *AIDS Care*. 2017; 29(1):49-55.
20. Gomes HN, Macena RHM, Arruda GMMS, Paula AKCB. (2019). Análise do atendimento nos serviços de saúde entre pessoas vivendo com

HIV/AIDS. Journal of Health & Biological Sciences. 2019; 7(4):387-394.

21. Monken B, Bercellos CO. Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca AF, Cobro AD. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007; 177-224.

22. Varela R, Achutti CF, Guaranha C, Quevedo ALA, Lopes EC. Sistema de Monitoramento Estratégico para a Gestão em Saúde. Journal of Health Informatics. 2019; 11(2):60-63.

23. Martins ETP, Ferreira MCSM, de Oliveira JAMG, dos Santos VM, Costa AFP. (2020). A integralidade da assistência a pacientes com HIV em ambulatório especializado de Alagoas. Revista de Medicina e Saúde de Brasília. 2019; 8(3):308-315

24. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. Interface. 2015; 19(53):265-274.

25. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. de Saúde. 2016; 25(2):411-418.

26. Mello J, Ribeiro VM, Lotta G, Bonamino A, Carvalho CP. Implementação de políticas e gestores públicos. In: Massuda A, Campos GWS. Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir desigualdades em saúde. Brasília: IPEA. 2020; 73-95.