

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**Moisés Francisco Baldo Taglietta**

***AValiação da Implantação do Incentivo no Âmbito do  
Programa Nacional de HIV/AIDS e Outras DST em Dois  
Municípios do Estado de São Paulo***

***Dissertação de Mestrado Profissional em  
Vigilância em Saúde e Avaliação de  
Programas de Controle de Processos  
Endêmicos da ENSP/FIOCRUZ***

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Artmann

**Rio de Janeiro**  
**2006**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

T127a Taglietta, Moisés Francisco Baldo  
Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo./ Moisés Francisco Baldo Taglietta. Rio de Janeiro: s.n., 2006.  
86p.

Orientadora: Artmann, Elizabeth  
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública

1. Planos e Programas de Saúde. 2. Avaliação de Programas. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 4. Planejamento em Saúde. 5. Financiamento em Saúde. 6. Descentralização.

## RESUMO

Este trabalho apresenta os resultados do estudo sobre avaliação da Implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* em dois Municípios do Estado de São Paulo – Bauru e Piracicaba”. O estudo teve como objetivo geral avaliar a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* (PAM) em comparação ao mecanismo anterior de financiamento através de convênios (POA). Tomou-se como foco principal a execução física e financeira alcançada em relação ao que foi programado, identificando-se fatores que possam ter interferido nesse processo.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com as coordenadoras dos programas e com os responsáveis pela execução dos recursos financeiros específicos para DST/Aids dos dois municípios, análise documental dos Planos de Ações e Metas de 2004 (PAM 2004) e dos Planos Operativos Anuais, respectivos convênios e prestações de contas, do último ano desta forma de financiamento (POA III do AIDS II) e consulta ao sistema de monitoramento do incentivo.

Para análise dos resultados utilizamos métodos de análise quantitativa e qualitativa. Constatamos ao longo do estudo que o grau de execução física atingido pelos dois municípios foi maior no período do Incentivo em comparação com o período de financiamento por meio de convênios. Os resultados mostraram ainda que, embora a execução financeira seja facilitada pelas regras estabelecidas pelo Incentivo, segundo os próprios entrevistados, não foi plena no município de Piracicaba, pela interferência de outros fatores relacionados ao processo de realização de despesas, o que não consideramos como problema na implantação do Incentivo, já que nesta lógica de financiamento, eventuais saldos restantes da execução de um PAM podem ser programados para execução durante o período do PAM subsequente.

O estudo conclui que a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, em substituição à lógica de financiamento através de convênios mostrou-se positiva elevando o grau de execução física dos dois municípios, uma vez que a execução das ações e o alcance das metas têm maior poder de interferência na realidade das DST/HIV/Aids do que o executar recursos financeiros. Por fim, apontam-se alguns aspectos que devem merecer maior atenção por parte do Programa Nacional de DST/Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

## ABSTRACT

This work presents the results of the study on evaluation of the Implantation of the *Incentive in the Scope of the National Program of HIV/Aids and others STI (Sexually Transmissible Infections) in two Cities of the State of São Paulo - Bauru and Piracicaba*. The study had as objective generality to evaluate the implantation of the *Incentive in the Scope of the National Program of HIV/Aids and other DST (PAM)* in comparison to the previous mechanism of financing through the accords (POA). The physical and financial execution in relation was overcome as main focus reached what it was programmed, identifying factors that can have intervened with this process and pointing mechanisms to minimize possible factors of negative interference, as well as of changes in the logic of current financing.

The research was carried through by means of interviews with the coordinators of the programs and the responsible ones for the execution of the specific financial resources for STI/Aids of the two cities, documentary analysis of the Plans of Action and Goals of 2004 (PAM 2004) and of the Annual Operative Plans, respective year, accords and renderings of accounts last in such a way of financing (POA III of AIDS II) and consults to the system of the incentive.

For analysis of the results we use methods of quantitative and qualitative analysis. We evidence throughout the study that the degree of physical execution reached by the two cities was bigger in the period of the Incentive in comparison with the period of financing by means of accords. The results had shown despite, even so the financial execution are facilitated by the rules established for the Incentive, according to proper interviewed, were not full in the city of Piracicaba, for the interference of other factors related to the process of accomplishment of expenditures, what we do not consider as problem in the implantation of the Incentive, since in this logic of financing, eventual remaining balances of the execution of PAM can be programmed for execution during the period of subsequent PAM.

The study concludes that the implantation of the *Incentive in the Scope of the National Program of HIV/Aids and other DST*, in substitution to the logic of financing through accords revealed positive raising the degree of physical execution of the two cities, a time that the execution of the actions and the reach of the goals have greater to be able of interference in the reality of the STI/HIV/Aids of what executing financial resources. Finally, some aspects that must deserve greater attention on the part of the National Program of STI/Aids, of the Monitoring in Health Department of the Brazilian Health Ministry are pointed.

**ÍNDICE**

Resumo.....	03
Abstract.....	04
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	06
Índice de Figuras e Índice de Quadros.....	07
I – Introdução / Contexto.....	09
II – Referencial Teórico	
Considerações sobre a Avaliação de Programas.....	22
Avaliação formativa e avaliação somativa.....	22
Financiamento como estratégia de indução de mudanças.....	23
Planejamento Estratégico Situacional.....	24
Considerações sobre Estudo de Caso.....	26
III - Pressuposto.....	27
IV – Objetivos	
Objetivo Geral.....	27
Objetivos Específicos.....	27
V – Estratégia Metodológica.....	28
VI – Resultados do Estudo e Discussão .....	33
Parâmetros utilizados para determinar a Execução.....	34
Parâmetros utilizados para determinar o Grau de Execução Física.....	34
Parâmetros utilizados para determinar o Grau de Execução Financeira.....	34
Grau de Execução dos Convênios (POA)	
Execução Física.....	35
Execução Financeira .....	44
Grau de Execução do Incentivo (PAM)	
Execução Física.....	49
Execução Financeira .....	57
Análise das Respostas ao Questionário semi-estruturado.....	60
VII – Conclusões.....	67
VIII – Considerações Finais.....	70
IX – Referências Bibliográficas.....	73
X – Anexos	
Anexo 1 – Questionário semi-estruturado.....	77
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	83
Anexo 3 – Nota Técnica PN-DST/Aids/SVS – Setembro / 2002.....	84

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FNS – Fundo Nacional de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAM – Plano de Ações e Metas

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PM DST/Aids – Programa Municipal de DST/Aids

PN DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids

POA – Plano Operativo Anual

SUS – Sistema Único de Saúde

**Índice de Figuras**

Figura 1 – Processo de Qualificação, Execução, Monitoramento, Desfechos possíveis e Conseqüências Prováveis em relação ao <i>Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST</i> .....	15
Figura 2 – Modelo Lógico do Programa, com destaque para a Implementação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.....	17

**Índice de Quadros**

Quadro 1 – Componentes e Subcomponentes do AIDS II.....	18
Quadro 2 – Produtos programados no POA III do Aids II do município de Bauru-SP e metas nas quais foram traduzidos no Plano de Trabalho do respectivo convênio (2002/2003).....	36
Quadro 3 – Produtos programados no POA III do Aids II do município de Piracicaba-SP e metas nas quais foram traduzidos no Plano de Trabalho do respectivo convênio (2002/2003).....	39
Quadro 4 – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003).....	42
Quadro 5 – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003).....	43
Quadro 6 – Comparativo entre Categorias de Despesa (POA) e Elementos de Despesa (convênio) programados pelo município de Piracicaba (2002/2003).....	44
Quadro 7 – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003).....	46
Quadro 8 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003).....	46
Quadro 9 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação ao total disponível no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003).....	47
Quadro 10 – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003).....	48

Quadro 11 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003).....	48
Quadro 12 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação ao total disponível no convênio do município de Piracicaba -SP (2002/2003).....	49
Quadro 13 – Estratégias SMART para elaboração de metas – Características.....	51
Quadro 14 – Metas, por Áreas de Atuação, programadas no PAM-2004 do município de Bauru-SP.....	53
Quadro 15 – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no PAM-2004 do município de Bauru-SP.....	54
Quadro 16 – Metas, por Áreas de Atuação, programadas no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP.....	55
Quadro 17 – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP.....	56
Quadro 18 – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no PAM-2004 do município de Bauru-SP.....	58
Quadro 19 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no PAM-2004 do município de Bauru-SP.....	58
Quadro 20 – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP.....	59
Quadro 21 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no PAM-2004 do município de Piracicaba -SP.....	59



## I – Introdução / Contexto

No Brasil, durante oito anos, no período entre 1994 e 2002, o processo de descentralização das ações de DST e Aids para estados, Distrito Federal e municípios, foram financiados por meio de convênios celebrados com o Ministério da Saúde, vinculados a recursos externos oriundos de Acordos de Empréstimo firmados entre o Governo Federal e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) – Primeiro Projeto de Prevenção e Controle às DST/Aids no Brasil (AIDS I) e Segundo Projeto de Prevenção e Controle às DST/Aids no Brasil (AIDS II).

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

Os convênios, por estarem vinculados a um Acordo de Empréstimo, apresentaram características muito próprias.

Além de trazerem as amarras impostas pela legislação brasileira (Instrução Normativa 01/97), que regulamenta essa figura jurídica no que se refere à execução dos recursos e à prestação de contas da sua utilização, incorporavam as normas do agente financiador.

As normas do BIRD, na sua maioria, diferem das impostas pela legislação brasileira, tornando todo processo, desde a elaboração do plano de trabalho e sua execução até a prestação de contas final, bastante complexo.

Enquanto a legislação brasileira distribui o orçamento público por natureza de despesa (também conhecida por rubrica orçamentária), o BIRD distribui os recursos financeiros em categorias de despesa, nas quais podem ser agrupadas despesas enquadráveis em mais de uma natureza de despesa.

Um bom exemplo é a categoria de despesa usada pelo BIRD denominada treinamento, na qual podem se agrupar despesas enquadráveis em pelo menos cinco naturezas de despesa definidas na legislação brasileira: (i) outros serviços de terceiros – pessoa jurídica, (ii) outros serviços de terceiros – pessoa física, (iii) material de consumo, (iv) diárias e (v) passagens (*guidelines* para aquisição de bens e contratação de serviços – BIRD, 1996).

Tal situação determinava grande morosidade na transferência efetiva de recursos federais aos estados e municípios conveniados, bem como problemas no processo de prestação de contas dos convênios celebrados.

Para se ter uma idéia da dimensão do que estamos falando, o volume de recursos programados nos Planos Operativos Anuais (POA), que lastreavam tecnicamente os convênios, era da ordem de 68,3 milhões de reais (1999 a 2002). Já a transferência realizada, no ano de melhor desempenho (2000), foi da ordem de 47 milhões de reais (Brasil, 2002a).

Esse descompasso, por si só, criava um lapso de tempo de mais de um ano entre o planejamento/programação das ações e a possibilidade de sua execução (Brasil, 2002b), quando a realidade a ser enfrentada já poderia não ser mais a mesma, especialmente se tratando do enfrentamento de uma epidemia.

Durante o período citado, a grande necessidade identificada era reconhecer e dar visibilidade à aids como um problema de saúde pública. O fato do mecanismo utilizado para repassar recursos para estados, Distrito Federal e municípios, para financiar as ações descentralizadas para o controle destes agravos, ser diferente do utilizado para as demais ações de saúde no país configurava-se como um problema secundário, não desejado, porém, não capital.

Passados dezenove anos de epidemia de aids e reconhecida a questão como problema de saúde pública, tornaram-se imprescindíveis políticas públicas consistentes e integradas para o seu enfrentamento.

O perfil e a tendência da epidemia de aids no país se modificaram de forma importante durante este período, registrando, em 1999/2000, 22% dos casos de aids no país, referentes a homo/bissexuais masculinos, subcategoria de exposição ao HIV que respondia por 71% dos casos de aids notificados no país, no final da década de 80.

Esta alteração na tendência da epidemia de aids no país reflete um aumento, diretamente proporcional, dos casos por exposição heterossexual, fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, chamado de feminização, que vem contribuir para uma maior probabilidade de ocorrência de casos de transmissão vertical do HIV.

Outra alteração verificada na tendência da epidemia de aids no Brasil, neste mesmo período, foi o fenômeno da pauperização, ou seja, a aids passou a se disseminar cada vez mais entre a população de menor poder aquisitivo e menor escolaridade.

Emerge, então, com grande importância, a necessidade de promover a integração das ações específicas em DST/Aids com as demais ações de saúde de todos os níveis de complexidade, bem como promover maior descentralização, não somente das ações, mas da gestão dos processos relacionados ao controle do HIV/Aids e outras DST.

A cobertura proporcionada pelos convênios, em relação à população brasileira, era de 40,47% e, com relação ao número de casos de aids notificados no país, de 68,49% (Brasil, 2002a). É nesse momento que ganha força a busca por uma forma de indução dessa integração.

O Programa Nacional de DST/Aids, conjuntamente com os membros da Comissão de Gestão (COGE) e da Comissão de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS), além de representantes de vários municípios, estados e outros setores do Ministério da Saúde e da sociedade civil organizada, inicia uma série de estudos sobre as formas e mecanismos de financiamentos existentes para as ações de saúde no país, com vistas na identificação do que seria mais adequado para substituir a forma convencional, utilizada até então, para repasse de recursos financeiros aos estados e municípios para financiar as ações específicas em DST/HIV/Aids. O mecanismo identificado por estes estudos foi o incentivo, nos moldes dos que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB).

Uma vez identificado o mecanismo de financiamento, dentre os existentes, que mais se adequava à proposta de alteração na lógica de financiamento das ações de DST/HIV/Aids, este foi submetido à consulta nos conselhos de representação dos gestores de saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e à apreciação nas instâncias de pactuação do SUS, Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em dezembro de 2002, após cerca de um ano de estudos e consultas, define-se uma nova lógica, também induzida a partir do sistema de financiamento, agora alinhada aos mecanismos de financiamento do SUS.

Instituiu-se, através da Portaria ministerial nº 2313, de 19 de dezembro de 2002, o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, com transferência automática, fundo a fundo, de recursos exclusivamente nacionais.

Passa a não existir mais a dependência de recursos de Acordos de Empréstimo nem a necessidade da formalização de convênios, eliminando, ainda, o lapso de tempo entre a programação e a execução, já que o repasse de recursos é ininterrupto e automático.

Para o cálculo dos recursos federais a serem repassados às Secretarias Estaduais e Municipais, foram considerados os seguintes critérios e proporções:

- 52%, considerando as ações de promoção da saúde, prevenção e desenvolvimento institucional, foram distribuídos segundo a população geral de estados, Distrito Federal e municípios, velocidade de crescimento da epidemia de Aids, a prevalência estimada do HIV, a incidência de Aids e o inverso da estrutura existente na sua área de abrangência;
- 38%, considerando as ações para a organização e o aprimoramento da assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DST, foram distribuídos de acordo com o número de casos de Aids notificados no período de 1999 a 2001; e
- 10%, considerando o desenvolvimento de projetos direcionados às ações em HIV/Aids e outras DST em parceria com Organizações não Governamentais e Organizações da Sociedade Civil.

Como regra geral, observou-se a manutenção dos valores médios repassados a estados, Distrito Federal e municípios por convênio, durante os anos de 1999 a 2001, e a garantia do valor mínimo, originalmente de R\$ 50 mil e atualmente de R\$ 75 mil, para o repasse aos municípios que não tiveram convênios celebrados com o Ministério da Saúde durante este período;

Com relação ao processo de descentralização, o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* ampliou, inicialmente, o número de municípios participantes de 150 para 411 (incluiu os 150 existentes), mantendo os 26 estados e o Distrito Federal (Brasil, 2002a).

O processo de descentralização está relacionado ao aumento de autonomia, à transferência de poder de decisão para estados, Distrito Federal e municípios e não somente à execução das ações.

A ampliação do número de municípios participantes determinou, naquele momento (2002) aumento da cobertura populacional para 54,52% da população brasileira (34,72% de aumento) e da cobertura dos casos de aids notificados no país para 91,49% (33,58% de aumento) (Brasil, 2002a).

Além disso, o Incentivo, também prevê mecanismos que regulamentam a possibilidade de descentralização de recursos dentro de cada estado, o que fez com que o número de municípios tenha chegado a 415, dos quais 410 estavam qualificados e recebendo recursos, em novembro de 2004, menos de dois anos após a implantação dessa nova lógica de financiamento.

A introdução de processo de qualificação (Brasil, 2002c) para o recebimento do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* trouxe uma nova dinâmica para a adesão dos estados, Distrito Federal e municípios.

Nesse novo contexto, os pleiteantes devem elaborar seus Planos de Ações e Metas (PAM) em conjunto com os outros atores envolvidos, especialmente, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) que desenvolvem trabalhos e ações em DST/Aids no seu território.

Uma vez elaborado o PAM (Brasil, 2002d), este deve ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde. Uma vez aprovado, no caso dos municípios, o PAM será avaliado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde

Os PAM dos municípios e dos estados deverão ser homologados pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para, posteriormente serem enviados ao Programa Nacional de DST/Aids e seguir para homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Outro aspecto interessante no *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, em relação ao momento em que o financiamento se dava por convênios, é a implantação do Sistema de Monitoramento, instituído pela Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004, de forma obrigatória, com periodicidades definidas para as informações (o que permite acompanhamento da execução dos PAM) e com a clara

definição de penalidades para os casos de não cumprimento e/ou não alcance do que fora proposto no respectivo PAM do estado, Distrito Federal ou município.

Não se está afirmando aqui que no período de financiamento através de convênios, não existisse nenhum mecanismo voltado ao monitoramento da execução dos POA. Havia, no próprio sistema informatizado utilizado para a programação dos planos, um módulo destinado às informações relativas a sua execução. Porém, a não obrigatoriedade da sua utilização e o fato de seu não preenchimento não acarretar nenhuma consequência ao respectivo estado/município, fez com que as poucas informações nele inseridas não apresentassem o mínimo de consistência e coerência necessárias para que qualquer das instâncias de governo (federal, estadual e municipal) viesse a utilizá-las, nem para análise (sequer sumária) da execução, muito menos para a tomada de decisão.

As penalidades previstas na Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004, que instituiu o Sistema de Monitoramento dos PAM, vão do bloqueio de recursos à desqualificação do estado, Distrito Federal ou município em questão, ficando a responsabilidade pelas ações, conforme determinado na lei orgânica da saúde (Lei 8080/90), para o nível governamental imediatamente acima, ou seja, no caso dos municípios o Estado e no caso dos Estados e Distrito Federal, a União.

Portanto, o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, não representa apenas uma forma ou mecanismo de financiamento, mas uma estratégia de aceleração do processo de descentralização e a incorporação efetiva das ações dirigidas ao controle e atenção às DST/Aids ao sistema de saúde, como transversais e integradas, nos três níveis de governo. (Figura 1)

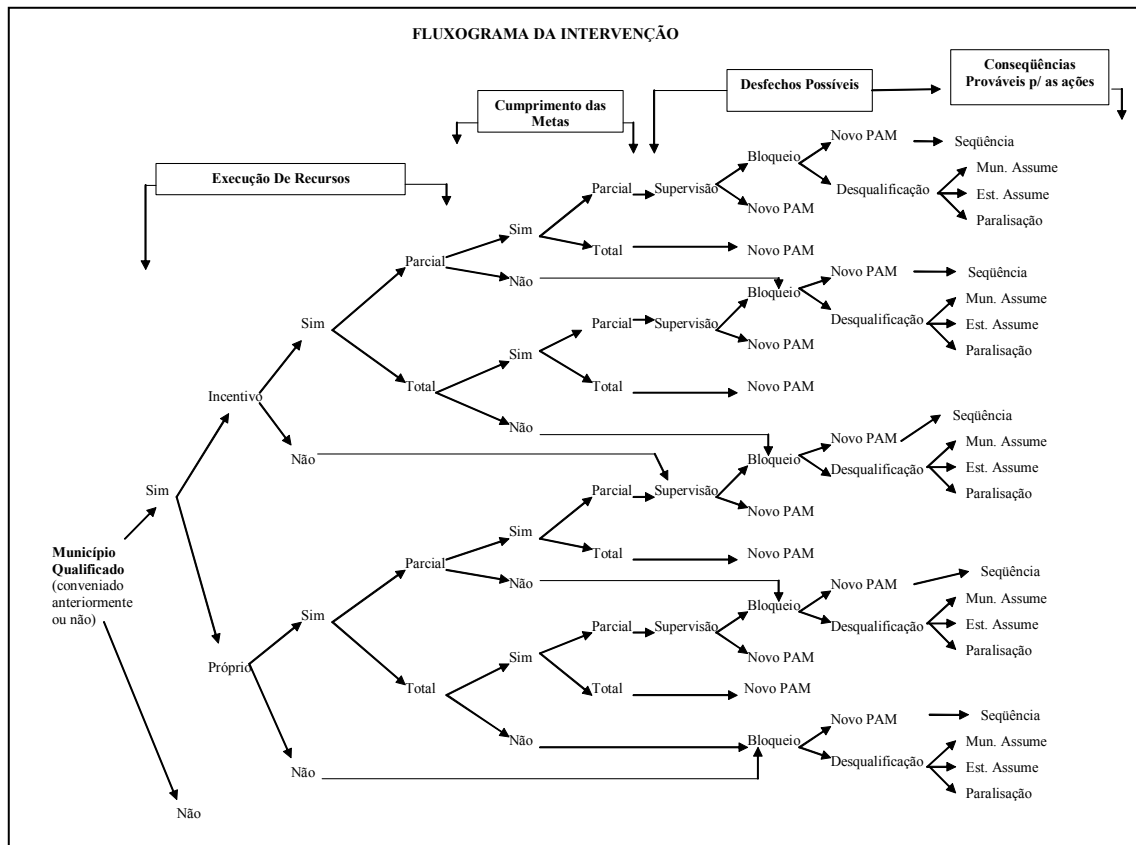
Além disso, a qualificação busca promover maior transparência a todo o processo, possibilitando o controle social, o que não ocorria com os convênios.

Sistemas de saúde não são descolados do contexto social, econômico e cultural em que existem. Suas limitações são os condicionantes éticos, políticos, culturais e econômicos que marcam seu entorno (Médici, A. C., 2000).

Assim sendo, estão embutidas no Incentivo, alterações relativas aos momentos da gestão, no que se refere a: planejamento e programação, desenvolvimento/execução e monitoramento e avaliação, como retroalimentação de todo o processo e como subsídio à tomada de decisão.

No que se refere à aplicação das penalidades previstas com a implantação do Sistema de Monitoramento, especialmente a desqualificação, uma questão permanece sem definição.

**Figura 1** – Processo de Qualificação, Execução, Monitoramento, Desfechos possíveis e Conseqüências Prováveis em relação ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST



**Nota** – Quando da desqualificação de um município a responsabilidade pelas ações passa a ser do respectivo estado. No caso da desqualificação de estado ou Distrito Federal, a responsabilidade das ações passa a ser da União, conforme a lei orgânica da saúde (Lei 8080/90)

Embora esteja definido, pela Portaria Ministerial que institui o Sistema de Monitoramento, que na ocorrência da desqualificação de um município/estado, a responsabilidade pela execução das ações de controle do HIV/Aids e outras DST passa a ser da esfera governamental imediatamente superior, estadual e federal, respectivamente, o fluxo dos recursos financeiros, até então repassado àquele município/estado desqualificado, não está definido, ou seja, permanecerá no Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Mesmo no caso da desqualificação de uma Secretaria Estadual, os recursos financeiros que seriam repassados a ela, embora permaneçam no nível federal (no FNS), não poderiam ser utilizados para custear as ações que passariam a ser de responsabilidade deste mesmo nível federal.

Isso se deve ao fato dos recursos, no orçamento do Ministério da Saúde, estarem destinados ao repasse para aquele município/estado específico, o que impossibilita sua utilização para outro destino, como, por exemplo, a compra dos insumos necessários para a realização das ações de controle de HIV/Aids e outras DST naquele município/estado que fora desqualificado para o recebimento do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, que passam a ser de responsabilidade do próprio Ministério da Saúde. Há, portanto, uma incoerência intrínseca à própria dinâmica de financiamento instituída.

Esta situação é consequência do mecanismo utilizado para tentar agilizar o processo de qualificação de estados e, principalmente, municípios ao “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, em relação ao processo de qualificação a outros Incentivos financeiros existentes para ações específicas de saúde no Brasil, que, para esta finalidade mostrou-se eficiente, proporcionando o mais rápido processo de qualificação registrado entre os incentivos mantidos pelo Ministério da Saúde, onde mais de 90% dos estados e municípios estavam qualificados no período de um ano (SISINCENTIVO, 2003)

Nos outros incentivos financeiros, o montante de recursos definidos para cada unidade federada é repassado às Secretarias Estaduais de Saúde a partir de sua qualificação pela instância nacional de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e os recursos correspondentes a cada município somente serão repassados a estes quando da sua qualificação pela instância de pactuação estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No caso do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, diferente dos outros incentivos financeiros existentes, os recursos financeiros foram distribuídos para estados e municípios selecionados, de modo que o acesso a esses recursos só é possível através da qualificação de cada um deles individualmente, não sendo possível aos estados o recebimento dos recursos destinados aos seus municípios que não estiverem qualificados.

Esta diferença nos processos de qualificação entre este e outros incentivos financeiros provenientes do Ministério da Saúde foi proposta porque se observou, no caso de outros incentivos financeiros, que, em alguns estados, uma vez que os recursos financeiros dirigidos aos municípios eram recebidos pelo estado até que esses

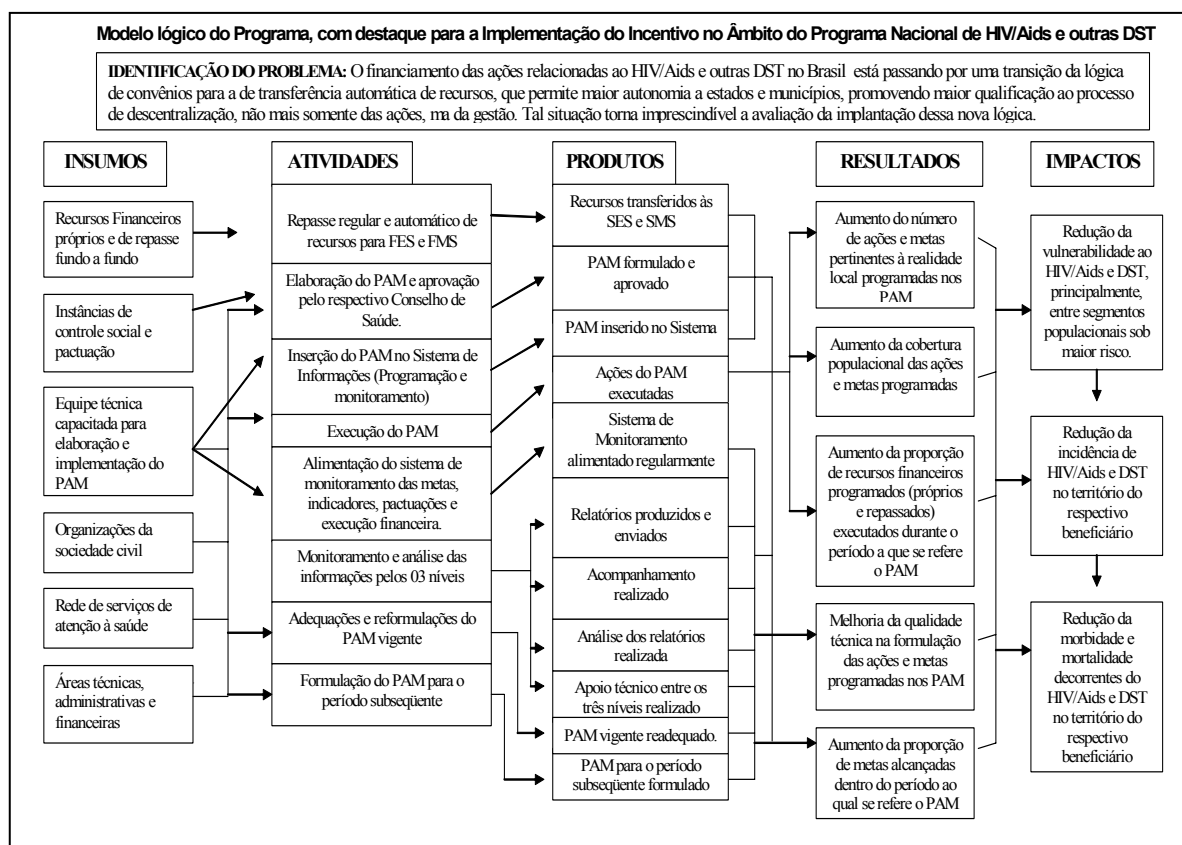


estivessem qualificados, o empenho da Secretaria Estadual de Saúde para a qualificação dos seus municípios foi abaixo do esperado, tornando o processo bastante moroso.

Nesse contexto, é de fundamental importância avaliar a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* (Figura 2) e quais as mudanças que essa implantação promoveu.

Contudo, o presente estudo explorou apenas uma pequena parte da complexidade de processos e resultados pertinentes à implantação do *“Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST”*. Neste trabalho buscamos identificar e discutir explicações para eventuais mudanças no grau de execução das metas programadas pelos municípios nos dois momentos (convênios – POA e Incentivo – PAM), bem como, no grau de execução dos recursos financeiros entre os dois momentos, onde os mecanismos de financiamento se diferenciaram.

**Figura 2** – Modelo lógico do Programa, com destaque para a Implementação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST



Uma das diferenças marcantes entre os dois mecanismos de financiamento em questão é o instrumento de programação utilizado em cada um deles.

O Plano Operativo Anual (POA) foi o instrumento de programação utilizado durante o período no qual o financiamento das ações de controle das DST/Aids se dava

através de convênios (1994 a 2002). Resumia-se a um orientador para a construção de um plano de trabalho, onde se definiam os menores passos da execução, chegando à obrigatoriedade da programação e descrição dos insumos que seriam adquiridos com o recurso repassado por convênio. Seus níveis de agregação, em ordem crescente, eram: atividades, produtos, itens de subcomponente, subcomponentes, componentes, objetivos específicos e objetivos gerais, onde todos acima dos produtos eram pré-estabelecidos obedecendo a mesma estrutura do Acordo de Empréstimo internacional (Brasil, 1999).

Somente pela estrutura do instrumento é possível verificar a grande influência do agente financiador (BIRD) na sua formulação.

Além disso, o POA, para gerar o convênio, era convertido em um Plano de Trabalho, onde os produtos programados eram traduzidos em metas e a programação financeira, expressa em categorias de despesas, era agrupada em elementos de despesas, também chamados de naturezas de despesa ou rubricas orçamentárias.

No quadro a seguir (quadro 1), encontram-se relacionados os componentes do segundo projeto de cooperação entre o Brasil e o BIRD para o controle das DST/Aids, chamado AIDS II, e seus respectivos subcomponentes. Esta é uma importante parte da estrutura de programação do POA, seguindo a mesma lógica do Acordo de Empréstimo.

**Quadro 1** – Componentes e Subcomponentes do AIDS II

<b>Componentes</b>	<b>Subcomponentes</b>
1. Promoção, Proteção e Prevenção	1.1 Campanhas informativas/educativas por meio de mídia impressa e eletrônica 1.2 Promoção de práticas Seguras 1.3 Promoção de Direitos Humanos 1.4 Drogas e Aids 1.5 Apoio a Organizações não Governamentais 1.6 Serviços de Saúde para prevenção das DST/ Aids 1.7. Logística de Preservativos
2. Diagnóstico, Tratamento, e Assistência às Pessoas Portadoras de DST/HIV/Aids	2.1 Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial 2.2 Modalidades Assistências às pessoas portadoras de HIV/Aids 2.3 Atenção aos portadores de DST 2.4 PACS/PSF 2.5 Logística de Medicamentos
3. Fortalecimento Institucional dos Executores	3.1 Vigilância Epidemiológica 3.2 Treinamento 3.3 Estudos e Pesquisas 3.4 Fortalecimento da Rede de Referência Laboratorial 3.5 Gestão: planejamento, monitoramento e avaliação 3.6 Gerência Administrativa e Financeira 3.7 Informática e Programação Visual

**Fonte:** Manual de Programação/Reprogramação dos POA – Aids II – CN-DST/Aids (2001)

A tradução dos produtos em metas era feita a partir do agrupamento de todos os produtos programados dentro de um item de subcomponente, pelo próprio subcomponente acrescido da porcentagem a ser atingida. Contudo, na prática, a porcentagem utilizada era sempre 100%, o que dificultava medir qualquer efeito produzido.

Assim sendo, poderíamos encontrar, em um POA, programado por um estado/município, dois produtos, onde um propusesse a capacitação de 50 pessoas como multiplicadores de informações, e outro a implantação de dois projetos de intervenção com adolescentes, estando, os dois produtos, relacionados com a promoção de práticas seguras frente às DST/Aids

Como “Promoção de Práticas Seguras” era um dos subcomponentes (1.2) do Acordo de Empréstimo e, conseqüentemente, da estrutura de programação do POA, os dois produtos, para compor o Plano de Trabalho do convênio, seriam traduzidos pela meta: 100% de Promoção de Práticas Seguras. (ver item VI - Resultados do Estudo e Discussão – Quadros 2 e 3, páginas 36 e 38, respectivamente)

Seguindo o mesmo exemplo, para o produto que propunha a capacitação de 50 pessoas como multiplicadores de informações, teríamos um conjunto de atividades programadas, dentre as quais, certamente encontraríamos uma referente à realização de cursos e/ou oficinas de capacitação para essas 50 pessoas.

Com relação à programação financeira, expressa em categorias de despesas no POA e agrupada em elementos de despesas no Plano de Trabalho do convênio, uma atividade referente à realização de cursos e/ou oficinas de capacitação teria os recursos financeiros necessários para a sua execução, enquadrados na categoria de despesa “Treinamento”, que, para compor o Plano de Trabalho do convênio, poderia ser traduzida em pelo menos cinco elementos de despesa definidos na legislação brasileira: (i) outros serviços de terceiros – pessoa jurídica (OSTPJ), (ii) outros serviços de terceiros – pessoa física (OSTPF), (iii) material de consumo, (iv) diárias e (v) passagens. (ver item VI - Resultados do Estudo – Quadro 6, página 44)

Pelo exemplo, verificamos que para uma mesma categoria de despesa podemos ter vários elementos de despesa.

A programação dos estados e municípios era feita no POA, através de um sistema informatizado, chamado, inicialmente de SIAFFO (sistema de acompanhamento

físico-financeiro) e depois de SIAIDS (sistema de informação em Aids), onde os recursos eram distribuídos por Categorias de Despesas e por fonte: Banco Mundial (BIRD), Federal e Contrapartida local.

A partir dessa programação, para produzir o Plano de Trabalho para a celebração de convênio com aquele estado ou município, chamado, naquele momento, de Órgão Gestor do Projeto (OGP), o Programa Nacional de DST/Aids, utilizando-se das informações programadas no sistema, realizava uma distribuição proporcional, porém aleatória, dos recursos financeiros nos Elementos de Despesa possíveis para cada uma das Categorias de Despesa programadas.

Isto poderia dificultar, ou mesmo inviabilizar, o acompanhamento da execução orçamentário-financeira dos POA, uma vez que o instrumento jurídico de relacionamento entre o Ministério da Saúde e o OGP era o convênio, com normas de execução e de prestação de contas diferentes das impostas pelo Acordo de Empréstimo junto ao BIRD.

Para que os dados da utilização dos recursos financeiros não se perdessem, os OGP, além de prestarem contas pelas regras e instrumentos previstos nos convênios, passaram a elaborar, também, o relatório de despesas e pagamentos efetuados exigido pelo BIRD e previsto no Acordo de Empréstimo, chamado *Statement Of Expendure* (SOE).

Portanto, para aos mesmos recursos financeiros, os Órgãos Gestores de Projetos (OGP) prestavam contas ao Ministério da Saúde de duas maneiras diferentes, uma através dos instrumentos previstos nos convênios e outra através dos instrumentos previstos no Acordo de Empréstimo.

Outra característica a ser destacada nas normas de programação do POA é a existência de tetos financeiros definidos para as categorias de despesas, o que poderia acarretar algumas complicações.

Por exemplo: um determinado município, cujo valor estabelecido para formalização de convênio fosse duzentos mil reais, que tivesse como sua maior necessidade a aquisição de equipamentos para qualificar melhor sua resposta, só poderia fazê-lo até o limite de quarenta mil reais, pois para a categoria de despesas “Equipamentos” o teto definido era de 20% do valor total de repasse.

Atualmente, a partir de 2003, com a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, por meio de transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, o instrumento de programação utilizado é O Plano de Ações e Metas (PAM).

O PAM não tem a finalidade de produzir um plano de trabalho (figura obrigatória nos convênios), mas de permitir que os estados, Distrito Federal e municípios, qualificados no *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, programem as ações e metas que pretendem realizar e alcançar, respectivamente.

Seus níveis de agregação, em ordem crescente, são: ações, metas, áreas temáticas e áreas de atuação, onde somente o último apresenta pré-estabelecimento (Brasil, 2002d).

As Áreas de Atuação pré-estabelecidas na estrutura de programação do PAM são: i) promoção, prevenção e proteção; ii) diagnóstico tratamento e assistência; iii) desenvolvimento institucional e gestão; e iv) parcerias com OSC.

A Área de Atuação parcerias com OSC é de programação obrigatória para estados e Distrito Federal e de programação facultativa para municípios, uma vez que para esta Área de Atuação, os recursos específicos são destinados para as secretarias de saúde estaduais e do Distrito Federal.

A programação financeira, no PAM, é feita de forma livre, não havendo tetos financeiros estabelecidos para elementos de despesas. Aliás, diferente dos convênios, o recurso é repassado como *recursos de transferência* e somente passa a assumir os elementos de despesa, nos quais será executado, no orçamento do nível local que receberá o recurso.

Se retomarmos o exemplo dado para convênios, um determinado município, cujo valor definido para repasse através do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST seja de duzentos mil reais, que tenha como sua maior necessidade a aquisição de equipamentos para qualificar melhor sua resposta, poderá fazê-lo até o limite do valor total do seu PAM e não até o limite de quarenta mil reais (20%) como lhe teria sido imposto na época de financiamento através de convênio (POA).

## II - Referencial Teórico

### Considerações sobre a Avaliação de Programas

As questões de avaliação de programas públicos surgiram no período pós-guerra (Contradriopoulos et *al.*, 1997) com o *Welfare State* e a integração da assistência à saúde às políticas sociais (Almeida Filho, 1994).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico-tecnológico em ritmo acelerado e a crescente responsabilização do Estado no financiamento de programas sociais geraram um grande aumento nos gastos governamentais em programas de educação e de saúde pública. Crescem (especialmente por parte dos organismos financiadores) movimentos no sentido do diagnóstico e justificação de necessidades e da racionalização dos gastos (Matida, A.H., 2004). Iniciativas de Monitoramento e Avaliação (M&A) passam a ter destaque no gerenciamento de programas de saúde, assegurando que os recursos direcionados aos programas estão sendo utilizados, os serviços sendo acessados, que as atividades estão sendo realizadas de maneira oportuna e que os resultados estão sendo alcançados. Esta função do gerenciamento facilita um uso mais efetivo e eficiente dos recursos humanos e financeiros de maiores benefícios em saúde para a população assistida – o que é especialmente relevante em áreas onde os recursos são limitados (Santos, E.M., 2004)

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor acerca de um programa ou de uma intervenção com o intuito de tomar uma decisão (Contradriopoulos et al, 1997), o que pode-se dizer ser um consenso entre vários teóricos da avaliação como Hartz, Z. (1997) e Scriven, M. (2004).

A avaliação é, portanto fundamental para as organizações, uma vez que possibilita o acompanhamento, controle, planejamento e a tomada de decisão para o aperfeiçoamento e melhoria de projetos/programas, os processos para o seu desenvolvimento, os resultados alcançados e os impactos obtidos.

### Avaliação formativa e avaliação somativa

A avaliação formativa caracteriza-se por ocorrer simultaneamente às ações do programa, permitindo o redirecionamento e a tomada de decisão para melhoria do programa (Hartz. Z., 1997).

Scriven (2004), afirma que a função da avaliação deve ser pensada de duas formas: no âmbito metodológico (metas) que consiste na coleta de dados, combinação destes com critérios para produzir relações comparativas e na sua justificação. No âmbito do contexto/papel da avaliação que podem ser do tipo *formativo*, cujo circuito de retorno da avaliação permanece no âmbito de quem está desenvolvendo o projeto, servindo para a melhoria do seu produto e no papel *somativo*, cujo processo avaliativo no seu primeiro papel (formativo) pode servir para que os administradores decidam se o programa aperfeiçoado por este processo avaliativo apresenta um avanço significativo que justifique a sua continuidade e seus custos, em relação a outras alternativas existentes.

### **Financiamento como estratégia de indução de mudanças**

Mendes e Marques (2003) realizaram seis estudos de caso com municípios, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal aos incentivos do PAB Variável e às transferências federais destinadas a ações específicas (chamados recursos “carimbados”).

A partir dos resultados obtidos através da análise de cinco eixos propostos: i) o envolvimento dos municípios no gasto com saúde; ii) as transferências federais para os municípios; iii) o desempenho do gasto em saúde realizado pelos municípios por categoria econômica, subprograma, projetos e atividades; iv) gestão e planejamento das políticas de saúde nos municípios; e v) os incentivos financeiros federais sob a opinião dos gestores municipais de saúde (secretários de saúde e gestores dos fundos municipais de saúde), os autores puderam concluir que:

As ações em saúde consideradas como prioritárias no planejamento local, independente da condição de gestão do município segundo as Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01 e 02), são exatamente aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação.

Porém, essa concordância não significa necessariamente que o desenvolvimento desses programas esteja respondendo às necessidades identificadas pelos gestores como prioritárias para sua realidade local, expressando uma forma de orientação da política local de saúde por parte do governo federal.

Ugá (1994), a partir da análise de sistemas alternativos de financiamento de unidades assistenciais de saúde implantados em vários países e a comparação destes

com o sistema de financiamento dos hospitais públicos praticado no Brasil, concluiu que nenhum deles, na sua forma pura, se mostrou satisfatório.

Considera que a apropriação dessas experiências, moldando-as à nossa realidade, poderia contribuir para a construção de um modelo que responda à necessidade de racionalização do gasto público e, por outro lado, não permita que os trâmites e regras administrativo-financeiras comprometam os direitos constitucionais relativos à responsabilidade do Estado com a saúde do cidadão, bem como, os princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que, embora ainda não implementados de fato, foram conquistados com muito esforço.

Considera, ainda, que a gestão do setor público necessita incorporar um elemento até então ausente no nosso sistema, a *descentralização com responsabilidade*, contida no termo *accountability*, proveniente do inglês. A descentralização da gestão deve estar fundamentada em dois princípios básicos e necessariamente interligados: o da autonomia e o da responsabilidade de cada gestor, entendida como o compromisso em relação ao cumprimento de objetivos pré-definidos, cuja definição deve ser coletiva, com a participação da sociedade civil organizada.

Enfim, a responsabilidade, ou *accountability*, pressupõe autonomia de gestão, isto é, que cada nível de gestão deve deter os instrumentos necessários à efetivação do processo de tomada de decisão local.

### **Planejamento Estratégico situacional (PES)**

O Planejamento Estratégico Situacional idealizado pelo autor chileno Carlos Mattus, a partir de sua experiência como Ministro da economia do governo Allende, no período de 1970 a 1973, destaca-se dentre as vertentes do planejamento estratégico que surgiram na América Latina nos anos 70.

Para Artmann (2000), embora tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, o formato flexível do PES permite sua aplicação nos níveis regionais, locais e setoriais sem deixar de situar os problemas num contexto mais amplo, possibilitando manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade.

Segundo a mesma autora, o PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal-estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem



estruturados. Representa um avanço, pois promove o alargamento do planejamento para além do cálculo, incorporando aspectos de gerência e organizacionais, com ênfase no momento tático-operacional, ou seja, no planejamento da conjuntura e na avaliação e atualização constante do plano.

Para Mattus (1996), um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população. Um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Dois pontos fundamentais na abordagem matusiana são: a noção de que um problema nunca é definitivamente “solucionado” e a necessidade de que seja definido e declarado como problema por um ator disposto e capaz de enfrentá-lo.

Para o mesmo autor, na explicação situacional o ator analisa a realidade, os problemas, desde dentro da situação e, para cada ator envolvido, a situação assume um contorno diferente. A situação, enquanto um recorte problemático feito em função de um projeto de ação está constituído pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas, ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações.

A explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, ou seja, refere-se às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Exige uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação. É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de auto-referencial, também policêntrica. Deve ser rigorosa no sentido de buscar apreender as determinações essenciais, para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, para isso, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade. Mattus (1982) propõe como modelo de análise da realidade a Teoria da Produção Social.

A apreciação situacional, ao contrário do diagnóstico tradicional, é um diálogo entre um ator e outros atores cujo relato é assumido por um dos atores de maneira inteiramente consciente do texto e contexto situacional que o faz participante de uma realidade conflitiva que admite outros relatos.

Mattus estabelece que não há significado objetivo, completo, fora da situação. Nenhum discurso pode ser apreendido fora de um contexto concreto e as idéias de cada ator são formadas a partir das circunstâncias que o envolvem.

As opiniões são contaminadas pelo contexto, assim, qualquer ator que tentar impor suas idéias como corretas, estabelecerá um monólogo desconsiderando a existência de outros atores e suas respectivas circunstâncias e idéias.

Para Artmann (2000) a técnica de análise de cenários e o desenho modular e flexível do plano usado pelo PES favorece uma adaptação frente a mudanças conjunturais. A análise e construção de viabilidade proposta pelo enfoque permitem a identificação de recursos críticos e dos atores potencialmente envolvidos no plano de ação, os quais não se restringem necessariamente a órgãos governamentais, ampliando-se o foco de intervenção.

Diante da baixa governabilidade do ator principal, o PES não propõe o abandono do plano. Uma das possibilidades de ampliação da governabilidade sobre o plano é a busca de adesões, considerando tanto atores vinculados a órgãos de governo, como atores da sociedade civil, desde que relevantes para a situação problemática em pauta. Portanto, em situações onde o controle das variáveis relevantes está distribuído entre vários atores, a capacidade de negociação e a ampliação dos processos comunicativos tornam-se essenciais.

No nosso entendimento, o PES, além do fato ser cada vez mais utilizado para o planejamento em áreas sociais como a saúde e a educação, é o método que melhor se adapta a este estudo, dada a complexidade relacionada à implantação de uma política de enfrentamento, em nível nacional, de uma epidemia como a de aids.

## **Considerações sobre Estudo de Caso**

### **Estudo de Caso Definido**

Os estudos de caso são complicados por uma compreensão imprecisa do enfoque. Merriam (1998) disse que “com freqüência, o estudo de caso é mal empregado como categoria geral de pesquisa, para qualquer coisa que não seja um levantamento ou experimento e que não seja de natureza estatística.” (Vogel, 2004). Merriam definiu o termo mais precisamente para significar “descrições e análises intensivas de uma única unidade ou sistema circunscrito, como um indivíduo, programa, evento, grupo, intervenção, ou comunidade.”

O estudo de caso é uma estratégia que focaliza a compreensão da dinâmica existente em contextos (Vogel 2004) distintos, mediante:

- Realização de uma análise holística dos sistemas de ação, através da compreensão contextual de ações, eventos e processos e consideração de suas interações a partir de perspectivas múltiplas (Vogel 2004);
- Triangulação das fontes de dados a fim de capturar a natureza complexa e multifacetada das situações em estudo (Vogel 2004); e
- Uso de um desenho aberto e emergente de estudo de caso levando à descoberta de achados inopinados e fortuitos (Vogel 2004).

### **III – Pressuposto**

A lógica de financiamento através do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, ao contrário da lógica de financiamento através de convênios, facilita o processo de execução financeira, contribuindo para o alcance das metas propostas pelos três níveis de governo.

### **IV – Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

Avaliar a implantação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*” (PAM) em comparação ao mecanismo anterior de financiamento através de convênios (POA), tendo como foco principal a execução física e financeira alcançada em relação ao que foi programado, identificando fatores que possam ter interferido nesse processo e apontando mecanismos para minimizar possíveis fatores de interferência negativa, bem como de mudanças na lógica de financiamento atual.

#### **Objetivos Específicos**

1. Verificar o grau de execução do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*” (PAM), bem como dos convênios (POA), pelos municípios paulistas de Bauru e Piracicaba;
2. Medir o desempenho dos dois municípios, com relação aos dois momentos – financiamento através de convênios (POA) e financiamento fundo-a-fundo pelo “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”;

3. Identificar alguns possíveis fatores de interferência no grau de execução apresentado pelos municípios, estabelecendo a relação entre estes fatores e a implantação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”.
4. Apontar mecanismos para minimizar possíveis fatores de interferência negativa no processo de implantação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, bem como de mudanças na lógica de financiamento atual.

## V – Estratégia Metodológica

O presente estudo tem os Programas de DST/Aids dos municípios envolvidos, como unidade de análise e avaliou as dimensões estratégicas *Contexto Organizacional (Autonomia técnico-gerencial, política e financeira dos Programas) e Implementação (Execução Física e Financeira)*, relacionadas ao componente técnico de Gestão.

O estudo foi desenvolvido nos municípios de Piracicaba e Bauru, ambos do estado de São Paulo, que, a exemplo de outros 148 municípios brasileiros, tiveram financiamento através de convênio até o ano de 2002 e atualmente recebem recursos fundo-a-fundo, através do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”..

A escolha destes municípios deveu-se ao fato de, além de terem participado dos dois momentos, terem algumas características consideradas de grande relevância pelo autor:

- Ao longo do tempo, desde os primeiros anos de financiamento pelo Ministério da Saúde, não sofreram grandes alterações nas suas equipes de condução das ações de DST/Aids;
- Não apresentaram mudanças de coordenadores (as) de DST/Aids durante a transição de um mecanismo de financiamento para o outro (de convênio para o Incentivo);
- A existência de dados de programação e execução e a disponibilidade que os dois municípios demonstraram para a utilização destes dados e participação no estudo; e
- A facilidade de acesso do pesquisador aos dados.

Trata-se de um **estudo de caso**, envolvendo os municípios paulistas de Piracicaba e Bauru, onde uma das etapas buscou determinar o desempenho comparativo de cada um deles, a partir da coleta de dados e a combinação destes com critérios para produzir relações comparativas, seguindo a afirmação de Scriven (2004), conforme discutido anteriormente.

Entende-se por desempenho comparativo a variação de desempenho na execução verificada entre os dois momentos em análise, ou seja, a variação na proporção de execução alcançada em relação ao que estava programado para o período de vigência em cada um dos dois momentos analisados, o do financiamento através de convênio (POA) e o do financiamento através do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”.

A opção pelo **estudo de caso** adveio da afirmação: “*O estudo de caso parece particularmente desejável quando o estudo do contexto se baseia nas dinâmicas de interação entre atores envolvidos na implantação de uma intervenção*” (Denis e Champagne, 1997), reforçada pelo fato do estudo de caso ser uma estratégia que focaliza a compreensão da dinâmica existente em distintos conceitos, uma vez que o que se pretendeu avaliar com este estudo está diretamente relacionado a um contexto que envolve atores de variados tipos e interesses, como, por exemplo: gestores de saúde dos três níveis de governo, instâncias de pactuação (estadual e nacional) e instâncias de controle social do SUS.

Um desenho de pesquisa envolvendo múltiplos estudos de caso é muito adequado para um exame em profundidade da política de financiamento das ações de controle das DST/Aids e do processo de implementação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”.

Esse desenho baseia-se no mesmo marco metodológico usado no estudo de um único caso, mas envolve a comparação de um ‘caso’ num determinado contexto com um outro ‘caso’ em um ou mais contextos adicionais. (Vogel, 2004e) Embora alguns autores chamem a atenção para o fato de que um desenho de estudo de caso que propõem uma comparação pode obscurecer a “*descrição grosseira*” que emerge de um único caso,<sup>19</sup> outros consideram que a inclusão de um ou mais casos pode aprofundar a compreensão dos leitores e aumentar a capacidade de generalização.(Vogel, 2004d,e,g)

Um desafio fundamental da pesquisa qualitativa é garantir a formulação correta dos métodos de redução e análise dos dados. Ao contrário do que ocorre na pesquisa

epidemiológica, não existem, na pesquisa qualitativa, metodologias simples para generalizar os resultados além dos conjuntos de unidades de análise usadas no estudo.

Vale ressaltar que, apesar da baixa possibilidade de generalização dos resultados, o modelo teórico e o desenho metodológico utilizado terão ampla possibilidade de replicação em situações e necessidades futuras.

Um importante aspecto que deve ser lembrado refere-se à ética na pesquisa que diz respeito a questões de sigilo, consentimento, respeito e segurança dos participantes.

No Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos devem cumprir a Resolução 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde que estabelece uma série de exigências, dentre elas, a de submeter o projeto a um Comitê de ética em Pesquisa.

Assim sendo, a presente proposta foi submetida ao comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ, instituição à qual está vinculado o curso de mestrado profissionalizante pretendido, e aprovada.

Da mesma forma, foram submetidos ao mesmo Comitê, o questionário semi-estruturado (Anexo 1) aplicado às coordenadoras de DST/Aids e aos responsáveis pela execução orçamentário-financeira dos municípios selecionados e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) que possibilita às pessoas que responderam aos questionários, garantia do sigilo, da livre participação, do correto entendimento dos objetivos do estudo, além de conter a identificação e assinatura do pesquisador que o conduziu.

Como o pesquisador é o atual Coordenador do Programa Municipal de DST/Aids do município de Piracicaba-SP, um dos dois municípios envolvidos no presente estudo, a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais deste município, foi realizada por um técnico de outro departamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Entendemos que os resultados deste estudo, obedecendo aos critérios éticos, não serão divulgados fora do âmbito da pesquisa científica, e que trarão benefícios (e não prejuízos) à população e ao desenvolvimento do conhecimento na área.

Na presente iniciativa, o pesquisador conduziu a coleta e análise dos dados, procedeu à interpretação dos achados e elaborou o relatório final do estudo de caso.

Para atingir os Objetivos Específicos 1 (verificar o grau de execução dos municípios em cada um dos dois momentos de financiamento) e 2 (medir o desempenho dos dois municípios com relação aos dois momentos de financiamento), foi feita a análise comparativa entre os dois momentos, visando verificar se ocorreram mudanças no grau de execução física e financeira do que foi programado.

Os dados coletados utilizados são relativos à programação contida nos Planos Operativos Anuais (POA) e nos Planos de Ações e Metas (PAM) dos municípios estudados, nos períodos de 2002/2003 e de 2004/2005, respectivamente.

Foram coletados, na primeira etapa do estudo, dados referentes à programação física, à programação financeira, à execução física e à execução financeira dos POA e PAM.

No que diz respeito à programação física, foram utilizados, no caso dos POA, os produtos propostos (convertidos em metas no convênio) e o período no qual deveriam ter sido alcançados e, no caso dos PAM, as metas propostas, o período no qual deveriam ter sido atingidas e as metas que não foram atingidas no período anterior e foram programadas no PAM subsequente.

No que diz respeito à programação financeira, foram utilizados, no caso dos POA, os recursos financeiros programados para a realização dos produtos (convertidos em metas no convênio) e, no caso dos PAM, os recursos financeiros programados para a realização das metas e o saldo de recursos financeiros do período anterior que foi programado no PAM subsequente.

Com relação à execução física, levantou-se, no caso dos POA, se os produtos propostos (convertidos em metas no convênio) foram alcançados e o tempo utilizado para sua realização e, no caso dos PAM, se as metas propostas foram cumpridas e o tempo utilizado para sua realização.

Com relação à execução financeira, foram levantados, no caso dos POA, dados referentes aos recursos financeiros executados, ao período total de execução e ao saldo financeiro resultante no final da vigência do convênio. No caso dos PAM, foram levantados dados referentes aos recursos financeiros executados no período e ao saldo financeiro resultante ao final do período.

Com base nos dados citados anteriormente, foram realizadas análises que buscaram estabelecer relações entre os dois momentos - financiamento através de

convênios (POA) e financiamento automático fundo-a-fundo, pelo “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”(PAM).

Inicialmente, a análise foi processada para cada um dos momentos separadamente, comparando-se o que foi programado com o que foi executado, física e financeiramente, estabelecendo a proporção (percentual realizado em relação ao que estava programado) de execução atingida em cada um dos dois momentos.

Assim sendo, para os dados referentes ao período dos convênios (POA), foi estabelecida a proporção entre as metas propostas e as metas alcançadas, considerando-se, ainda, o período previsto e o tempo real utilizado para execução.

Da mesma forma, para os dados referentes ao período do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*” (PAM), foi estabelecida a proporção entre metas propostas e o que foi atingido, considerando-se, também, o tempo utilizado para execução em relação ao que havia sido previsto.

Para alcançar os Objetivos Específicos 3 (identificar possíveis fatores de interferência no grau de execução dos municípios, estabelecendo a relação entre eles e a implantação do Incentivo) e 4 (apontar mecanismos para minimizar possíveis fatores de interferência negativa no processo de implantação do Incentivo, bem como de mudanças na lógica de financiamento atual), foram identificados os fatores mais relevantes que interferiram neste processo e sua relação com a implantação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*” nos dois municípios selecionados, bem como, construída uma proposta de enfrentamento das interferências negativas encontradas e/ou de mudanças na atual lógica de financiamento utilizada.

A identificação dos fatores mais relevantes e o estabelecimento da relação destes com a implantação do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*” foi feita com base nos dados colhidos com a aplicação de questionários semi-estruturados aos informantes-chave dos dois municípios selecionados: os(as) coordenadores(as) dos Programas locais de DST/Aids e os(as) responsáveis pela execução orçamentário-financeira dos recursos nos municípios. (Anexo 1)

O questionário semi-estruturado aplicado aos informantes-chave está dividido em quatro blocos, onde o primeiro questiona sobre a estrutura e a organização da saúde, o segundo sobre o período de financiamento através de convênios, o terceiro sobre o



período de financiamento através do Incentivo e o quarto busca estabelecer a comparação entre os dois períodos (convênios e incentivo) na opinião do informante.

## **VI – Resultados do Estudo e Discussão**

Os resultados que serão apresentados foram obtidos a partir de dois pontos principais:

### 1. Análise documental, onde foram analisados:

1.1. Para o período de financiamento por meio de convênios: o último Plano Operativo Anual (POA) de cada município (Piracicaba e Bauru), os convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e estes municípios com base neste POA e os respectivos processos de prestação de contas destes convênios;

1.2. Para o período de financiamento pelo *Incentivo*: o Plano de Ações e Metas (PAM) para o ano de 2004 de cada município (Piracicaba e Bauru) e os respectivos relatórios de monitoramento da execução deste PAM-2004, emitidos pelo Sistema de Monitoramento do Incentivo.

2. Análise das respostas dadas às questões do questionário semi-estruturado (Anexo 1) pelas coordenadoras dos Programas Municipais de DST/Aids e pelos responsáveis pela execução orçamentário-financeira, tanto dos convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e os municípios de Piracicaba e Bauru, quanto dos recursos financeiros que compõem o Incentivo em cada um dos dois municípios.

Além disso, nossa experiência na coordenação do Programa Municipal de DST/Aids de Piracicaba no período de 1993 a 2000 e, atualmente, desde março de 2005, também foi considerada na realização das análises.

A partir da análise dos dados de programação e execução, física e financeira, dos Planos Operativos Anuais (POA) e Planos de Ações e Metas (PAM) dos municípios paulistas de Bauru e Piracicaba, foi possível traçar o grau de execução que cada um dos municípios apresentou em relação aos dois momentos – financiamento através de convênios e repasse de recursos fundo a fundo pelo *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*.

Uma vez traçado o grau de execução de cada município durante cada um dos momentos de financiamento, tornou-se possível estabelecer o desempenho comparativo de cada um deles, ou seja, a variação na proporção de execução alcançada em relação ao

que estava programado para o período de vigência em cada um dos dois momentos analisados, o do financiamento através de convênio (POA) e o do financiamento através do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”.

Os parâmetros utilizados para determinar a execução foram:

- *Acima da esperada* – execução maior que o esperado (>100%);
- *Plena* – execução igual ao esperado (=100%);
- *Aceitável* – execução maior que 80% do esperado (>80%);
- *Mediana* – execução entre 50% e 75% do esperado ( $\geq 50\%$  e  $\leq 75\%$ );
- *Baixa* – execução menor que a metade do esperado (<50%).

A partir da determinação da execução das metas pelos parâmetros acima citados, determinou-se o *grau de execução física*, utilizando-se os seguintes parâmetros:

- *Suficiente* – Quando mais de 3/4 (75%) das metas atingirem cumprimento acima de 80% do esperado, dentro do período para o qual foram programadas;
- *Mediano* – Quando a proporção das metas que atingirem cumprimento acima de 80% do esperado, dentro do período para o qual foram programadas, estiver entre 50 e 75% do número total de metas programadas;
- *Insuficiente* – Quando menos da metade das metas atingirem cumprimento acima de 80% do esperado, dentro do período para o qual foram programadas.

A partir da determinação da execução dos recursos financeiros pelos parâmetros acima citados, determinou-se o *grau de execução financeira*, utilizando-se os seguintes parâmetros:

- *Suficiente* – Quando mais de 80% do total de recursos financeiros programados forem executados, dentro do período para o qual foram programados;

- *Mediano* – Quando a proporção de recursos financeiros executados, dentro do período para o qual foram programadas, estiver entre 50 e 80% do valor total de recursos programados;
- *Insuficiente* – Quando menos da metade (50%) dos recursos financeiros programados for executada, dentro do período para o qual foram programados.

É importante ter bastante atenção ao período no qual se deu a execução, seja física ou financeira, em relação ao período para o qual foi programada, pois tanto os convênios (POA), quanto o *Incentivo* (PAM), possuem um período definido para programação (12 meses), mas apresentam a possibilidade de extensão deste período para a sua execução. No caso dos convênios (POA), esta extensão se dá por meio de prorrogação de vigência e, no caso do *Incentivo* (PAM), com a reprogramação da meta no PAM subsequente.

### **Grau de execução dos Convênios (POA)**

#### **Análise Documental**

Utilizamos nesta análise o POA III do Aids II de cada município (Piracicaba e Bauru), os convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e estes municípios com base neste POA e os respectivos processos de prestação de contas destes convênios.

#### **Execução Física**

A primeira dificuldade enfrentada na análise dos dados de execução dos convênios (POA), principalmente no que se refere à programação física, deve-se ao fato da conversão do POA em Plano de Trabalho para viabilizar o repasse dos recursos através da celebração de convênio.

Conforme discutido anteriormente, as metas programadas nos Planos de Trabalho dos convênios foram traduzidas pelo Ministério da Saúde a partir dos produtos programados nos POA pelos estados, Distrito Federal e municípios, chamados, naquele momento, de Órgãos Gestores de Projeto (OGP).

Este processo de conversão do POA em Plano de Trabalho acabou por interferir de forma contundente para que o acompanhamento da execução realizada pelos OGP tenha sido tão deficiente.

No que diz respeito ao acompanhamento da execução física, podemos dizer que foi, mais que deficiente, inexistente, já que a informação disponível refere-se ao cumprimento das metas constantes do convênio, que, na sua totalidade, acabaram refletindo uma proposta de mensuração de processos, sujeita a um elevado grau de subjetividade.

A tradução dos produtos em metas era feita a partir do agrupamento de todos os produtos programados dentro de um item de subcomponente, pelo próprio subcomponente acrescido da porcentagem a ser atingida. Contudo, na prática, a porcentagem utilizada era sempre 100%, o que dificultava medir qualquer efeito produzido.

No caso da programação física do POA III do município de Bauru-SP (Quadro 2) apenas um dos produtos apresentava unidade de medida diferente de percentual, o que pode ter sido influência da execução dos POA anteriores, considerando-se o fato de que os produtos programados seriam convertidos em metas expressas em percentual, conforme já comentado.

Assim sendo, mesmo que o POA III do município de Bauru-SP não tivesse sido convertido em Plano de Trabalho de um convênio, a dificuldade para realização de monitoramento de sua execução física seria praticamente a mesma.

**Quadro 2** – Produtos programados no POA III do Aids II do município de Bauru-SP e metas nas quais foram traduzidos no Plano de Trabalho do respectivo convênio (2002/2003)

Programado no POA		Plano de Trabalho do convênio	
Produtos	Quantidade	Meta	Quantidade
Outros Produtos*	100%	Logística de Preservativos (subcomponente 1.7 no POA)	100%
Outros Produtos*	100%	Promoção de Práticas Seguras (subcomponente 1.2 no POA)	100%
Gestantes informadas sobre DST/HIV/Ais	100%		

Mulheres informadas sobre prevenção de DST/HIV/Aids	100%	Promoção de Práticas Seguras (subcomponente 1.2 no POA)	100%
Campanha Informativa de prevenção a DST/HIV/Aids, para população geral, realizada	100%	Campanhas informativas/ educativas por meio de mídia impressa e eletrônica (subcomponente 1.1 no POA)	100%
Crianças e adolescentes de maior risco, informados sobre prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas	100%	Drogas e Aids (subcomponente 1.4 no POA)	100%
Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, fortalecido	100%	Serviços de saúde para prevenção das DST e Aids (subcomponente 1.6 no POA)	100%
Serviço de Assistência Especializada – SAE, fortalecido	100%	Modalidades Assistenciais às pessoas portadoras de HIV/Aids (subcomponente 2.2 no POA)	100%
Serviço de Assistência Especializada – SAE, implementado	100%		
Atendimento Domiciliar Terapêutico – ADT, implementado	100%		
Outros Produtos*	100%	Atenção aos portadores de DST (subcomponente 2.3 no POA)	100%
Pessoas portadoras de DST diagnosticadas e tratadas	100%	Logística de medicamentos (subcomponente 2.5 no POA)	
Laboratório público implementado para realização de diagnóstico HIV/Aids/DST	100%	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial (subcomponente 2.1 no POA)	100%
Pessoas informadas sobre os riscos da infecção pelo HIV/Aids no uso indevido de drogas	100%	Treinamento (subcomponente 3.2 no POA)	100%
Profissionais treinados em prevenção do HIV/Aids e uso indevido de drogas	100%		
Profissionais de saúde treinados em assistência à Aids	100%		

Profissionais treinados em Vigilância Epidemiológica de DST/HIV/Aids	100%	Treinamento (subcomponente 3.2 no POA)	
Outros Produtos*	100%		
Outros Produtos*	100%	Vigilância Epidemiológica (subcomponente 3.1 no POA)	100%
Programas Municipais de DST e Aids fortalecidos	100%	Gestão: planejamento, programação, acompanhamento e avaliação (subcomponente 3.5 no POA)	100%
Coordenação de DST/Aids fortalecida	1 coordenação		

\* Produto cujo enunciado era diferente dos modelos existentes no SIAIDS

Já no POA III programado pelo município de Piracicaba-SP (Quadro 3), dos 13 (treze) produtos, 08 (oito) apresentavam unidade de medida diferente de percentual, o que tornaria possível o monitoramento de sua execução física.

Mesmo assim, outros 05 (cinco) produtos foram programados com unidade de medida percentual e determinariam dificuldade de monitoramento, da mesma forma que as metas do Plano de Trabalho do convênio no qual foram traduzidas.

Esta situação vem corroborar com a idéia de que os Órgãos Gestores de Projetos (OGP) estavam, digamos, “contaminados” pela pouca importância dada ao monitoramento da execução física dos POA durante o período em que o financiamento aos estados, Distrito Federal e municípios, era realizado através de recursos oriundos de Acordo de Empréstimo Internacional, quando a preocupação com a utilização dos recursos financeiros, em conformidade com as categorias de despesa definidas pelo BIRD, era praticamente a única existente.

**Quadro 3** – Produtos programados no POA III do Aids II do município de Piracicaba-SP e metas nas quais foram traduzidos no Plano de Trabalho do respectivo convênio (2002/2003)

Programado no POA		Plano de Trabalho do convênio	
Produtos	Quantidade	Meta	Quantidade
Campanha informativa de prevenção a DST/HIV/Aids, para população geral, realizada	1 campanha	Campanhas informativas/ educativas por meio de mídia impressa e eletrônica (subcomponente 1.1 no POA)	100%
Campanha informativa de prevenção a DST/HIV/Aids do dia dos namorados, realizada	1 campanha		
Material educativo sobre direitos humanos e saúde mental em HIV/Aids, produzido, editorado e distribuído	100%	Apoio a Organizações Não-Governamentais (subcomponente 1.5 no POA)	100%
Adolescentes treinados como multiplicadores de informações de Prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas	100 pessoas	Promoção de Práticas Seguras (subcomponente 1.2 no POA)	100%
Projetos de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas na escola e fora da escola, implantados e	4 projetos		
Projeto de prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas para profissionais do sexo, implantado	1 projeto		
Serviço de Assistência Especializada – SAE, implementado	1 SAE	Modalidades Assistenciais às pessoas portadoras de HIV/Aids (subcomponente 2.2 no POA)	100%
Outros Produtos*	100%	Atenção aos portadores de DST (subcomponente 2.3 no POA)	100%
Pessoas com DST, tratadas **	100%		
Laboratório de referência para realização de exames de pacientes portadores de DST, implementado	1 laboratório	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial (subcomponente 2.1 no POA)	100%

Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, implementado	100%	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial (subcomponente 2.1 no POA)	100%
Programas Municipais de DST e Aids fortalecidos	1 projeto	Gestão: planejamento, programação, acompanhamento e avaliação (subcomponente 3.5 no POA)	100%
Programas Municipais de DST e Aids fortalecidos	100%		

\* Produto cujo enunciado era diferente dos modelos existentes no SIAIDS

\* Refere-se às pessoas com DST diagnosticadas

Fazer o acompanhamento de uma meta, por exemplo, como a que foi estabelecida no Plano de Trabalho do convênio de Piracicaba -100% de *Promoção de Práticas Seguras* – requer o acompanhamento da execução de todas as atividades programadas para cada um dos produtos programados no POA que foram agrupados nesta meta, o que só é possível para o nível local, estabelecendo qual a proporção de cumprimento da meta que cada atividade pode atingir o que determina um grau de subjetividade que anula a credibilidade do dado e inviabiliza sua utilização.

Não afirmamos com isso que o Programa Nacional equivocou-se ao apoiar o monitoramento das ações de DST/Aids realizadas pelos estados e municípios no acompanhamento da execução das metas dos convênios, já que esta não foi uma opção do PN-DST/Aids.

A opção do PN-DST/Aids foi pelo acompanhamento das atividades e produtos programados nos POA, porém, como o convênio era o instrumento jurídico que regulava a relação entre o Ministério da Saúde e os estados e municípios, embora o SIAIDS contasse com um módulo específico de monitoramento e avaliação, focado na execução física dos POA, as normas e os instrumentos de prestação de contas previstas no convênio acabaram sendo os únicos a serem cumpridos pelos OGP, já que também eram os únicos que poderiam acarretar sanções e penalidades em caso de descumprimento da programação física.

Esta situação acabou por minimizar a importância do POA, que passa a ter, para os OGP, o papel de uma etapa a ser cumprida para a celebração do convênio, e para a, então Coordenação Nacional de DST/Aids, o cumprimento de uma exigência formal do Acordo de Empréstimo junto ao BIRD.



Como a prestação de contas dos convênios é o que existe de oficial junto ao Ministério da Saúde em relação à execução realizada pelos municípios, mesmo considerando o que foi exposto, a análise documental da execução física de Piracicaba e Bauru foi feita com base nestes instrumentos.

Isto posto, em relação à execução física dos convênios dos municípios de Bauru e Piracicaba, os resultados obtidos foram:

### **Bauru**

No convênio do município de Bauru, havia 12 (doze) metas programadas, sendo 05 (cinco) para o componente 1 – Promoção, Proteção e Prevenção, 04 (quatro) para o componente 2 - Diagnóstico e Assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/Aids e 03 (três) para o componente 3 – Desenvolvimento Institucional.

É importante ressaltar que o processo de elaboração do POA de Bauru ocorreu em 2000 e sua execução deveria ter se iniciado em julho do mesmo ano, porém, o convênio foi celebrado com vigência para o período de 01 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2002, com repasse da primeira parcela dos recursos em março de 2002, sendo efetivamente encerrado em 31 de agosto de 2003.

Das doze metas programadas, quatro (33,33%) foram atingidas plenamente, quatro (33,33%) ultrapassaram os 100% de execução e quatro (33,33%) tiveram execução menor que a esperada. Das quatro últimas, uma teve execução aceitável (> 80%), duas tiveram execução mediana (entre 50 e 75%) e uma teve execução baixa (< 30%).

Destaque para o componente 3 – Desenvolvimento Institucional, no qual, das três metas programadas, 02 duas tiveram execução superior à esperada (> 100%) e uma teve execução plena (100%).

Em contrapartida, as metas programadas para o componente 1 – Promoção, Proteção e Prevenção, foram as que apresentaram, no conjunto, a menor execução. Das cinco metas programadas, três (60%) não foram atingidas.

Podemos dizer que a execução física do convênio do município de Bauru (Quadro 4), se não considerarmos o período para o qual as metas estavam programadas e o período real de sua execução, foi de 3/4 (três quartos), atingindo 75% de cumprimento das metas.

**Quadro 4** – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003)

Componente	Número de metas programadas	Número de metas com execução aceitável (>80%)	Proporção de metas com execução aceitável (>80%)
1 – Promoção, Proteção e Prevenção	05	03	60
2 – Diagnóstico e Assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/Aids	04	03	75
3 – Desenvolvimento Institucional	03	03	100
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>09</b>	<b>75</b>

Fonte: Programa Nacional de DST/Aids

Considerando que a programação foi feita para doze meses e que a execução se deu em vinte meses, o que nos dá 2/3 (dois terços) a mais de tempo, de maneira linear, era de se esperar que a execução apresentasse, também, um crescimento nas mesmas proporções, o que significa 166% das metas programadas para o período original.

Sendo de 75% a execução verificada, ainda de maneira linear, podemos dizer que a execução real, considerada a dilatação temporal, foi da ordem de 45,18%.

Em vista disso classificamos o grau de execução física do convênio pelo município de Bauru como insuficiente.

### **Piracicaba**

No convênio do município de Piracicaba havia 11 (onze) metas programadas, sendo 04 (quatro) para o componente 1 – Promoção, Proteção e Prevenção, 03 (três) para o componente 2 - Diagnóstico e Assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/Aids e 04 (quatro) para o componente 3 – Desenvolvimento Institucional.

O processo de elaboração do POA de Piracicaba, a exemplo do de Bauru, ocorreu em 2000 e sua execução deveria ter se iniciado em julho do mesmo ano, porém, o convênio foi celebrado com vigência para o período de 31 de dezembro de 2001 a 31 de dezembro de 2002, sendo efetivamente encerrada em 31 de agosto de 2003.

Das onze metas programadas, oito (72,72%) foram atingidas plenamente e três (27,27%) tiveram execução menor que a esperada e as três últimas tiveram execução aceitável (>80%).

Destaque para o componente 1 – Promoção, Proteção e Prevenção, no qual, as quatro metas programadas tiveram execução plena (100%).

Em contrapartida, as metas programadas para o componente 3 – Desenvolvimento Institucional - foram as que apresentaram, no conjunto, a menor execução. Das quatro metas programadas, duas (50%) não foram atingidas.

Podemos dizer que a execução física do convênio do município de Piracicaba (Quadro 5), se não considerarmos o período para o qual as metas estavam programadas e o período real de sua execução, foi próxima de plena, atingindo 100% de cumprimento aceitável das metas (> 80%).

Da mesma forma que no município de Bauru, em Piracicaba a programação foi feita para doze meses e a execução se deu em vinte meses, o que representa 2/3 a mais de tempo. Era de se esperar, portanto, que a execução apresentasse, também em Piracicaba, um crescimento nas mesmas proporções, ou seja, uma execução de 166% das metas em relação ao programado para o período original.

Sendo de 100% a execução verificada, ainda que, de maneira linear, podemos dizer que a execução real, considerada a dilatação temporal, foi da ordem de 60,24%.

Em vista disso classificamos o grau de execução física do convênio pelo município de Piracicaba como mediano.

**Quadro 5** – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003)

Componente	Número de metas programadas	Número de metas com execução aceitável (>80%)	Proporção de metas com execução aceitável (>80%)
1 – Promoção, Proteção e Prevenção	04	04	100
2 - Diagnóstico e Assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/Aids	03	03	100
3 – Desenvolvimento Institucional	04	04	100
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: Programa Nacional de DST/Aids

## Execução Financeira

No que se refere à execução financeira, mesmo com a conversão da programação nos POA, em Categorias de Despesa, para Elementos de Despesa nos convênios, a dificuldade de análise verificada para a execução física, não se repete.

Seguindo o exemplo já citado do município de Piracicaba, cuja meta no Plano de Trabalho do convênio era *100% de Promoção de Práticas Seguras*, temos, no quadro 6, a seguir, para cada um dos produtos programados no POA, um conjunto de atividades e o enquadramento dos recursos referentes a cada atividade, nas categorias de despesa no POA e nos respectivos elementos de despesa no convênio, demonstrando que para uma mesma Categoria de Despesa podemos ter vários Elementos de Despesa.

A programação dos estados e municípios era feita no POA, através de um sistema informatizado, onde os recursos eram distribuídos por Categorias de Despesas e por fonte: Banco Mundial (BIRD), Federal e Contra-partida local.

**Quadro 6** – Comparativo entre Categorias de Despesa (POA) e Elementos de Despesa (convênio) programados pelo município de Piracicaba (2002/2003)

Produtos*	Atividades*	Categoria de Despesa (POA)	Elemento de Despesa (Convênio)
Adolescentes treinados como multiplicadores de informações de Prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas	Realização de treinamento de Prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas (100 pessoas treinadas)	Treinamento	- Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Física) - Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica) - Material de Consumo
Projetos de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas na escola e fora da escola, implantados e	Realização de treinamento em Aconselhamento em DST/ HIV/Aids para profissionais de saúde (60 profissionais treinados)	Treinamento	- Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Física) - Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica) - Material de Consumo
	Produção e distribuição de material informativo de prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas, para crianças e adolescentes na escola e fora da escola	Informação, Educação e Comunicação (IEC)	- Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Física) - Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica) - Material de Consumo
Projeto de prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas para profissionais do sexo, implantado	Produção e distribuição de material educativo sobre DST/HIV/Aids	Material Instrucional	- Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Física) - Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica) - Material de Consumo

**Fonte:** POA III do Aids II do município de Piracicaba

\* Referentes à meta *100% de Promoção de Práticas Seguras* do Plano de Trabalho do Convênio

A partir dessa programação, para produzir o Plano de Trabalho para a celebração de convênio com aquele Órgão Gestor de Projeto (OGP), o Programa Nacional de

DST/Aids, utilizando-se das informações programadas no sistema, realizava uma distribuição proporcional, porém aleatória, dos recursos financeiros nos Elementos de Despesa possíveis para cada uma das Categorias de Despesa programadas.

Como os POA dos estados e municípios, na relação entre o Ministério da Saúde e o BIRD, constituíam-se em um dos principais instrumentos, pois faziam parte do POA Brasil, os estados e municípios conveniados passaram a ter a responsabilidade de elaborar um relatório das despesas e pagamentos realizados, chamado *Statement Of Expenditure* (SOE), para envio ao BIRD.

Desta forma, no tocante à utilização dos recursos financeiros, tanto os instrumentos de prestação de contas previstos nos convênios, quanto os previstos no Acordo de Empréstimo foram cumpridos pelos três níveis – federal, estadual e municipal.

Portanto, para os mesmos recursos financeiros, os OGP prestavam contas ao Ministério da Saúde de duas maneiras diferentes, uma através dos instrumentos previstos nos convênios e outra através dos instrumentos previstos no Acordo de Empréstimo.

Isto posto, em relação à execução financeira dos convênios (POA) dos municípios de Bauru e Piracicaba, os resultados obtidos foram:

### **Bauru**

O convênio (POA) do município de Bauru teve valor total programado de R\$ 393.582,46 (trezentos e noventa e três mil, quinhentos e oitenta e dois reais e quarenta e seis centavos), dos quais R\$ 123.079,43 (cento e vinte e três mil, setenta e nove reais e quarenta e três centavos) provenientes do orçamento próprio do município e R\$ 270.886,06 (duzentos e setenta mil, oitocentos e oitenta e seis reais e seis centavos) oriundos do Acordo de Empréstimo, repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde (MS), dos quais R\$ 216.708,84 (duzentos e dezesseis mil, setecentos e oito reais e oitenta e quatro centavos) vêm da fonte BIRD e R\$ 54.177,22 (cinquenta e quatro mil, cento e setenta e sete reais e vinte e dois centavos) do orçamento público federal.

Somando-se ao valor principal do convênio (descrito acima) os rendimentos auferidos de aplicação financeira no período, que foram de R\$ 37.426,70 (trinta e sete mil, quatrocentos e vinte e seis reais e setenta e centavos), o município de Bauru

totalizou, para execução no período de vigência do convênio, R\$ 431.009,16 (quatrocentos e trinta e um mil, nove reais e dezesseis centavos).

Durante o período de vigência do convênio, o município de Bauru executou R\$ 433.662,75 (quatrocentos e trinta e três mil, seiscentos e sessenta e dois reais e setenta e cinco centavos), sendo R\$ 270.886,06 (duzentos e setenta mil, oitocentos e oitenta e seis reais e seis centavos) repassados pelo FNS, R\$ 125.349,41 (cento e vinte e cinco mil, trezentos e quarenta e nove reais e quarenta e um centavos) provenientes do orçamento próprio do município e R\$ 37.426,70 (trinta e sete mil e quatrocentos e vinte e seis reais e setenta centavos) resultantes de aplicações financeiras.

O saldo final resultante da execução do convênio foi negativo num valor de R\$ 2.269,98 (dois mil, duzentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), ou seja, o município de Bauru executou este valor a mais em relação ao programado.

**Quadro 7 – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003)**

TIPO		Programados	Executados	Saldo
FONTES				
Concedente	BIRD	216.708,84	216.708,84	0,00
Repasso FNS	Federal	54.177,22	54.177,22	0,00
Proponente (municipal)		123.079,43	125.349,41	(-) 2.269,98
Aplicação Financeira		37.426,70	37.426,70	0,00
Total		<b>431.392,19</b>	<b>433.662,17</b>	<b>(-) 2.269,98</b>

Fonte: Relatórios de prestação de contas do município.

A partir dos valores apresentados, o município de Bauru, diferente do ocorrido com a execução física, apresentou execução financeira altamente satisfatória.

Se desconsiderarmos os rendimentos auferidos de aplicações financeiras e assumirmos como valor total o montante programado no convênio, a execução financeira do convênio pelo município de Bauru foi de 100,67% (Quadro 8), devido o fato do município ter alocado no convênio R\$ 2.269,98 (dois mil, duzentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), ou seja, 1,84% a mais do que estava programado de recursos provenientes do seu próprio orçamento.

**Quadro 8 – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003)**

Total de Recursos Programados (R\$)	Total de Recursos Executados (R\$)	Proporção de execução (%)
<b>393.582,46</b>	<b>396.235,47</b>	<b>100,67</b>

Fonte: Relatórios de prestação de contas final do município, em relação ao convênio.

Se considerarmos como valor total o montante programado no convênio acrescido dos rendimentos auferidos de aplicações financeiras, a execução financeira do convênio pelo município de Bauru foi de 100,52% (Quadro 9), devido o fato de terem sido executados R\$ 2.269,98 (dois mil, duzentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), ou seja, 1,84% como alocação a maior feita pelo município em relação ao que estava programado de recursos provenientes do seu próprio orçamento.

**Quadro 9** – Proporção de recursos financeiros executados, em relação ao total disponível no convênio do município de Bauru-SP (2002/2003)

Total de Recursos Disponíveis (R\$)	Total de Recursos Executados (R\$)	Proporção de execução (%)
431.392,19	433.662,17	100,52

**Fonte:** Relatórios de prestação de contas final do município, em relação ao convênio.

### **Piracicaba**

O convênio (POA) do município de Piracicaba teve valor total programado de R\$ 626.116,67 (seiscentos e vinte e seis mil, cento e dezesseis reais e sessenta e sete centavos), dos quais R\$ 212.879,67 (duzentos e doze mil, oitocentos e setenta e nove reais e sessenta e sete centavos) provenientes do orçamento próprio do município e R\$ 413.237,00 (quatrocentos e treze mil, duzentos e trinta e sete reais) oriundos do Acordo de Empréstimo, repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde (MS), dos quais R\$ 330.589,60 (trezentos e trinta mil, quinhentos e oitenta e nove reais e sessenta centavos) vêm da fonte BIRD e R\$ 82.647,40 (oitenta e dois mil, seiscentos e quarenta e sete reais e quarenta centavos) do orçamento público federal.

Somando-se ao valor principal do convênio (descrito acima) os rendimentos auferidos de aplicação financeira no período, que foram de R\$ 27.526,62 (vinte e sete mil, quinhentos e vinte e seis reais e sessenta e dois centavos), o município de Piracicaba totalizou, para execução no período de vigência do convênio, R\$ 653.643,29 (seiscentos e cinquenta e três mil, seiscentos e quarenta e três reais e vinte e nove centavos).

Durante o período de vigência do convênio, o município de Piracicaba executou R\$ 653.331,44 (seiscentos e cinquenta e três mil, trezentos e trinta e um reais e quarenta e quatro centavos), sendo R\$ 413.237,00 (quatrocentos e treze mil, duzentos e trinta e sete reais) repassados pelo FNS, R\$ 213.039,40 (duzentos e treze mil e trinta e nove reais e quarenta centavos) provenientes do orçamento próprio do município e R\$

27.055,04 (vinte e sete mil e cinquenta e cinco reais e quatro centavos) resultantes de aplicações financeiras.

O saldo final resultante da execução do convênio foi de R\$ 471,58 (quatrocentos e setenta e um reais e cinquenta e oito centavos), ou seja, 0,07% do valor total.

**Quadro 10** – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003)

FONTE \ TIPO		Programados	Executados	Saldo
Concedente	BIRD	330.589,60	330.589,60	0,00
Repasso FNS	Federal	82.647,40	82.647,40	0,00
<b>Proponente (municipal)</b>		212.879,67	213.039,40	(-) 159,73
<b>Aplicação Financeira</b>		27.526,62	27.055,04	631,31
<b>Total</b>		<b>653.643,29</b>	<b>653.331,44</b>	<b>471,58</b>

Fonte: Relatórios de prestação de contas final do município, em relação ao convênio.

A partir dos valores apresentados, o município de Piracicaba, diferente do ocorrido com a execução física, apresentou execução financeira altamente satisfatória.

Se considerarmos o montante programado no convênio como valor total (desconsiderando os rendimentos auferidos de aplicações financeiras), a execução financeira do convênio pelo município de Piracicaba foi de 100,03% (Quadro 11), devido o fato de o município ter alocado no convênio R\$ 159,73 (cento e cinquenta e nove reais e setenta e três centavos), ou seja, 0,08% a mais do que estava programado de recursos provenientes do seu próprio orçamento.

**Quadro 11** – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003)

Total de Recursos Programados (R\$)	Total de Recursos Executados (R\$)	Proporção de execução (%)
626.116,67	626.276,40	100,03

Fonte: Relatórios de prestação de contas final do município, em relação ao convênio.

Se considerarmos como valor total o montante programado no convênio acrescido dos rendimentos auferidos de aplicações financeiras, a execução financeira do convênio pelo município de Piracicaba foi de 99,95% (Quadro 12), devido o fato de não terem sido executados R\$ 631,31 (seiscentos e trinta e um reais e trinta e um centavos), ou seja, 2,29% dos rendimentos de aplicações financeiras, mesmo com a alocação a maior feita pelo município em relação ao que estava programado de recursos provenientes do seu próprio orçamento.



**Quadro 12** – Proporção de recursos financeiros executados, em relação ao total disponível no convênio do município de Piracicaba-SP (2002/2003)

Total de Recursos Programados (R\$)	Total de Recursos Executados (R\$)	Proporção de execução (%)
653.643,29	653.331,44	99,95

**Fonte:** Relatórios de prestação de contas final do município, em relação ao convênio.

É importante destacar que o período de execução dos convênios dos dois municípios, gerados a partir dos respectivos POA III, foi 2/3 superior ao originalmente programado, o que, em tese, poderia explicar o grau de execução atingido por eles.

Porém, essa mesma tendência, marcada pela discrepância entre execução física e execução financeira, pode ser verificada durante todo o período do Segundo Acordo de Empréstimo junto ao BIRD, o Aids II, talvez determinada pelo excessivo controle dos recursos financeiros exercido pelo nível central e pelo próprio agente financiador, em dissonância com a baixa importância dada ao monitoramento do cumprimento dos produtos programados nos POA e das metas nas quais foram convertidas nos respectivos convênios.

**Grau de execução do Incentivo (PAM)****Análise Documental**

Utilizamos nesta análise o Plano de Ações e Metas (PAM) para o ano de 2004 de cada município (Piracicaba e Bauru) e os respectivos relatórios de monitoramento da execução deste PAM-2004, emitidos pelo Sistema de Monitoramento do Incentivo.

**Execução Física**

Um dos efeitos pretendidos pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), com a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, era a inversão do enfoque da programação e do acompanhamento, até então, eminentemente financeiro, para uma maior ênfase na programação e no acompanhamento físico.

Este anseio do PN-DST/Aids justifica-se facilmente, uma vez que são as ações realizadas e as metas cumpridas que poderão contribuir para o controle e a mudança no perfil da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na tendência da epidemia de aids no país, a partir dos municípios, estados e Distrito Federal.

Por outro lado, a execução de recursos financeiros, seja ela satisfatória ou não, comprovadamente não significa maior ou menor grau de resposta no enfrentamento das questões relacionadas à infecção pelo HIV e outras DST, bem como à epidemia de aids, seja em nível local, regional ou nacional.

Sendo o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* uma política com mecanismo de financiamento regular e automático, fundo a fundo, com recursos financeiros exclusivamente nacionais, provenientes de orçamento público, temos que considerar a existência de uma rede de órgãos e serviços, nas três esferas de gestão, cujo objeto de trabalho está voltado especificamente às áreas de auditoria, controle, regulação e fiscalização da utilização de recursos e verbas públicos.

Neste contexto, sendo o PN-DST/Aids a área técnica do Ministério da Saúde responsável pela coordenação da resposta brasileira em HIV/Aids e outras DST, torna-se natural que seja também responsável pelo monitoramento das ações de saúde voltadas a esta resposta.

Portanto, a instituição de um Plano de Ações e Metas, como peça fundamental no *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, aliado a um sistema de monitoramento, com periodicidade de alimentação e penalidades previstas em caso de não cumprimento, não ocorreu por acaso e baseia-se num enfoque estratégico de planejamento.

O sistema de monitoramento do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* possui cinco grandes eixos:

- Acompanhamento da evolução das metas programadas no PAM (periodicidade quadrimestral em relação ao período do PAM);
- Acompanhamento da evolução dos indicadores e índice composto de DST (periodicidade semestral/anual – jan a jun e jul a dez; e jan a dez, respectivamente);
- Acompanhamento do estabelecimento de parcerias com Organizações da Sociedade Civil - OSC (periodicidade semestral - jan a jun e jul a dez. Obrigatório somente para estados e Distrito Federal);

- Acompanhamento da evolução dos recursos financeiros (periodicidade semestral em relação ao período do PAM); e
- Acompanhamento do cumprimento das pactuações para disponibilização de insumos estratégicos (medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e Infecções Oportunistas à Aids - IO) em CIB (periodicidade semestral - jan a jun e jul a dez).

Para que o monitoramento fosse possível, no eixo de *Acompanhamento da evolução das metas programadas no PAM*, o PN-DST/Aids adotou a estratégia *SMART* de elaboração de metas (Quadro 13) e delimitou o foco de monitoramento nas metas de produto<sup>1</sup>.

No primeiro ano de implementação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST (2003) não foi possível o monitoramento nos moldes descritos, já que a Portaria Ministerial Nº 1.679, que instituiu o Sistema de Monitoramento, só foi publicada em 13 de agosto de 2004, após ampla discussão com coordenações estaduais e municipais de DST/Aids e com os órgãos de representação dos gestores do SUS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – passando por homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Esta é a principal razão pela qual os Planos de Ações e Metas (PAM) dos municípios de Bauru e Piracicaba, utilizados neste estudo, referem-se ao ano de 2004.

#### **Quadro 13** – Estratégia SMART para elaboração de metas - Características

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ser <b>e</b>Specifica, ou seja, identifique eventos ou ações concretas que deverão ocorrer na implementação do plano.</li><li>✓ Ser <b>M</b>ensurável, isto é, quantifique os recursos, as atividades ou as mudanças desejadas estabelecidas no plano.</li><li>✓ Ser <b>A</b>propriada, ou seja, relacione, logicamente, o problema identificado e os efeitos desejáveis estabelecidos no plano.</li><li>✓ Ser <b>R</b>ealista, ou seja, dimensione, realisticamente, a adequação entre os recursos disponíveis e o plano de implementação.</li><li>✓ Ter <b>T</b>emporalidade, isto é, especifique um prazo no qual a meta deverá ser alcançada.</li></ul> |
|---|

<sup>1</sup> **Metas SMART de produto** – Expressam a quantificação dos efeitos imediatos das atividades, ou seja, aquilo que se quer alcançar das atividades durante o período de execução do PAM. Isto é, o estabelecimento desses efeitos esperados em um tempo determinado, de forma específica, realista e mensurável.

Mesmo o PAM 2004, devido uma adequação proposta pelo PN-DST/Aids, pode apresentar certa discrepância de tempo, pois foi programado para um período de doze meses, que acabou sendo fixado para o final do ano de 2005, mais precisamente, 31 de dezembro de 2005, provocando o redimensionamento das ações e metas programadas.

Tal adequação fez-se necessária para que o período de execução do PAM coincidissem com o ano fiscal, facilitando a execução orçamentário-financeira dos recursos envolvidos e, adicionalmente, colocasse os estados, municípios e Distrito Federal, no mesmo período de programação do PAM e de alimentação do sistema de monitoramento.

Antes dessa medida, os períodos eram diferentes, devido o processo de qualificação dos estados, Distrito Federal e municípios selecionados ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* ter se dado em momentos diferentes, uma vez que foi por adesão a essa política.

No caso específico de Bauru e Piracicaba, como a qualificação dos dois municípios ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* se deu, respectivamente, em março de 2003 e agosto de 2003, o PAM 2004 de Bauru teve sua execução em vinte e um meses (de abril de 2004 a dezembro de 2005) e o de Piracicaba, em dezesseis meses (de setembro de 2004 a dezembro de 2005).

Isto posto, em relação à execução física dos Planos de Ações e Metas (PAM) dos municípios de Bauru e Piracicaba, os resultados obtidos foram:

### **Bauru**

Como citado anteriormente, o PAM utilizado foi o do ano de 2004, cujo período, após adequação e redimensionamento, tanto programado, quanto para execução, foi de vinte e um meses, de abril de 2004 a dezembro de 2005.

As metas programadas no PAM-2004 do município de Bauru, base para os resultados obtidos e aqui apresentados, encontram-se descritas no **Quadro 14**.

No PAM do município de Bauru, havia 15 (quinze) metas programadas, sendo 05 (cinco) relacionadas à área de atuação – Promoção, Prevenção e Proteção, 03 (três) relacionadas à área de atuação - Diagnóstico, Tratamento e Assistência e 07 (sete) relacionadas à área de atuação – Desenvolvimento Institucional e Gestão.

É importante ressaltar que o processo de elaboração do PAM-2004 de Bauru ocorreu em janeiro de 2004 e sua execução iniciou-se em abril do mesmo ano, portanto, apenas dois meses após sua elaboração, o que determina uma diferença fundamental com o período de financiamento através de convênios que, no caso do último celebrado com o município de Bauru, conforme já discutido, apresentou um intervalo de praticamente um ano e meio entre a programação do POA e o início de execução do convênio.

**Quadro 14** – Metas, por Áreas de Atuação, programadas no PAM-2004 do município de Bauru-SP

Áreas de Atuação	Metas	Quantidade
Promoção, Prevenção e Proteção	Gestantes atendidas no pré-natal com conhecimento do estado sorológico para infecção do HIV e da Sífilis em 2005	100%
	Fortalecer e aprimorar a qualidade do serviço de prevenção para execução das atividades preventivas previstas para 2005	01 serviço
	Fortalecer e aprimorar a qualidade do Programa de Redução de Danos (PRD) em 2005	01 PRD
	Aumentar a cobertura das ações de prevenção e de promoção de práticas sexuais seguras entre a população de maior vulnerabilidade	100%
	Estabelecer e adotar 100% das ações programáticas de comunicação em saúde de HIV/Aids e outras DST	100%
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	Aprimorar a qualidade e aumentar a cobertura da assistência aos portadores de DST no SAE e nas 16 Unidades Básicas de Saúde	17 unidades
	Aprimorar a qualidade da assistência à gestante HIV+ e crianças expostas ao HIV	100%
	Aprimorar a qualidade da assistência aos portadores de HIV/Aids no SAE	100%
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Ampliar a notificação de casos de DST nas unidades de saúde	50%
	Implementar 100% das ações do acompanhamento da infecção pelo HIV e seus determinantes, em 01 ano	100%
	Aprimorar o sistema de informação junto ao Programa de DST/Aids para o planejamento e gerenciamento de 100% das ações programáticas em DST/HIV/Aids	100%
	Assegurar o monitoramento e avaliação das ações do Programa Municipal de DST/Aids e dos projetos específicos e de ONG	50%
	Implementar em até 20% o estabelecimento de parceria entre as ONG's e diversos setores da sociedade	20%
	Garantir o fortalecimento e aprimoramento técnico científico à 100% dos profissionais de saúde e grupos específicos	100%
	Garantir aquisição de insumos necessários para a realização de 100% das ações programáticas em HIV/Aids e outras DST	100%

Fonte: Sistema de Informação do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS

Das metas programadas no PAM-2004 de Bauru, três (20%) foram atingidas plenamente, três (20%) ultrapassaram os 100% de execução e nove (60%) tiveram execução menor que a esperada. Das nove últimas, cinco tiveram execução aceitável (>

80%), duas tiveram execução mediana (entre 50 e 75%) e duas tiveram execução baixa (< 40%).

Das cinco metas programadas para a área de atuação – Promoção, Prevenção e Proteção, uma teve execução superior à esperada (> 100%), uma teve execução plena (100%), duas tiveram execução aceitável (cerca de 80%) e uma teve execução mediana (50%).

Das três metas programadas para a área de atuação – Diagnóstico, Tratamento e Assistência, duas tiveram execução superior à esperada (> 100%) e uma teve execução baixa (40%).

Das sete metas programadas para a área de atuação – Desenvolvimento Institucional e Gestão, duas tiveram execução plena (100%), três tiveram execução aceitável (entre 80% e 93%), uma teve execução mediana (74%) e uma teve execução baixa (10%).

Considerando que a programação foi feita para doze meses, redimensionada para vinte e um meses, e que a execução se deu no mesmo período, podemos classificar o grau de execução física do PAM-2004 pelo município de Bauru como mediano, tendendo fortemente a suficiente, uma vez que, das quinze metas programadas, onze (73,33%) tiveram cumprimento acima de 80% do esperado.

**Quadro 15** – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no PAM-2004 do município de Bauru-SP

Componente	Número de metas programadas	Número de metas atingidas em mais de 80%	Proporção de metas atingidas em mais de 80% (%)
1 – Promoção, Prevenção e Proteção	05	04	80
2 – Diagnóstico, Tratamento e Assistência	03	02	66,66
3 – Desenvolvimento Institucional e Gestão	07	05	71,42
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>73,33</b>

*Fonte: Sistema de Informações do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS*

### Piracicaba

As metas programadas no PAM-2004 do município de Piracicaba, base para os resultados obtidos e aqui apresentados, encontram-se descritas no **Quadro 16**.

No PAM do município de Piracicaba, havia 20 (vinte) metas programadas, sendo 09 (nove) relacionadas à área de atuação – Promoção, Prevenção e Proteção, 05 (cinco) relacionadas à área de atuação - Diagnóstico, Tratamento e Assistência e 06 (seis) relacionadas à área de atuação – Desenvolvimento Institucional e Gestão.

O processo de elaboração do PAM-2004 de Piracicaba ocorreu em junho de 2004 e sua execução iniciou-se em setembro do mesmo ano, a exemplo do PAM do município de Bauru, apenas dois meses após sua elaboração.

**Quadro 16** – Metas, por Áreas de Atuação, programadas no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP

Áreas de Atuação	Metas	Quantidade
Promoção, Prevenção e Proteção	Aumentar em 10% a distribuição de material instrucional	10%
	Ampliar em 30% os pontos de distribuição de preservativos e monitorar a logística de preservativos	30%
	Aumentar em 60% o número de UD's acessados	60%
	Aumentar em 100% o número de gestantes testadas para sífilis no município	100%
	Ampliar treinamentos para fortalecimento de parcerias entre os diversos setores da sociedade, envolvendo-os nas diversas ações educativas	20%
	Garantir o envolvimento dos adolescentes nas ações educativas e quanto à necessidade de prevenção no dia-a-dia	10%
	Redução da transmissão materno-infantil	100%
	Aumentar o número de notificações	50%
	Dar continuidade às ações do Projeto “Esquina da Noite”	01 projeto
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	Aumentar em 10% a adesão do usuário ao serviço	10%
	Aumentar a adesão das Gestante ao serviço	100%
	Melhorar o acesso do portador ao serviço	80%
	Aumentar em 10% a testagem anti-HIV	10%
	Zerar o número de sífilis congênita no município	100%
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Aquisição e distribuição de preservativos	250 mil preservativos
	Abastecer em 100% as unidades de saúde	100%
	Garantir o abastecimento de medicamentos pactuados para I.O.	100%
	Ampliar e dar sustentabilidade ao serviço	50%
	Capacitar profissionais e multiplicadores para realização de ação educativa com eficácia	10 Oficinas/serviços
	Promover e ampliar a capacidade técnica dos profissionais na atuação junto aos Projetos de controle das DST/HIV/Aids	10 profissionais

**Fonte:** Sistema de Informações do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS

Vale salientar que o período entre a programação e o início da execução dos PAM será sempre de dois meses, conforme disposto na Portaria Ministerial que institui o Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Após a adequação do período de execução do PAM ao ano fiscal, a programação dos PAM de todos os qualificados se dará no mês de outubro de cada ano e o início da sua execução

no mês de janeiro do ano subsequente, já que o repasse de recursos financeiros é automático e ininterrupto.

Das metas programadas no PAM-2004 do município de Piracicaba, três (15%) foram atingidas plenamente, quinze (75%) ultrapassaram os 100% de execução e duas (10%) tiveram execução menor que a esperada. Das duas últimas, uma teve execução de 95% e a outra de 99%, podendo ser consideradas praticamente cumpridas.

Das nove metas programadas para a área de atuação – Promoção, Prevenção e Proteção, sete tiveram execução superior à esperada (> 100%) e duas tiveram execução plena (100%).

Das cinco metas programadas para a área de atuação – Diagnóstico, Tratamento e Assistência, quatro tiveram execução superior à esperada (> 100%) e uma teve execução próxima da plena (95%).

Das seis metas programadas para a área de atuação – Desenvolvimento Institucional e Gestão, quatro tiveram execução superior à esperada (> 100%), uma teve execução plena (100%) e uma teve execução próxima da plena (99%).

Considerando que a programação foi feita para doze meses, com redimensionamento para dezesseis meses, quando da adequação ao ano fiscal, e que a execução se deu no período de dezesseis meses, podemos classificar o grau de execução física do PAM-2004 pelo município de Piracicaba como suficiente, uma vez que, das vinte metas programadas, apenas duas não atingiram execução plena e, mesmo assim, apresentaram cumprimento dentro do aceitável, superior a 95% do esperado.

**Quadro 17** – Comparativo do número de metas programadas com o número de metas atingidas no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP

Componente	Número de metas programadas	Número de metas atingidas em mais de 80%	Proporção de metas atingidas em mais de 80% (%)
1 – Promoção, Prevenção e Proteção	09	09	100
2 – Diagnóstico, Tratamento e Assistência	05	05	100
3 – Desenvolvimento Institucional e Gestão	06	06	100
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fonte: Sistema de Informações do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS*



## **Execução Financeira**

No que se refere à execução financeira dos recursos que compõem o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, programados nos PAM, as normas a serem seguidas são, exclusivamente, as constantes na legislação nacional, representadas, principalmente, pela Lei Federal nº 8666 e suas complementares.

O repasse dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde é efetuado automaticamente, fundo a fundo, em parcelas mensais, correspondentes a um duodécimo do valor de referência para os estados, Distrito Federal e municípios.

Os valores utilizados neste estudo são relacionados ao somatório de parcelas referentes ao período para o qual os PAM dos municípios de Bauru e Piracicaba foram programados/redimensionados. Portanto, para o município de Bauru, o valor é o somatório de vinte e uma parcelas, já, para o município de Piracicaba, o valor é o somatório de dezesseis parcelas, visto que esses, respectivamente, foram os períodos para os quais seus PAM foram programados e/ou redimensionados.

Isto posto, em relação à execução financeira dos Planos de Ações de Metas dos municípios de Bauru e Piracicaba, os resultados obtidos foram:

### **Bauru**

O PAM do município de Bauru teve valor total programado de R\$ 723.714,66 (setecentos e vinte e três mil, setecentos e catorze reais e sessenta e seis centavos), sendo R\$ 566.464,50 (quinhentos e sessenta e seis mil, quatrocentos e sessenta e quatro reais e cinquenta centavos) provenientes de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao respectivo Fundo Municipal de Saúde e R\$ 157.250,16 (cento e cinquenta e sete mil, duzentos e cinquenta reais e dezesseis centavos) oriundos do orçamento próprio do município.

Durante o período para qual o PAM foi programado, o município de Bauru apresentou execução financeira plena, uma vez que executou a totalidade dos recursos financeiros programados (100%), tanto os repassados pelo FNS, quanto os provenientes do orçamento próprio do município.

**Quadro 18** – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no PAM-2004 do município de Bauru-SP

<b>FONTE</b> \ <b>TIPO</b>	<b>Programados</b>	<b>Executados</b>	<b>Saldo</b>
<b>Incentivo</b>	566.464,50	566.464,50	0,00
<b>Próprio</b>	157.250,16	157.250,16	0,00
<b>Total</b>	<b>723.714,66</b>	<b>723.714,66</b>	<b>0,00</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS.

Houve um saldo final resultante da execução do PAM, no valor de R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais), que não foi considerado para efeito da determinação do grau de execução financeira por tratar-se de recursos auferidos de aplicação financeira dos recursos repassados pelo FNS no período, não fazendo, portanto, parte da programação inicial.

A partir dos valores apresentados, classificamos o grau de execução financeira do município de Bauru, como suficiente (> 80%).

**Quadro 19** – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no PAM-2004 do município de Bauru-SP

<b>Total de Recursos Programados (R\$)</b>	<b>Total de Recursos Executados (R\$)</b>	<b>Execução dos Recursos</b>		<b>Grau de Execução Financeira</b>
		<b>(%)</b>	<b>Classificação</b>	
<b>723.714,66</b>	<b>723.714,66</b>	<b>100</b>	<b>Plena</b>	<b>Suficiente</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS.

### **Piracicaba**

O PAM do município de Piracicaba teve valor total programado de R\$ 670.502,69 (seiscentos e setenta mil, quinhentos e dois reais e sessenta e nove centavos), sendo R\$ 464.212,00 (quatrocentos e sessenta e quatro mil e duzentos e doze reais) provenientes de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao respectivo Fundo Municipal de Saúde e R\$ 206.290,69 (duzentos e seis mil, duzentos e noventa reais e sessenta e nove centavos) oriundos do orçamento próprio do município.

Durante o período para qual o PAM foi programado, o município de Piracicaba executou R\$ 375.767,80 (trezentos e setenta e cinco mil, setecentos e sessenta e sete reais e oitenta centavos), sendo R\$ 169.477,11 (cento e sessenta e nove mil, quatrocentos e setenta e sete reais e onze centavos) repassados pelo FNS e R\$ 206.290,69 (duzentos e seis mil, duzentos e noventa reais e sessenta e nove centavos) provenientes do orçamento próprio do município, o que determina uma execução financeira de 56,04% do total de recursos financeiros programados para o PAM.

O saldo final resultante da execução do PAM foi de R\$ 294.734,89 (duzentos e noventa e quatro mil, setecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos), provenientes de repasse pelo FNS, ou seja, 43,96% do valor total do PAM.

**Quadro 20** – Recursos Financeiros, em reais, Programados e executados no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP

<b>FONTE</b> \ <b>TIPO</b>	<b>Programados</b>	<b>Executados</b>	<b>Saldo</b>
<b>Incentivo</b>	464.212,00	169.477,11	294.734,89
<b>Próprio</b>	206.290,69	206.290,69	0,00
<b>Total</b>	<b>670.502,69</b>	<b>375.767,80</b>	<b>294.734,89</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS.

Houve, ainda, um saldo adicional da execução do PAM, no valor de R\$ 31.278,67 (trinta e um mil, duzentos e setenta e oito reais e sessenta e sete centavos), que, a exemplo do que já foi relatado e relação ao município de Bauru, não foi considerado para efeito da determinação do grau de execução financeira por tratar-se de recursos auferidos de aplicação financeira dos recursos repassados pelo FNS no período, não fazendo, portanto, parte da programação inicial.

A partir dos dados apresentados, classificamos o *grau de execução financeira* do município de Piracicaba como mediano (> 50% e < 80%).

**Quadro 21** – Proporção de recursos financeiros executados, em relação aos programados no PAM-2004 do município de Piracicaba-SP

<b>Total de Recursos Programados (R\$)</b>	<b>Total de Recursos Executados (R\$)</b>	<b>Execução dos Recursos</b>		<b>Grau de Execução Financeira</b>
		<b>(%)</b>	<b>Classificação</b>	
<b>670.502,69</b>	<b>375.767,80</b>	<b>56,04</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mediano</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento do Incentivo – PN-DST/Aids/SVS/MS.

Esta execução financeira, aquém da esperada, não se relaciona a uma dificuldade específica por regras ou legislação impostas pelo instrumento jurídico de repasse financeiro. Segundo informações colhidas com os técnicos responsáveis pela execução dos recursos, se deve ao fato do município de Piracicaba ter enfrentado, principalmente no ano de 2004, grandes dificuldades orçamentárias, ou seja, havia recursos financeiros, porém não havia disponibilidade de orçamento para sua execução.

Outro fator que nos parece ter influência direta na execução local de recursos financeiros para o setor saúde está relacionado com a “autonomia relativa” do Fundo Municipal de Saúde (FMS), comentada no item Análise das Respostas ao Questionário semi-estruturado.

## **Análise das Respostas ao Questionário semi-estruturado**

A seguir apresentamos os resultados referentes às entrevistas com informantes-chave, a partir do questionário semi-estruturado (Anexo 1).

O questionário foi aplicado às coordenadoras dos Programas Municipais de DST/Aids e pelos responsáveis pela execução orçamentário-financeira dos convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e os municípios de Piracicaba e Bauru.

No município de Piracicaba, sendo o autor do estudo o atual coordenador do Programa Municipal de DST/Aids, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o questionário semi-estruturado, foram aplicados à coordenadora anterior (que respondia pelo Programa Municipal de DST/Aids no período estudado), por uma profissional colaboradora.

Aos demais informantes-chave, o questionário foi aplicado pelo próprio autor.

O questionário se divide em quatro grandes blocos:

### **Bloco 1 – Estrutura e Organização**

Neste bloco, as questões referem-se, como o próprio título sugere, à estrutura e organização dos Programas Municipais de DST/Aids.

O Programa Municipal de DST/Aids de Piracicaba é instituído formalmente e o de Bauru não, mesmo esta sendo uma orientação clara do PN-DST/Aids/MS, desde a época da instituição de financiamento específico, ainda através de convênios. Tal situação, verificada no município de Bauru, pode ser considerada como uma “deficiência”.

Outra, que podemos chamar de “deficiência”, é a situação institucional do Fundo Municipal de Saúde, que, embora instituído formalmente, não tem a autonomia preconizada, marcada por CNPJ próprio, que é uma exigência legal. Porém, esta deficiência não se verifica somente no município de Bauru, mas de Piracicaba também.

Quanto à inserção do Programa Municipal de DST/Aids na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, Piracicaba mostra certa vantagem sobre Bauru, já que a Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids de Piracicaba reporta-se diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, o que pode simplificar alguns processos, principalmente de aquisições e contratações, enquanto em Bauru, entre o Secretário

Municipal de Saúde e a Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids existe um nível hierárquico intermediário.

Com relação aos processos de aquisição/contratação de bens e serviços para a área da saúde (solicitação, ordenação, empenhamento, liquidação e pagamento das despesas), nos dois municípios, transcorrem da mesma maneira: o Programa solicita, o secretário de saúde ordena a despesa, o fundo municipal de saúde empenha, o setor de abastecimento (almoxarifado) recebe e liquida e a secretaria de finanças paga.

Portanto, nos dois municípios, a preconizada autonomia do fundo municipal de saúde é relativa. Verifica-se uma situação de “dependência” do fundo municipal de saúde com a secretaria municipal de finanças, o que determina certa irregularidade nos processos de aquisição/contratação de bens e serviços para a área de saúde, uma vez que pode haver conflito de prioridades entre a secretaria de saúde e a secretaria de finanças.

O sistema informatizado para registro e acompanhamento destes processos, existe nos dois municípios, diferindo apenas no tipo de sistema por eles utilizado. Enquanto Piracicaba utiliza o SIAFEM, Bauru utiliza um sistema específico, desenvolvido localmente.

## **Bloco 2 – Período de Financiamento através de Convênios**

Neste bloco, evidencia-se que no período no qual o financiamento era realizado através de convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e os municípios, os maiores esforços dos Programas locais eram relacionados com processos administrativos, que se mostravam altamente burocráticos e morosos.

Com base nas respostas dadas à questão sobre participação e controle social, observamos que a participação da sociedade civil era reduzida e o controle social desorganizado, representados, em Bauru, pela participação de Organização(ões) Não Governamental(ais) (ONG) voltada(s) às ações específicas em DST/Aids, quase que exclusivamente no processo de elaboração do POA.

A participação de ONG/Aids, em “substituição” ao Conselho Municipal de Saúde, instância máxima de deliberação de políticas de saúde no nível municipal, embora desse uma relativa transparência ao processo, além de restringir-se à fase de elaboração do POA, não possibilitava o pleno exercício do controle social, exatamente por não ter caráter deliberativo.

No município de Piracicaba, o Conselho Municipal de Saúde participava diretamente do processo de elaboração do POA e analisava trimestralmente as despesas pagas com recursos do convênio.

Em ambos os municípios, contudo, as Câmaras de Vereadores, contrariando o que diz a legislação brasileira, sequer eram informadas sobre os recursos destinados às ações de DST/Aids no município.

As maiores dificuldades apontadas pelos entrevistados durante o processo de celebração dos convênios estavam relacionadas com as regras estabelecidas pelas diversas fontes de financiamento que de certo modo engessavam desde o planejamento até a execução, ou seja, não possibilitavam liberdade de ação.

Outros fatores destacados por alguns entrevistados como importantes dificultadores durante o período de financiamento através de convênios foram: a demora no repasse dos recursos pelo FNS e o baixo nível de conhecimento, por parte dos funcionários direta e indiretamente envolvidos, das regras instituídas pelo BIRD para a execução dos recursos financeiros inseridos no Acordo de Empréstimo – AIDS II.

Aqui é preciso que façamos uma reflexão sobre a implantação dos Programas de DST/Aids no Brasil e o momento histórico no qual este processo ocorreu. Em 1994, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) contava com apenas quatro anos de regulamentação, o país construía uma nova proposta para as políticas públicas de saúde. Parte importante desta discussão estava relacionada com o financiamento do Sistema, já que os artigos e mecanismos que tratavam do assunto, quando da aprovação e da promulgação da lei 8080/90, foram todos vetados.

Na tentativa de suprir esta “omissão” da legislação, estava em vigor, desde 1993, uma Norma Operacional Básica (NOB-93), que, além de estabelecer regras e parâmetros para o financiamento do Sistema, trazia uma proposta de organização do SUS, com o estabelecimento de compromissos e responsabilidades para os três níveis de gestão: Federal, Estadual e Municipal. Entrou em cena, com força total, a discussão sobre a necessidade de desenvolver mecanismos que possibilitassem financiar “Plano de Saúde”, superando a lógica de “prestação de serviços” que permeava a relação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Surge, então, a oportunidade do Brasil celebrar um Acordo de Empréstimo, para o financiamento das ações de DST/Aids, junto ao BIRD, o chamado AIDS II, que

possibilitou ao Programa Nacional de DST e Aids (naquele momento “Coordenação Nacional de DST/Aids”) repassar recursos financeiros para as secretarias de saúde dos estados e de municípios prioritários para o desenvolvimento, no nível local, das ações específicas, bem como fomentar a criação de programas de DST/Aids em cada um desses estados e municípios.

O instrumento jurídico adotado para mediar a transferência de recursos foi o convênio e, por tratar-se do enfrentamento de uma pandemia, o Programa Nacional de DST e Aids tratou de estabelecer uma forma ágil, quase emergencial, dos estados e municípios prioritários aderirem à proposta e acessarem os recursos financeiros.

Essa lógica de financiamento, diferente da utilizada para as demais ações de saúde, conforme verificado ao longo dos oito anos nos quais foi utilizada (1994 a 2002), período de vigência de Acordos de Empréstimo (AIDS I e AIDS II), acabou por contribuir para um certo distanciamento entre os Programas de DST/Aids e os outros setores e áreas que compõem o sistema de saúde nos três níveis de governo, o que pode ser constatado pelo fato dos Programas de DST/Aids, nos três níveis de gestão, terem sido “rotulados” pelos demais setores e áreas da saúde como “primos ricos” do SUS.

Essa realidade contribuiu para que as ações de DST/Aids tivessem uma baixa inserção na Rede Pública de Saúde, enfrentando certa resistência dos demais programas, setores e áreas da saúde na sua incorporação e na apropriação do seu inegável caráter transversal.

### **Bloco 3 – Período de Financiamento através do Incentivo**

Pelas informações obtidas dos questionários respondidos, as dificuldades de execução dos recursos financeiros que integram o Incentivo, no que se refere aos outros órgãos e secretarias municipais envolvidos nos processos de aquisição/contratação de bens e serviços, não diferem em muito das enfrentadas para a execução dos recursos financeiros constantes dos convênios, exceto pelo fato das regras aplicadas à execução do incentivo serem de domínio dos funcionários desses órgãos e secretarias municipais.

Na opinião do responsável pela execução orçamentário-financeira dos recursos específicos do município de Piracicaba, a implantação do Incentivo promoveu a inserção desta execução na rotina de aquisições da prefeitura, o que significa dizer que transcorre normalmente como qualquer outro processo licitatório.

Transcorrer normalmente não significa que o processo seja simples ou fácil, pelo contrário, uma vez que as dificuldades existem, somente não são aumentadas pela imposição de regras e normas diferentes.

O que fica claro na fala dos informantes, embora não de forma tão explícita, já que não existia no questionário uma pergunta específica relacionada aos detalhes das dificuldades enfrentadas no processo de aquisição/contratação de bens e serviços, é que a maioria dessas dificuldades está ligada à, digamos, “autonomia vigiada” que o Fundo Municipal de Saúde tem nos dois municípios.

O que ocorre, na prática, é que a autorização final para a efetivação dos processos de aquisição/contratação de bens e serviços é dada pela secretaria de finanças e não pela secretaria de saúde. Assim sendo, ter o recurso financeiro disponível não garante a realização do gasto proposto pela área técnica responsável pelas ações de DST/Aids no município, mesmo que o secretário de saúde esteja de acordo.

Quanto à participação da sociedade civil e ao controle social, embora fosse esperado o contrário, não se relatou mudança significativa, mesmo sendo considerados obrigatórios pela Portaria GM nº 2313, de 19 de agosto de 2002, que instituiu o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*.

No município de Bauru, a possibilidade de participação e controle social não se alterou em relação ao período dos convênios. Continuou ocorrendo a “substituição” do Conselho Municipal de Saúde (CMS) pelas ONG/Aids.

Em Piracicaba, embora também não tenha ocorrido mudança, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) já participava do processo de elaboração do POA (período de financiamento através de convênios) e continuou participando do processo de elaboração do PAM.

A maior dificuldade relatada em relação à qualificação do município ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST foi o desconhecimento desse processo por parte dos técnicos locais que, pela primeira vez, tiveram que submeter-se às instâncias de controle social e de pactuação intergestores existentes no SUS.

Em contraponto aos comentários tecidos no bloco anterior, sobre a implantação dos programas de DST/Aids e o momento histórico em que ela ocorreu, a substituição da lógica de financiamento por meio de convênios pelo mecanismo de repasse fundo a



fundo, por meio do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, teve, além das já discutidas, a intenção de resgatar a noção de que as ações voltadas à prevenção e controle das DST/Aids são e sempre foram integrantes do SUS, bem como, de promover maior inserção destas ações na rede pública de saúde, de forma transversal.

Este desafio, atualmente colocado para os programas de DST/Aids em todos os níveis de gestão do SUS, da inserção das ações e serviços específicos à rede pública, bem como, do movimento social em Aids aos espaços institucionalizados de controle social do Sistema, especialmente os Conselhos de Saúde, deve merecer especial atenção durante os processos de planejamento, quando da construção dos PAM, pois se apresenta, nesse momento, como um dos problemas prioritários a ser enfrentado.

Embora se relacione a questões já conhecidas há um bom tempo, este pode ser considerado um “novo problema” que, de certa forma, tem como um dos principais fatores para sua exacerbação, o processo de implantação e desenvolvimento dos próprios programas de DST/Aids, o que reforça a necessidade da instrumentalização dos atores envolvidos no processo de planejamento dos PAM para que possam ter, a cada nova situação analisada, a percepção de que os problemas não são estanques, mas se inter-relacionam e se alteram constantemente, num movimento de intercâmbio de problemas (Matus, 1996).

#### **Bloco 4 – Comparação entre os dois períodos**

Fica claro, a partir das respostas dadas pelos informantes, sejam responsáveis técnicos ou da área financeira, que a substituição do financiamento através de convênios pelo *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids* trouxe vantagens e significou um avanço, mesmo em alguns pontos que eram considerados nevrálgicos quando das discussões sobre a implantação da nova sistemática de financiamento, tanto no âmbito do Ministério da Saúde, quanto nos fóruns de pactuação, principalmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Destes, os pontos considerados mais polêmicos e, portanto, mais perigosos para o processo de implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* eram: i) a necessidade de cumprir processo de qualificação, passando por aprovação do PAM pelo respectivo Conselho de Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde (no caso dos municípios) e a homologação nas instâncias de pactuação – Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite; ii) a implantação de um sistema de

monitoramento do PAM, com caráter obrigatório e prevendo penalidades para os casos de não cumprimento, seja das metas pactuadas ou da periodicidade da alimentação do próprio sistema.

Todos os informantes, dos dois municípios, embora um deles tenha relatado uma certa dificuldade nas discussões com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), consideram o processo de qualificação ao Incentivo mais coerente com os princípios e diretrizes do SUS do que a celebração de convênios.

Com relação à implantação do sistema de monitoramento, com caráter obrigatório e penalidades definidas, os informantes foram unânimes em afirmar que significou um avanço, principalmente por estar centrado em acompanhar o cumprimento da programação física do PAM.

Quanto aos outros aspectos questionados, todas as respostas apontam para “vantagens” da implantação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST em relação ao período de financiamento através da celebração de convênios, são elas:

- Processos de aquisição/contratação de bens e serviços mais ágeis;
- Maior autonomia do nível local;
- Promoção de maior sustentabilidade das ações;
- Instrumento de programação do Incentivo (PAM) de mais fácil compreensão e utilização; e
- Execução orçamentário-financeira mais simples e com menos restrições.

Fizeram parte do questionário mais duas questões, uma sobre o que aconteceria com as ações de DST/HIV/Aids se o município fosse desqualificado para o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* e, portanto, não recebesse mais recursos financeiros específicos; e outra sobre qual dos dois mecanismos de financiamento (convênio ou Incentivo) traz maior garantia de que os recursos financeiros envolvidos sejam realmente utilizados para sua finalidade.

Para os informantes de Piracicaba, a desqualificação do município para o Incentivo, caso viesse a ocorrer, não significaria descontinuidade das ações de DST/HIV/Aids que seriam assumidas pelo município.

Quanto à garantia da aplicação dos recursos financeiros para sua finalidade específica, os mesmos informantes de Piracicaba, acreditam não ser maior ou menor em nenhum dos dois mecanismos de financiamento (convênio e Incentivo), mas consideram necessário e mais importante para promover esta garantia, o compromisso com a saúde pública por parte dos gestores do sistema local de saúde e dos demais atores envolvidos na sua construção.

Já para os informantes do município de Bauru, caso o município viesse a ser desqualificado para o Incentivo, as ações de DST/HIV/Aids continuariam sendo desenvolvidas pelo município, porém, sofreriam descontinuidade, principalmente, as ações de prevenção, embora o principal insumo, preservativo masculino, esteja contemplado na rotina de aquisições da secretaria municipal de saúde.

No que se refere à garantia da aplicação dos recursos financeiros para sua finalidade específica, os informantes de Bauru responderam que é maior com a implantação do Incentivo, segundo eles, devido a agilidade do repasse e certa autonomia na execução.

## **VII - Conclusões**

Com base nos resultados apresentados, algumas considerações precisam ser feitas.

Adicionalmente, utilizamo-nos da nossa experiência como consultor técnico da Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) do Programa Nacional de DST/Aids no período de 2001 a 2003, quando se deu a elaboração, a formalização e a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, passando, em janeiro de 2004, até fevereiro de 2005, a ser o responsável pela mesma Assessoria do PN-DST/Aids, período em que ocorreu a elaboração, a formalização e a implantação do Sistema de Monitoramento do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* e, atualmente, desde março de 2005, de volta ao município de Piracicaba, como coordenador do Programa Municipal de DST/Aids, acumulando a Diretoria do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Parece-nos ter sido benéfica, no ponto de vista do enfrentamento de um problema de saúde pública, a implantação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, em substituição ao financiamento por meio de

convênios, das ações em DST/HIV/Aids realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios.

A migração do foco por parte do Ministério da Saúde, que estava centrado na execução dos recursos financeiros durante o período de financiamento através de convênios, para o monitoramento de ações e metas pactuadas nas diversas instâncias do SUS, mostrou ser capaz de proporcionar o mesmo movimento na execução local, pelos municípios envolvidos no estudo, o que demonstra a grande influência que existe entre os níveis de gestão do sistema de saúde no nosso país.

Chegamos a resultados, podemos dizer, quase inversos nos dois períodos analisados: execução física dos POA (convênios) insuficiente para o município de Bauru e mediana para Piracicaba; e execução financeira dos POA (convênios) altamente satisfatória para os dois municípios, contrapondo-se a execução física dos PAM (incentivo) mediana, com forte tendência a suficiente para Bauru e suficiente para Piracicaba; e execução financeira dos PAM (incentivo) suficiente para o município de Bauru e mediana para o município de Piracicaba.

O fato de termos chegado a tais resultados, embora para muitos possa significar problema, por considerarem que o ideal é que as execuções física e financeira sejam suficientes, não nos traz tanta preocupação, já que, pela própria dinâmica do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, a execução financeira plena não é considerado ponto principal e obrigatório, uma vez que, prevê a possibilidade da programação do eventual saldo de recursos financeiros de um PAM para o PAM subsequente.

Esta possibilidade de “passagem” de recursos financeiros (saldo) de um PAM para outro, em nossa opinião, significa maior autonomia para os municípios na gestão do recurso e, até o momento, não deve ser encarado como algo a ser enfrentado como um problema, porém, é um fenômeno que deve ser acompanhado.

Conforme comentado anteriormente, é notório que a execução das ações e o alcance das metas têm maior poder de interferência na realidade das DST/HIV/Aids do que o executar recursos financeiros.

E, nesse sentido, a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, em substituição à lógica de financiamento através de convênios, mostrou-se positiva, elevando o grau de execução física dos dois municípios

– Bauru, de insuficiente para mediana com forte tendência a suficiente e Piracicaba, de mediana para suficiente.

O pressuposto que tínhamos - A lógica de financiamento através do “*Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*”, ao contrário da lógica de financiamento através de convênios, facilita o processo de execução financeira, contribuindo para o alcance das metas propostas pelos três níveis de governo – embora não tenha sido confirmado pelos números da execução financeira dos PAM dos dois municípios, pelas respostas dadas ao questionário, principalmente pelos responsáveis pela execução orçamentário-financeira dos recursos, o foi.

Outro ponto que nos parece importante destacar é uma possível relação da situação institucional do Programa e a maior participação (social e de outras secretarias e órgãos públicos) com a percepção de continuidade das ações, mesmo sem financiamento.

Essa noção ganha força quando comparamos as respostas dadas às questões que tratam especificamente desse tema no questionário aplicado aos informantes-chave em cada um dos municípios.

Os informantes do município de Piracicaba, onde o Programa é formalmente instituído e o coordenador reporta-se diretamente ao secretário de saúde, avaliam que as ações específicas em DST/HIV/Aids, mesmo que o município fosse desqualificado para o Incentivo, seriam assumidas pelo município e não sofreriam descontinuidade e, além disso, consideram que o mecanismo de financiamento, seja incentivo ou convênio, não interfere de forma decisiva para que os recursos sejam destinados às ações específicas da área, considerando mais importante para promover essa garantia da utilização dos recursos para a finalidade específica, o compromisso dos gestores do sistema local de saúde e dos demais atores envolvidos na sua construção.

Já os informantes do município de Bauru, onde o Programa não é formalmente instituído e, na estrutura da secretaria de saúde, aparece vinculado a um nível intermediário entre o próprio Programa e o secretário de saúde, avaliam que, na hipótese de desqualificação do seu município para o Incentivo, as ações específicas em DST/HIV/Aids, embora acreditem que sejam assumidas pelo município, sofreriam descontinuidade importante e, no que se refere à utilização dos recursos para a sua finalidade específica, acreditam que o mecanismo de transferência automática, fundo a

fundo, presente no *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, traga maior garantia que o financiamento através de convênios.

Essas diferenças, talvez estejam ligadas ao grau de autonomia que os Programas de cada município possuem, mas, mesmo assim, estará fortemente relacionado ao seu grau de institucionalização, diretamente ligado, em nossa opinião, ao nível hierárquico que ocupa e à sua formalização.

Outro achado do estudo que queremos destacar é o fato de não ter havido mudanças significativas em relação à participação da sociedade civil e ao controle social nos dois períodos analisados – financiamento através de convênios (POA) e Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – nos momentos da gestão dos planos, principalmente na sua elaboração.

Porém, devemos salientar que, para cada um dos municípios, a não ocorrência de mudanças tem significados diferentes:

No caso do município de Piracicaba não houve mudança quando da implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, porque a mudança que se pretendeu com o Incentivo já havia ocorrido anteriormente a sua implantação, ou seja, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e o Conselho Municipal e Saúde (CMS) já estavam envolvidos no processo de elaboração do POA e continuaram envolvidos no processo de elaboração do PAM.

No caso do município de Bauru, a mudança pretendida com a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, não ocorreu nem nesse momento e nem um outro qualquer.

## **VIII - Considerações Finais**

Além da limitação metodológica, este estudo sofreu, ao longo de sua elaboração, ainda na fase de projeto, vários recortes, de objeto e amplitude, devido a uma importante limitação de tempo para o seu desenvolvimento, conclusão e defesa da dissertação.

Outra limitação do estudo é determinada pelo fato da produção científica sobre avaliação da utilização de financiamento (incentivos financeiros) como estratégia de indução de mudanças ser, ainda, muito pequena.

Neste contexto, os resultados do estudo constituem uma análise parcial que aponta para a necessidade de novos estudos, mais aprofundados, sobre o tema.

Algumas constatações, principalmente o que está destacado nas conclusões do estudo, embora mereçam estudos mais aprofundados, uma vez que este estudo abrangeu apenas dois dentre os mais de quatrocentos e vinte municípios qualificados para o *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* em todo país, podem nos apontar que o poder do financiamento, como fator de indução de políticas públicas, sobretudo para as áreas sociais, é relativo.

A necessidade da realização de estudos mais aprofundados e específicos para verificar o real poder de indução que o financiamento, melhor dizendo, que a possibilidade de obtenção de recursos federais pelos estados, Distrito Federal e municípios, exerce sobre a implantação de políticas públicas fica mais evidente se considerarmos que esta é uma prática no nosso país.

O fato do município de Piracicaba ter apresentado um grau de execução financeira apenas mediano, segundo os informantes-chave daquele município, em consequência de “falta de orçamento”, aponta uma necessidade de maior ênfase, por parte do Programa Nacional de DST e Aids, na importância da construção da proposta orçamentária dos programas locais, por meio da utilização de instrumento de memória de cálculo ou similar, paralelamente ao processo de elaboração do PAM.

Outro aspecto que deve ser considerado é a interferência exercida pelos setores ligados às áreas de finanças e contabilidade das prefeituras na autonomia da área técnica responsável pelas ações de DST/HIV/Aids no município e da própria secretaria municipal de saúde.

Esta interferência torna-se ainda mais grave se considerarmos que o mesmo que verificamos para as ações de DST/HIV/Aids, neste estudo, muito provavelmente ocorre em relação à execução orçamentário-financeira de todos os recursos destinados às políticas públicas da área de saúde e das demais áreas sociais.

No contexto atual, com o advento dos “Pactos de Saúde”, uma relação de “dependência” entre o fundo municipal de saúde e as áreas de finanças das prefeituras pode ser um grande agente dificultador na execução dos recursos, principalmente se acontecerem situações de conflito de prioridades entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Finanças.

Portanto, antes de elaborar regras que regulamentem a utilização de recursos, precisamos entender mais profundamente quais são as reais relações de força e de poder que existem, nos vários níveis de gestão, e o quanto essas regras podem funcionar como fatores facilitadores ou dificultadores para a implantação/implementação de políticas públicas.



**IX – Referências Bibliográficas:**

- Artmann, E., Planejamento Estratégico Situacional no nível local: Um instrumento a favor de uma visão multisetorial. In: Cadernos da Oficina Social, n 3. Rio de Janeiro 2000. p 98-119.
- Artmann, E. - Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. Rio de Janeiro, 2001: Ciência & Saúde coletiva;6(1):183-95.
- Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Nota Técnica à CIT, Brasília, 2002a.
- Brasil. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids – Relatório de Desempenho Projeto AIDS II ao BIRD, 2002b.
- Brasil. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2313 – Institui o Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Brasília, 2002c.
- Brasil. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2314 – Institui o Plano de Ações e Metas, como instrumento de programação do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Brasília, 2002d.
- Brasil. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids – Manual de Programação/Reprogramação do POA – SIAIDS, 1999.
- Denis, J.L e Champagne, F. – Análise da Implantação. *In*, Hartz, Z. M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.
- Frias, P. G. – Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida, 2001, *in* Unidade didático-operacional – Meta-avaliação do curso de especialização em avaliação de programas de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids – ENSP/PN- DST/Aids –CDC – Tulane University -2004
- Hartz, Zulmira M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.

- Matida, Álvaro H. - Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):37-47, jan-fev, 2004.
- Matus, C. 1996. Adeus Senhor Presidente: O conceito de situação. In: cadernos do Fundap. São Paulo. Edições Fundap. 1996. pp.149-156. Guia de Análisis Teórico. Caracas: Fundacion Altadir, 1994.
- Medici, A.C. - Reformas do Setor Saúde. In: Cd Brasil MRE Brasília, 2000.
- Mendes, Áquilas N.; Marques, Rosa M. – O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. Projetos de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde - Série Técnica – OPAS/OMS, MS, Brasília-DF (2003).
- Oliveira, Maria Auxiliadora *et al* – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18(5): 1429-1439, set-out, 2002.
- Santos, Elizabeth M. *et al* – Dimensão Técnico Operacional – Modelo Lógico do Programa. Apostila do curso de especialização em avaliação de programas de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.
- Scriven, M – O conceito de avaliação. In, Introdução à avaliação de programas sociais - Coletânea de textos. Instituto Fonte –Rio de Janeiro, 2004.
- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004a) *apud* Merriam, S.B. (1998). Qualitative research and case study applications in education. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004b) *apud* Eisenhardt, K. (1989). Building theories from case study research. Academy of Management Journal. Vol. 14, No. 4 .
- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004c) *apud* Snow, D. & Anderson, L. (1991). Researching the homeless: The characteristics, features, and virtues of the case study. In J. Feagin, A. Orum and G. Sjoberg, A case for the case study, University of North Carolina Press.

- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004d) *apud* Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. (2<sup>nd</sup> ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004e) *apud* Yin, R.K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Vogel, Ellen – Projeto de Relatório sobre Metodologia (OPAS – 2004f) *apud* Stake, R.E. (2000). *Case studies*. In Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. *Handbook of qualitative research*. (2<sup>nd</sup> ed.) p. 435-454. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ugá, M.A.D., *Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: Uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira*. In, Vianna, S. et al. *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 1994

## **X - ANEXOS**

**ANEXO 1** – Questionário semi-estruturado a ser aplicado pelo pesquisador aos informantes-chave de cada um dos dois municípios - coordenador(a) do Programa Municipal de DST/Aids e Responsável pela execução financeira dos recursos específicos para as ações de DST/HIV/Aids no município.

**Data:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Informante/ Código:** \_\_\_\_\_

### **INTRODUÇÃO**

Este questionário tem por finalidade colher informações sobre o processo de gestão das ações de DST/HIV/Aids nos municípios, buscando identificar fatores que possam ter interferido no seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Para tanto, sua aplicação está dirigida a pessoas como o(a) senhor(a) que têm experiência e vivência deste processo na esfera municipal.

Agradeço sua disponibilidade para respondê-lo e procurarei tomar o menor tempo possível do(a) senhor(a).

<b>BLOCO 1 – ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO</b>
--

1.1. O Programa de DST/Aids é formalmente instituído no município?

Sim       Não

1.2. Na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, na prática, quantos níveis hierárquicos existem entre a Coordenação de DST/Aids e o Secretário de Saúde?

Nenhum, reporta-se diretamente ao Secretário Municipal de Saúde.  
 01  
 02  
 03 ou mais

1.3. O Programa de DST/Aids, no seu município, é uma unidade gestora?

Sim       Não

1.4. No seu município, quem é o ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos para as ações de DST/HIV/Aids?

O Coordenador do Programa Municipal de DST/Aids  
 O responsável pela execução orçamentário-financeira do PAM  
 O Secretário Municipal de Saúde  
 O Presidente/Diretor (ou similar) do Fundo Municipal de Saúde  
 O Secretário Municipal de Finanças  
 O Prefeito Municipal  
 Outro \_\_\_\_\_

1.5. O Fundo Municipal de Saúde é formalmente instituído, com CNPJ próprio e autonomia de gestão dos recursos destinados à saúde no município?

Sim       Não

1.6. Por favor, resumidamente, explique como se dá o processo de aquisição/contratação de bens e serviços para a área da saúde no seu município. (solicitação, ordenação, empenhamento, liquidação e pagamento das despesas)

---

---

---

---

1.7. Seu município utiliza algum sistema informatizado para registro e acompanhamento deste processo?

Sim       Não

Se sim, Qual?

SIAFEM

Outro: \_\_\_\_\_

## **BLOCO 2 – PERÍODO DE FINANCIAMENTO ATRAVÉS DE CONVÊNIOS**

Até o ano de 2002, o financiamento específico das ações de DST/HIV/Aids no país era realizado através de convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e os estados, Distrito Federal e municípios.

As questões agrupadas neste Bloco referem-se a este período.

2.1. Na sua opinião, qual(ais) era(m) a(s) maior(es) dificuldade(s) que o município enfrentava durante o processo de celebração de um convênio?

---

---

2.2. Na elaboração do(s) POA, quais dessas instituições participavam ativamente?

ONG/Aids

Outras Organizações da Sociedade Civil (OSC) existentes no município

Conselho Municipal de Saúde

Câmara de Vereadores

Outras \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

---

---

2.3. Na execução do(s) convênio(s) (POA), o Programa Municipal enfrentou alguma dificuldade com algum desses órgãos/setores envolvidos nos processos de aquisição/contratação de bens e serviços por conta das normas de execução de recursos do BIRD?

(assinalar com “X” quando a resposta for positiva para o órgão/setor correspondente)

- Procuradoria Jurídica
- Setor de Compras
- Comissão de Licitações
- Fundo Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Finanças
- Outro(s) \_\_\_\_\_

### **BLOCO 3 – PERÍODO DE FINANCIAMENTO ATRAVÉS DO INCENTIVO**

A partir de dezembro de 2002, o financiamento específico das ações de DST/HIV/Aids no país vem se realizando através de transferência automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios qualificados ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*.

As questões agrupadas neste Bloco referem-se a este período.

3.1. Na sua opinião, quais foram as maiores dificuldades que o município enfrentou durante o processo de qualificação ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*?

---

---

---

---

---

3.2. Na elaboração do(s) PAM, quais dessas instituições participam ativamente?

- ONG/Aids
- Outras Organizações da Sociedade Civil (OSC) existentes no município
- Conselho Municipal de Saúde
- Câmara de Vereadores
- Outras \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3. Na execução do(s) PAM, com a adoção da legislação brasileira para os processos de aquisição/contratação de bens e serviços, de forma exclusiva, o Programa Municipal enfrentou alguma dificuldade com algum desses órgãos/setores envolvidos nesses processos?

(assinalar com “X” quando a resposta for positiva para o órgão/setor correspondente)

- Procuradoria Jurídica
- Setor de Compras
- Comissão de Licitações
- Fundo Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Finanças
- Outro(s) \_\_\_\_\_

#### BLOCO 4 – COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS PERÍODOS

4.1. Na sua opinião, quais foram as mudanças mais significativas que a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* promoveu, em relação ao período do financiamento através de convênios ?

\_\_\_\_\_

4.2. Na sua opinião, desses dois processos, qual podemos chamar de mais coerente com os princípios e diretrizes que regem o SUS?

- Celebração de convênio
- qualificação ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*

Por que?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.3. Na sua opinião, qual desses instrumentos de programação é de mais fácil compreensão e utilização?

- Plano Operativo Anual (POA)
- Plano de Ações e Metas (PAM)

Por que?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.4. Na sua opinião, a execução orçamentário-financeira dos recursos mostrou-se mais simples em qual dos dois períodos?

- Financiamento por convênios (POA) – até dezembro de 2002
- Financiamento automático fundo-a-fundo (PAM) – após dezembro de 2002

Por que?

\_\_\_\_\_



4.5. Como o(a) senhor(a) considera a implantação do Sistema de Monitoramento do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, com caráter obrigatório e prevendo penalidades?

- como um avanço
  - como um retrocesso
  - Desnecessária
  - Indiferente
- Por que?

---

---

4.6. Na sua opinião, se o seu município, por qualquer motivo, viesse a ser desqualificado ao *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST*, o que aconteceria com as ações de DST/HIV/Aids que o Programa Municipal vem desenvolvendo?

- Seriam assumidas pelo Programa Estadual e não sofreriam descontinuidade
- Seriam assumidas pelo Programa Estadual, porém sofreriam descontinuidade
- Continuariam sendo desenvolvidas pelo município e não sofreriam descontinuidade
- Continuariam sendo desenvolvidas pelo município, porém sofreriam descontinuidade
- Seriam paralisadas

Por que?

---

---

---

---

---

4.7. Na sua opinião, qual desses dois mecanismos de financiamento traz maior garantia de que os recursos financeiros envolvidos sejam realmente utilizados somente para as ações de DST/HIV/Aids pelos estados, Distrito Federal e municípios?

- Financiamento por convênios
- Financiamento automático fundo-a-fundo em conta específica
- Indiferente.

Por que?

---

---

---



**ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a),

Este documento tem a finalidade de informá-lo(a) e pedir o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública “Dr. Sérgio Arouca” - ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, sediada na cidade do Rio de Janeiro-RJ.

O estudo pretende avaliar a implantação do *Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST* em comparação ao mecanismo anterior de financiamento através de convênios, tendo como foco principal a execução alcançada em relação ao que foi programado, identificando fatores que possam ter interferido nesse processo.

A pesquisa será conduzida através de questionários que perguntarão sobre o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para o controle das DST/Aids no seu município, mais especificamente com relação à execução físico-financeira das ações e metas programadas nos Planos Operativos Anuais (POA), no período anterior a dezembro de 2002, e nos Planos de Ações e Metas (PAM), após dezembro de 2002.

O(a) senhor(a) tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer consequência, seja pessoal ou profissional.

As informações prestadas pelo(a) senhor(a) serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Se o(a) senhor(a) sente-se devidamente informado(a) sobre a pesquisa e o que se pretende com ela, bem como sobre seus direitos e a utilização que terão as informações a nós prestadas pelo senhor(a), peço que se identifique e assine a declaração abaixo:

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.	
_____	Data: ____ / ____ / ____
Participante:	

Coordenador da Pesquisa  
Moisés Francisco Baldo Taglietta  
Rua do Trabalho, 634 – VI. Independência  
Piracicaba-SP CEP: 13.418-220  
Tel (19)-3437-7500 ou 3437-7502  
e-mail: mtaglietta@piracicaba.sp.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP)  
Rua Leopoldo Bulhões, nº1408/321 – Manguinhos  
Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210  
Tel: (21) 290-0085 Ramal: 2054

## ANEXO 3 – NOTA TÉCNICA PN-DST/AIDS/SVS – SETEMBRO/2002



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS

## **NOTA TÉCNICA SOBRE A POLÍTICA DE INCENTIVO PARA DST E AIDS – ESTADOS E MUNICÍPIO**

Principais características:

1. **Altera a sistemática** de apoio do Ministério da Saúde a Estados e Municípios para a política de DST e Aids, **de convênio para transferência automática Fundo a Fundo**;
2. **Amplia** o número de **municípios beneficiados de 150 para 411**. A cobertura de casos de Aids passa de 68,49% para 91,49% e a cobertura da população do país de 40,47% para 54,52% ;
3. **Mantém**, ainda, a **transferência para as 27 Secretarias Estaduais de Saúde**, que se responsabilizarão, além das ações inerentes à atribuição do Estado, pelas ações nos municípios não incluídos no incentivo;
4. **O incentivo compreenderá o valor de R\$ 100 milhões anuais**. O valor médio programado/consignado, por meio de convênio, nos últimos três anos foi de R\$ 68,3 milhões e, efetivamente repassado, da ordem de R\$ 47 milhões no ano de melhor desempenho (2000);
5. Estima-se que cerca de **75% dos estados e municípios** selecionados para o recebimento do Incentivo **se qualifiquem no primeiro ano** da sua implantação (2003).
6. Para efeito da composição do valor a ser repassado automaticamente pelo incentivo, **serão subtraídos**, do respectivo valor de referência, **eventuais saldos de convênios** ainda em execução pelo estado/município.
7. No ano de 2002, até o momento, foram transferidos aos estados/municípios R\$ 42 milhões. Destes estima-se que 70% serão executados antes do processo de qualificação para o Incentivo. Assim, **R\$ 12.6 milhões deverão se constituir com saldo dos convênios**;
8. Considerando a habilitação de 75% dos estados e Municípios no primeiro ano e o saldo de convênios, **o impacto no orçamento** do Ministério da Saúde para **2003** deverá ser de **R\$62,4 milhões**;
9. No **orçamento de 2003**, para ações de DST e aids, estão previstos **R\$ 65 milhões** para a Política de Incentivo, **na modalidade de transferência Fundo a Fundo**.

Caso haja necessidade de recursos adicionais deverá ser solicitada recomposição orçamentária.

10. O compromisso de aplicação mínima de recursos próprios por parte de Estados e municípios será de:
  - o valor médio aplicado em aids nos últimos três anos para os Estados e Municípios que tiveram convênios celebrados com o Ministério da Saúde
  - 15% para os municípios das Regiões NO, CO e NE e 25% para os das Regiões SUL e SE, que não tiveram convênios celebrados;
11. A seleção de Municípios seguiu critérios de magnitude da epidemia, população, a participação no Aids-II e as resoluções das CIB de cada estado. O cálculo para a definição dos tetos para cada Estado/Municípios considerou os seguintes aspectos:
  - 52% , considerando as ações de promoção e desenvolvimento institucional, definido por prevalência do HIV, incidência de Aids, velocidade de crescimento da epidemia, população e estrutura inversa;
  - 38% considerando as ações de assistência, definido pelo número de casos notificados de Aids, entre 1999 e 2001;
  - 10% para as ações desenvolvidas em parceria com ONG/OSC, considerando o valor total da Unidade Federada. Este valor ficará sob a responsabilidade do Estado.
  - Os valores foram corrigidos de forma a garantir que nenhum município receba menos de R\$ 50 mil e que nenhum estado/município receba valor inferior a média dos recursos repassados pelo MS nos últimos três anos
12. Para a habilitação os estados/municípios deverão apresentar plano anual de ações e metas, definindo aplicação do total de recursos (a serem repassados e próprios) e indicadores de monitoramento e avaliação.
- 13. As reuniões macro regionais, com estados e municípios, para a capacitação e elaboração do Plano de Ações e Metas está prevista para outubro, entre os dias 07 e 11;**
14. O Plano deverá ser elaborado com a participação efetiva da sociedade civil, devendo ser constituído um grupo técnico responsável.
15. Constituí responsabilidade/compromisso dos gestores o fortalecimento das instâncias de controle social específico do incentivo. Adicionalmente, o Plano deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal/Estadual de Saúde, CIB e CIT.

Brasília-DF, 23 de setembro de 2002.