

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na Regional de Saúde de Campinas - São Paulo, Brasil”

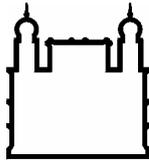
por

Valter Luiz Stanise

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabeth Artmann

Brasília, novembro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na Regional de Saúde de Campinas - São Paulo, Brasil”

apresentada por

Valter Luiz Stanise

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Alberto de Matos

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 21 de novembro de 2008.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em
Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

S786 Stanise, Valter Luiz
Avaliação do grau de institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na regional de saúde de Campinas – São Paulo, Brasil./ Valter Luiz Stanise.—Brasília: s.n., 2008.
114f., tab., mapas.
Orientadora: Artmann, Elizabeth
Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2008.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Institucionalização. 3. Descentralização. 4. Planejamento em Saúde. 5. Gestão em Saúde. 6. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - prevenção e controle. 7. Financiamento em Saúde. 8. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.5993098161

Dedico este trabalho.

*À minha mãe, Cecília (in memoriam) que,
O dia nascia, e você estava lá,
O dia terminava, e você estava lá,
O tempo passava e você é cada vez mais, mãe.*

*Quantas vezes você estava triste, porque eu estava triste,
Quantas vezes você chorava, porque eu chorava,
Quantas vezes você chorou, para eu não chorar,
Quantas vezes você sorriu, para me fazer sorrir,
Quanto tempo passou e você continuou cada vez mais, mãe.*

*Como pude contrariá-la tantas vezes, sem pensar na sua
fragilidade, nas suas incertezas e inseguranças, achando
que você tinha como obrigação, ser sempre mais forte do que
tudo e do que todos,
Como a tolice, ignorância e muitas vezes a prepotência,
sobrepõe ao verdadeiro sentimento de afeto, carinho e respeito
por você,
Mas quando você não estava por perto, como me sentia perdido;
quanta falta você me faz.*

*Como você conseguiu ser tão paciente, com tanta
intransigência minha,
Quantas vezes você esperou que eu lhe dissesse “Eu te amo”,
mas não tive coragem o suficiente para lhe dizer “Eu te amo”...*

*Não sei onde você está agora, mas sei que você pode me
ouvir, mãe,*

“Eu te amo”...

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.”

Guimarães Rosa (1908 – 1967)

AGRADECIMENTOS

À Cecília Eugênio Stanise (*in memoriam*), minha mãe, por ter me ensinado que tudo na vida tem um caminho a ser trilhado, com responsabilidade, com compromisso e com respeito ao próximo;

À Leonice Stanise, minha irmã, que desde a partida de minha mãe, não mede esforços em suprir esta ausência, acreditando e apoiando nos meus planos profissionais e na vida;

Ao Vicente Pisani Neto, que a vinte e um anos participa intensamente de minha vida, deu total apoio ao processo de formação universitária e toda seqüência de estudos que galguei;

À Cleide Antonia Mello Silva, grande amiga e companheira de trabalho, que durante as minhas ausências para dar continuidade a este estudo, não mediu esforços em atuar solitária garantindo o espírito de equipe;

Às amigas e parceiras de curso Livia Vinhal, Tânia Cordeiro, Ana Albuquerque, Cintya Germani, Carmen Muricy, Leidijany Paz, Ana Johnson, Milena Bastos, Ludmila Weizmann, Nadia Parainaiba, Sandro Terabe e Fernando Assoni pelas sugestões e incentivo que contribuíram com este estudo;

À Dra. Elizabeth Moreira dos Santos e Dra. Marly Cruz, Coordenadoras do Curso de Mestrado que me estenderam as mãos, acreditaram e foram essenciais para o alcance deste feito, onde qualquer palavra é muito pouco para agradecer todo o apoio;

À Dra. Elizabeth Artmann, minha orientadora, que dedicou toda a atenção, conhecimento e profissionalismo fundamentais para a conclusão deste estudo;

À Martha Tostes, pelo carinho e por estar sempre pronta em atender e aconselhar nos momentos de dificuldades;

À Moisés Francisco Baldo Taglietta e Eliane Regina Catalano Monteiro, amigos e incentivadores nesta jornada;

Aos amigos da Coordenação Estadual de DST/AIDS – SP: Dra Maria Clara Gianna, Dr. Artur Kalichmann e Vilma Cervantes, pela confiança durante minha jornada no programa;

Aos amigos e Coordenadores dos PM DST/HIV/Aids: Suzana Ramil Soeiro, Tânia M. Guelpa Clemente, Claudia M. dos Santos Silva, Sérgio Ferreira Jr. e Vivian Mae, Silvia B. de B. De Faveri, Maria Elidia de A. Picarelli, Sebastião Gonçalves de Godoi, Nair Pereira da Silva, Flávia M. Parisotto, Maria da Conceição de Oliveira, Aparecida Donizete Candido, que possibilitaram a realização do estudo; e

Ao Dr. Mauro Sizer e Márcia Bevilacqua que como Diretores da Regional de Saúde possibilitaram a participação no curso e realização do estudo.

RESUMO

Este trabalho apresenta o resultado da pesquisa que avaliou o grau de institucionalização de três Programas Municipais de DST/HIV/Aids (PM DST/HIV/Aids) na área adscrita da Regional de Saúde de Campinas, especificamente no âmbito do Grupo de Vigilância Epidemiológica Regional de Campinas (GVE XVII) – São Paulo – Brasil, nos períodos de 2003 a 2006, a partir da implantação do Incentivo Financeiro do Ministério da Saúde a Estados, Municípios e Distrito Federal. Também buscou em seus achados, contribuir com a discussão da sustentabilidade política, técnica e financeira dos programas e suas ações.

O incentivo criado pela Portaria MS 2.313/02 caracterizou avanços na política de sustentabilidade dos PM DST/HIV/Aids e com isto se fez fundamental identificar mecanismos que apoiem esta sustentabilidade, analisando a concordância das ações dos programas selecionados, com as ações previstas no Plano de Ações e Metas - PAM e Plano Municipal de Saúde. Realizou-se o levantamento do grau de execução das metas e ações deste PAM e investigou-se a execução financeira do recurso do Incentivo nos municípios selecionados, incluindo a aplicação dos recursos da contrapartida municipal.

Os municípios foram selecionados por sorteio aleatório, respeitando três critérios: 1. estar recebendo o Incentivo Financeiro, 2. um município de grande, um de médio e um de pequeno porte e 3. os municípios fossem de regiões de saúde distintas. Neste estudo de caso foram utilizadas três técnicas combinadas na coleta de dados: análise documental, questionário semi estruturado e observação participante.

Após construção de um modelo lógico para o PM DST/HIV/Aids e de um Modelo de análise do grau de institucionalização dos programas, foram estruturados quadros síntese dos resultados da análise dos Planos de Ações e Metas, da execução financeira e do questionário semi estruturado, com parâmetros visando responder as perguntas do estudo.

Conclui-se que, apesar de algumas dificuldades encontradas na gestão do programa no período do estudo, há elevado grau na tendência à Institucionalização do mesmo. Por outro lado, alguns aspectos merecem maior atenção do Programa Nacional e Estadual de DST/Aids, como por exemplo: o manuseio e alimentação nos dados do Sistema de Informações do Incentivo (SISINCENTIVO) do Programa Nacional de DST/Aids, o fortalecimento dos gerentes dos PM DST/HIV/Aids com aproximação dos técnicos do nível Estadual no nível local e finalmente o incentivo a participação social na gestão do programa.

Palavras-chave: Descentralização, Programas Municipais de DST/HIV/Aids, Plano de Ações e Metas, Avaliação de Incentivo Financeiro, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

This work presents the result of a research that evaluated the institutionalization degree of three STD/HIV/AIDS Municipal Programs (STD/HIV/AIDS MP) in the area of the Regional Health in Campinas, specifically within the Regional Epidemic Surveillance Group of Campinas (ESG XVII) - São Paulo - Brazil, between 2003 to 2006, starting from the deployment of the Financial Incentive of the Ministry of Health to States, and districts. Also sought in its findings, contribute to the discussion of sustainability policy, technical and financial programs and their actions.

The incentive created by Federal Law 2.313/02 MS characterized advances in the sustainability of STD/HIV/AIDS MP and it became necessary to identify mechanisms that support this sustainability, analyzing the accordance of the selected STD/HIV/AIDS MP actions, with the ones predicted in the Plan of Actions and Goals and in the Municipal Health Plan. The level of execution of the Plan's goals and actions and also the use of the financial resources in the selected cities were verified.

The municipal districts were randomly selected, considering three criteria: 1. to be receiving the Financial Incentive, 2. a large, a medium and a small-sized city and 3. cities from different areas of health. In this case study three techniques were used in data collection: documental analysis, semi structured inquiry and active observation.

First a logic model for the STD/HIV/AIDS MP and an analysis model for the institutionalization degree of the programs were built. Then, pictures synthesis of the results of the analysis of the Plans of Actions and Goals were structured, of the financial execution and of the semi structured questionnaire, with parameters seeking to answer the questions of the study.

It was concluded that, despite some difficulties in the program management during the study, there is a high trend in its institutionalization. On the other hand, some aspects require more attention of the STD/AIDS National and State Program, such as: handling and feeding data in the Incentive Information System (SISINCENTIVO) of the STD/AIDS National Program, strengthening the MP managers by bringing together the state and local technicians and finally, encouraging social participation in the administration of the program.

Key words: Decentralization, STD/HIV/AIDS Municipal Programs, Actions and Goals Plan, Evaluation of Financial Incentive, Health Planning.

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	09
Lista de Abreviaturas	12
Lista de Figuras, Quadros e Tabelas	13
Introdução	14
Incentivo e Política de Descentralização das Ações de Controle das DST/Aids	14
Descentralização, Planejamento Estratégico e Monitoramento e Avaliação	17
O Sistema de Informação do Incentivo	20
Contexto da Intervenção - A Regional de Saúde de Campinas e a Aids	21
Referencial Teórico	26
Modelo Lógico do Programa	29
Modelo de Avaliação do Grau de Institucionalização	32
Avaliação Normativa	36
Objetivo Geral	39
Objetivos Específicos	39
Perguntas que o Estudo pretende responder	39
Pressupostos	40
Usos da Avaliação	40
Usuários da Avaliação	40
Modelo Teórico de Avaliação e a Estratégia Metodológica	43
Desenho do Estudo	43
Critérios de Seleção dos municípios alvo do estudo	45
Fonte e Coleta de Dados	46
Análise dos Dados e Julgamento	47
Matriz de Relevância	49
Pontuações e Parâmetros Definidos	50
Aspectos Éticos	53
Matriz de Informação	54
Indicadores e Fonte de Informação	55
Resultados	57
Desempenho relacionado ao alcance de metas e execução financeira	57

A visão dos Coordenadores e do Avaliador sobre o gerenciamento e desempenho	84
Discussões e Recomendações	95
Referências Bibliográficas	100
Anexos	105

LISTA DE ABREVIATURAS

ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CLS	Conselho Local de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DF	Distrito Federal
DIR	Direção Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
HD	Hospital Dia
HIV	Virus Humano da Imunodeficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MLP	Modelo Lógico do Programa
MS	Ministério da Saúde
MTA	Modelo Teórico de Avaliação
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OE	Objetivo Específico
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAM	Plano de Ações e Metas
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PM	Programa Municipal
PM DST/HIV/Aids	Programa Municipal DST/HIV/Aids
PN DST/Aids	Programa Nacional DST/Aids
POA	Plano Operacional Anual
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISINCENTIVO	Sistema de Informação do Incentivo – PN DST/Aids

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELA

TABELA I: Coeficiente de Incidência de Aids em adultos (100.000 hab) - em municípios com PAM por local de residência na Regional de Saúde de Campinas – DIR XII – 2001 a 2006.....	19
FIGURA 1: Mapa do Estado de São Paulo.....	24
FIGURA 2: Mapa Regional de Saúde de Campinas.....	25
FIGURA 3: Modelo Lógico do Programa.....	29
FIGURA 4: Avaliação Normativa.....	36
QUADRO 1: Modelo de Avaliação do Grau de Institucionalização dos PM DST/HIV/Aids em três municípios da Direção Regional de Saúde de Campinas – XII – São Paulo.....	32
QUADRO 2: Matriz de Relevância.....	49
QUADRO 3: Matriz de Informação – Indicadores e Fonte de Informação.....	55
QUADRO 4: Síntese do Plano de Ações e Metas.....	59
QUADRO 5: Temas Apresentados nos PAM expressivos.....	73
QUADRO 6: Resumo da Aplicação de Recurso do Incentivo no Programa Municipal DST/HIV/Aids.....	76
QUADRO 7a: Indicadores do Grau de Institucionalização dos PM DST/HIV/Aids.....	85
QUADRO 7b: Grau de concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids, com as ações previstas no PAM.....	88
QUADRO 7c: Mecanismos de acompanhamento da execução financeira do Incentivo.....	89

INTRODUÇÃO

INCENTIVO E POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/Aids

A organização da atenção a saúde fornecida a população no Brasil no âmbito da saúde pública, passa por constantes processos de reestruturação, principalmente após a promulgação da Constituição brasileira em 1988, que preconiza ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada com diretrizes de descentralização, integralidade e participação social.

Em que pese às várias formas de organização dessa atenção a saúde, a manutenção de áreas programáticas e a concepção de novos programas vêm se concretizando cada vez mais, inclusive com a prática de estabelecer indicadores e parâmetros que contribuam com o monitoramento e avaliação das ações desses programas.

A avaliação se tornou importante instrumento de apoio a gestão, contribuindo com a tomada de decisões na implementação das políticas públicas no país.

Neste sentido, este estudo avaliou o grau de institucionalização de três Programas Municipais de DST/HIV/Aids na área adscrita da Regional de Saúde de Campinas, especificamente no âmbito do Grupo de Vigilância Epidemiológica Regional de Campinas (GVE XVII) – São Paulo – Brasil, nos períodos de 2003 a 2006, a partir da implantação do Incentivo Financeiro do Ministério da Saúde a Estados, Municípios e Distrito Federal. Também buscou contribuir com a sustentabilidade política e técnica dos programas e suas ações.

No Brasil, a Aids tem sido uma das epidemias preocupantes para o campo da saúde coletiva, demandando desde seu surgimento em 1981, a necessidade de criar mecanismos de controle e de bloqueio da transmissão do HIV e cuidados com os doentes de Aids e outras DST. Ademais estas necessidades sentidas, em 2002 o Programa Nacional de DST/Aids - PN DST/Aids, iniciou política de descentralização das ações seguindo processo iniciado em 1988, com implementação da Norma Operacional Básica da Saúde SUS 01/96 (NOB SUS 01/96).

De acordo com Lima e Rivera (2006: 2179) “a gestão do sistema de saúde brasileiro exige modelos de gestão descentralizados e participativos, buscando a responsabilização de gestores e profissionais pelos resultados”, o que é fundamental para a política de descentralização da Aids.

Na busca da consolidação de uma Política Nacional de Atenção as DST/HIV/Aids, o PN – DST/Aids com recursos externos oriundos de Acordos de Empréstimo firmados entre o Governo Federal e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD – Projetos AIDS I e II - 1994 a 2002 (TAGLIETTA, 2006), passou a celebrar convênio via Ministério da Saúde (MS) com Estados, Distrito Federal e Municípios, instituindo, inicialmente, o Plano Operacional Anual – POA, versões I e II no período de 1998 a 2002.

Nos anos de 2001 e 2002, o PN – DST/Aids organizou grupo de trabalho com consultores externos e de agência internacional a fim de estudar proposta de financiamento específico com recurso próprio da União, e com o propósito de aumentar no âmbito Nacional a cobertura a municípios com a epidemia do HIV/Aids em situação alarmante e crescente em suas taxas de incidência.

Como fruto deste trabalho, o Ministério da Saúde, aprovou a Portaria MS 2.313 de 19 de dezembro de 2002 (BRASIL a, 2002) para instituir incentivo para estados, Distrito Federal – DF e municípios no âmbito do PN - DST/Aids.

Para publicação da Portaria levou-se em consideração a necessidade de formular e implementar alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, em consonância com o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, promovendo a pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS nos três níveis de governo.

A pactuação consistia na elaboração do Plano de Ações e Metas - PAM, instituído pela Portaria MS 2.314 de 20 de dezembro de 2002 (BRASIL b, 2002), respeitando ainda os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis e o envolvimento da participação social.

Os critérios para qualificação dos municípios para o Incentivo são:

1. a magnitude da epidemia no respectivo território;
2. a capacidade de planejamento das ações em HIV/Aids e outras DST pelas instâncias estaduais e municipais do SUS;
3. o estabelecimento de metas adequadas e coerentes com as características da epidemia da Aids no respectivo território;
4. os processos de descentralização e regionalização implementados com base na NOB 01/96 e na Norma Operacional de Assistência a Saúde 01/2002 – NOAS 01/02.

Diante desta demanda, os gestores municipais iniciaram processo de organização política e técnica de programas e serviços de saúde para atuarem no desenvolvimento de

ações efetivas no campo do HIV/Aids e outras DST, buscando a redução da incidência da infecção, principalmente do HIV.

Os critérios estabelecidos cumprem uma função indutora de melhoria dos processos gerenciais assim como o Incentivo contribui para aprofundar o processo de gestão.

Para habilitação ao incentivo financeiro, os municípios identificados pelos critérios tiveram que explicitar seu interesse através da apresentação de: documento do gestor de saúde manifestando a intenção pela habilitação, abertura de conta bancária específica para transferência do recurso, elaboração do PAM (demonstrando a intenção de estruturar um conjunto de medidas para a área de DST/Aids) e Ata de aprovação no Conselho Municipal de Saúde – CMS. Este processo constituiu um incremento inovador na reforma da área de DST/HIV/Aids no âmbito nacional, estadual e municipal.

Na Regional de Saúde alvo deste estudo, dois municípios recebiam o recurso do BIRD até a implantação do incentivo com recurso próprio da União – Portaria MS 2.313/02, após, outros dezesseis foram contemplados, constituindo-se dezoito municípios como prioritários no combate à epidemia, devido a estarem identificados nos critérios de qualificação.

Consolidado o mecanismo de financiamento adicional para os municípios mediante a apresentação do PAM, aqueles contemplados com a Política de Incentivo informaram a realização de, no mínimo, ações de prevenção no combate à epidemia do HIV/Aids e outras DST.

Ainda que um dos critérios para o município se qualificar a receber o recurso do incentivo do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Municipal de Saúde – FMS, seja a elaboração do PAM, é necessário que o planejamento seja entendido e incorporado como ferramenta organizacional, parte importante de um processo mais amplo de desenvolvimento desses programas e das organizações nas quais se inserem, valorizando desta forma, a condução da ação (RIVERA & ARTMANN, 1999).

Segundo Lima e Rivera (2006: 2188) “são raras as situações em que se pode observar a existência de planos de saúde, orientados por problemas, realizados espontaneamente e não por pressão externa, com definição de objetivos e de meios para a execução das estratégias previstas”.

O PAM em hipótese alguma, deve ter a sua elaboração banalizada e apresentada apenas para cumprir exigência formal. Tampouco deve ser um instrumento engessado, inflexível e pouco sensível às mudanças ou demandas não previstas.

Importa considerar que a política do MS desde 2003, através do PN DST/Aids vem suscitando a organização e o fortalecimento técnico-gerencial dos programas de DST/HIV/Aids nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

É importante ressaltar que a implementação de políticas públicas que dêem conta de reformular as estruturas administrativas ou de programas, muitas vezes desatualizadas e ultrapassadas, que precisam atender a demandas como esta da área de DST/HIV/Aids, ou seja, administrar o Incentivo e institucionalizar o programa, depende em muito de uma gestão pública eficiente com capacidade de regulação e participação social (BODSTEIN, 2002).

DESCENTRALIZAÇÃO, PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O incentivo criado pela Portaria MS 2.313/02 caracteriza avanços na política de sustentabilidade dos PM - DST/HIV/Aids.

A necessidade de apresentação do PAM, criado pela Portaria MS 2.314/02, como instrumento de pactuação de metas, planejamento de ações e gestão dos recursos e do plano, pressupõe o envolvimento dos atores governamentais, profissionais de saúde e sociedade civil organizada no enfrentamento da epidemia, no fortalecimento do programa e referencia o gerente do PM DST/HIV/Aids em sua gestão.

O PAM, implantado nas diversas instâncias de governo a partir de março de 2003 (marco referencial da efetiva implantação do Incentivo financeiro), sistematiza a política de gestão dos programas estaduais e municipais de DST/HIV/Aids a partir de metas consoantes com a Política Nacional de DST e Aids.

É pré-requisito para o repasse do Incentivo a apresentação anual do PAM, contendo, entre outros elementos, a apresentação da parcela de investimento do Gestor local, a indicação de um coordenador do plano e da equipe de apoio que integra o programa para execução das ações.

Para entender a finalidade do Incentivo e o uso do PAM nos municípios, é fundamental que os atores envolvidos no processo conheçam o explicitado nas legislações - Portarias MS 2.313/02 e 2.314/02 - principalmente quanto aos critérios de seleção, responsabilidades e qualificação.

Os aspectos explicitados até o momento caracterizam um processo de descentralização das ações e a Institucionalização do programa nos diversos níveis de gestão, visando à sustentabilidade política, técnica e financeira.

Com a descentralização idealizada no próprio processo desencadeado com o Sistema Único de Saúde - SUS, as ações de DST/Aids passam a ser pensadas com base no perfil epidemiológico, no âmbito de governabilidade e no nível de gestão onde está alocado o recurso financeiro.

Com isto, a política de DST/Aids no Brasil tem a oportunidade de dar um salto de qualidade em sua estruturação, uma vez que comparado à descentralização do financiamento do SUS, ocorreu o fortalecimento das ações nas Unidades Básicas de Saúde.

Quanto a Institucionalização do programa, esta requer a inserção da área de DST/Aids nas discussões da política municipal de saúde e no seu plano de saúde, promovendo o reconhecimento, a visibilidade e o apoio de gestores, profissionais e do controle social.

Além da implantação de um Incentivo, dos processos burocráticos desta implantação e da Institucionalização do programa, a dinâmica da epidemia da Aids em suas várias formas de infecção, expressos nos coeficientes de incidência - Tabela I, também sugere análises sobre o que ocorreu nos anos de 2001 a 2006, período que a partir de 2003 coincide com a implantação do que pode se chamar de “Política de Sustentabilidade Financeira” para o programa.

A Tabela apresenta dados no período de 2001 a 2006 e em uma análise preliminar, esses dados colocam a situação em alguns municípios como mais preocupantes podendo ser observado em Americana, Amparo, Campinas, Hortolândia e Jundiaí com alta incidência no ano de 2005.

Em 2006 os municípios de Americana, Amparo e Hortolândia conseguem reduzir estas taxas, contudo, Campinas e Jundiaí mantêm a incidência em ascensão, surgindo outros municípios: Bragança Paulista, Jaguariúna e Várzea Paulista com alta incidência.

Há também municípios com queda nos índices em 2004 e voltam a aumentar em 2005 (Bragança Paulista, Campinas, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Jundiaí e Várzea Paulista) e, um dos municípios apresenta aumento no número de casos por 100.000 habitantes todos os anos de 2003 a 2006 (Várzea Paulista).

Tabela I

Coeficiente de Incidência de Aids em adultos (100.000 hab) – nos municípios com PAM (residência)
na regional de saúde de Campinas (GVE XVII) – 2001 a 2006

Município	Ano					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Americana	15,09	24,38	25,59	33,98	56,75	47,50
Amparo	35,81	12,82	22,09	26,44	101,63	56,86
Atibaia	18,41	3,34	4,20	8,24	23,72	11,60
Bragança Paulista	17,19	17,65	21,84	8,87	11,51	49,86
Campinas	25,43	28,24	39,33	23,85	70,20	84,57
Campo Limpo Paulista	18,19	20,72	15,86	14,05	29,83	32,66
Cosmópolis	26,46	6,51	46,88	18,85	30,48	27,19
Hortolândia	27,92	24,19	59,86	48,88	50,36	37,79
Indaiatuba	10,49	4,47	21,71	11,46	23,21	18,03
Itatiba	27,63	17,58	43,57	32,54	36,01	36,58
Jaguariúna	6,60	16,09	22,04	37,48	35,77	50,49
Jundiá	25,69	22,99	26,05	24,02	48,43	82,70
Paulínia	7,54	11,03	25,08	8,73	26,92	13,10
Santa Bárbara D'Oeste	6,95	5,70	14,07	24,98	18,25	20,86
Sumaré	5,92	8,16	17,77	8,66	24,24	22,42
Valinhos	3,55	24,38	35,38	6,73	24,01	22,19
Várzea Paulista	20,92	7,16	14,98	18,54	31,58	59,06
Vinhedo	2,05	3,99	17,51	9,48	30,75	25,33
TOTAL DA REGIÃO	17,43	16,97	26,42	18,33	40,58	47,12

Fonte: SINANW – GVE XVII – Campinas

* Dados sujeitos a revisão

Nesta análise podem-se indagar duas possibilidades: a) a de que os programas estão se fortalecendo no nível local, produzindo ações de oferta de testagem sorológica e de vigilância com aumento das notificações e b) a de que mesmo com o incentivo, os programas não estão fortalecidos e as ações de prevenção são ainda insuficientes aumentando o número de pessoas infectadas; devido a baixa autonomia do gerente da área de DST/Aids ou a não priorização desta área por parte do gestor local.

Muitos municípios não conseguem desenvolver todas as ações planejadas, deixando de atingir todas as metas ou, em alguns casos, atingem parte delas, o que leva a pensar que a construção das metas para o PAM pode estar desconectada de um planejamento adequado ou sem base nos dados epidemiológicos, o que não favorece a institucionalização do programa.

O PAM é um instrumento que deve contribuir para a gestão e também com a institucionalização do programa, devendo as ações ser rediscutidas sempre que

necessário, reorientando para o alcance das metas e fortalecimento do programa na política municipal de saúde.

A utilização do Planejamento Estratégico Situacional - PES, como ferramenta de gestão e problematizadora para discutir situações insatisfatórias, mostra-se uma estratégia interessante para contribuir para a construção das metas do PAM e também com a execução das ações e análise do grau de implantação.

O PES surge na década de 70, como tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as idéias de superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores sujeitos do mesmo ato de planejar (RIVERA & ARTMANN, 1999).

Para Rivera e Artmann (1999: 356), “o grande mérito do planejamento foi ter trazido à tona a iminência do diálogo, ou seja, fazer um planejamento comunicativo traz a possibilidade de uma problematização coletiva, articulando sujeitos sociais, permitindo a incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política”.

Uma vez que o PES propõe o envolvimento no processo de planejar dos atores sociais e gestores do nível local, visto que os mesmos trazem uma visão da realidade social, econômica, cultural e sanitária bem diversa, o diálogo fica fortalecido. Essa pluralidade deve referenciar a construção do PAM, ampliando a abrangência do seu objeto.

O gerenciamento do programa passa também pelo processo de trabalhar essas relações de atores sociais com o gestor, ampliando a governabilidade do coordenador podendo se sustentar por avanços, quando esse profissional tem a clareza de propiciar espaços de acompanhamento do desempenho do trabalho, ou seja, criando formas de monitoramento desse trabalho.

Para além da criação dessas formas e de espaços para monitoramento do trabalho no nível local, o PN DST/Aids, contribuiu com este processo, com a criação do Sistema de informação do Incentivo, como forma de ampliar a possibilidade de monitoramento das atividades por parte dos atores que estão ou que possam se relacionar com a área de DST/HIV/Aids.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO INCENTIVO - SISINCENTIVO

O SISINCENTIVO foi implementado no segundo semestre do ano de 2004, como forma de estabelecer um canal de comunicação entre os municípios, estados e o

PN DST/Aids, com o propósito de monitorar a execução das ações e o alcance das metas, bem como, o movimentação do recurso financeiro do Incentivo aplicado em DST/Aids nessas instâncias de gestão.

A alimentação dos dados no sistema ocorre a cada quatro meses no eixo das ações e metas e a cada seis meses no eixo do financiamento, tanto do recurso do Incentivo como do recurso da contra partida dos municípios e estados.

Pode ser considerado mais um instrumento de gestão, que contribui com a execução do PAM e integra o processo de fortalecimento e sustentabilidade da área no nível local.

O trabalho de alimentação dos dados no sistema tem sido aprimorado pelos técnicos dos programas nos municípios ao longo dos períodos de execução do PAM, na busca de corrigir distorções quanto aos percentuais de alcance das metas, contudo este instrumento não foi ainda alvo de ampla discussão.

Este estudo buscou contribuir para a melhoria e institucionalização dos programas, apontando para a introdução de práticas gerenciais que incorpore o PES, o PAM, o Sistema de Monitoramento e a Participação Social como formas de viabilizar uma alta qualidade de gestão.

CONTEXTO DA INTERVENÇÃO

A Regional de Saúde de Campinas e a Aids

A Regional de Saúde Campinas - GVE XVII - teve em sua abrangência técnico/administrativa, uma população de 3.960.602 habitantes em 2006 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, distribuída em quarenta e dois municípios – FIGURAS 1 e 2.

Como forma de planejar e organizar o processo de trabalho em saúde com os municípios (fluxos, referência e contra-referência, etc.), a regional de saúde - GVE XVII trabalhava com a lógica de quatro micros regiões sendo: Campinas com dezesseis municípios, Bragança Paulista com onze, Amparo com seis e Jundiaí com nove.

Em 2007, com o Pacto de Gestão, pela Vida e em Defesa do SUS, essas quatro micro regiões passam a ser organizadas como quatro Colegiados de Gestão Regional sendo: Colegiado Campinas, Colegiado Bragança Paulista, Colegiado Jundiaí e Colegiado Oeste 7 (FIGURA 2), dando uma nova forma de organização e planejamento

nas relações entre municípios e suas necessidades de atenção a saúde com foco e fortalecimento no processo de regionalização preconizado pelo SUS.

Esta nova divisão territorial para o planejamento em saúde, não interfere ou modifica o processo de avaliação proposto para este trabalho, embora caracterize nova distribuição de municípios por Colegiado como pode ser visto na FIGURA 2.

Vale ressaltar que a Regional de Saúde de Campinas tem o maior aglomerado populacional do interior do Estado de São Paulo, com população flutuante considerável, devido a alta concentração de Indústrias, Comércio, Universidades e Faculdades, municípios para turismo e lazer. Encontra-se a leste do Estado fazendo divisa com o sul do Estado de Minas Gerais, tendo grande fluxo de pessoas que acessam os serviços de saúde incluindo nestes os de DST/HIV/Aids.

Outra situação geográfica desta Regional é a proximidade da Grande São Paulo, principalmente do Colegiado de Jundiaí, protagonizando fluxo intenso de pessoas entre essas regiões, o que facilita e propicia as relações sociais e afetivas.

Dezoito municípios nesta Regional de Saúde foram identificados como prioritários para receberem o incentivo do PN DST/Aids, sendo a maior concentração no Colegiado de Campinas onde se encontra também os maiores coeficientes de incidência de Aids, seguido do Colegiado de Jundiaí, podendo ser observado na Tabela I – fls 19.

A característica epidemiológica do HIV/Aids na regional somado ao número de municípios com incentivo, faz parte do processo de articulação técnico-político, orientação, absorção de novas práticas de acompanhamento de programas e serviços, e planejamento regional, entendidos como fatores do contexto interno desta instituição.

Destaca-se hoje, o aumento no número de casos do HIV, alguns serviços pouco estruturados, alguns programas que demonstram não estarem institucionalizados e PAM com baixo percentual de metas, ações e do recurso financeiro executados, sugerindo a incorporação da avaliação na rotina do serviço e de programas (Felisberto, 2004).

Os municípios participantes da pesquisa, de acordo com o processo de identificação detalhado no campo das estratégias metodológicas, têm características semelhantes quanto a existência no organograma da SMS, na forma de ocuparem a função de coordenação e de gerir o programa:

- O PM DST/HIV/Aids não está explicitado no organograma oficial da SMS;
- as Coordenadoras foram indicadas por critério técnico;

- ao longo do período definido para o estudo, foram criando formas de agregar mais colaboradores, profissionais de saúde, estrutura física e aproximação do gestor municipal da saúde.

Não há no processo de avaliação de programas a intenção de afirmar se a forma como se dá a dinâmica da instituição pública, está correta ou incorreta, mas sim de encontrar caminhos para refletir sobre o que está posto, e se os programas estão em processo de institucionalização ou se sentem como programas institucionalizados.

No caso desses três municípios, além da Coordenação do PM DST/HIV/Aids, todos tem algum tipo de estrutura de serviços não oficializada ligados diretamente a essa gerência.

A organização de um sistema municipal de saúde que contemple os vários programas e suas ações incluindo as de DST/HIV/Aids, surge do processo de compromisso político e técnico do gestor, trabalhadores de saúde e usuários do sistema de saúde pública, e da articulação que cada seguimento pode realizar.

Por outro lado, o bom desempenho/execução das metas e ações de DST/Aids, a incorporação de outras ações pertinentes à área, com investimento por parte do gestor local, atendendo as Pessoas Vivendo com HIV/Aids - PVHA - e viabilizando o controle social, sugerem que o programa esteja institucionalizado.

Figura 1

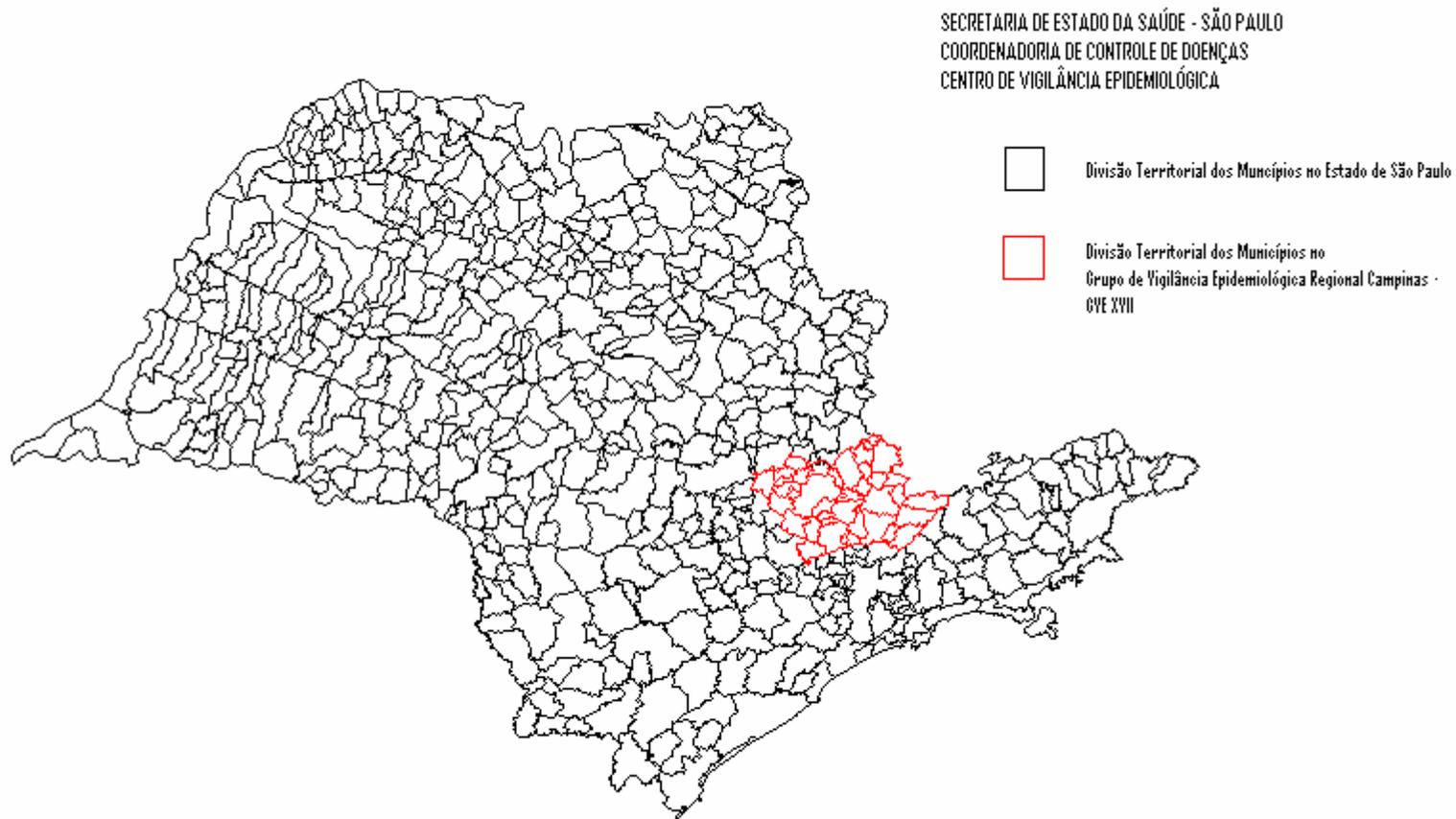
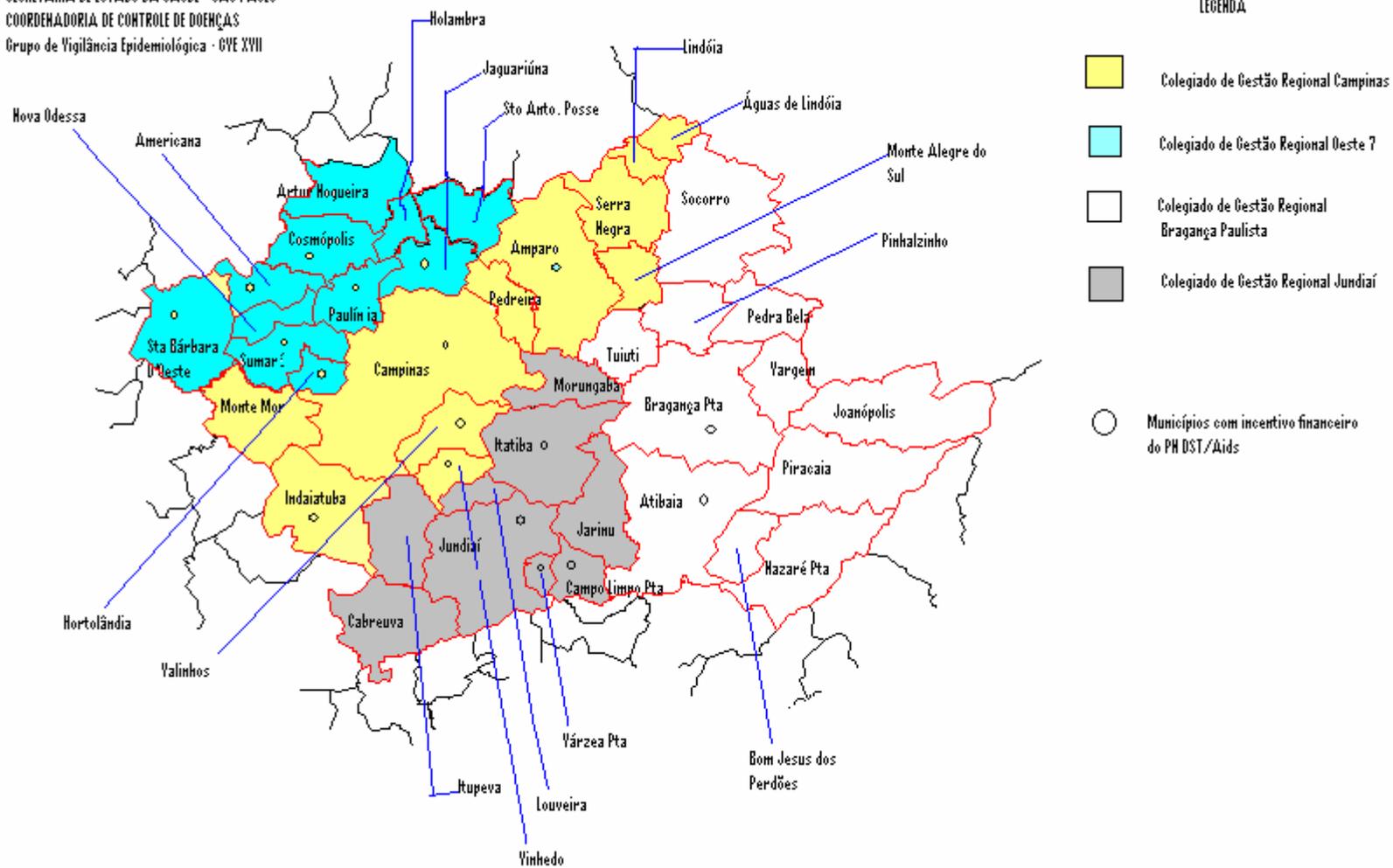


Figura 2

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SÃO PAULO
 COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
 Grupo de Vigilância Epidemiológica - GVE XVII



REFERENCIAL TEÓRICO

A Portaria MS 2.313/02 que instituiu o incentivo financeiro a estados, municípios e DF, estabeleceu responsabilidades às três esferas de governo.

O município quando pleiteou a qualificação para o recebimento do incentivo, assumiu as seguintes prerrogativas:

- ✓ Objetivar o Plano de Ações e Metas para o combate ao HIV/Aids e outras DST no município;
- ✓ Observar no PAM, necessariamente, as propostas elaboradas com relação ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, assistência, diagnóstico do HIV, controle das DST e Desenvolvimento Institucional;
- ✓ Capacitar profissionais de saúde, à organização de logística de insumos e às ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico, assistência e tratamento ao HIV/Aids e outras DST.

A introdução do incentivo como uma proposta de sustentabilidade para a Política Nacional de DST/HIV/Aids, teve a clara intenção de promover o Desenvolvimento Institucional da Área de DST/Aids nos municípios, e através do PAM, declarar as metas e ações necessárias para o fortalecimento desta área com financiamento específico.

Estas metas e ações, se elaboradas a partir de um planejamento estratégico e de forma ascendente, podem dar concretude para o PAM e para a área no nível local.

O PES tem como seu grande mentor e maior entusiasta – Carlos Matus, que foi Ministro de Planejamento do Presidente Allende, no Chile, que após a queda daquele governo, dedicou-se a compreender o que deu errado naquela gestão. Matus acreditava na necessidade de que dirigentes políticos em posições de governo, partidos, sindicatos, organizações (públicas ou privadas), etc., ampliem sua capacidade de governo utilizando por instrumento de trabalho todo um conjunto de conhecimentos que denomina planejamento moderno e que tem por produto principal o PES (MATUS, 1997; HUERTAS, 1996).

Quando se propõe a utilização do PES para contribuir com a produção do PAM, a idéia é de que o preconizado por este método seja respeitado e haja o envolvimento de vários atores sociais, inclusive em outros níveis de gestão.

A utilização do PES, no nível local, permite a análise de diferentes cenários nos espaços de governabilidade, contribuindo com a possibilidade de intervenção na realidade através da construção de planos de ação, no caso o PAM. Esta ferramenta, o

PES permite ainda rever o plano a partir de um novo cenário político/institucional (ARTMANN, 2000).

Matus também argumenta que a realidade não pode ser explicada por uma simples descrição (diagnóstico), mas pelas diferentes interpretações dadas pelos atores envolvidos (apreciação situacional) – (HUERTAS, 1996).

O planejamento realizado com diferentes atores produz metas e ações programadas no PAM, podendo ser entendidas como uma forma de organização de um programa. Se esta área se insere pela sua complexidade e pertinência no campo da saúde coletiva, como esta pode se considerar instituída como programa? Nesta situação, duas definições se fazem importantes: a de programa e a de institucionalização de programa.

A definição de Nemes, M. I. B. (1996: 48) para programa nos ajuda a pensar a implementação do PM DST/HIV/Aids:

A ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica. Pode-se dizer que essa base toma por ponto de partida a lógica de estruturação dos programas de saúde.

Segundo esta definição, a implantação/implementação do PM – DST/HIV/Aids, é recomendável estar baseado em tecnologias e indicadores epidemiológicos locais, e na elaboração e execução de ações programáticas que interagem com o ideal do processo de organização da política municipal de saúde, referenciados na lógica do SUS.

Para a definição de institucionalização de programa, pode-se considerar como: a incorporação das ações à rotina dos serviços de saúde e o programa incorporado ao planejamento da gestão local, referenciando à teoria de Felisberto (2004: 317) que “entende a institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços”.

Mais do que isto, segundo Mainwaring e Torcal (2005: 254), a Institucionalização refere-se a um processo pelo qual uma prática ou organização se torna bem estabelecida e amplamente conhecida, senão universalmente aceita. Os atores desenvolvem expectativas, orientações e comportamentos baseados na premissa de que essa prática ou organização prevalecerá no futuro previsível.

Mainwaring e Torcal colocam também que nas palavras de Huntington (1968: 12), "institucionalização é o processo pelo qual organizações e procedimentos adquirem valor e estabilidade".

Diante das definições de Programa e de Institucionalização, podemos definir o PM – DST/HIV/Aids como uma forma de organização para promover ações de prevenção, dar atenção ao portador de HIV/Aids e outras DST, cuidar e tratar desses pacientes, realizar vigilância, contribuindo com o resgate da qualidade de vida e cidadania. Neste sentido este programa tem ainda a responsabilidade de referenciar e ser referência para outros serviços, setores e instituições que se relacionam.

Esta forma de organização propõe pensar e ordenar um Modelo Lógico do Programa - MLP, como pode ser visto na Figura 3.

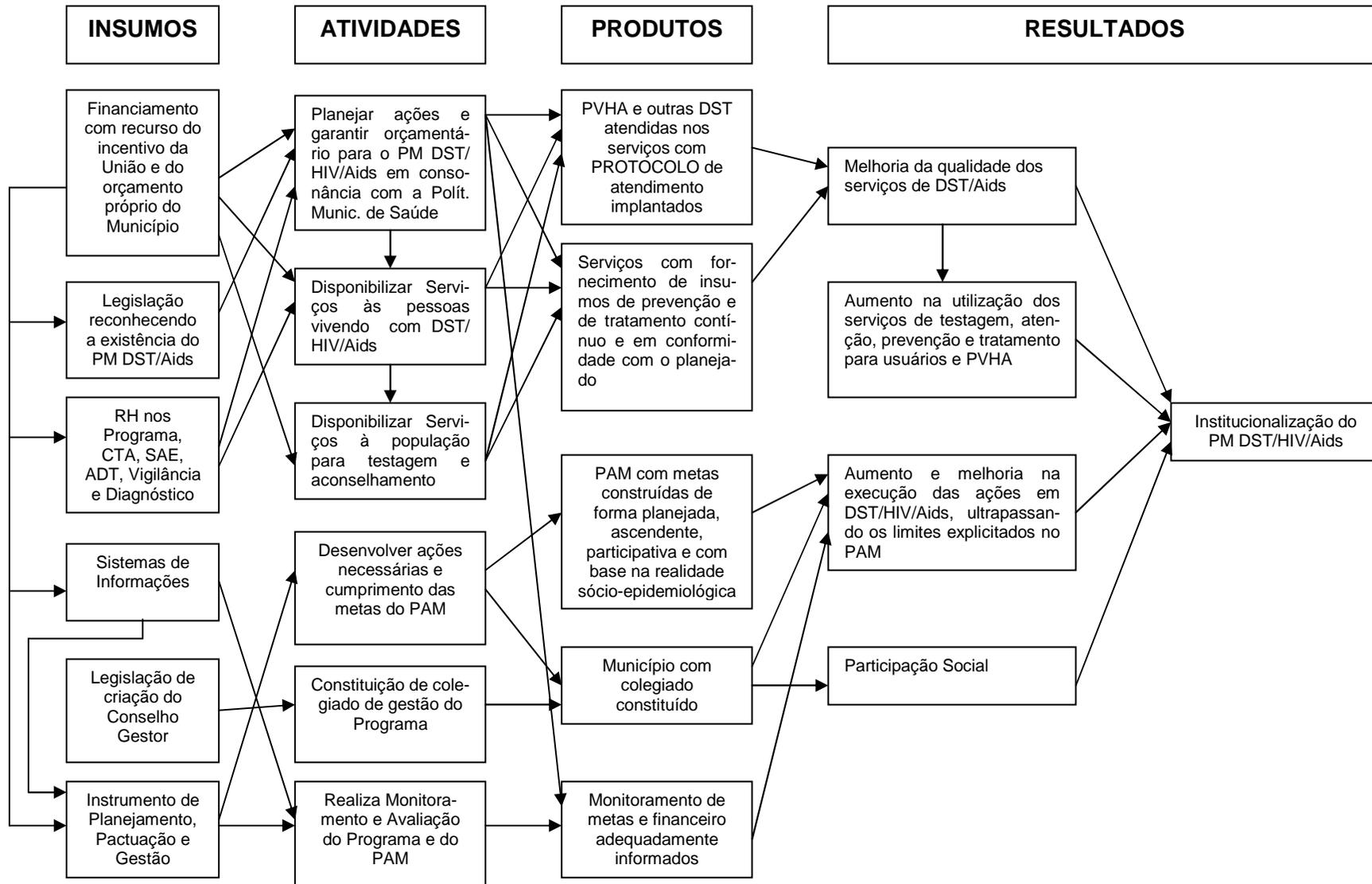
Um modelo lógico é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar. Ele é uma representação da racionalidade do programa e é freqüentemente apresentado como um fluxograma, um mapa ou uma tabela, que explica a seqüência de passos que conduzem aos efeitos do programa. (BRASIL, 2005: 46).

O modelo lógico apresentado pressupõe uma dinâmica possível em uma gestão municipal, ele não revela uma padronização para a institucionalização do programa, mas uma organização próxima do ideal, desde que tudo ocorra como planejado, sem considerar os possíveis obstáculos no processo (BRASIL, 2005), cada município vai manter sua especificidade no desenho deste modelo.

No caso do modelo – Figura 3 – ele se propõe a mostrar os caminhos para a institucionalização do PM DST/HIV/Aids a partir dos insumos existentes: financiamento, legislação específica, estrutura física, de recursos humanos, e das atividades desenvolvidas: planejamento de ações, disponibilização de serviços e monitoramento do programa, fortalecido pela implementação da política de incentivo com processo de descentralização das ações e do financiamento.

Figura 3 – Modelo Lógico do Programa Municipal de DST/HIV/Aids

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA: O repasse de incentivo financeiro fundo a fundo (PN DST/Aids - MS para Estados e Municípios) mediante apresentação do PAM, propõe a sustentabilidade da Política Nacional, Estaduais e Municipais de DST/Aids, através da realização de ações efetivas de prevenção, promoção e proteção a saúde, assistência e tratamento de forma planejada, pactuada e com viabilidade de gestão que institucionalize os Programas Municipais de DST/HIV/Aids, contudo há muitos destes programas que não estão institucionalizados.



O processo de descentralização financeira e de atenção às DST/HIV/Aids promovido pelo PN DST/Aids, está coerente com os princípios do SUS de: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e Participação da comunidade (BRASIL, 1988), contribuindo com o fortalecimento dos programas no nível local.

Esta descentralização e também desconcentração estão explicitadas nas considerações da Portaria MS 2.313/2002, podendo ter um entendimento de que está ocorrendo somente um processo de transferência de poder operativo juntamente com o suporte de recursos necessários de um nível superior para outro nível de decisão-execução (MILLS, 1990), contudo, o fato da descentralização estar acompanhada da proposta de desconcentração, o entendimento dado tem a amplitude nesta ação como dispersão física de atividades e financiamento por parte do MS, neste caso referenciando Mello (1991).

Neste processo de descentralização, explicar as possibilidades de mudanças com o MLP (Figura 3), busca contribuir com a promoção da institucionalização do PM DST/HIV/Aids.

O conjunto de atividades é o recorte do modelo que propõe a intenção da gestão do programa, com direcionamento político-institucional, autonomia do gerente, planejamento e desenvolvimento de ações de forma ascendente e participativa, interdisciplinariedade, intersetorialidade e com participação social.

Das atividades descritas no MLP, algumas contribuem com um ou mais fatores citados como intenção da gestão do programa, no caso da autonomia do gerente no programa, tem-se: 1- “Planejar ações e garantir orçamento para o PM DST/HIV/Aids em consonância com a Política Municipal de Saúde”; 2- “Desenvolver ações necessárias e cumprimento das metas do PAM”; 3- “Constituição de colegiado de gestão do Programa”; e 4- “Realizar Monitoramento e Avaliação do Programa e do PAM”, suscitando a caracterização de maior envolvimento dos atores sociais e institucionais que se relacionam com o programa e estabelecendo maior aproximação com a gestão da SMS.

Quanto ao planejamento participativo e ascendente, interdisciplinariedade, intersetorialidade e participação social, apresenta-se: 1- “Planejar ações e garantir orçamento para o PM DST/HIV/Aids em consonância com a Política Municipal de Saúde”; 2- “Constituição de colegiado de gestão do Programa”; e 3- “Realizar

Monitoramento e Avaliação do Programa e do PAM”, melhorando e ampliando a visibilidade do programa e a transparência na forma de gerir o mesmo.

Quanto ao direcionamento político-institucional, as atividades podem estar relacionadas ao processo de organização dos serviços e das atividades, sendo: 1- “Disponibilizar serviços às pessoas vivendo com DST/HIV/Aids”; 2- “Disponibilizar serviços à população para testagem e aconselhamento”; e 3- “Desenvolver ações necessárias e cumprimento das metas do PAM”.

Com o contexto apresentado e considerando as dimensões estratégicas, as variáveis do programa, os critérios para análise pensados para estabelecer o grau de institucionalização, o Quadro 1 apresenta um modelo para esta avaliação (LIMA & RIVERA, 2006).

O quadro foi construído buscando atividades e serviços que se caracterizem como “critérios para análise”, questões estruturais do processo e organização do trabalho que se caracterizem como “variáveis” e categorias implícitas da organização política e institucional que se caracterizem como dimensões estratégicas.

QUADRO 1 – Modelo de Avaliação do grau de institucionalização dos PM de DST/HIV/Aids em três municípios da Regional de Saúde – Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XVII – Campinas – São Paulo*

DIMENSÃO ESTRATÉGICA	VARIÁVEIS	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE
Autonomia Política e Institucional	Estrutura Administrativa e Organizativa Espaços de Comunicação / Capacidade de Negociação	Estrutura administrativa e organizativa formalmente constituída Existência e funcionamento de espaço e instrumentos de comunicação entre o PM e as demais áreas da SMS e com as OSC/ONG
Gestão	Planejamento Financiamento Participação no Processo Decisório Equipe de Saúde Espaços de Comunicação / Capacidade de Negociação Sistema de Informação	Planejamento participativo Grau de sistematização do planejamento Existência de mecanismos para garantir a execução do plano Valor alocado para as ações de DST/HIV/Aids Existência de participação do PM no sistema de gestão da SMS Profissionais para as equipes contratados que atenda a demanda e a estrutura dos serviços Existência e funcionamento de espaço e instrumentos de comunicação entre o PM e as demais áreas da SMS e com as OSC/ONG Implantação de sistemas de gestão (de monitoramento e avaliação, de vigilância epidemiológica e de testagem e aconselhamento)
Organização dos Serviços	Insumos: Prevenção, Diagnóstico, Terapêutico, Educativo Estruturação dos Serviços Ações de Vigilância Epidemiológica Sistema de Informação Tecnologias de Cuidado	Logística de insumos Existência de CTA Existência de SAE Existência de ADT Existência de Leito Dia Referência de serviços de média e alta complexidade Notificação, investigação, alimentação do sistema de informação e divulgação dos dados Implantação de sistemas de gestão (de monitoramento e avaliação, de vigilância epidemiológica e de testagem e aconselhamento) Protocolos de Atendimento
Participação Social	Conselho Municipal de Saúde Conselho Local de Saúde	Representação no CMS Representação no CLS
Intersetorialidade	Parceria com OSC/ONG Parceria e Integração Interinstitucional Parceria Intra-institucional	Desenvolvimento de ações em parceria com OSC/ONG Atividades desenvolvidas através de parcerias interinstitucionais Integração entre as diversas áreas da Secretaria de Saúde

* Categorias baseadas em LIMA & RIVERA, 2006

Para clareza do estudo, identificamos o significado de cada dimensão estratégica constante do Quadro 1, na intenção de ser um facilitador para construção do Modelo Teórico de Avaliação – MTA não perdendo de vista a importância de abordar a qualidade na avaliação sob o ponto de vista de Donabedian (1994, 114:1115-8), especificamente a efetividade, eficiência e legitimidade.

Utilizando-se de vários autores e documentos pesquisados, foi possível definir cada uma das dimensões que contribuem para construir o processo de institucionalização do PM DST/HIV/Aids:

Autonomia Política e Institucional - relacionada com a autonomia para governar, bem como, de organizar os espaços que estão no âmbito da gerência e ou da gestão, podendo fazer e se fazer presente nos espaços de proposição e de criação de avaliação de políticas públicas, se relacionando intra e extra-instituição, não se restringindo simplesmente a administração de um serviço (CECÍLIO, 1999).

Gestão – refere-se à possibilidade de ajudar a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos, a novas práticas gerenciais com a introdução de um sistema de gerir criativo que priorize formas de tomada de decisão com o coletivo (atores envolvidos) por consenso e pressupondo transparência em todo o processo. Portanto é necessário estabelecer um processo descentralizado, de participação coletiva e de planejamento ascendente (RIVERA E ARTMANN, 1999).

Organização dos Serviços – caracterizada pela existência de espaços físicos, equipes de profissionais, equipamentos e insumos adequados e suficientes que dêem conta de estabelecer uma relação de: potencialidade de atender e solucionar as demandas da sociedade e de melhorar a qualidade de vida desta sociedade (BITTAR, 2000).

Participação Social – refere-se a um importante instrumento de gestão, objetiva dar qualidade à forma de participação dos cidadãos nas decisões do poder público, levando em consideração a experiência acumulada no exercício da democracia. Também se insere como propiciar ao cidadão e aos representantes da sociedade civil, a oportunidade de se auto-organizar, reivindicar, apresentar propostas, dialogar e praticar a cidadania ativa, consolidando canais de participação junto aos órgãos executores das políticas públicas (SÃO PAULO - COORDENADORIA DE CONVIVÊNCIA, PARTICIPAÇÃO E EMPREENDEDORISMO SOCIAL – MUNICÍPIO, 2005).

Intersetorialidade – relacionada a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das

estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate, 2000).

A proposta de organização das ações de DST/HIV/Aids a partir do incentivo financeiro, faz com que acredite-se que a estruturação do PM DST/HIV/Aids e conseqüentemente a geração de melhores serviços à população, são indicadores de que esteja ocorrendo importantes mudanças e iniciativas inovadoras na gestão da saúde municipal (BODSTEIN, 2002).

Proporcionar e fortalecer estas mudanças e iniciativas no desempenho da gestão do programa promove maior responsabilidade pública, institucionalidade e aumento na participação do controle social, podendo chegar à oferta qualificada de serviços com tendência a gerar transformações positivas na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids - PVHA. Isto pode ser visto como compromisso com a gestão pública embora os resultados possam ser observados a médio ou longo prazo (BODSTEIN, 2002).

As mudanças pensadas e propostas a partir de uma intervenção, no caso o Incentivo, na prática expressam uma decisão política em relação às DST/Aids, ocorrida a partir do Programa Nacional, mas que não garante sua plena execução e ou implantação no nível local cujo gerenciamento está condicionado a outras decisões técnico/políticas internas da gestão local. Para Bodstein (2002: 403), perguntar sobre o grau de institucionalização de um determinado programa pressupõe a compreensão do contexto que molda e condiciona sua operacionalização.

Segundo Contandriopoulos et al (1997: 31), “a intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

Este autor destaca cinco componentes da intervenção: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto preciso em um dado momento.

Estes componentes podem ser comparados aos do PES, onde recursos são considerados em seu sentido amplo, incorporando as dimensões política, econômica, organizativa, tecnológica, capacidade de mobilização e comunicação. Para Matus os objetivos são sempre referidos a um ator principal, assim como a situação problemática. Contudo, como já observamos, o contexto de poder compartilhado deve considerar fortemente as estratégias de negociação, sobretudo, a cooperativa.

A problematização desta implantação/implementação e intervenção associados à idéia de estabelecer um processo de avaliação quanto à institucionalização do programa a partir do advento do Incentivo Financeiro, é fundamental para o avanço da estratégia de descentralização que exige o envolvimento de diferentes atores.

Algumas considerações acerca da avaliação de programas remetem à história do surgimento desta, onde é relatado que no setor público, a avaliação formal já era evidente desde 2000 a.C., quando as autoridades chinesas faziam provas para os servidores públicos a fim de ter uma estimativa de seu desempenho. E, na Educação, Sócrates usou diversas avaliações verbais como parte do processo de aprendizado (WORTHEN, et al., 1997).

Segundo este mesmo autor, alguns comentaristas como Cronbach et al. (1980), vêem a ascendência das ciências naturais no século XVII como um precursor necessário do valor que veio a ser atribuído mais tarde à observação direta, e cita tabulações ocasionais de mortalidade, saúde e populações cresceram até se constituir numa tradição madura de pesquisa social empírica.

Mas os levantamentos quantitativos não foram o único precursor da moderna pesquisa social no século XVIII. Rossi e Freeman (1985) apud Worthen, (1997), dão exemplo de uma experiência de pesquisa a partir da observação de dois grupos, sendo um de “tratamento” e outro de “controle”.

Com a ocorrência da Grande Depressão nos Estados Unidos da América – início da década de 1930 foi criado serviços e órgãos governamentais na perspectiva de salvar a economia norte-americana, onde também foram criados órgãos federais para supervisionar novos programas nacionais. Vários cientistas sociais foram trabalhar nesses órgãos, o que favoreceu o estudo de um grande número de variáveis relativas a esses programas, resultando na sistematização da avaliação (WORTHEN, et al., 1997).

Segundo Worthen et al. (1997), a pesquisa social expandiu-se durante a Segunda Guerra Mundial, quando pesquisadores examinaram os programas de governo destinados a ajudar o pessoal militar em áreas como redução da vulnerabilidade à propaganda, elevação do moral e melhoria do treinamento e colocação profissional de soldados.

Todos os relatos em função da crescente proposta e fortalecimento da avaliação de programas, até os dias de hoje, geraram muitas literaturas que conceituam a avaliação, mas para o presente estudo, nosso conceito de avaliação, com base em Contandriopoulos et al (1997) estende-se ao objetivo de ajudar na tomada de decisão.

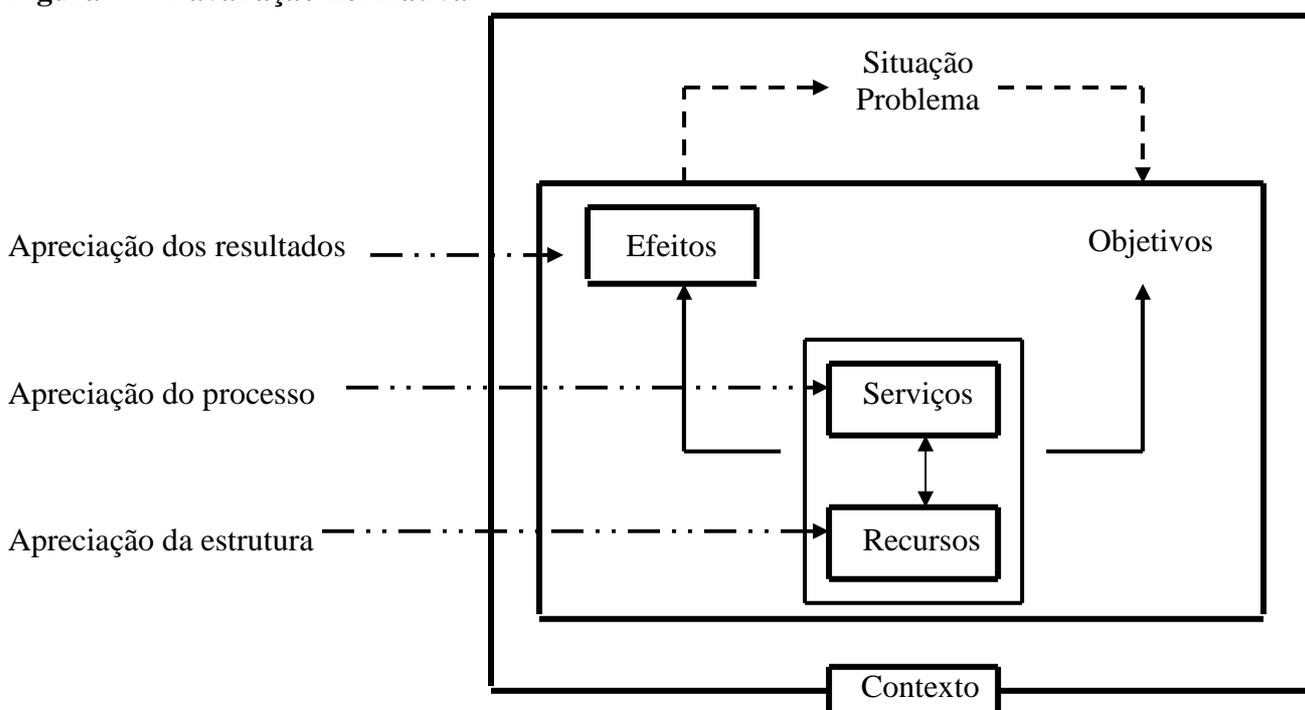
Avaliar é também um processo sistemático de coleta de informações sobre as atividades, as características e os resultados de um programa, respondendo a uma pergunta avaliativa, determinando o mérito ou valor do programa e explica a relação entre ele e seus efeitos (BRASIL, 2005: 16).

A avaliação é um processo importante a ser instalado para contribuir com a instituição pública, visando à melhoria dos programas e possibilitando usar-se de mais uma ferramenta do planejamento e da gestão, podendo revelar uma inovação no processo de implementação da política de descentralização da área de DST/Aids (BODSTEIN, 2002).

Uma vez pensada a proposta de avaliação do grau de institucionalização do PM DST/HIV/Aids, busca-se o detalhamento desta avaliação utilizando-se da terminologia e conceitos atribuídos. Algumas considerações a cerca da Avaliação Normativa e Avaliação de Processo são relevantes.

Contandriopoulos et al (1997: 34), coloca que a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas (Figura 4).

Figura 4 – A avaliação normativa



© Gris, Universidade de Montreal, 1992
 Fonte: Hartz (1997).

É também focada em resultados e impactos. No senso comum, a primeira noção de avaliação é essa, além de estar fortemente associada à idéia de punição e/ou interrupção do programa e tende a responder questões como: O programa é efetivo? O programa deve continuar? O programa segue as normas prescritas? (BRASIL, 2005: 27).

A avaliação normativa visa também não só o acompanhamento das ações, mas também a garantia da qualidade.

Quando pensamos em qualidade na avaliação normativa, temos segundo Donabedian (1994), os sete pilares da qualidade:

1. Eficácia: significa o melhor que se pode fazer pela saúde do indivíduo nas condições mais favoráveis;
2. Efetividade: a melhoria da saúde na prática cotidiana;
3. Eficiência: diz respeito ao custo, quando duas alternativas são eficazes e efetivas, a mais eficiente é aquela de menor custo;
4. Otimização: os efeitos no cuidado à saúde são avaliados relativamente pelos custos da ação, o benefício deve ser proporcional ao custo;
5. Aceitabilidade: adaptação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores do paciente;
6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;
7. Equidade: distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população de forma justa.

Ao pensar na aplicação de alguns destes pilares nesta pesquisa, pode-se indicar três que estão mais próximos e se interagem com as dimensões estratégicas apresentadas no Quadro 1, ou seja, Efetividade, Eficiência e Legitimidade.

A conceituação de Donabedian para estes três pilares, respondem a melhoria da saúde na prática (Efetividade) com gestão e organização dos serviços adequados, diz respeito ao custo (Eficiência) com gestão e organização dos serviços otimizados e tem aceitabilidade (Legitimidade) a partir da gestão participativa e a inclusão de novos atores com participação social e inclusão de outros setores.

Estes pilares estarão como pano de fundo durante todo o processo de execução da pesquisa.

Quanto à avaliação de processo, é usualmente focada em um único programa e freqüentemente usa abordagens qualitativas para descrever as atividades e percepções

relacionadas ao programa, especialmente durante os estágios iniciais de seu desenvolvimento e implantação/implementação (BRASIL, 2005: 33).

Ainda segundo Contandriopoulos et al (1997: 36), podemos ter a apreciação do processo que trata de saber em que medida os serviços (programas) são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços (programas) oferecidos pelo programa (instituição pública) ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de institucionalização dos PM DST/HIV/Aids em três municípios na Regional de Saúde de Campinas – GVE XVII - São Paulo – Brasil, no período de 2003 a 2006, a partir da implantação do incentivo financeiro do PN DST/Aids.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids, nos municípios selecionados;
2. Analisar a concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids selecionados, com as ações previstas no PAM e Plano Municipal de Saúde;
3. Caracterizar o grau de execução das metas e ações do PAM;
4. Investigar a execução financeira do recurso do Incentivo nos municípios avaliados, inclusive a aplicação dos recursos da contrapartida.

PERGUNTAS QUE O ESTUDO PRETENDEU RESPONDER

Diante da iniciativa do PN DST/Aids, e da realidade observada na Regional de Saúde - GVE XVII Campinas, o estudo pretende responder as seguintes perguntas avaliativas:

1. O Incentivo financeiro transferido do PN DST/Aids contribui para a institucionalização do PM de DST/HIV/Aids?
2. Que outras estratégias estão sendo adotadas pelos PM DST/HIV/Aids para a sua institucionalização a partir da análise dos conteúdos dos PAM?

PRESSUPOSTOS

Os pressupostos deste estudo foram:

1. O incentivo financeiro representa avanços e contribui com a política de sustentabilidade dos PM DST/HIV/Aids, contudo, esses programas não foram totalmente institucionalizados;
2. O PAM elaborado de forma ascendente e participativa, é um instrumento facilitador para o desenvolvimento de todas as ações em DST/HIV/Aids e que contribui com a institucionalização do programa;
3. Os eixos estratégicos e prioritários dos PM DST/HIV/Aids sistematizados no PAM, devem ser abertos à implantação/implementação de outras ações diante de novos cenários e de demandas técnicas.

USOS DA AVALIAÇÃO

Melhoria do programa fornecendo informações ao gestor da saúde municipal com incentivo, quanto ao grau de institucionalização e contribuir com a tomada de decisão ao nível do PM DST/HIV/Aids (BRASIL, 2005).

USUÁRIOS DA AVALIAÇÃO

Usuários Potenciais:

Ministério da Saúde – Programa Nacional DST/Aids;
Secretaria de Estadual da Saúde - SP – Programa Estadual de DST/Aids;
Secretaria Municipal de Saúde – Programa Municipal de DST/HIV/Aids;
Departamento Regional de Saúde de Campinas – DRS VII;
Grupo de Vigilância Epidemiológica Regional Campinas – GVE XVII.

Usuários Alvo-Básico:

Gerentes dos Programas de DST/Aids do Estado e Municípios;
Coordenador do Programa Estadual de DST/Aids;
Diretor Técnico do DRS VII Campinas, Diretor do GVE XVII Campinas e Interlocutor de DST/Aids.

Todos os usuários potenciais da avaliação têm papel fundamental e de responsabilidade em sua esfera de governo e de gestão, no sentido de viabilizar o funcionamento e a efetiva implantação/implementação do programa, nesse aspecto, incluindo a avaliação como instrumento de gestão e de verificação dos recursos empregados.

No processo de avaliação, esses usuários poderão observar, se os mecanismos utilizados de intervenção na melhoria do programa obtiveram êxito, e se a aplicação dos recursos promoveu algum tipo de transformação.

Como fortalecimento para realização do estudo, os usuários alvo-básico contribuíram para pensar os objetivos do estudo e na construção das perguntas avaliativas, principalmente os coordenadores dos PM DST/HIV/Aids e os técnicos articuladores do programa no nível regional – GVE XVII, alguns desses profissionais de forma direta e outros de forma indireta.

A contribuição de forma direta ocorreu no interior das discussões temáticas e das reuniões de rotina da área de DST/Aids, onde os coordenadores com relataram e discutiram sobre a dificuldade de alcance das metas do PAM e da execução financeira do Incentivo; com a dificuldade de elaborar junto a área de finanças da SMS, formas de utilização e aplicação dos recursos financeiros.

Quanto à forma indireta, pôde ser verificada no trabalho do nível regional no monitoramento e acompanhamento do desempenho dos PAM e das ações realizadas pelos programas que extrapolam as previstas neste instrumento de gestão. Acompanhamento este a partir das visitas ao programa no nível local e monitoramento do desempenho das ações através do SISINCENTIVO.

Esses aspectos que podem ser vistos como conflitos na rotina do programa, apresentados pelos usuários da pesquisa, foram fundamentais na contribuição para realização do estudo com definição do foco dos objetivos e na elaboração das perguntas avaliativas.

Vale lembrar que nos momentos de articulação do nível regional com os PM na busca de seu fortalecimento junto aos gestores, as discussões de financiamento e de desenvolvimento das ações primaram pela qualificação e pelo entendimento da dinâmica do programa. Nessas discussões foi possível pinçar elementos que contribuíram com a construção das perguntas avaliativas (manifestação em apoiar as ações do programa, em garantir a contra partida financeira e em criar mecanismos de comunicação entre a área financeira da SMS e o programa que facilite a execução do

recurso financeiro), nesse sentido, o gestor do nível local passou a contribuir com o processo de avaliação.

MODELO TEÓRICO DE AVALIAÇÃO E A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A construção de um modelo teórico de avaliação se faz necessária para que sejam identificados os componentes a serem trabalhados (Medina, 2005), suas dimensões e os indicadores que dêem resposta aos objetivos propostos. O modelo também deve especificar as técnicas de coleta e de análise de dados, descrevendo critérios e valores utilizados na avaliação.

DESENHO DO ESTUDO

O Modelo Teórico de Avaliação – MTA constitui-se como uma ferramenta importante para o desenho da intervenção, ligado à pesquisa e estabelecendo relação de causa e efeito (BRASIL, 2005), ou seja, na melhoria no Programa.

A proposta deste trabalho foi a de realizar uma avaliação que tem como causa, a implantação do Incentivo nos PM DST/HIV/Aids e como efeito, a perspectiva de institucionalização do programa, tendo como linha de abordagem: avaliativa qualitativa, pressupondo como técnica a aplicação do estudo de caso. Considera-se este estudo de caso atípico, devido o entrevistador estar inserido no processo de implementação do Incentivo no nível regional do programa DST/Aids.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é apenas uma das muitas maneiras de fazer pesquisa em ciências sociais, permite compreender fenômenos sociais complexos e permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos e responde a questões do tipo: “como” e “por que”.

Este mesmo autor coloca que, o estudo de caso é a estratégia que mais se adéqua a análise de implementação, uma vez que o estudo de caso permite uma análise em profundidade e incluem a influencia no contexto sobre o programa.

Denis e Champagne (1990) colocam que o estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo.

Eles apontam que a análise de implantação se orienta no estudo dos processos de mudança ocorridos após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma

intervenção. Neste caso, a implantação do Incentivo financeiro do MS para os programas de DST/HIV/Aids.

Trata-se de uma Avaliação Normativa e de Processo considerando as reflexões sobre este desenho no Referencial Teórico.

Acrescente-se ainda que numa avaliação normativa, pode-se proceder a uma valoração da estrutura, onde os recursos são avaliados. No processo inclui-se um olhar que envolve a dimensão organizacional.

Esta proposta contempla a avaliação normativa e de processo, sendo esta última escolhida “por informar aos atores envolvidos no programa se as ações do programa atingiram a população alvo pretendida, o nível, a extensão e a qualidade dos serviços prestados e que recursos foram necessários para apoiar o esforço realizado” (BRASIL, 2005: 92).

O propósito do estudo foi avaliar o grau de institucionalização de três Programas Municipais de DST/HIV/Aids na área adscrita da Regional de Saúde de Campinas, especificamente no âmbito do Grupo de Vigilância Epidemiológica Regional de Campinas (GVE XVII) – São Paulo – Brasil, nos períodos de 2003 a 2006, a partir da implantação do Incentivo Financeiro do Ministério da Saúde a Estados, Municípios e Distrito Federal. Visa também contribuir com a sustentabilidade política e técnica dos programas e suas ações.

Acrescente-se a informação de que o MS através do PN DST/Aids com a intenção de organizar e otimizar o processo de planejamento e apresentação dos PAM em todos os níveis de governo e no mesmo período de tempo, promoveu ajuste no PAM 2004 com a anuência dos municípios e estados em relação ao PAM 2005 conforme documento enviado aos coordenadores de programa (BRASIL c – 2005).

Isto caracterizou a existência do PAM 2004 ampliado até dezembro de 2005 e em seguida a apresentação do PAM 2006, suscitando ainda a inexistência do PAM 2005 para efeito de análise do presente estudo.

Com isto esclarecido, os PM DST/HIV/Aids dos municípios: 1 – considerado de grande porte, 2 – considerado de médio porte e 3 – considerado de pequeno porte, foram classificados como unidades de análise.

A proposta foi de realizar o estudo no período máximo de 04 meses, em três PM de DST/HIV/Aids dos municípios constantes na Tabela I (fls. 19). Os convites para participação na pesquisa foram endereçados aos Coordenadores dos PM DST/HIV/Aids dos municípios selecionados – Anexo I. Esses gestores ao participarem da pesquisa,

responderam ao questionário que permitiu respostas às perguntas avaliativas e aos objetivos específicos do estudo.

A participação dos municípios na pesquisa, através dos PM DST/HIV/Aids, foi precedida de esclarecimento dos objetivos do estudo, das instâncias envolvidas e da assinatura do Termo de Consentimento de Realização da Pesquisa – Anexo II.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS ALVO DO ESTUDO

Para a realização do estudo, foi escolhida a Regional de Saúde de Campinas – GVE XVII, considerando a facilidade de acesso aos municípios, bem como a proximidade com os gerentes dos PM DST/HIV/Aids, além da importância estratégica da área para a região.

Nesta regional formada por quarenta e dois municípios, dezoito estão recebendo o “Incentivo do PN de DST/Aids” transferido do FNS para o FMS. Foram selecionados três municípios a partir dos seguintes critérios, definidos em discussão com a Diretoria da Regional de Saúde de Campinas, e a interlocução de DST/AIDS:

A) Estar recebendo o incentivo financeiro para ações de DST/HIV/Aids:

- Este critério foi selecionado devido à Portaria MS 2.313/02, propor dentro processo de descentralização das ações, o fortalecimento institucional dos PM DST/HIV/Aids;

B) Um município de Grande Porte (mais de 300.000 habitantes), um município de Médio Porte (entre 100.000 e 300.000 habitantes e um município de Pequeno Porte (menos de 100.000 habitantes):

- Este critério foi selecionado devido a possibilitar uma análise de diferentes realidades em relação a capacidade de estruturação dos municípios;

C) Os três municípios selecionados por porte representam ainda diferentes micro-regiões de Saúde:

- Esta divisão é estratégica e favorece o processo administrativo regional, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

A forma de seleção utilizada foi sorteio aleatório dentro do grupo o qual o município se enquadra de acordo com os critérios “B” e “C”.

O sorteio ocorreu com a participação de profissionais do Grupo de Vigilância Epidemiológica e da Regional de Saúde, após apresentação do projeto de pesquisa para esses profissionais, ficando a ordem como apresentado na descrição a seguir:

1º) foi realizado o sorteio dos municípios com 300.000 habitantes ou mais (Grande Porte);

2º) foi realizado o sorteio dos municípios com 100.000 a 300.000 habitantes (Médio Porte) sem a participação dos municípios do Colegiado de Gestão Regional do município já sorteado considerado de Grande Porte para respeitar o critério “C” da seleção;

3º) foi realizado o sorteio dos municípios com menos de 100.000 habitantes (Pequeno Porte), sem a participação dos municípios dos Colegiados de Gestão Regional que já foram sorteado pelos critérios 1 e 2.;

4º) foi repetida a seqüência de sorteios a partir do segundo município selecionado na categoria de 300.000 habitantes ou mais.

FONTE E COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos, nos procedimentos adotados para investigação, foram utilizadas três técnicas combinadas de coleta de dados, que segundo Patton (1987), é também conhecida como triangulação de dados (de fontes de dados):

1. Análise documental (com roteiro em função dos objetivos) – Objetivos Específicos 1, 2, 3 e 4;
2. Questionário semi-estruturada – Objetivos Específicos 1, 2 e 4; e
3. Observação participante – Objetivo Específico 1.

1. Análise Documental:

A análise documental teve como fonte de informação e com possibilidade de serem julgados como pertinentes ao estudo, os Planos Municipais de Saúde, os Planos de Ações e Metas 2003 a 2006 e o Sistema de Informação do Incentivo – PN DST/Aids (SISINCENTIVO): Eixo de Execução das Ações e Metas e Eixo de Execução Financeira.

Os documentos foram cuidadosamente utilizados, e tomados como registros literais de eventos que ocorrem segundo a orientação de Yin (2005), que considera no estudo de caso a função de corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

Para sistematizar o processo de análise documental, o trabalho foi baseado no roteiro criado para esta finalidade – Anexo III.

2. Questionário semi-estruturado:

As perguntas constantes do questionário semi-estruturado – Anexo IV referem-se a conteúdos voltados para o processo de institucionalização do PM DST/HIV/Aids sem perder de vista as dimensões estratégicas, os critérios de análise, tendo como responsável pelo preenchimento, os coordenadores de PM DST/HIV/AIDS.

3. Observação participante:

A observação participante ocorreu com a permissão das Coordenações dos PM DST/HIV/Aids. Foi realizada em cada município selecionado durante oito horas em um dia, em data agendada e consensuada pelas partes. O resultado da observação das atividades desenvolvidas pelo programa foi anotado no Diário de Campo.

ANÁLISE DOS DADOS E JULGAMENTO

O processo de avaliação tem como ponto de partida o modelo lógico do programa, as várias análises que ocorrem durante este processo devem ser embasadas em instrumentos que ampliem o entendimento da implementação ocorrida que justifique a intervenção, no caso a alocação de recurso financeiro na forma de incentivo. Para isto, neste estudo, foi proposto adequar um instrumento para avaliação conforme apresenta o Quadro 1, que trabalha categorias da Dimensão Estratégica de Lima e Rivera (2006) para a avaliação do grau de institucionalização do PM DST/HIV/Aids.

Essas dimensões identificadas foram utilizadas como forma de fortalecimento, para medir o grau de institucionalização do programa e para o alcance dos objetivos definidos neste projeto e responder às perguntas avaliativas, também foi desenvolvido uma Matriz de Relevância – Quadro 2, como recurso técnico de identificação das potencialidades de maior poder de determinação das ações e estruturas que possibilitam a institucionalização do programa.

Na matriz, o cruzamento dos Critérios de Análise com as Dimensões Estratégicas, categorizando a relevância, buscou referendar a avaliação proposta com transparência, onde após apresentada aos coordenadores de programa, não houve sugestão de alteração.

Com a contraposição entre os Critérios de Análise e as Dimensões, a categorização ficou definida como:

- Muito Relevante (RR): Trata-se das ações e ou de atividades e composições nas relações de áreas ou órgãos como critérios de análise que viabilizam a institucionalização do PM DST/HIV/Aids relacionados às dimensões estratégicas;
- Relevante (R): Trata-se das ações e ou de atividades e composições nas relações de áreas ou órgãos como critério de análise que possivelmente irão contribuir com a institucionalização do PM DST/HIV/Aids relacionados às dimensões estratégicas;
- Irrelevante (I): Trata-se das ações e ou de atividades e composições nas relações de áreas ou órgãos como critério de análise que possivelmente não irão contribuir com a institucionalização do PM DST/HIV/Aids relacionados às dimensões estratégicas.

As categorizações foram estabelecidas para contribuir com as pontuações empregadas nos questionários semi-estruturados, e também para construção dos parâmetros que dimensionam as três técnicas utilizadas de análise dos dados.

QUADRO 2 - Matriz de Relevância – Escolha das dimensões estratégicas da avaliação

Crítérios para Análise	Dimensões Estratégicas				
	Autonomia Política e Institucional	Gestão	Organização dos Serviços	Participação Social	Intersectorialidade
Estrutura administrativa e organizativa formalmente constituída do PM DST/HIV/Aids	RR	RR	R	R	I
Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre PM DST/HIV/ Aids e as demais áreas da SMS e com as OSC/ONG	RR	RR	R	R	I
Planejamento Participativo	R	RR	R	RR	R
Grau de sistematização do planejamento	R	RR	R	R	I
Existência de mecanismos para garantir a execução do plano	R	RR	R	RR	I
Valor alocado para as ações de DST/HIV/Aids	R	RR	RR	I	I
Participação do PM DST/HIV/ Aids na gestão da SMS	RR	RR	R	I	I
Profissionais para as equipes contratados que atenda a demanda e a estrutura dos serviços	R	RR	RR	R	I
Logística de Insumos de Prevenção e Tratamento	R	R	RR	R	I
Existência de CTA	R	R	RR	I	I
Existência de SAE	R	R	RR	I	I
Existência de ADT	R	R	RR	I	I
Existência de Leito Dia	R	R	RR	I	I
Existe referência de serviços de média e alta complexidade	I	R	RR	I	R
Notificação, investigação, alimentação do sistema de informações e divulgação dos dados	R	R	RR	R	R
Representação no CMS	R	RR	I	RR	I
Representação no CLS	R	RR	R	RR	R
Desenvolvimento de ações em parceria com OSC/ONG	I	R	R	R	RR
Atividades desenvolvidas através de parcerias interinstitucionais	I	R	I	R	RR
Integração entre as diversas áreas da SMS	I	R	R	I	RR
Desenvolvimento das ações necessárias e cumprimento das metas do PAM	R	RR	R	R	I
Realiza monitoramento e avaliação do PAM	R	RR	R	I	I

RR: Muito Relevante R: Relevante e I: Irrelevante

Pontuações e Parâmetros definidos:

Utilizando-se da Matriz de Relevância, como referencial de identificação das potencialidades de maior poder de determinação das ações e estruturas que possibilitam a institucionalização do programa, as pontuações empregadas no questionário semi-estruturado e os parâmetros foram consensuados com técnicos do Grupo de Vigilância Epidemiológica e do Centro de Planejamento da Regional de Saúde.

Para a análise documental foram estabelecidos os seguintes parâmetros:

1- Planos de Ações e Metas:

Neste caso, determinou-se o grau de desempenho das ações e metas no período (ano) inicial previsto para sua execução, criando assim um referencial de análise, uma vez que as metas e ações podem ser reprogramadas para o ano seguinte de execução do plano, ocorrendo ou não parte de seu desempenho. Isto foi considerado um artifício de segurança como referencial para as análises.

Os intervalos criados na escala percentual para se constituir como parâmetros, foram discutidos procurando não levar em consideração as declarações dos coordenadores dos programas quanto a não execução das ações e metas, e sim o que poderia ser encontrado nos registros de desempenho dessas metas e das ações.

Este critério foi utilizado para todos os parâmetros criados, no caso para os PAM, foram estabelecidos os seguintes parâmetros:

- Total – 80% das metas com alcance acima de 70%;
- Parcial – de 50% a 80% das metas com alcance acima de 70%;
- Baixo – menos de 50% das metas com alcance acima de 70%.

2- Incentivo Financeiro do PN DST/Aids e contra partida do município:

A determinação do grau de execução financeira do Incentivo do PN DST/Aids e da contrapartida municipal, utilizou conceitos do senso comum – Excelente, Bom e Insuficiente – onde cada um dos conceitos foram acompanhados de percentuais definidos e compatíveis com a respectiva graduação ou valoração que se pretendia para os mesmos, ficando a equivalência conforme apresentado adiante, fixando os seguintes parâmetros, respeitando os mesmos períodos definidos para os PAM:

- Excelente desempenho – execução do recurso financeiro do Incentivo e ou da contrapartida acima de 70%;
- Bom desempenho – execução do recurso financeiro do Incentivo e ou da contrapartida entre 40% e 70%;
- Insuficiente desempenho – execução do recurso financeiro do Incentivo e ou da contrapartida abaixo de 40%.

Para o questionário semi-estruturado, antes de apresentar os parâmetros estabelecidos, há que se esclarecer sobre a elaboração de três quadros síntese, com a utilização dos objetivos da pesquisa e das perguntas do questionário pertinentes a cada um desses objetivos, procurando avaliar a institucionalização dos PM DST/HIV/Aids sob o olhar do coordenador do programa.

Esse olhar do coordenador ocorreu mediante a resposta dada para cada pergunta, que foi pontuada a partir da análise do pesquisador principal, baseado na proposta de pontuação e dos parâmetros elaborados. Buscou-se nestas respostas, a expressão com maior ou menor entendimento sobre o movimento que a implantação do Incentivo buscou provocar na organização dos programas, no caso a Institucionalização.

As pontuações e os parâmetros identificados para cada objetivo específico trabalhado foram descritos da seguinte forma:

3- Objetivo Específico 1 – Identificar mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids:

Pontuação para as respostas:

- A) 3 = Foi Identificado Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (ideal);
- B) 2 = Está próximo de Identificar Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal);
- C) 1 = Não foi Identificado Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal).

Parâmetro:

Foram selecionadas 22 perguntas que poderiam ter pontuação máxima de 3 pontos cada, o que resultaria em no máximo 66 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:

- A) 70% a 100% (46 a 66 pontos) = Alto Grau de Identificado Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids;

- B) 40% a 70% (26 a 45 pontos) = Médio Grau de Identificado Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids;
- C) Abaixo de 40% (1 a 25 pontos) = Baixo Grau de Identificado Mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids.

4- Objetivo Específico 2 – Analisar a concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids selecionados, com as ações previstas no PAM e Plano Municipal de Saúde:

Pontuação para as respostas:

- A) 3 = Foi Identificada a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (ideal);
- B) 2 = Está próximo de Identificar a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal);
- C) 1 = Não foi Identificado a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal).

Parâmetro:

Foram selecionadas 07 perguntas que poderiam ter pontuação máxima de 3 pontos cada, o que resulta em no máximo 21 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:

- A) 70% a 100% (15 a 21 pontos) = Alto Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids;
- B) 40% a 70% (8 a 14 pontos) = Médio Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids;
- C) Abaixo de 40% (1 a 7 pontos) = Baixo Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids;

5- Objetivo Específico 4 – Investigar a execução financeira do recurso do Incentivo Financeiro nos municípios avaliados, inclusive a aplicação dos recursos da contra partida:

Pontuação para as respostas:

- A) 3 = Foi executado adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (ideal);
- B) 2 = Está próximo de executar adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal);
- C) 1 = Não foi executado adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal).

Parâmetro:

Foram selecionadas 05 perguntas que poderiam ter pontuação máxima de 3 pontos cada, o que resulta em no máximo 15 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:

- A) 70% a 100% (10 a 15 pontos) = Alto Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids;
- B) 40% a 70% (06 a 09 pontos) = Médio Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids;
- C) Abaixo de 40% (01 a 05 pontos) = Baixo Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids.

Quanto à observação participante, não foi criado roteiro estruturado de observações, tampouco foi criado parâmetros que pudessem medir grau, percentual ou qualquer outra unidade de medida que causasse comparações, este foi um processo de coleta de dados no diário de campo, mediante participação, observações e anotações da rotina do trabalho no PM e das atividades do coordenador.

Apesar de pouco estruturada, foi previsto o acompanhamento na rotina do coordenador previamente autorizado, onde foi também esclarecido que as anotações ocorreriam a cerca da autonomia política e institucional, da forma de gerir desse coordenador e da organização do processo de trabalho.

Foi solicitado antecipadamente que a equipe fosse informada da presença do pesquisador, o que neste caso, tratava-se de um pesquisador que indiretamente faz parte da rotina do trabalho, pelo contato e o vínculo com os municípios unidades de análise. Nesse sentido, a maioria dos profissionais do grupo era conhecida do pesquisador, bem como o pesquisador era conhecido dos grupos.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovada no dia 04/04/08 com protocolo 40/08.

Os três municípios identificados pelos critérios de seleção aceitaram participar da pesquisa e foram esclarecidos em todos os itens da pesquisa

Os convites foram entregues pessoalmente aos Coordenadores dos PM DST/HIV/Aids e uma cópia com o aceite foi arquivada em ambiente seguro com o

pesquisador principal, bem como, o termo de consentimento livre e esclarecido com assinatura das partes envolvidas na pesquisa.

Os gerentes dos PM DST/HIV/Aids participantes da pesquisa assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido, e os formulários com as respostas foram guardados sob sigilo em ambiente seguro.

Os dados e as anotações efetuadas durante a pesquisa foram guardados com o pesquisador em ambiente seguro, e assim ficarão por no mínimo 5 anos na sala do pesquisador principal.

O pesquisador respeitou as normas do Regulamento 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

MATRIZ DE INFORMAÇÃO

Para análise dos resultados, foi construída a Matriz de Indicadores e Fonte de Informações para avaliar a Institucionalização dos PM - Quadro 3, que apresenta a síntese de instrumentos e técnicas utilizadas nas diferentes etapas dessa avaliação.

QUADRO 3 - Indicadores e Fonte de Informação para Avaliar a Institucionalização dos PM DST/HIV/Aids

Dimensão	Indicadores	Como Medir	Método de Coleta		
			Análise Documental	Questionário semi-estruturada	Observação Participante
Autonomia Política e Institucional	Existência de Estrutura administrativa e organizativa formalmente constituída	O município dispõe de organograma oficial do PM? - Documento oficial da SMS que comprove a existência da estrutura; - Resposta ao questionário semi-estruturado.	X		
	Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre PM DST/HIV/ Aids e as demais áreas da SMS e com as OSC/ONG	O PM DST/HIV/Aids dispõe de espaços e instrumentos de comunicação? - Agenda de Reuniões do Programa com outras áreas e instituições; - Boletins Informativos; - Boletins Epidemiológicos; - Ofícios e Memorandos.	X	X	
Gestão	Existência de Planejamento Participativo	O Planejamento é participativo? - Inclui atores relevantes; - Reuniões Sistemáticas.		X	
	Grau de sistematização do planejamento	Análise de coerência das Metas e Ações dos PAM com a Política Nacional de DST/Aids	X	X	
	Existência de mecanismos para garantir a execução do PAM	Há mecanismos que garanta a execução do PAM? - Requisições; - Colegiado Gestor; - Conselho Munic. Saúde	X	X	X
	Valor alocado para as ações de DST/HIV/Aids	- % aplicado no PM DST/HIV/Aids do recurso financeiro do orçamento da SMS - % do recurso financeiro do incentivo gasto no período analisado	X	X	
	Participação do PM DST/HIV/ Aids na gestão da SMS	O PM DST/HIV/Aids participa na gestão da SMS? - Resposta ao questionário semi-estruturado.		X	
	Profissionais contratados para as equipes que atenda a demanda e a estrutura dos serviços	-Número de profissionais por categoria contratados para o PM DST/HIV/Aids	X	X	X
	Existência e funcion. de espaços de instrumentos de comunicação entre o PM e as demais áreas da SMS e com as OSC/ONG	O PM DST/HIV/Aids dispõe de espaços e instrumentos de comunicação? - Agenda de Reuniões do Programa com outras áreas e instituições; - Boletins Informativos; - Boletins Epidemiológicos; - Ofícios e Memorandos.	X	X	
	Implantação de sistemas de gestão (de monitoramento e avaliação, de vigilância epidemiológica e de testagem e aconselhamento)	- Número de sistemas de gestão implantados; - Tipos de sistemas implantados.	X	X	

Organização dos Serviços	Logística de insumos de prevenção, diagnóstico, tratamento e Educativo	Número de insumos disponibilizados		X	
	Existência de Estrutura de CTA, SAE, ADT, Leito Dia e de Referência de Média e Alta Complexidade	Número de serviços e Infra-estrutura de serviços adequadamente implementados		X	X
	Estruturação das ações de vigilância epidemiológica	- Existência de estrutura física; - Existência e quantidade de profissionais		X	X
	Existência de sistema de informação e de gestão: de monitoramento e avaliação, de testagem e aconselhamento	Número e quais sistemas que apóiam a organização dos serviços em funcionamento.	X	X	
	Implementação de tecnologias de cuidados com protocolos de atendimento	- Quais os protocolos de atendimento implantados; - Quais ações estão em desenvolvimento.	X	X	
Participação Social	Ter representatividade no Conselho Municipal de Saúde	Número de representantes do PM DST/HIV/Aids no CMS		X	
	Ter representatividade no Conselho Local de Saúde	Número de representantes do PM DST/HIV/Aids no CLS		X	
Intersetorialidade	Estar desenvolvendo ações em parceria com OSC/ONG	Número de OSC/ONG parceiras do PM DST/HIV/Aids	X	X	
	Estar desenvolvendo atividades através de parcerias com outras instituições	Número de Instituições áreas parceiras do PM DST/HIV/Aids		X	
	Estar desenvolvendo ações juntamente a outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde	Número de áreas fora do PM DST/HIV/Aids mas da Secretaria Municipal de Saúde parceiras		X	

Fonte: Adaptado de Tanaka e Melo, 2004

RESULTADOS

Por se tratar de metodologia que implica em utilização de técnica ou técnicas combinadas de levantamento de informações e dados, o estudo de caso deu embasamento e norteou o trabalho no sentido de qual a melhor forma de coletar e analisar os dados, porque uma técnica faz mais sentido em um tipo de estudo do que em outro, quais os cuidados que devem ser adotados na utilização das técnicas de coleta.

Os resultados serão apresentados de acordo com as técnicas utilizadas para obtê-los, sendo estes resultados, trabalhados individualmente em cada categoria técnica, e em alguns momentos foram adicionadas algumas observações de uma técnica relacionada à outra para enriquecimento dos mesmos:

1. Desempenho relacionado ao alcance de metas e execução financeira (Análise Documental)

Plano de Ações e Metas:

Seguindo o roteiro de análise, para o item 1 – “Planos de Ações e Metas: adequação das metas com o grau de alcance e execução financeira” – foram criados os quadros 4 (a,b,c,d,e,f,g,h,i) que sintetizam as Metas, as ações e o percentual de alcance das metas dos PAM 2003 a 2006 produzidos pelos municípios alvo do estudo, bem como, quadros 6 (a,b,c) de execução financeira de cada PAM.

Estes quadros explicitam o percentual de alcance das metas, tendo como fonte de informação o próprio PM DST/HIV/AIDS, o PAM e o SISINCENTIVO, onde se pode observar:

- 1) município de grande porte: o desempenho foi total no ano de 2003, parcial nos anos de 2004 e 2006, o que pressupõe com base nestas informações e referenciando-se ainda nas dimensões estratégicas do Modelo de avaliação do grau de institucionalização – Quadro 1, que o programa tende à institucionalização;
- 2) município de médio porte: o desempenho foi parcial no ano de 2003 e total nos anos de 2004 e 2006, pressupondo com base nestas informações e referenciando-se também nas dimensões estratégicas do Modelo de avaliação do grau de institucionalização – Quadro 1, que o programa está institucionalizado;
- 3) município de pequeno porte: o desempenho foi baixo nos anos de 2003 e 2006 e total no ano de 2004, o que pressupõe com base nestas informações e referenciando-se ainda

nas dimensões estratégicas do Modelo de avaliação do grau de institucionalização – Quadro 1, que o programa teve com pouca tendência à institucionalização.

Ao analisar especificamente as metas de cada PAM, foi possível observar que ao longo dos anos de produção desse instrumento de gestão, a estruturação das metas e das ações foram aprimoradas, ou seja, a caracterização de metas que fossem: 1- Específicas, 2- Mensuráveis, 3- Apropriadas, 4- Realistas e 5- Temporais, que é preconizado pelo PN DST/Aids.

Essas metas em alguns momentos se apresentam com esta configuração, mas, principalmente nos anos de 2003 e 2004, elas se misturam em seus enunciados caracterizando-se como resultado ou como uma ação, o que dificilmente se encontra nas metas no ano de 2006.

Outros dois aspectos fundamentais verificados na produção das metas foram: o tipo de ação a ser desenvolvida e como ela está descrita e o meio de verificação, que na maioria das vezes não correspondem à meta ou ao proposto na própria ação, gerando uma superficialidade no referencial de verificação.

No sentido de monitorá-las para verificação do grau de alcance, o SISINCENTIVO trouxe a contribuição de dar visibilidade na execução das mesmas e apresentar os percentuais deste alcance, contudo, a forma de preenchimento das informações no sistema, apresentou-se ineficaz no início de sua utilização.

Este aprimoramento foi tarefa e cuidado dos usuários do sistema, uma vez que pode ser observado quando uma meta deveria ter o alcance de 100% e apresenta-se com alcance de 200% ou de 400%, onde é relatado e sabido pelos coordenadores dos PM DST/HIV/AIDS, que ocorreu tão somente o alcance de 100% somente.

As metas não alcançadas em sua totalidade apresentam certo grau de dificuldade em cumpri-las, devido à falta de equipe com perfil adequado que possa desenvolver as ações, falta de clareza na descrição da meta ou meio de verificação não apropriado, como por exemplo, ações de redução de danos e as demais descritas, após os quadros síntese dos PAM por categoria de município.

QUADRO 4a - Síntese do Plano de Ações e Metas
Município Grande Porte / 2003

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
30% da população refere conhecimento de formas de prevenção das DST/HIV	100,00%	1- Aquisição de serviços e materiais de consumo.
Produção de material	100,00%	1- Produção e distribuição de materiais informativos para população em geral e população mais vulnerável; 2- Divulgação de material informal através de espaços publicitário.
30% dos adolescentes escolares	100,00%	1- Criação de estratégias de prevenção.
Aumento em 20% na distribuição de preservativos masculinos para a população em geral	90,00%	1- Aquisição e distribuição de preservativos para a população em geral e população mais vulnerável através de projetos específicos.
Aumento em 20% na distribuição de preservativos femininos para a população em geral	100,00%	1- Aquisição e distribuição de preservativos femininos.
100% da Unidades de Saúde (UBS e PSF) capacitadas em acolhimento e diagnóstico das DST/HIV	100,00%	1- Fortalecer o COAS.
Aumento em 50% no número de pessoas acessadas pelo Programa de Redução de danos	100,00%	1- Produção e distribuição de materiais informativos; 2- Manutenção da equipe de redução de danos.
100% das gestantes diagnosticadas HIV e sífilis tendo acompanhamento adequado no SAE	100,00%	1- Garantir o fornecimento de leite durante o 1º semestre para RN filhos de mães soropositivas.
100% dos pacientes em acompanhamento integral no SAE e HD	100,00%	1- Aquisição de equipamentos e materiais de consumo; 2- Aquisição e distribuição de medicação para inf. Oportunistas; 3- Realizar reforma / adaptação de HD; 4- Realização de manutenção de equipamentos.
100% dos pacientes com co-infecção tbc/HIV tratados	100,00%	1- Manter o projeto de dose supervisionada.
Aumento em 100% nos atendimentos das DSTs nas Unidade de Saúde	50,00%	1- Adquirir e distribuir insumos necessários para diagnóstico e tratamento das DST.
Garantia de laboratório local de microbiologia de qualidade	100,00%	1- Aquisição de equipamentos e materiais de consumo; 2- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.
Profissionais de saúde capacitados	100,00%	1- Participação em congressos, eventos e cursos.
Profissionais do SAE integrados e estimulados para desenvolver o trabalho com qualidade	100,00%	1- Promover espaços de supervisão institucional.

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Grande Porte

**QUADRO 4b - Síntese do Plano de Ações e Metas
Município Grande Porte / 2004**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
100% dos professores das escolas públicas municipais capacitados em ações de prevenção das DST/HIV no período de março a junho/2005	200,00%	1- Realização de oficinas com professores multiplicadores; 2- Produção e distribuição de material educativo.
50 adolescentes escolares capacitados em ações de prevenção das DST/HIV no período de fev à set/2005	50,00%	1- Capacitação de 50 adolescentes multiplicadores e 06 professores - Contratação de empresa; 2- Produção e distribuição de material educativo.
Aumento em 20% na distribuição de preservativos masculinos e femininos para a população em geral	200,00%	1- Aquisição e distribuição de preservativos masculinos para a população em geral; 2- Aquisição e distribuição de preservativos femininos para a população em geral;
80% das mulheres que frequentam 15 entidades do município sensibilizadas quanto a prevenção das DST/HIV, no período de setembro/2004 à março/2005	7,25%	1- Sensibilizar mulheres da comunidade - Espetáculo Teatral - Material Educativo; 2- Sensibilizar mulheres para trabalhar como multiplicadoras de informação sobre DST/HIV; 3- Capacitar 50 mulheres como multiplicadoras (Material para oficinas e Material para divulgação).
Aumentar em 50% das profissionais do sexo feminino atingidas por ações de prevenção	108,00%	1- Sensibilização de Profissionais do Sexo Feminino em Casas Noturnas, Ruas e Praças; 2- Disponibilização de preservativos - Feminino - Masculino (Aquisições SMS e SES); 3- Produção e distribuir material educativo.
Aumento de 50% de HSH e Profissionais do Sexo Masculino atingidos por ações de prevenções	100,00%	1- Sensibilizar HSH e Profissionais do Sexo Masculino frequentadores de Praças, Ruas e Saunas; 2- Disponibilizar preservativos masculinos e gel lubrificante (adquiridos SMS e SES). 3- Produzir material educativo.
Aumento em 30% no número de pessoas acessadas pelo Projeto Redução Danos	16,00%	1- Produção de material educativo; 2- Manutenção da equipe; 3- Implantação de 2 postos de troca em Unidade de Saúde.
60% dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde, PACs e PSF capacitados em acolhimento e diagnósticos das DST/HIV	0,00%	1- Fortalecer os COAS para capacitar profissionais de saúde em acolhimento e diagnóstico; 2- Material de consumo para oficinas; 3- Material de consumo para divulgação.
30% da população do município informada sobre DST/HIV nas Campanhas	100,00%	1- Realização de Campanha Carnaval - Material informativo/Contratação de empresa; 2- Realização de Campanha "Dia Mundial de Luta contra Aids"; 3- Elaboração, confecção e distribuição de material informativo: -Bus Door, Folder e cartazes.
80% das gestantes e parturientes atendidas pelo SUS com conhecimento do seu estado sorológico para infecção de Sífilis até o momento do parto	100,00%	1- Realização de treinamento dos profissionais de saúde das UBS, PSF e PACs; 2- Implementação do sistema de coleta e processamento de dados da SMS; 3- Produção de material informativo.
100% dos pacientes em acompanhamento integral no SAE e HD	100,00%	1- Aquisição de equipamento e material de consumo; 2- Aquisição e distribuição de medicamento para infecção oportunista; 3- Realização de reforma/adaptação do HD/Ambulatório; 4- Realização de Serviços de Manutenção.
100% dos pacientes com co-infecção tuberculose / HIV tratados	100,00%	1- Manutenção do projeto de dose supervisionada

Aumentar em 50% o atendimento das DSTs em Unidades Básicas de Saúde	50,00%	1- Aquisição e distribuição de insumos necessários para o diagnóstico e tratamento das DSTs; 2- Realização de treinamento para profissionais de saúde das UBSS/PSFs e PACs; 3- Aquisição e distribuição de medicamentos para DSTs.
100% dos exames realizados com qualidade no Laboratório de Microbiologia	100,00%	1- Manutenção da equipe do Laboratório Local de Microbiologia; 2- Aquisição de material de consumo de Laboratório; 3- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.
80% das gestantes e parturientes atendidas pelo SUS com conhecimento do seu estado sorológico para infecção do HIV até o momento do parto	100,00%	1- Realização de treinamento para profissionais de saúde, UBS,PSF e PACs sobre diagnóstico precoce; 2- Realização de encontro educativo junto às mulheres em idade fértil sobre a necessidade de prevenir - Produção de material educativo; - Bus Door.
100% das crianças expostas ao HIV recebendo forma Láctea artificial 100% das nutrízes tendo acesso ao inibidor de lactação	100,00%	1- Garantir o fornecimento de forma Láctea artificial até os 2 anos de idade para RNs filhos de mães soropositivas; 2- Garantir o fornecimento de inibidor de Lactação para as nutrízes soropositivas.
Ter promovido a participação de profissionais de saúde em 100% de eventos relevantes em DST/HIV	115,00%	1- Promover oficinas de reciclagem; 2- Participar de eventos: - Passagens, diárias e inscrições
Profissionais do SAE integrados e estimulados para desenvolver o trabalho com qualidade	100,00%	Promover espaços de Supervisão Institucional
Sistema de Informação Implementado	100,00%	Implementar o Sistema de Informação existente para melhorar a logística de medicamentos e materiais assim como a coleta de dados de vigilância

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Grande Porte
SISINCENTIVO - PN DST/Aids – MS

QUADRO 4c - Síntese do Plano de Ações e Metas
Município Grande Porte / 2006

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
30% da população do município de Jundiá informada sobre DST/HIV em Campanhas	100,00%	1- Realização de Campanha de Carnaval; 2- Realização de Campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS; 3- Aquisição de material educativo; 4- Realização de evento sobre Prevenção de DST/HIV/Aids para terceira idade; 5- Contratação de serviço de Criação, diagramação e ilustração.
50 adolescentes escolares e 10 professores capacitados em ações de prevenção das DST/HIV no período de maio a dezembro	0,00%	1- Capacitação de 50 adolescentes como multiplicadores; 2- Produção de material informativo e educativo; 3- Realização de evento para sensibilização de adolescentes.
Aumento em 20% na distribuição de preservativos masculinos e femininos para população em geral	100,00%	1- Aquisição e distribuição de preservativos masculinos para população em geral; 2- Aquisição e distribuição de preservativos femininos para população em geral.
80 mulheres multiplicadoras da FUMAS, capacitadas quanto a prevenção das DST/HIV no período de fevereiro a dezembro	76,30%	1- Capacitar 80 mulheres como multiplicadoras de ações de prevenção;
Aumento em 50% de HSH e Profissionais de Sexo Masculino atingidos por ações de prevenção	154,00%	1- Sensibilização de HSH e profissionais do sexo masculino em casas noturnas, ruas e praças; 2- Disponibilização de preservativos e material educativo; 3- Disponibilizar preservativo masculino e gel lubrificante.
Aumentar em 50% o número de profissionais do sexo feminino atingidas por ações de prevenção	58,00%	1- Sensibilização de profissionais do sexo feminino de casas noturnas e praças.
Aumento em 30% no número de pessoas acessadas pelo Projeto Redução Danos	0,00%	1- Contratação, formação e capacitação da equipe de Redução de Danos (1 Coordenador e 4 agentes de prevenção); 2- Aquisição de material educativo.
100% das nutrízes tendo acesso ao inibidor de lactação	100,00%	1- Garantir o fornecimento de inibidor de lactação para nutrízes soropositivas.
50% dos profissionais das Unidades de Saúde e PSF capacitados para acolhimento e ações de prevenção	0,00%	1- Fortalecimento do COAS (divulgação na mídia escrita, falada, cartazes e folders e material de apoio); 2- contratação e capacitação de 2 agentes de prevenção.
80% das gestantes e parturientes atendidas pelo SUS com conhecimento do seu estado sorológico para infecção de Sífilis até o momento do parto	100,00%	1- Realização de treinamento para profissionais de saúde, UBS e PSF sobre diagnóstico precoce; 2- Realização de encontro educativos junto às mulheres em idade fértil sobre a necessidade de prevenir.
100% dos pacientes em acompanhamento integral no SAE e HD	188,00%	1- Aquisição de equipamento e material de consumo; 2- Aquisição e distribuição de medicamento para infecção oportunista; 3- Realização de reforma / adaptação do HD/Ambulatório; 4- Realização de serviços de manutenção.

100% dos pacientes com co-infecção Tuberculose/HIV tratados	100,00%	1- Manutenção do projeto de doses supervisionada.
Aumentar em 50% o atendimento das DSTs em Unidades de Saúde	100,00%	1- Realização de treinamento para profissionais de saúde das UBS e PSF; 2- Aquisição e distribuição de insumos necessários para o diagnóstico e tratamento das DSTs; 3- Aquisição e distribuição de medicamentos para DST.
100% dos exames realizados com qualidade no Laboratório Local de Microbiologia	100,00%	1- Manutenção da equipe do Laboratório Local de Microbiologia; 2- Aquisição de material de consumo de Laboratório; 3- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.
100% das crianças expostas ao HIV com acesso garantido a fórmula infantil	80,00%	1- Aquisição de fórmula infantil.
Ter promovido a participação de profissionais de saúde, representantes de usuários e ONGS em 100% de eventos relevantes em DST/HIV	100,00%	1- Realização de oficinas de reciclagem; 2- Participação em eventos Passagens, diárias e inscrições.
Equipe do Programa DST/HIV/Aids(SAE, Prevenção, Laboratório, Almoarifado, HD) integrados e estimulados para desenvolver o trabalho com qualidade	100,00%	1- Promoção de espaços de supervisão institucional (sessões semanais de 90 minutos).
Sistema de informação implementado	0,00%	1- Implementação do sistema de informação existente para melhorar a logística de medicamentos e materiais assim como a coleta de dados de vigilância (SIIM).

FONTES: PM DST/HIV/Aids do Município de Grande Porte
SISINCENTIVO - PN DST/Aids - MS

Ao analisar os quadros síntese (4a, 4b e 4c) dos PAM 2003-2006 do município de Grande Porte, pôde-se observar que alguns temas apresentados em forma de metas, são mais problemáticos que outros, o próprio percentual de alcance das metas retrata essa realidade, nesse caso faz-se importante destacá-los:

- 1) A relação do PM DST/HIV/Aids com as Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários;
- 2) O trabalho com Redução de Danos;
- 3) A prevenção com adolescentes, profissionais do sexo e mulheres que freqüentam as entidades do município;
- 4) O atendimento às DST nas unidades de atenção básica à saúde; e
- 5) A implementação de Sistemas de Informação.

**QUADRO 4d - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO MÉDIO PORTE / 2003**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
Oferecidas informações sobre prevenção DST/HIV/Aids em toda dispensação de preservativos masculinos na rede municipal	50,00%	1- Distribuir folhetos educativos.
Aconselhamento de todas as gestantes inscritas	60,00%	1- Aconselhamento gestantes.
Realizar teste anti-HIV em todas as gestantes inscritas	60,00%	1- Realizar teste anti-HIV em todas as gestantes.
Treinar 21 médicos de famílias e gineco-obstetra e 14 enfermeiros da rede básica	100,00%	1- Tratamentos; 2- Aquisição de equipamentos audiovisuais.
Treinar 4 médicos obstetra e 4 pediatras na rede pública hospitalar	100,00%	1- Treinamentos.
Aquisição de um veículo Fiat Uno	100,00%	1- Compra do Veículo.
Melhorar a vigilância e investigação de casos de DST/HIV/Aids	100,00%	1- Visitas domiciliares, hospitais, etc.; 2- Organização de treinamentos; 3- Divulgação em eventos, escolas
Adquirir 1 micro computador com monitor e teclado, 1 impressora jato de tinta e 1 matricial	100,00%	1- Aquisição de Equipamentos; 2- Informatização das informações.

Fonte: PM DST/HIV/Aids de Médio Porte

**QUADRO 4e - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO MÉDIO PORTE / 2004**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
Informar 100% da população HSH conhecida sobre práticas sexuais seguras no período de 12 meses	103,00%	1- Treinamento dos Agentes de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo CRT-AIDS (SES-SP); 2- Adquirir e distribuir gel lubrificante à população HSH conhecida; 3- Uniformizar os Agentes de Saúde para o trabalho com HSH; 4- Adquirir e distribuir preservativos masculinos à população HSH conhecida; 5- Produzir e distribuir folhetos educativos sobre sexo seguro para população HSH conhecida; 6- Contratar 3 Agentes de Saúde para ações educativas e preventivas com HSH, através de repasses financeiros do PAM para uma OSC (Organização Social Comunitária); 7- Realizar um Fórum de Diversidade Sexual e, prevenção em DST/AIDS e Cidadania.
Informar 5000 estudantes de ensino médio e fundamental da rede pública de ensino sobre práticas sexuais seguras no período de 12 meses	267,00%	1- Apresentações de peça teatral sobre prevenção às DST/AIDS para professores e alunos da rede municipal de ensino; 2- Capacitar 150 professores da rede pública municipal e estadual como multiplicadores de ações de prevenção em DST/HIV/AIDS; 3- Reunião para avaliação da capacitação e das ações dos professores multiplicadores em prevenção de DST/HIV/AIDS.
Identificar profissionais do sexo e informar 100% dos identificados sobre práticas sexuais seguras no período de 12 meses	42,00%	1- Treinar os Agentes de Saúde pela SMSaúde e pelo CRT-DST/AIDS (SES-SP) para as ações educativas com profissionais do sexo; 2- Uniformizar os Agentes de Saúde para o trabalho educativo com profissionais do sexo; 3- Produzir e distribuir folhetos educativos sobre sexo seguro para população de profissionais do sexo identificada; 4- Contratar dos Agentes de Saúde para mapear e identificar os profissionais do sexo do município e informá-los sobre práticas sexuais seguras; 5- Aquisição e distribuição de preservativos masculinos e femininos para a população identificada de profissionais do sexo.
Diagnosticar e tratar todas as gestantes com sífilis atendidas na rede pública e privada no período de 12 meses	62,00%	1- Elaborar e implantar protocolo de solicitação de exames laboratoriais para o Pré-Natal nas Unidades da rede básica de saúde.
Acolher e aconselhar 100% da demanda de pessoas mais vulneráveis para DST/HIV/Aids da rede pública no período de 12 meses	322,20%	1- Atividades de supervisão em serviços dos profissionais da rede de atenção básica para implantação das ações de acolhimento e aconselhamento de pessoas mais vulneráveis a DST/HIV/AIDS.
Inserir trabalhos educativos sobre sexualidade e prevenção de DST/Aids com grupos e na comunidade em 20 Unidades da atenção básica no período de 12 meses	125,00%	1- Aquisição de materiais educativos para 20 Unidades da atenção básica (televisão, vídeos, fitas de vídeo educativas, Kits de planejamento familiar, modelo de pênis e pélvico, bonecos educativos (tipo Gertrudes e Gervásio), etc.

Informar 30% da população adolescente e adulta do município sobre comportamentos seguros para prevenção de DST/HIV/Aids durante a Semana Municipal de Combate à AIDS	400,00%	1- Fóruns de discussão sobre Prevenção e Combate à DST/AIDS: palestras com convidados aberta ao público adolescente e adulto e autoridades municipais; 2- Impressão e distribuição de material informativos sobre prevenção a DST/AIDS.
Ter 100% das gestantes e parturientes atendidas pelo SUS com conhecimento do seu estado sorológico para infecção pelo HIV até o momento do parto durante o período de 12 meses	134,70%	1- Implantação de protocolo de exames de Pré-Natal em toda rede pública de atenção básica a saúde; 2- Atividades de Supervisão em serviço dos profissionais de saúde para organização de processo de trabalho visando a implantação das ações para redução da transmissão vertical.
Fornecer suplementação alimentar a 100% dos pacientes portadores de AIDS com carência nutricional no período de 12 meses	100,00%	1- Aquisição de suplementação alimentar para pacientes portadores de AIDS com deficiência nutricional; 2- Aquisição de alimentação básica para pacientes portadores de AIDS com deficiência nutricional.
Identificar e capacitar 50% de agentes de organizações da sociedade civil como multiplicadores das ações de prevenção em DST/AIDS na comunidade em 12 meses	44,00%	1- Capacitar, uniformizar e prover as condições necessárias para que agentes multiplicadores voluntários realizem ações de prevenção em DST-HIV na comunidade.
Qualificar 8 profissionais de saúde da equipe especializada em DST/AIDS do Programa Municipal para atuação em sua área, no período de 12 meses	187,50%	1- Contratação de serviço profissional especializado para supervisão de Saúde Mental em grupo para os profissionais da equipe especializada em DST/AIDS do município; 2- Financiamento da participação em reuniões técnicas, seminários, congressos na área de DST/HIV/AIDS, de representantes de órgãos governamentais e não governamentais.
Efetivar todas as ações do PAM-DST/AIDS no período de 12 meses	125,00%	1- Adquirir materiais permanentes e de consumo, mobiliários e outros e contratar serviços de terceiros de forma a possibilitar o atendimento integral dos pacientes de DST/HIV/AIDS e o desenvolvimento das ações do plano.
Tratar 100% das infecções oportunistas ocorridas em pacientes portadores de AIDS	100,00%	1- Aquisição de medicamentos não pactuados para tratamento de infecção oportunistas de pacientes com AIDS; 2- Tratamento odontológico não oferecido pela rede pública de saúde, inclusive fornecimento de próteses dentárias.
Avaliar a qualidade das ações em DST/AIDS realizadas no 2o. Semestre de 2004 e 1o. Semestre 2005 em 20 unidades de atenção básica do município, num período de 3 meses	150,00%	1- Avaliação quali-quantitativa das ações em DST/AIDS da rede através de supervisão em serviços.
Capacitar 70 profissionais de saúde da rede pública para o diagnóstico, tratamento e vigilância das DSTs, no período de 4 meses	77,10%	1- Treinamento em abordagem síndrome das DSTs para 70 profissionais de saúde da rede de atenção básica e hospitalar do município.

Fonte: PM DST/HIV/Aids do Município de Médio Porte
SISINCENTIVO – PN DST/Aids - MS

**QUADRO 4f - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO MÉDIO PORTE / 2006**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
Informar a população geral e populações mais vulneráveis sobre prevenção em DST/AIDS	100,00%	1- Contratar, manter, capacitar, uniformizar e prover materiais educativos para um quadro de 3 Agentes de Saúde para trabalhos de prevenção com populações HSH e profissionais do sexo; 2- Adquirir gel lubrificante e preservativos masculinos e femininos para distribuição a população HSH e profissionais do sexo em conjunto com ações educativas; 3- Realizar um Fórum de Diversidade Sexual e Prevenção em DST/AIDS e Cidadania; 4- Reciclagem de professores da rede pública de ensino e capacitação de adolescentes multiplicadores nas escolas para ações de prevenção em DST/AIDS e avaliação das ações realizadas; 5- Apresentação de sessões de peça teatral sobre prevenção às DST/AIDS para professores e alunos da rede pública de ensino; 6- Realizar 12 fóruns de discussão sobre Prevenção e Combate às DSTs/AIDS para público adolescente e adulto e autoridades do município com distribuição de materiais educativos na Semana Municipal de Combate a AIDS; 7- Capacitar multiplicadores de OSCs para comunicarem informações sobre prevenção em DST/AIDS à população geral ou a populações específicas junto às quais atuam; 8- Realizar reuniões para capacitação em prevenção da transmissão do HIV em serviços de manicure, tatuagem e piercing.
Realizar sorologia anti-HIV para todas as gestantes atendidas pelo SUS	100,00%	1- Implantar a coleta de sorologia anti-HIV para todas as gestantes da rede.
Oferecer testagem para sífilis a 100% das gestantes e garantir ausência de casos de sífilis congênita	90,00%	1- Implantar a realização de sorologia no 1º e 3º trimestre gestacionais às gestantes do SUS.
Fornecer fórmula láctea a todos os lactentes expostos ao HIV	100,00%	1- Fornecer fórmula láctea às crianças expostas ao HIV de 0 a 6 meses.
Garantir atenção integral e humanizada às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS	100,00%	1- Aquisição de leite e suplementação alimentar para pacientes portadores de HIV/AIDS com deficiência nutricional; 2- Adquirir alimentação básica para pacientes portadores de HIV/AIDS com deficiência nutricional; 3- Fornecer passes urbanos e interurbanos aos pacientes portadores de DST/HIV/AIDS para favorecer acesso ao tratamento; 4- Fornecer medicamentos não pactuados para infecções oportunistas de pacientes com AIDS; 5- Oferecer tratamento odontológico e próteses dentárias não realizadas pela rede pública de saúde; 6- Adquirir materiais permanentes, de

		<p>consumo e mobiliários e contratar serviços de terceiros necessários às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e redução de danos;</p> <p>7- Financiar a participação de representantes de órgãos governamentais e não governamentais em reuniões técnicas, congressos e eventos na área de DST/HIV/AIDS;</p> <p>8- Reciclagem em Abordagem Sindromica das DSTs e outros temas relacionados às DST/HIV/AIDS a profissionais de toda rede pública de saúde do município;</p> <p>9- Atividades de capacitação em serviço dos profissionais de 12 unidades da rede de atenção básica para implantação de ações de Acolhimento e Aconselhamento de pessoas mais vulneráveis a DST/HIV/AIDS;</p> <p>10- Realizar mensalmente reuniões de acompanhamento do Programa Municipal DST/AIDS com profissionais de toda rede de atenção básica municipal;</p> <p>11- Adquirir materiais educativos para as unidades da rede de atenção básica;</p> <p>12- Fornecer capacitação, suporte operacional, apoio logístico para voluntários do Grupo Viver trabalhando com os pacientes do Programa de DST/AIDS;</p> <p>13- Fornecer fórmula láctea às crianças de 6 meses a 1 ano expostas ao HIV;</p> <p>14- Contratar serviço especializado para supervisão de Saúde Mental em grupo para os profissionais da equipe especializada do Programa Municipal de DST/AIDS.</p>
Executar a coordenação do PAM com autonomia financeira e de gerenciamento das ações do PAM	25,00%	<p>1- Contratar recursos humanos para coordenar e desenvolver as ações do PAM;</p> <p>2- Avaliar quali-quantitativamente as ações em DST/AIDS da rede pública;</p> <p>3- Adquirir materiais permanentes e de consumo, mobiliários e contratar serviços de terceiros para possibilitar o bom gerenciamento do PAM.</p>
Promover o debate público para a implantação de uma política municipal de redução de danos	66,70%	<p>1- Realizar fóruns de discussão públicos para debater a implantação de uma política municipal de redução de danos.</p>

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Médio porte
SISINCENTIVO - PN DST/Aids - MS

Ao analisar os quadros síntese (4d, 4e e 4f) dos PAM 2003-2006 do município de Médio Porte, pôde-se observar que os temas apresentados em forma de metas mais problemáticos, onde o próprio percentual de alcance das metas retrata essa realidade, são seguintes destacados:

- 1) Testagem e tratamento de gestante para sífilis;
- 2) Testagem de gestantes para HIV;
- 3) Aconselhamento tanto na dispensação de preservativos como para gestantes;
- 4) Prevenção para profissionais do sexo;

- 5) O trabalho com Redução de Danos;
- 6) Capacitação de agentes da sociedade civil; e
- 7) Gestão autônoma.

**QUADRO 4g - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO PEQUENO PORTE / 2003**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
Implantar em 100% das UBS, com pré-natal o aconselhamento e diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatite B.	50,00%	1- Realizar treinamento para profissionais da área de saúde; 2- Realizar sorologia anti-HIV, Sífilis e Hepatite B; 3- Adquirir teste rápido para HIV.
Reduzir o nº de acidentes de trabalho com material biológico	0,00%	1- Levantar as principais causas de acidentes com material Biológico; 2- Treinar e capacitar profissionais de área da saúde.
Ter população do município conscientizada na adoção de práticas sexuais seguras no uso de drogas	60,00%	1- Adquirir e distribuir preservativos; 2- Reproduzir folhetos informativos; 3- Capacitar os profissionais da saúde; 4- Formar agentes multiplicadores; 5- Realizar campanhas educativas em parceria com a Secretaria de Educação; 6- Comprar espaços publicitário; 7- Contratar profissional IEC.
Implantar no ambulatório DST/AIDS atividades que estimulem a adesão ao ARV	30,00%	1- Implementar tratamento supervisionado; 2- Implementar atenção farmacêutica; 3- Implantar consulta de enfermagem; 4- Adquirir adesivos que facilitem a utilização de medicamentos; 5- Reformar espaço físico de acordo com o projeto desenvolvido; 6- Adquirir equipamentos que facilitem o diagnóstico/tratamento (negatoscópico).
Criar sistema de referência e contra-referência em DST/AIDS	100,00%	1- Treinar equipe multiprofissional.
Garantir tratamento medicamentoso para pacientes com DST/HIV/AIDS	100,00%	1- Adquirir medicamentos para infecções oportunistas e DST; 2- Garantir assistência farmacêutica informatizada.
Implantar o acompanhamento sistemático da infecção pelo HIV e seus determinantes no município	100,00%	1- Implantar a notificação do HIV(+) na VE municipal; 2- Implantar notificação das DST na VE municipal; 3- Adquirir equipamentos móveis/material escritório.
Ampliar a captação e notificação de casos de Sífilis Congênita no município	100,00%	1- Implementar a VE de Sífilis Congênita na maternidade.
Garantir equipe multiprofissional para atender pacientes com DST/HIV/AIDS	50,00%	1- Ter equipe multiprofissional; 2- Treinar e capacitar equipe multiprofissional, dando ênfase na abordagem sindrômica em DST.

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Pequeno Porte

**QUADRO 4h - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO PEQUENO PORTE / 2004**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
100% dos pacientes com HIV/AIDS cientes de seus direitos legais	100,00%	1- Orientar os pacientes sobre seus direitos legais, com material educativo próprio.
Aumento de 40% na cobertura das ações de prevenção em heterossexuais	95,00%	1- Construir parcerias com empresas, entidades assistenciais, faculdades, escolas, etc...; 2- Adquirir preservativos; 3- Comprar veículo; 4- Equipar com televisão e vídeo ou DVD 14 serviços de Saúde do Município; 5- Adquirir Data-show; 6- Adquirir Not-book; 7- Adquirir gravador de CD.
Ter 90% dos funcionários das UBS Treinados	100,00%	1- Oferecer aos funcionários das UBS treinamento sobre HIV/AIDS; 2- Oferecer aos funcionários das UBS treinamento sobre atendimento humanizado.
80% dos funcionários das UBS treinados em DST	100,00%	1- Oferecer aos funcionários das UBS treinamento de DST; 2- Oferecer aos funcionários das UBS treinamento de SIN-DST.
Aumento de 10% na cobertura das ações de prevenção em adolescentes	100,00%	1- Formar parceria com secretarias da cultura, esportes, educação e assistência social; 2- Viabilizar recursos humanos existentes, para ministrar palestras e oficinas em escolas; 3- Criar e distribuir panfletos, cartazes e materiais educativos em escolas e eventos da cidade.
Melhorar em 100% o local de coleta para os pacientes	23,00%	1- Reformar espaço físico existente de acordo com projeto desenvolvido; 2- Adquirir instrumentais e produtos / reagentes para laboratório.
Melhorar em 100% a logística / Armazenamento de medicamentos	100,00%	1- Adquirir equipamentos para o acondicionamento adequado dos medicamentos; 2- Adquirir medicamentos para IO e DST.

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Pequeno Porte
SISINCENTIVO - PN DST/Aids - MS

**QUADRO 4i - Síntese do Plano de Ações e Metas
MUNICÍPIO PEQUENO PORTE / 2006**

METAS	% DE ALCANCE DA META	AÇÕES
Informar 10% da população adulta e adolescente do Município em praticas sexuais seguras	50,00%	1- Atualizar os profissionais de Saúde das UBS em aconselhamento e acolhimento; 2- Distribuir folhetos, cartazes e folders; 3- Formar e capacitar equipe de IEC; 4- Formar agentes multiplicadores.
Fornecer fórmula infantil até os 6 meses para 100% das crianças expostas ao HIV	100,00%	1- Fornecer fórmula infantil para crianças expostas ao HIV até os 6 meses.
Melhorar em 10% distribuição, armazenamento e adesão dos medicamentos ARV e DST	50,00%	1- Criar álbum de fotos de medicamentos; 2- Criar e distribuir para pacientes folders com fotos dos medicamentos ARV; 3- Fornecer sacolas para os medicamentos; 4- Adquirir prateleiras e materiais para o acondicionamento adequado dos medicamentos; 5- Adquirir e distribuir Kits para UDI.
Aumento de 80% na cobertura de teste VDRL, realizado no 3º trimestre de gestação	47,50%	1- Capacitar e monitorar os profissionais de saúde em aconselhamento, acolhimento e adesão de tratamento do paciente e do parceiro; 2- Implementar a VE de sífilis congênita na maternidade; 3- Manter o acompanhamento mensal do SISPRENATAL.
Realizar ações preventivas em DST/HIV/AIDS em 10% da população adolescente	50,00%	1- Reformar espaço físico do PROMAICA para atendimento adequado dos adolescentes; 2- Capacitar os profissionais de saúde da rede básica de saúde para atendimento adequado dos adolescentes; 3- Realizar oficinas sobre sexo seguro com os adolescentes.
Melhorar em 10% o atendimento dos pacientes com DST/HIV/AIDS	50,00%	1- atualizar com treinamentos específicos a equipe multiprofissional do Ambulatório DST/AIDS; 2- Adquirir móveis, materiais para escritório e equipamentos que facilitem o atendimento do paciente; 3- Promover suporte emocional e grupo de auto ajuda para profissionais, pacientes e familiares; 4- Adquirir medicamento para IO e DST.

FONTE: PM DST/HIV/Aids do Município de Pequeno Porte
SISINCENTIVO - PN DST/Aids - MS

Ao analisar os quadros síntese (4g, 4h e 4i) dos PAM 2003-2006 do município de Pequeno Porte, pôde-se observar que os temas apresentados em forma de metas mais problemáticos, onde o próprio percentual de alcance das metas retrata essa realidade, são seguintes destacados:

- 1) O aconselhamento e a testagem para HIV, Sífilis e Hepatite B nas UBS;
- 2) Os acidentes de trabalho;
- 3) Estimulo a adoção de práticas sexuais seguras ligadas a adolescentes, adultos e ao uso de drogas;
- 4) Implantação de atividades para adesão aos ARV no Ambulatório DST/Aids;
- 5) Melhoria na distribuição e armazenamento dos medicamentos ARV e de outras DST;
- 6) Implantação e melhoria da ações de aconselhamento, diagnóstico e tratamento para sífilis, HIV e outras DST; e

7) Realização de ações de prevenção em DST/HIV/Aids para adolescentes.

Ao mesmo tempo em que foi possível observar e analisar metas com temas problemáticos nos três municípios, vários outros temas podem ser considerados positivos e de sucesso no período compreendido para a avaliação, veja o Quadro 5, que apresenta uma síntese desses temas.

QUADRO 5 – Temas apresentados nos PAM expressivos e que podem ser considerados de sucesso a partir da intervenção do PN DST/AIDS com implantação do Incentivo Financeiro (2003-2006)

Município Grande Porte:

- 1) Distribuição de Preservativos como medida de prevenção à DST/HIV/Aids;
- 2) Diagnóstico de Sífilis e HIV em Gestantes;
- 3) Estrutura física e de equipamentos de apoio ao diagnóstico adequados;
- 4) Fornecimento de Fórmula Láctea para o Recém Nascido de mães HIV+/Aids;
- 5) Produção de material educativo de prevenção às DST/Aids;
- 6) Aquisição de medicamentos para tratar DST e co-infecção para pacientes com Aids;
- 7) Capacitação e atualização dos profissionais do Ambulatório de Especialidades.

Município Médio Porte:

- 1) Vigilância das DST/HIV/Aids ampliada e regular;
- 2) Capacitação dos profissionais das unidades de saúde da rede básica em DST/HIV/Aids;
- 3) Avaliação da qualidade das ações realizadas pelo PM DST/HIV/Aids;
- 4) Fornecimento de Fórmula Láctea para o Recém Nascido de mães HIV+/Aids;
- 5) Aquisição de medicamentos para tratar DST e co-infecção para pacientes com Aids.

Município Pequeno Porte:

- 1) Aquisição de medicamentos para tratar DST e co-infecção para pacientes com Aids;
- 2) Vigilância das DST/HIV/Aids e Sífilis ampliada e regular;
- 3) Ações de prevenção com adolescentes;
- 4) Fornecimento de Fórmula Láctea para o Recém Nascido de mães HIV+/Aids.

Planilha de execução financeira:

Nos quadros – 6 a,b,c que explicitam a execução financeira, tendo como fonte de informação os PAM, o Fundo Nacional de Saúde e documentos do PN DST/Aids, pode-se observar:

1- município de grande porte:

1.1- recurso financeiro do Incentivo: 2003 - 65,31%;

2004 - 58,11%;

2004 (prorrogação 2005) - 0,00%;

2006 - 54,29%;

o desempenho financeiro durante o período estudado pode ser considerado bom, com base nos parâmetros pré-estabelecidos, exceto no ano 2004 (prorrogação 2005).

1.2- recurso da contrapartida municipal: 2003 - 68,87%;

2004 - 37,26%;

2004 (prorrogação 2005) - 0,00%;

2006 - 64,62%;

o desempenho pode ser considerado bom também, exceto no ano de 2004.

Com base nestes percentuais apresentados e na Dimensão Estratégica – Gestão, constantes do Quadro 1, especificamente na variável – financiamento, há indicativos de que o programa está com tendências de institucionalização.

2- município de médio porte:

2.1- recurso financeiro do Incentivo: 2003 - 98,77%;

2004 - 0,00%;

2004 (prorrogação 2005) - 100,00%;

2006 - 19,45%;

o desempenho financeiro durante o período estudado pode ser considerado excelente nos anos de 2003 e 2004 (prorrogação) e insuficiente nos anos 2004 e 2006.

2.2- recurso da contrapartida municipal: não ocorreu aplicação desse recurso nos períodos avaliados, ou seja, em todos os anos foi de 0,00% (insuficiente).

As informações referentes ao desempenho financeiro, baseada em registros e sistema de informação, indicam baixa possibilidade de institucionalização do programa através do financiamento, contrapondo ao desempenho das metas.

3- município de pequeno porte:

3.1- recurso financeiro do Incentivo: 2003 - 100,00%;

2004 - 100,00%;

2004 (prorrogação 2005) - 100,00%;

2006 - 33,33%;

pode-se observar excelente desempenho financeiro durante o período estudado, exceto no ano de 2006.

3.2- recurso da contrapartida municipal: 2003 - 100,00%;

2004 - 100,00%;

2004 (prorrogação 2005) - 100,00%;

2006 - 33,33%;

neste caso também foi possível observar excelente desempenho financeiro durante o período estudado, exceto no ano de 2006.

Essas informações indicam para um programa institucionalizado, contrapondo ao desempenho das metas.

QUADRO 6a

Resumo da Aplicação de Recurso do Incentivo no Programa Municipal de DST/HIV/Aids

Município	Vigência PAM		Valor do Incent Progr	Valor do Incent Transferido	Valor Não Utilizado Inc	Valor Aplicad Inc no Períod	% de Execução	Valor Mínimo Rec Própr a ser Aplic	Valor Próprio Programado	Valor Não Utilizado Prop	Valor Aplicad Prop no Períod	% de Execução
	Inicial	Final										
Grande Porte	Set/03	Ago/04	274.383,48	274.383,48	95.189,60	179.193,88	65,31	83.640,24	91.461,16	28.473,76	62.987,40	68,87
	Set/04	Ago/05	274.383,48	274.383,48	114.937,71	159.445,77	58,11	83.640,24	91.461,16	57.386,10	34.075,06	37,26
	Set/05	Dez/05	91.461,16	91.461,16	91.461,16	-	0,00	27.880,08	27.880,08	27.880,08	-	0,00
	Jan/06	Dez/06	289.242,74	274.383,48	125.411,53	148.971,95	54,29	83.640,24	91.461,16	32.357,06	59.104,10	64,62

QUADRO 6b

Resumo da Aplicação de Recurso do Incentivo no Programa Municipal de DST/HIV/Aids

Município	Vigência PAM		Valor do Incent Progr	Valor do Incent Transferido	Valor Não Utilizado Inc	Valor Aplicad Inc no Períod	% de Execução	Valor Mínimo Rec Própr a ser Aplic	Valor Próprio Programado	Valor Não Utilizado Prop	Valor Aplicad Prop no Períod	% de Execução
	Inicial	Final										
Médio Porte	Set/03	Ago/04	55.329,06	75.000,00	920,00	74.080,00	98,77	25.000,00	18.443,02	25.000,00	(-) 6.556,98	0,00
	Set/04	Ago/05	75.000,00	75.000,00	75.000,00	-	0,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	-	0,00
	Set/05	Dez/05	25.000,00	50.000,00	-	50.000,00	100,00	8.333,33	8.333,33	8.333,33	-	0,00
	Jan/06	Dez/06	79.529,46	75.000,00	60.414,00	14.586,00	19,45	25.000,00	25.000,00	25.000,00	-	0,00

QUADRO 6c

Resumo da Aplicação de Recurso do Incentivo no Programa Municipal de DST/HIV/Aids

Município	Vigência PAM		Valor do Incent Progr	Valor do Incent Transferido	Valor Não Utilizado Inc	Valor Aplicad Inc no Períod	% de Execução	Valor Mínimo Rec Própr a ser Aplic	Valor Próprio Programado	Valor Não Utilizado Prop	Valor Aplicad Prop no Períod	% de Execução
	Inicial	Final										
Pequeno Porte	Jun/03	Mai/04	75.000,00	75.000,04	-	75.000,04	100,00	25.000,00	18.749,33	-	18.749,33	100,00
	Jun/04	Mai/05	75.000,00	75.000,00	-	75.000,00	100,00	25.000,00	25.000,00	-	25.000,00	100,00
	Jun/05	Dez/05	50.000,00	50.000,00	-	50.000,00	100,00	14.583,33	14.583,33	-	14.583,33	100,00
	Jan/06	Dez/06	76.947,41	75.000,00	50.000,00	25.000,00	33,33	25.000,00	25.000,00	16.666,66	8.333,34	33,33

FONTES:

Planos de Ações e Metas dos Municípios - 2003, 2004 prorrogado, 2006 e 2007

Fundo Nacional de Saúde - Consulta de Pagamento - site: www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoFundo.asp

Tabela Demonstrativa de Ajuste de Valores conforme Ofício Circular no. 143/05 - ASPLAN/PN-DST-AIDS/SVS/MS de 13 de Julho de 2005 no Resumo Executivo do site: www.aids.gov.br/incentivo

Tabela de Recursos Próprios Mínimos no Resumo Executivo do site: www.aids.gov.br/incentivo

É possível observar que há descompasso entre o alcance das metas e a execução financeira no município de Grande Porte referente aos PAM 2003 e 2004, onde esses têm praticamente a totalidade das metas alcançadas e a execução financeira não, isto pode ter ocorrido devido à necessidade de adequações no orçamento municipal e falta de entendimento da área financeira da prefeitura municipal na execução do recurso, que ocorria na ocasião do início do Incentivo.

Quanto ao PAM 2006, há equivalência entre o alcance das metas e a execução financeira, caracterizando possível aprimoramento entre o desempenho das ações e financeiro, bem como, a profissionalização do mecanismo de utilização do Incentivo, contribuindo com a gestão do programa, da organização dos serviços e indicando maior autonomia política.

No município de Médio Porte, o alcance das metas está coerente com a execução financeira do Incentivo, contudo destaque-se que o recurso da contrapartida municipal não ocorre da mesma forma em todos os PAM. Segundo esclarecimentos da coordenação do programa durante a observação participante, este recurso está sendo aplicado, contudo, durante a prestação de contas a área financeira da prefeitura não tem registrado que o recurso trata-se da contra partida, ficando assim o acúmulo do recurso na conta do PM DST/HIV/Aids, e não há registro de aplicação.

O município de Pequeno Porte teve alcance das metas dos PAM 2004 e 2006 coerentes com a execução financeira, contudo no caso do PAM 2003 a situação apresentada não é correspondente, isto pode retratar a falta de um sistema como o SISINCENTIVO, criado no segundo semestre de 2004, que tem a intenção de apresentar registros com maior fidedignidade das ações e metas desenvolvidas no período.

No item 2 do roteiro para análise documental – “Estabelecer uma relação entre o que foi planejado nos PAM, os resultados dos questionários semi-estruturado e os registros do sistema de monitoramento da Política Nacional de Incentivo do PN DST/Aids” – tem como ponto de maior significância a proposta de estruturar o programa, desempenhar as ações para o alcance das metas, independente da execução do recurso financeiro e registrar o que está sendo alcançado.

Isto não significa que o recurso financeiro não tem sua importância para os PM DST/HIV/Aids e a facilitação no desempenho das ações, mas está posto a importância do papel do coordenador do programa e suas relações com as outras instâncias da SMS, outras áreas do âmbito dos governos local, estadual e federal e das instituições não governamentais (participação social).

A dinâmica de execução do recurso financeiro do Incentivo para efeito contábil e orçamentário coloca muitas vezes, a necessidade de reprogramação do período de realização das ações e ou readequação destas. São estratégias possíveis que contribuem para alcance das metas dentro do próprio PAM ou com remanejamento para o PAM seguinte, desde que registradas no SISINCENTVO.

A prática de planejar conjuntamente com outros parceiros e sociedade civil está caracterizada como fundamental no processo de reconhecimento e fortalecimento do programa, tendo ainda como aliado o registro disto tudo como “prestação de contas”, o SISINCENTIVO.

Outro ponto explicitado nos três instrumentos foram as dificuldades encontradas entre desenvolver determinadas ações concomitante ao uso do recurso financeiro e a forma de registrar isto tudo em um sistema.

Vale considerar que esses três instrumentos têm relação estratégica na contribuição para o fortalecimento e aprimoramento do programa e da Política Nacional de DST/Aids proposta pelo PN DST/Aids, considerando possibilitarem uma análise de gestão e desempenho do PM.

O roteiro, em seu item 3 propõe a “observação do quanto as metas e ações do PAM estarem explicitadas no Plano Municipal de Saúde” – o que pressupõe o reconhecimento do programa e das atividades no interior da gestão da SMS, contudo, isto não tem ocorrido ao mesmo tempo, levando-se em consideração os momentos de produção dos Planos Municipais de Saúde e dos PAM.

O Plano Municipal de Saúde do município de Grande Porte - período 2002 a 2005 se reporta a existência do Ambulatório de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, com ações voltadas para prevenção, assistência e tratamento das doenças infectocontagiosas e dá ênfase às DST e Aids, sem detalhamento dessas ações entre outras patologias que são assistidas neste serviços. No Plano período 2006 a 2009, o Ambulatório está caracterizado como um serviço dentro do programa, e faz referencia ao desenvolvimento de ações de proteção e prevenção, assistência e tratamento às DST/Aids, bem como, de outras moléstias infecciosas (tuberculose, hanseníase, etc...).

Outros serviços que aparecem no Plano do município nesse período, como vinculados ao programa são: o COAS, o laboratório de microbiologia e o hospital dia para pacientes de Aids, dando ênfase para os problemas estruturais de competência do programa, como por exemplo: a garantia de insumos para prevenção, exames, assistência e tratamento, estratégias de conter a epidemia da Aids e outras DST com ações junto a rede básica municipal e o controle da Sífilis e Sífilis Congênita.

Esses temas de ordem estrutural do PM estão explicitados nos PAM com mais especificidade, o que se pode dizer que há relação entre o Plano Municipal de Saúde e o PAM.

Quanto ao município de Médio Porte, o Plano Municipal de Saúde foi produzido em outubro de 2001 sendo a sua utilização até outubro de 2006, isto devido à reeleição do prefeito municipal e a manutenção da equipe à frente da SMS.

No seu conteúdo, foi possível observar a citação da Aids como uma das doenças de notificação compulsória mais preocupantes e a existência de equipe multidisciplinar para atender às DST/Aids. Relacionando isto ao PAM, o que há de proximidade entre as exposições textuais, são as capacitações de profissionais para qualificar o atendimento, correndo em outros espaços da rede de atenção no município, bem como, manter ações de prevenção com existência de insumos para esta atividade, e ainda dar tratamento adequado aos pacientes.

Neste mesmo documento que norteia as ações em saúde no município, são apresentadas duas tabelas, uma com a incidência da Aids e outra com a morbidade por Aids, mas, quanto a explicitação das metas e ações do PAM neste instrumento de gestão da SMS, pode-se dizer que no período foi incipiente.

No município de Pequeno Porte, o plano apresentado é do período de 2005 a 2008, foi observado no interior do Departamento de Saúde Coletiva da SMS, e foi possível fazer cópia das páginas dos documentos com autorização da Diretoria.

Diferentemente dos outros dois municípios, o Plano Municipal de Saúde apresenta problemas a serem enfrentados no campo da gravidez na adolescência, uso indevido de drogas, risco de infecção pelo HIV e outras DST, assim como redução dos casos de sífilis congênita, no interior de outros programas: Adolescente e Materno/Infantil.

Para garantia das ações com adolescentes, em um único parágrafo do Plano Municipal de Saúde, foi definido que o PAM 2006 seria “voltado para execução da ampliação/reforma da área física destinada ao Programa do Adolescente...”, embora o PAM 2006 esteja com metas e ações que atenda com maior amplitude de áreas, sendo este propósito uma das ações apresentada.

Esta situação se tornou prejudicial a uma análise aprofundada, na relação entre os Planos Municipais de Saúde e os PAM no período proposto. Por outro lado, nesta unidade de análise especificamente, foi interessante observar uma nova lógica de planejar as ações de controle à epidemia do HIV/Aids, inserindo o tema para dentro do

contexto de outras áreas programáticas que fazem relação muito forte com a temática das DST/HIV/Aids.

Concluindo a análise documental, o roteiro no item 4 propõe avaliar a “adequação de Recursos Humanos quantitativa nos programas, a forma de análise compatível com o padrão ouro (um programa considerado de excelência)”, neste caso, é preciso esclarecer que não há no Brasil até o momento, discussão acumulada quanto ao quantitativo mínimo de profissionais para atuar no PM ou nos serviços vinculados a este.

A organização dos serviços com um mínimo de recursos humanos faz parte de indicativos e de discussões ocorridas ao longo dos anos de funcionamento dos programas, que caracterizam a necessidade de alguns profissionais especificamente. A própria formação das equipes nos serviços de acordo com a necessidade surgida diante das demandas é referencial para compor novas equipes e construir o padrão ouro para o atendimento.

Outro aspecto interessante, recorrente deste campo na organização dos profissionais para atenção e organização do programa e dos serviços, tem sido o perfil profissional, inclusive no caso de profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos, categorias necessárias na montagem da equipe, tanto do programa como dos serviços, pressupõem a discussão do perfil do profissional para atuar nestas equipes.

A formação dessa equipe está condicionada ao tipo de ações que o PM está se propondo a desenvolver.

Diante deste quadro, e para manter a política de atenção às DST/Aids, dentro dos programas relevada a padrões de excelência, foi preciso considerar mais a existência de serviços por área de atenção com um mínimo de profissionais na equipe, do que somente existência de recursos humanos.

No caso do município de Grande Porte – devido à própria demanda e a dinâmica da epidemia no município, a equipe foi se constituindo para atender a esta demanda, ficando os serviços e o quadro de pessoal técnico conforme apresentado a seguir:

Estrutura Física:

- Sala para Coordenação;
- Sala para Administração;
- Sala para Almoxarifado;
- Sala para Depósito de materiais;
- Centro de Testagem e Aconselhamento;
- Serviço de Atenção Especializada (Ambulatório de Moléstias Infecciosas);

- Hospital dia;
- Laboratório de Microbiologia.

Estrutura de Recursos Humanos:

- Na Coordenação: 01 Coordenadora: Médica
01 Gerente de Serviços: Médica
01 Gerente de CTA: Assistente Social
- No SAE / HD: 10 Médicos
01 Cirurgião Dentista
02 Psicólogos
02 Assistentes Sociais
02 Enfermeiros
01 Farmacêutico
10 Auxiliares de Enfermagem
- No COAS: 02 Assistentes Sociais
01 Psicólogo
- No Laboratório: 02 Biologistas
02 Técnicos de Laboratório

A análise documental foi realizada em vários espaços durante a pesquisa, ou seja: no local de trabalho sede do pesquisador principal e no interior do PM durante a observação participante, nesta última situação foi possível discutir algumas questões com a coordenação, voltadas para análise documental, momento oportuno para que a coordenação julgasse a composição da equipe, informando que há necessidade de ampliar a composição da equipe.

A composição da equipe deve ser dinâmica, há constante necessidade de inclusão de profissionais para compor a equipe e ampliar a cobertura de demanda.

Muitas das atividades de prevenção são desenvolvidas em parceria com ONGs do município, a partir de convênios celebrados e na intenção de ampliar o campo de ação, esta tem sido a prática do programa com a percepção de que várias das atividades produzem mais efeitos no público alvo sendo realizadas a partir de seus pares.

O município de Médio Porte – tem o PM sob a coordenação de uma Assistente Social que acumula a coordenação do programa de Hanseníase, a partir do ano de 2004, este programa foi instalado na Unidade Básica de Saúde Central juntamente com outras especialidades. Contudo na organização funcional da SMS o programa se reporta a área de Vigilância a Saúde.

Devido à localização do PM no interior da Unidade de Saúde e com espaços específicos do programa, pode-se dizer que as estruturas encontram-se conforme descrição a seguir:

Estrutura Física:

- Sala para Coordenação e Serviço Social;
- Serviço de Atenção Especializada;
- Hospital Dia;
- Serviço de Fisioterapia.

Estrutura de Recursos Humanos:

- Na Coordenação: 01 Coordenadora: Assistente Social

- No SAE / HD: 03 Médicos (Infectologista, Ginecologista e Pediatra)
01 Cirurgião Dentista
01 Psicólogo
01 Assistente Social
01 Enfermeiro
01 Auxiliar de Enfermagem
02 Farmacêuticos
01 Nutricionista
02 Fonoaudiólogos

- Na Fisioterapia: 02 Fisioterapeutas

Incluem-se no grupo de profissionais que atuam no Serviço de Atenção Especializada, docentes e alunos da Universidade instalada no município, que atuam como estagiários dos cursos de fisioterapia, enfermagem e internos de medicina no campo da infectologia, incluem-se nesse grupo os alunos do curso de nutrição da Fundação de Ensino Superior do Município de Médio Porte.

Neste município, algumas atividades de prevenção também são desenvolvidas em parceria com ONG.

No município de Pequeno Porte – a coordenação do PM é realizada pela coordenadora da área de Vigilância Epidemiológica. A estrutura física do programa encontra-se dentro do Centro de Especialidades em Doenças Infecto Contagiosas - CEDIC juntamente com outras especialidades.

Neste mesmo local está instalada a Diretoria de Saúde Coletiva, sendo esta proximidade, fator que possibilita agilidade nas decisões com relação ao PM DST/HIV/Aids.

Neste município tem uma característica com relação à coordenadora do PM DST/HIV/Aids, onde a mesma profissional ocupa também o cargo de coordenadora de Vigilância Epidemiológica, sendo este último por concurso público, o que possibilita a discussão de composição da equipe no coletivo das atividades desenvolvidas neste espaço.

As estruturas estão definidas conforme descrição a seguir:

Estrutura física:

- Sala para Coordenação de Vigilância Epidemiológica e do PM DST/HIV/Aids;
- Centro de Especialidades em Doenças Infecto Contagiosas;
- Serviço de Farmácia;
- Laboratório.

Estrutura de Recursos Humanos:

- Na Coordenação: 01 Coordenadora: Bióloga

- No CEDIC: 01 Médico Infectologista
01 Cirurgião Dentista
01 Psicólogo
01 Assistente Social
01 Enfermeiro
02 Técnicos de Enfermagem
01 Recepcionista
01 Farmacêutico
01 Biólogo

2. A visão dos Coordenadores e do Avaliador sobre o gerenciamento e desempenho (Questionário semi-estruturado e Observação participante)

Questionário semi-estruturado

A construção dos três quadros síntese a seguir – Quadro 7a, b e c - e suas pontuações já apresentadas no item “Parâmetros e Pontuações” da Estratégia Metodologia, permitiram a partir de cada um dos objetivos específicos da pesquisa, uma avaliação da institucionalização dos PM DST/HIV/AIDS sob o olhar do coordenador do programa e da tabulação dos pontos atribuídos a cada resposta.

Algumas anotações acerca da Observação Participante foram efetuadas juntamente à resposta do coordenador, uma vez que havia uma dicotomia entre o respondido pelo coordenador e o observado pelo avaliador durante a aplicação desta técnica.

Essas observações foram fundamentais juntamente aos parâmetros consensuados para determinação da pontuação da resposta.

Na seqüência apresentam-se os referidos quadros:

Quadro 7a - Indicadores do Grau de Institucionalização dos PM DST/HIV/Aids na Região de Saúde de Campinas – São Paulo por município

Objetivo Específico 1

Identificar mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids	Municípios					
	Grande Porte	P	Médio Porte	P	Pequeno Porte	P
1- Quais as Instituições gestoras desse Programa?	-Ministério da Saúde -Secretaria de Estado da Saúde -Secretaria Municipal de Saúde	3	MS + SES + SMS	3	-SMS	1
3- Quais as fontes de financiamento para manutenção e funcionamento do Programa?	-MS -SES -SMS	3	Incent. Financeiro PN DST/Aids, através do PAM e recursos próprios do município	2	-Verba do incentivo DST/Aids – Ministério da Saúde. -Verba Municipal	2
5- Em que ano o PM foi oficialmente incorporado ao organograma da SMS?	O Programa não está incorporado no organograma da SMS, pois não há alteração do organograma há anos. Vários outros programas também não se encontram incorporados	1	O Programa está na Divisão de Vigilância Epidemiológica, não constando, portanto do organograma	1	1992 <i>(na observação participante foi constatado que o programa não consta do organograma da SMS)</i>	1
6- O Programa está integrado à rede de serviços de saúde?	Sim	3	Sim	3	Sim	3
10- A Coordenação participa de reuniões com o Secretário Municipal de Saúde?	-Não. Não existe reunião com coordenadores de programa e sim com colegiado técnico, porém a coordenação agenda reunião com a SMS quando necessário.	1	Sim	3	-Não. A coordenação do Programa não participa das reuniões com o secretário, mas a diretoria participa das reuniões semanais. <i>(conforme observação participante trata-se da diretoria de Saúde Coletiva e não do Programa)</i>	1
10.1- Frequência		1	Uma vez ao mês	2		1
11- A Coordenação do Programa é ocupada por?	- A coordenação do Programa sempre ocorre com alguma pessoa ligada ao serviço. O Programa ficou com o mesmo coordenador por vários anos e a troca ocorreu pela mudança de cargo (cargo superior) – <i>(na observação participante foi constatado que a trata-se de Indicação Técnica)</i>	3	Indicação Técnica	3	-Indicação Técnica.	3
12- Quais os sistemas para registrar informações e dados utilizados pelo Programa?	SICTA + SINAN + FARMANET + Sist.Monitor.da Política de Incentivo + SIIM <i>(da própria SMS)</i>	3	SINAN + FARMANET + SICLOM + Sistema de Monitor. da Política de Incentivo	3	SINAN + FARMANET + SICLOM + Sist.Monitor.da Polít.de Incentivo + SIM + SINASC	3
15- Esses dados são utilizados como diagnóstico para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Programa?	Sim – As informações sempre ocorreram de forma irregular, nem sempre se tinha disponível para o momento. Há 2 anos estamos melhorando esses dados e o sistema da SMS (SIIM) está implantado na sua totalidade há +/- 1 ano e ainda necessitando de adaptações para o serviço	3	Sim, para elaboração do PAM, para definir políticas de intervenção com populações específicas	3	Sim	3
17- O planejamento para organização do Programa é participativo?	-Sim, porém não com todos. Procurava-se trabalhar com a equipe de prevenção e assistência no mínimo.	2	Sim <i>(na observação participante foi esclarecido que as áreas e instituições citadas na pergunta 18 fazem parte deste planejamento que é desenvolvido por seguimentos e replanejado de acordo com a</i>	3	-Sim <i>(na observação participante, foi esclarecido que não há participação do CMS e esta aproximação ocorre na aprovação e prestação de contas do PAM e não há Colegiado Gestor)</i>	2

			<i>necessidade</i>)		
18- Quais as instâncias de gestão e ou parcerias, desenvolvem o planejamento?	-Áreas Programáticas da SMS- Quais: -Gerências regionais -Gerência enfermagem -Programa Saúde Mulher. -Essas parcerias são pontuais. Não de forma sistemática. O Programa planeja com essas instâncias conforme necessidade.	2	-Área de Planejamento da SMS; -Áreas Programáticas da SMS – Quais: PSF, Atenção Básica, Saúde Bucal, da Mulher e do Adolescente, Fonoaudiologia; -Outras Secretarias Municipais: Quais: Educação e Cultura; -ONG e OSC -Outros–Quais: Representantes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia da Universidade São Francisco, da Nutrição da Fundação Munic. Ensino Superior do município de Médio Porte.	3	-Áreas Programáticas da SMS- Quais: Programa da Saúde da mulher, da criança e Saúde mental. -Outras secretarias municipais: Quais: Secretaria de Assistência Social. Outros – Quais: Unidades Básicas de Saúde
21- A realização do planejamento do Programa está vinculada ao Plano Municipal de Saúde? (Em todos os municípios, observar isto no(s) planos municipais de saúde)	-Sim. O Plano municipal de Saúde sempre incorpora as ações do Programa, porém a realização do planejamento não se dá de forma conjunta. <i>(Na observação participante não foi possível verificar isto, o plano não foi apresentado ao pesquisador embora a coordenação do programa declare a veracidade da resposta no questionário)</i>	2	Sim <i>(Na análise do Plano Municipal de Saúde 2001- 2006 foi possível verificar que somente se refere aos casos confirmados e notificados de Aids e Sífilis, bem como de óbitos por Aids, anterior à produção do Plano, e onde o PM atua na esfera da Secretaria)</i>	2	-Sim <i>(Na análise do Plano Municipal de Saúde 2005-2008 foi possível verificar que há alto grau de relação entre o Plano e o PAM, mas não foi apresentado o Plano Municipal de Saúde anterior por não ter sido localizado)</i>
22- A realização do planejamento do Programa está vinculada ao PAM da Pol. Nac. de Incentivo?	Sim	3	Sim	3	Sim
23- Qual mecanismo é utilizado pelo PM para garantir a execução do PAM?	-Garantir o uso da verba apenas para o PM DST/Aids, garantir a contrapartida, garantir a pactuação, RH dentro das possibilidades, Prestação de Contas ao CMS.	2	É realizado cronograma mensal de atividades em conjunto com todos os parceiros, garantindo assim as ações.	3	-Reunião com os envolvidos nas metas; o sistema de monitoramento DST/Aids, participação nas reuniões, eventos e Fórum do CRT -São Paulo. <i>(na observação participante, foi esclarecido que não há participação do CMS e esta aproximação ocorre na aprovação e prestação de contas do PAM e não há Colegiado Gestor)</i>
24- Qual é o montante financeiro recebido do PN DST/Aids para execução das ações do PAM?	-R\$ 289.242,74 incluído o valor de R\$ 14.859,26 da fórmula láctea.	3	R\$ 75.000,00 – Obs: Tivemos problemas de utilização do recurso até o ano 2006. Este fato entretanto não foi impeditivo para a realização das ações.	3	-É de R\$ 76.947,41 sendo a contrapartida do município R\$ 25.000,00.
26- Qual mecanismo é utilizado para garantir a aplicação do recurso financeiro do orçamento próprio do município no Programa, em contra partida ao PAM? (As respostas desta pergunta ainda foram comparadas com o quadro de execução financeira do PAM criado como artifício para comparação e análise)	-O uso do recurso próprio com contrapartida já está incorporado na SMS, não tem um mecanismo específico. <i>(de acordo com quadro, o índice de execução foi médio)</i>	2	É incluída a contrapartida na peça orçamentária do município, sendo fiscalizada sua aplicação pelo Conselho Municipal de Saúde e o recurso é depositado na mesma conta do incentivo. <i>(de acordo com quadro, o índice de execução foi baixo ou nenhum, porém o recurso fica na conta do PAM)</i>	2	-A própria política administrativa do município garante esta contrapartida, com o fornecimento de insumos, medicamentos, exames, combustíveis, etc... <i>(de acordo com quadro, o índice de execução foi alto)</i>
27- Qual é o grau de alcance das metas no período de 2003 a 2006?	2003: Parcial <i>para total</i> 2004: Parcial <i>para total</i> 2006: Parcial <i>para parcial</i>	3	2003: Parcial <i>para total</i> 2004: Parcial <i>para total</i> 2006: Parcial <i>para parcial</i>	3	2003: Baixo <i>para parcial</i> 2004: Baixo <i>para total</i> 2006: Total – <i>foi parcial</i>

(As respostas desta pergunta ainda foram comparadas com o quadro de alcance médio das metas do PAM criado como artifício para comparação e análise)						
30- Como o Programa está inserido no processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde?	(na observação participante foi possível verificar que o PM DST/HIV/Aids como qualquer outro no município, não tem inserção direta na gestão, contudo ele está posto no conjunto de áreas programáticas, sempre que a SMS realiza o planejamento)	2	O Programa está inserido em todas as discussões técnicas da Política de Saúde do Município (Comitê de Morte Materna, reuniões de gestão de rede e Conselho Municipal de Saúde)	3	-Este Programa desde 1992 quando foi instituído passou a ser integrado aos demais serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde, embora coordenado pelo Departamento de Saúde Coletiva. A integração com as demais atividades da Secretaria da Saúde e também com as outras secretarias da Prefeitura Municipal é concreta e funciona adequadamente. (na observação participante foi possível verificar que o Dep. de Saúde Coletiva tem inserção na gestão da SMS e não o PM DST/HIV/Aids)	2
31- O PAM contribui com a inserção do Programa na gestão da Secretaria Municipal de Saúde?	(segundo informações durante a observação participante, não)	1	Sim, deu maior visibilidade as ações desenvolvidas, e por ter repasse de recursos melhorou a execução e monitoramento das ações	3	-Não	1
32- Há protocolos de atendimento às pessoas que procuram o serviço para aconselhamento e testagem e aos doentes de Aids?	Sim	3	Sim	3	Sim	3
34- Há insumos de prevenção, diagnóstico, tratamento e de material educativo suficiente para atender a demanda?	Sim	3	Sim	3	Sim	3
35- O PM tem representatividade no Conselho Municipal de Saúde?	-Atualmente não. -No período de 2003–2004 tinha representatividade no CMS.	2	Sim	3	-Sim (na observação participante, foi esclarecido que faz parte das atribuições, a participação dos Coordenadores de Área)	2

PONTUAÇÃO TOTAL

51

60

48

P - Pontuação

- 3 = Foi Identificado Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (ideal)
 2 = Está próximo de Identificar Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal)
 1 = Não foi Identificado Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal)

22 perguntas vezes 3 pontos cada, resulta em no máximo 66 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:
 - 70% a 100% (46 a 66 pontos) = Alto Grau de Identificado Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids
 - 40% a 70% (26 a 45 pontos) = Médio Grau de Identificado Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids
 - Abaixo de 40% (1 a 25 pontos) = Baixo Grau de Identificado Mecanismos que apoiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids

Quadro 7b - Grau de concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids selecionados, com as ações previstas no PAM e Plano Municipal de Saúde na Região de Saúde de Campinas – São Paulo

Objetivo Específico 2

Analisar a concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids selecionados, com as ações previstas no PAM e Plano Municipal de Saúde	Municípios					
	Grande Porte	P	Médio Porte	P	Pequeno Porte	P
12- Quais os sistemas para registrar informações e dados utilizados pelo Programa?	SICTA + SINAN + FARMANET + Sist.de Monit.da Polít.de Incent. + SIIM (da própria SMS)	3	SINAN + FARMANET + SICLOM + Sistema de Monitor. da Política de Incentivo	3	SINAN + FARMANET + SICLOM + Sist.de Monit.da Polít.de Incentivo + SIM + SINASC	3
16- O Sistema de Informação de Vigilância das DST/HIV/Aids no âmbito municipal é operacionalizado pelo Programa?	Sim – sempre se manteve os dados no programa e ao mesmo tempo na VE do município	3	Não – é operacionalizado pela Divisão de Vigilância Epidemiológica	3	Sim – pela coordenação do Programa que é a chefia da Vigilância Epidemiológica	3
17- O planejamento para organização do Programa é participativo?	Sim – porém não com todos. Procurava-se trabalhar com a equipe de prevenção e assistência no mínimo	2	Sim	3	Sim <i>(Na observação participante foi esclarecido que esta participação é do Depart. de Saúde Coletiva, falta a participação de usuários)</i>	2
32- Há protocolos de atendimento às pessoas que procuram o serviço para aconselhamento e testagem e aos doentes de Aids?	Sim	3	Sim	3	Sim	3
33- A Vigilância Epidemiológica está estruturada dentro do Programa?	Sim	3	Não	2	Sim	3
34- Há insumos de prevenção, diagnóstico, tratamento e de material educativo suficiente para atender a demanda?	Sim	3	Sim	3	Sim	3
35- O PM DST/HIV/Aids tem representatividade no Conselho Municipal de Saúde?	Não – Atualmente não. No período de 2003 e 2004 tinha representatividade no CMS	1	Sim	3	Sim – (35.1: Com que frequência – A diretoria do PM DST/Aids participa das reuniões do C.M.S. mensalmente). <i>Na observação participante foi esclarecido que a participação existe por decisão da gestão do Depart. de Saúde Coletiva, mas com direito a voz e não a voto.</i>	2
PONTUAÇÃO TOTAL		18		20		19

P - Pontuação

- 3 = Foi Identificada a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (ideal)
 2 = Está próximo de Identificar a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal)
 1 = Não foi Identificado a concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal)

07 perguntas vezes 3 pontos cada, resulta em no máximo 21 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:

- 70% a 100% (15 a 21 pontos) = Alto Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids
- 40% a 70% (8 a 14 pontos) = Médio Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids
- Abaixo de 40% (1 a 7 pontos) = Baixo Grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids

Quadro 7c - Mecanismos de acompanhamento da execução financeira do recurso do Incentivo Financeiro nos municípios avaliados dos PM DST/HIV/Aids na Região de Saúde de Campinas – São Paulo

Objetivo Específico 4

Investigar a execução financeira do recurso do Incentivo Financeiro nos municípios avaliados, inclusive a aplicação dos recursos da contra partida.	Municípios					
	Grande Porte	P	Médio Porte	P	Pequeno Porte	P
3- Quais as fontes de financiamento para manutenção e funcionamento do Programa?	MS + SES + SMS	3	Incent. Financeiro PN DST/Aids, através do PAM e recursos próprios do município	2	MS + SMS	2
23- Qual mecanismo é utilizado pelo Programa para garantir a execução do PAM da Política Nacional de Incentivo?	-Garantir o uso da verba apenas para o PM DST/Aids -Garantir a contrapartida -Garantir a pactuação, RH dentro das possibilidades -Prestação de constas ao CMS	2	É realizado cronograma mensal de atividades em conjunto com todos os parceiros, garantindo assim as ações.	3	Reuniões com os envolvidos nas metas; o sistema de monitoramento DST/Aids; participação nas reuniões, eventos e Fórum do CRT-São Paulo	3
24- Qual é o montante financeiro recebido do PN DST/Aids para execução das ações do PAM?	R\$ 289.242,74/ano incluído o valor de R\$ 14.859,26 da fórmula láctea	3	R\$ 75.000,00/ano – Obs: Tivemos problemas de utilização do recurso até o ano 2006. Este fato entretanto não foi impeditivo para a realização das ações.	2	É de R\$ 76.947,41/ano sendo a contrapartida do município R\$ 25.000,00	3
25- Qual é o percentual de execução do montante recebido do PN DST/Aids para o PAM?	Entre 2003 a 2005, não estava na coordenação e não tenho essa informação. Como 2004 e 2005 houve uns ajustes, mesmo verificando no monitoramento, não sei qual o montante recebido. Em 2006 foi em torno de 70%	1	R\$ 75.000,00/ano – Este valor no ano de 2008 será insuficiente, havendo uma contrapartida muito acima do que definido	1	Em 2006: 71,33%	1
26- Qual mecanismo é utilizado para garantir a aplicação do recurso financeiro do orçamento próprio do município no Programa, em contra partida ao PAM?	O uso de recurso próprio como contrapartida já está incorporado na SMS, não tem um mecanismo específico.	3	É incluída a contrapartida na peça orçamentária do município, sendo fiscalizada sua aplicação pelo Conselho Municipal de Saúde e o recurso é depositado na mesma conta do incentivo.	3	A própria política administrativa do município garante esta contrapartida, como fornecimento de insumos, medicamentos, exames, combustível, etc...	2
P – Pontuação	12		11		11	

P - Pontuação
 3 = Foi executado adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (ideal)
 2 = Está próximo de executar adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (próximo ao ideal)
 1 = Não foi executado adequadamente os recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids (fora do ideal)

05 perguntas vezes 3 pontos cada, resulta em no máximo 15 pontos, sendo assim distribuído para caracterizar o Grau de Institucionalização do Programa:
 - 70% a 100% (10 a 15 pontos) = Alto Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids
 - 40% a 70% (06 a 09 pontos) = Médio Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids
 - Abaixo de 40% (01 a 05 pontos) = Baixo Grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida do PM DST/HIV/Aids

Os quadros apresentados têm o propósito de sistematizar a realidade com indicativos para a institucionalização do programa, a partir das percepções e vivência do coordenador em sua gestão.

Para o objetivo específico 1 – “Identificar mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do PM DST/HIV/Aids”, todos os municípios atingiram pontuação que caracteriza alto grau de identificação de mecanismos que apóiem a sustentabilidade técnica, política e financeira do programa.

No município de grande porte com 51 pontos, embora uma pontuação considerada significativa dentro dos parâmetros definidos que apóiem a sustentabilidade, algumas das questões relevantes que contribuem para melhorar o grau de institucionalização, foram definidas como pouco contributivas para isto, como por exemplo: A) o programa não estar desenhado no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (1 ponto); B) o programa não participar de reuniões sistemáticas com o Gestor, não fazendo parte de um colegiado de gestão da SMS (1 ponto); e principalmente C) o PAM não ser ainda um instrumento de gestão que contribua com a inserção do programa na gestão da SMS (1 ponto).

As questões referidas podem compreender baixa sustentabilidade política do programa no interior da gestão municipal da saúde.

Em seguida, o município de médio porte com 60 pontos, encontra-se em situação mais confortável na tendência a institucionalização, pois questões relevantes para a sustentabilidade do programa estão mais fortalecidas no contexto da gestão municipal, como por exemplo: A) A coordenação do programa, apesar de estar ligada a área de Vigilância a Saúde, participa de reuniões sistemáticas com o Secretário Municipal de Saúde (3 pontos); b) O planejamento das ações do programa e de construção do PAM é participativo, bem como, a avaliação e re-planejamento das ações; e C) o PAM é considerado um fator de visibilidade e inserção do programa na gestão da SMS (3 pontos).

Esse município de médio porte apresenta a maior pontuação dos três municípios avaliados, pode-se observar que as respostas produzem o entendimento de que ha maior sustentabilidade técnica, política e financeira.

Finalmente neste objetivo, o município de pequeno porte apresenta a menor pontuação - 48 pontos, situação esta que coloca o programa em condição desconfortável quanto à sustentabilidade, o que pode ser verificado nas situações explicitadas nas respostas do questionário em duas frentes de sustentabilidade: A) o município entende que a instituição gestora do programa está restrita ao município (1 ponto), o que

pressupõe a não percepção e o pouco envolvimento com as outras instâncias de gestão do programa, gerando uma fragilidade de sustentabilidade técnica; e B) o programa não estar desenhado no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (1 ponto), bem como a pouca participação dos segmentos sociais organizados no planejamento das ações, pode caracterizar pouca sustentabilidade política do programa.

Partindo do princípio de que todos os programas estão com alto grau de identificação de mecanismos que apóiem a sustentabilidade do programa, de acordo com os critérios colocados no quadro síntese do Objetivo Específico 1, alguns pontos são fundamentais na contribuição para este fortalecimento e observados nas respostas do questionário, ou seja, a participação de outras áreas e de outras instituições no planejamento das ações em DST/AIDS, bem como, a utilização dos sistemas de informação como referencial de diagnóstico para o planejamento do PAM.

Vale lembrar que a indicação técnica para a coordenação deste programa, permite acreditar que não se trata de mais um programa na gestão da saúde local e sim a importância que o mesmo tem em sua forma de se constituir.

Quanto ao objetivo específico 2 – “Analisar a concordância das ações dos PM DST/HIV/Aids selecionados, com as ações previstas no PAM e Plano Municipal de Saúde”, os municípios unidade de análise também atingiram pontuação que caracteriza alto grau de concordância das informações com as ações do PM DST/HIV/Aids.

Os três municípios estão com pontuações muito próximas neste objetivo, grande porte – 18 pontos, médio porte – 20 pontos e pequeno porte – 19 pontos, o que traduz o empenho dos coordenadores dos programas em cumprir com o planejado e programado no PAM.

As pontuações neste caso são expressivas e conformam uma tendência ao longo dos anos avaliados, que o programa ou as ações em DST/HIV/Aids estejam cada vez mais presentes nos Planos Municipais de Saúde.

Os municípios tiveram pontuação máxima – 3, em questões de relevância para esta análise, ou seja, na utilização de sistemas de informação como base para planejamento, no uso de protocolos para atendimentos e a garantia de insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Neste caso, como as respostas são explicitadas como meio de verificação dos eventos questionados, e propõem o cruzamento com outros dois instrumentos de gestão: o PAM e o Plano Municipal de Saúde, após análise detalhada do PAM foi possível verificar que existe muita semelhança do escrito e do informado sobre a prática do cotidiano. O mesmo não dá para ser observado no Plano Municipal de Saúde,

considerando que este tem uma apresentação mais de problemas estruturais da organização da gestão da saúde, e pouco ou nada detalha sobre ações do programa.

Finalmente, o objetivo específico 4 – “Investigar a execução financeira do recurso do Incentivo Financeiro nos municípios avaliados, inclusive a aplicação dos recursos da contra partida”, o resultado da pontuação dada aos municípios neste objetivo foi satisfatória, com alto grau de execução adequada dos recursos do incentivo e da contra partida.

Com relação a este item, ao fazer comparações dos resultados do questionário com os resultados da análise documental (pag. 89 e 76) foram encontradas variações que podemos traduzir como situações de total, parcial e baixa execução.

As respostas apresentadas pelos coordenadores dentro deste objetivo parecem não estar amparadas em documentos contábeis ou de prestação de contas, ou até mesmo, de caráter geral e pouco específicas, o que leva a acreditar que o controle do recurso financeiro não está sob gestão do coordenador do programa.

Observação participante:

Das três técnicas de coleta de dados utilizadas neste trabalho, a da “observação participante” foi a mais interessante pela possibilidade de participar do trabalho no interior do programa. Apesar de se tratar de processo que insere o pesquisador na equipe por um tempo, no caso, a de DST/Aids, sendo este um espaço teoricamente desconhecido, o tempo definido de permanência pode determinar um ou outro olhar para o que se está avaliando. Esta situação, embora possa representar uma limitação do estudo de caso, trouxe um recorte interessante.

Durante a permanência nos programas, três ocorrências chamaram a atenção, as quais vieram a contribuir com esta técnica de pesquisa e permitiu melhor avaliação do programa:

1- No município de Grande Porte ocorreu uma reunião para definir a ampliação da estrutura organizacional do Programa, com reforma de espaço físico a ser cedido pelo Governo do Estado ao município para adequar o laboratório de microbiologia. Este espaço já se encontra ligado à estrutura física do Ambulatório de Moléstias Infecciosas, ficando os seguintes pontos a serem ajustados com a Gestão Estadual: a) agendar o início da obra; b) encaminhar ao gestor estadual da saúde, quais os exames que serão realizados neste laboratório, para o próprio município e para a região e c) agendar

reunião para definir os profissionais do Estado que serão afastados para atuarem junto ao município;

2- No município de Médio Porte, durante a visita de reconhecimento das instalações do programa, a coordenadora foi consultada por uma técnica de enfermagem, sobre um paciente que havia perdido a medicação da terapia anti retro viral do período, o que foi notificado pela coordenadora e a medicação foi repostada até a data da nova consulta médica de rotina;

3- No município de Pequeno Porte em um determinado momento do trabalho, a enfermeira se dirigiu à coordenadora para relatar a ocorrência de uma denúncia de violência sexual a uma menina, com idade aproximada de 9 anos. A referida profissional explicou que tanto a criança como a mãe estavam na Delegacia de Polícia para fazer o Boletim de Ocorrência e que a policial daquela instituição estava aguardando orientações do programa quanto a procedimentos a serem adotados.

A coordenadora orientou que o carro do programa fosse até a delegacia e se os exames pertinentes àquela instituição já tivessem sido realizados, que trouxessem a mãe e a criança para o ambulatório do programa para os cuidados necessários.

Em todas as situações vivenciadas, foi possível verificar que as coordenadoras estavam com grau de autonomia e imbuídas do conhecimento em gestão para tratar dos diversos assuntos que as permeavam.

Quanto a rotina do serviço, durante o tempo de permanência no programa, percorremos o serviço de atenção especializada para acompanhar o andamento do atendimento aos pacientes, a dispensação de medicamentos, os espaços físicos ocupados tanto pelo programa como pelo serviço.

No município de grande porte e de médio porte, os coordenadores das áreas do programa e dos serviços estão em contínuo contato com a coordenadora do programa para discutir os mais diversos encaminhamentos, principalmente no que diz respeito à relação entre o programa e a gestão municipal. No município de pequeno porte, isto foi pouco observado, uma vez que a composição das equipes é bastante restrita.

Foi observado ainda o quanto é importante estabelecer relações de parceria e ter equipe bem estruturada, pois os serviços do PM DST/HIV/Aids precisam estar preparados para as mais diversas demandas.

Em discussão com a coordenadora do programa – município médio porte, buscando relação com o processo de análise documental, perguntado sobre a composição da equipe, se esta é considerada suficiente para dar atenção neste programa,

a coordenadora informou que sim, principalmente com a contribuição que tem sido dada pelos alunos das instituições de ensino existentes no município.

Outra informação dada pela coordenação do programa é de que, a equipe foi crescendo ao mesmo tempo em que o programa foi se fortalecendo dentro da gestão da SMS, isto contribuiu com a promoção do envolvimento de outros serviços na atenção às DSTs, Hepatites e Sífilis, principalmente na rede básica, com a realização de exames para detecção sorológica e abordagem sindrômica.

A mesma pergunta foi realizada para a coordenadora – município pequeno porte, também buscando relação com o processo de análise documental, ou seja, sobre a composição da equipe, se é considerada suficiente para dar atenção neste programa, foi declarado que em relação à assistência, sim, mas quando se trata das ações de prevenção não foi formada a equipe ainda.

As ações de prevenção são desenvolvidas com adolescentes nas escolas e no programa do adolescente pela própria coordenadora e com as mulheres, são realizadas pelos profissionais que prestam assistência nos serviços de atenção básica.

O município não tem parceria com ONG, considerando não haver este tipo de organização que atue nesta área no município, e sente que isto é muito importante para a reorientação e fortalecimento do trabalho com DST/Aids.

Finalizando os comentários a cerca da análise documental, das repostas dos questionários que utilizou parâmetros estabelecidos para pontuação, e da observação participante, foi possível verificar que os objetivos específicos da presente pesquisa foram alcançados.

Este trabalho representa um importante referencial para responder as perguntas que o estudo pretendeu responder e também indicar que o programa esteja institucionalizado.

DISCUSSÕES E RECOMENDAÇÕES

Antes de referir à aplicação das três técnicas combinadas utilizadas nesta pesquisa, que buscou analisar o grau de institucionalização dos PM DST/HIV/Aids em três municípios na Região de Saúde de Campinas, algumas considerações acerca das Dimensões Estratégicas devem ser colocadas ante aos achados da pesquisa.

Durante o processo de pesquisa com a análise documental, questionário semi-estruturado e observação participante, foi preciso por várias vezes resgatar o conceito trabalhado para as cinco Dimensões Estratégicas, com a finalidade de estabelecer relação de compatibilidade com o foco da pesquisa.

Nas dimensões – Autonomia Política e Institucional e Gestão: foi possível observar que o conceito atribuído está coerente com a prática nos municípios de grande porte e de médio porte, ficando menos caracterizado no de pequeno porte, onde existe uma relação de dependência de outras instâncias de gestão muito presente.

Alguns aspectos podem contribuir para que ocorra o fortalecimento destas dimensões, ou mesmo, possam contribuir para que fiquem mais expressivas no âmbito da gestão municipal, contribuindo com a institucionalização do PM DST/Aids:

- ✓ Promover o PM DST/HIV/Aids, os Coordenadores e os Serviços, a partir da qualificação e do apoio dado pelas instâncias de gestão do Programa nos níveis Estadual e Federal, com maior aproximação dos gestores desses níveis;
- ✓ Estabelecer mecanismos de comunicação que aproxime a coordenação do programa com o gestor municipal da saúde;
- ✓ Definir a qual área ou instância de gestão no nível local o Programa estará se reportando, na busca de oficializar a existência do programa no organograma da SMS e participar da construção do Plano Municipal de Saúde, caracterizando de forma estrutural o programa;
- ✓ Desenvolver estratégias que promovam o coordenador do programa como co-gestor do recurso financeiro do incentivo e da contra partida municipal;
- ✓ Dar visibilidade ao PM DST/HIV/Aids;
- ✓ Estabelecer mecanismos de comunicação que aproxime a coordenação de outras áreas potenciais parceiras, da sociedade civil organizada e dos profissionais do programa, para realização de planejamento, avaliação e reformulação de estratégias de ações;
- ✓ Criar mecanismos que contribuam para a efetiva aplicação e execução financeira do recurso do Incentivo e da contra partida municipal;

- ✓ Fortalecer a equipe quanto à utilização de sistemas de informação com base para diagnóstico e também para socialização de informações;

A dimensão – Organização dos Serviços: está muito adequada ao conceito atribuído em todos os municípios, existe uma dinâmica de expansão da organização dos serviços que acompanha o crescimento na atenção as DST/Aids.

Para que isto possa ser contínuo e apreendido como modelo de organização de serviços compatíveis com a promoção e concretização de padrão ouro, faz-se importante incrementar:

- ✓ A visibilidade dos serviços de atenção às DST/HIV/Aids;
- ✓ A garantia de logística de insumos;
- ✓ O investimento em adequação de estruturas físicas, de equipamentos, de recursos humanos e de aprimoramento das ações, de distribuição e armazenamento de medicamentos, de coleta de material para testagem e de realização dos exames, ampliando o acesso;
- ✓ A capacitação de profissionais das Unidades Básicas de Saúde, PSF e PACS para ampliar a atenção às DST, aconselhamento, testagem e diagnóstico, bem como tratamento dos pacientes com DST;
- ✓ A contratação e qualificar profissionais para atuarem em prevenção e redução de danos com populações mais vulneráveis – Profissionais do Sexo, Redução de Danos e Adolescente em situação de risco social ou nas instituições de ensino;
- ✓ A prevenção de acidentes de trabalho com material biológico.

Quanto à dimensão – Participação Social: ela está presente mais nos municípios de grande porte e de médio porte, onde o de grande porte tem grande participação dos usuários nas discussões do programa e o de médio porte não só tem essa participação como também tem assento no CMS, incluindo usuários do serviço.

No município de pequeno porte a coordenadora do programa tem assento no CMS por determinação da Diretoria do Departamento de Saúde Coletiva como uma das responsabilidades dessa coordenação, mas com direito a voz e não a voto, e não há participação de usuários na co-gestão do programa.

Esta dimensão tem muito a contribuir para a institucionalização do programa, uma vez que possibilita o envolvimento de usuários na participação, ficando como indicativo principalmente para o município de pequeno porte:

- ✓ Constituir o Colegiado Gestor do Programa;
- ✓ Estabelecer maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde ou até garantir assento no mesmo.

Com relação à dimensão Intersetorialidade, a situação está muito adequada ao conceito atribuído em todos os municípios, dependendo algumas vezes do momento e do tipo de problema a ser enfrentado, há uma participação mais ou menos efetiva dos outros setores. Vale ressaltar a importância de aprimorar, neste caso também, no município de pequeno porte:

- ✓ O desenvolvimento de planejamento com participação das ONG/OSC, usuários dos serviços, outras instituições governamentais ou privadas e com outras áreas da SMS;
- ✓ O desenvolvimento de ações em parceria com ONG/OSC, outras instituições governamentais e outras áreas da SMS.

A utilização das técnicas combinadas e do olhar para as dimensões se configurou num excelente referencial para o estudo.

No processo de análise documental, a cada tipo de documento utilizado para caracterizar a institucionalização dentro dos parâmetros criados foram se constituindo cenários com tendências ou não à institucionalização do programa. Por exemplo, se tomarmos o percentual de alcance das metas dos PAM 2003 a 2006 do município de grande porte e compararmos com o desempenho financeiro do Incentivo e da contra partida municipal, pode-se dizer que o PM DST/HIV/Aids, tem uma tendência a institucionalização.

Em todos os municípios, se utilizarmos o questionário semi-estruturado e a observação participante para atribuir a institucionalização do programa, este se confirma como institucionalizado. Vale ressaltar que a utilização do questionário semi-estruturado isoladamente como instrumento para medir a institucionalização, necessita de análise aprofundada, pois pode se configurar como um instrumento ineficaz na construção dos resultados da pesquisa.

No que diz respeito ao município de médio porte, se for utilizado o referencial do percentual de alcance das metas dos PAM 2003 a 2006 para definir a institucionalização do programa, este se mostrou institucionalizado, quanto ao desempenho financeiro do Incentivo e da contra partida municipal, este demonstra baixa possibilidade de institucionalizar-se.

O inverso ocorre com o município de pequeno porte, onde o percentual de alcance das metas dos PAM 2003 a 2006, traz a tendência de pouca possibilidade de institucionalização do programa, e o desempenho financeiro do Incentivo e da contra partida se apresenta como um indicador de que o programa está institucionalizado.

Na análise dos PAM, nos três municípios, é notória a dificuldade de alcançar 100% das metas que estão relacionadas ao campo da prevenção, isto quando essas estão explicitadas adequadamente, neste sentido observa-se especificamente quanto ao trabalho com redução de danos e profissionais do sexo. Outra situação que apresenta dificuldade no alcance das metas, são as que propõem o envolvimento da rede básica e de seus profissionais.

Neste contexto é preciso destacar que muitas das ações vinculadas às metas, principalmente essas com dificuldade de alcance, não estão descritas com a especificidade necessária em sua maioria.

Este fator pode contribuir com a baixa possibilidade de institucionalização do programa.

Em relação à análise da execução dos recursos financeiros do Incentivo e da contra partida municipal, associado ao alcance das metas nos três municípios, considerando e permitindo ainda neste caso utilizar-se da observação participante, é possível perceber tendências à institucionalização dos PM dos municípios de grande porte e de médio porte, mesmo que o repasse do incentivo não ocorra.

Neste caso os méritos estão associados ao comportamento e autonomia dos coordenadores e da participação social.

Cabe esclarecer também com base nos achados destas análises, incluindo os documentos que tratam da organização estrutural da SMS, que o fato de não constar o PM DST/HIV/Aids no organograma das Secretarias, não implica em diminuir a possibilidade de institucionalização do PM, principalmente nos municípios de grande e médio portes.

Do ponto de vista do alcance das metas e da execução financeira, seria recomendável alguns encaminhamentos:

- ✓ Incluir na rotina do papel do coordenador, a prática de avaliar o desempenho das metas em consonância com a execução financeira, e não somente no momento de produção do PAM do ano seguinte;
- ✓ Na construção do PAM, estruturar metas que sejam factíveis e compatíveis com a possibilidade de relacionar-se com o processo de execução financeira, inclusive construindo um processo hierarquizado e descentralizado de execução dessas metas e do financiamento;
- ✓ Readequar o processo de trabalho para potencializar a execução das metas e das ações, fortalecendo o Programa.

A utilização do SISINCENTIVO como sistema que contribui com a análise de alcance das metas e de execução financeira para a institucionalização do programa, se mostrou principalmente nos anos de 2003 a 2004 incluindo a prorrogação 2005, pouco eficaz, mas se mostrou um instrumento importante para o ano de 2006.

A experiência no uso desse instrumento relatado durante a pesquisa propõe a discussão, o aprimoramento e qualificação do sistema, incluindo a capacitação dos usuários principalmente na alimentação dos dados.

Os Planos Municipais de Saúde dos municípios mostraram-se pouco apropriados como documento de análise do grau de institucionalização, por se tratar de um instrumento de gestão da Secretaria Municipal de Saúde que trata de questões estruturais da gestão e pouca especificidade das áreas programáticas. No caso dos três municípios participantes da pesquisa, de alguma forma o tema DST/HIV/Aids é lembrado como um assunto preocupante a ser considerado na organização da assistência local.

Os profissionais que fazem parte e atuam nos programas se misturam entre constituir o programa e os serviços de atenção a DST/Aids, o que não interfere na análise sobre se os programas estão ou não institucionalizados, mas na avaliação da forma em que eles se organizam no contexto do programa. Neste caso, é um determinante para indicar que a quantidade de recursos humanos, recursos físicos e de equipamentos e o processo de trabalho apontam para que o programa esteja institucionalizado nos três municípios analisados.

Para concluir, há indicativos nos municípios de médio e grande porte de que, se o recurso financeiro do Incentivo deixar de ser transferido fundo a fundo, haverá a continuidade do desenvolvimento das ações em DST/HIV/Aids. Este fator, dentre todos os achados da pesquisa, é predominantemente fundamental para a caracterização da institucionalização, pois demonstra a capacidade dos municípios de assumir plenamente o programa..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: Um Instrumento a favor da Visão Multisetorial. Texto extraído de Desenvolvimento local, Rio de Janeiro: Oficina Social, 2000, p. 98-118 – (Cadernos da Oficina Social 3).

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v. 46, n.1, 2000.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(3): 401-412, 2002.

BRASIL. Presidência da República – Casa Civil - Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde - PN de DST e Aids. Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com foco na melhoria do programa. Caderno do professor. Brasília, 2005.

BRASIL a. Ministério da Saúde - Portaria MS 2.313 de 19 de dezembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL b. Ministério da Saúde - Portaria MS 2.314 de 20 de dezembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL c. Ministério da Saúde - Ofício Circular no. 143/05 ASPLAN/PN-DST-AIDS/SVS/MS de 13 de Julho de 2005.

CECÍLIO, L. C. O. - Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R., 1997. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z. M. de A. (Org.) Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997, p. 29-47.

CRONBACH, L. J.; AMBRON, S. R.; DORNBUSCH, S. M.; HESS, R. D.; HORNIK, R. C.; PHILLIPS, D. C.; WALKER, D. F.; & WEINER, S. S. (1980). Toward reform of program evaluation. San Francisco: jossey-Bass. APUD: WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. – Avaliação de programas: concepções e práticas. Publicado em 1997. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo – Editora Gente, 2004.

DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. – Analyse d’Implantation. GRIS, Université de Montréal, 1990. Tradução da publicação dos mesmos autores. IN: HARTZ, Z. M. de A. (Org.) Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997, p. 29-47.

DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25–35, dezembro 2000.

DONABEDIAN, A. - The seven pillars of qualit. Arch Pathol – Tab. Med. 1994, 114:1115-8.

FELISBERTO, E. - Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 4 (3): 317-321, jul./set., 2004.

HUERTAS, F. – O método PES: entrevista com Matus. Tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. – Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 22 (10): 2179-2189. Out. 2006.

MAINWARING, Scott; TORCAL, Mariano. Teoria e institucionalização dos sistemas partidários após a terceira onda de democratização. Opin. Publica, Campinas, v. 11, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=sci_arttext&pid=S0104-2762005000200001&Ing=pt&nrm=iso>

MELLO, DL 1991. Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel. IN: Revista de Administração Pública. 25(4), pp.199-217.

MILLS, A, 1990. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general IN: Descentralización de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Editado por Anne Mills et al. Organización Mundial de la Salud, Ginebra p.11-46.

MATUS, C. O Método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1997. APUD: RIEG & ARAÚJO FILHO. O uso das Metodologias “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em uma situação concreta: O caso da Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar. Gestão & Produção – v.9, n.2, p.163-179, ago. 2002.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M .A. – Uso dos modelos teóricos de avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. IN: Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. HARTZ, Z. M. A. & SILVA, L. M . V. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. APUD: OKAMURA, M.; SANTOS, E. M.; DHALIA, C. B. C.; NATAL, S. – Modelo de Avaliabilidade da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Amazonas: Lições Aprendidas. IN: Estudos que contribuíram para a Política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil. Brasília, 2007

MINAYO, M. C de S.; Sanches, O. - Qualitativo-Quantitativo: Oposição ou Complementariedade? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

NEMES, M. I. B. 1996. Práticas Programáticas em Saúde. IN: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. - SAÚDE DO ADULTO - Programas e Ações na Unidade Básica de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; Saúde em Debate – Série Didática; 1996.

PATTON, M. Q. – How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Part, CA: Sage. 1987. APUD: YIN, RK. Estudo de Caso – Planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. – Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo, *Ciência e Saúde Coletiva*. 4(2): 355-365, 1999.

ROSSI, P.H.; & FREEMAN, H. E. (1985). *Evaluation: A systematic approach* (3rd ed.). Beverly Hills, CA: Sage. APUD: WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. – Avaliação de programas: concepções e práticas. Publicado em 1997. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo – Editora Gente, 2004.

SANTOS, A. R. dos – Metodologia Científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2004.

SÃO PAULO - Plenárias de Participação Social – Coordenadoria de Convivência, Participação e Empreendedorismo Social – Prefeitura do município de São Paulo – Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/participacao_social/atividades/0004; 2005.

TAGLIETTA, M. F. B. - Avaliação da Implantação do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois Municípios do Estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ: s.n., 2006.

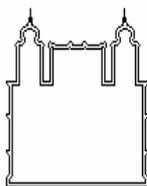
TANAKA, O. Y.; MELO, C. – Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – Um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. - Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: TOMO Editora; 2000.

YIN, RK. Estudo de Caso – Planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. – Avaliação de programas: concepções e práticas. Publicado em 1997. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo – Editora Gente, 2004.

ANEXOS



ANEXO I

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP



Brasília, 14 de Março de 2008

Ilmo(a) Sr(a)

DD. COORDENADOR DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS

A Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública e da Diretoria Regional de Brasília – FIOCRUZ, está ministrando o curso de “Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos”, com o objetivo de articular a capacitação em avaliação de profissionais que trabalham em Programas de Controle de Processos Endêmicos com o Desenvolvimento Institucional.

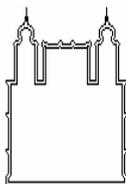
Neste sentido o aluno do curso tem como produto final, a produção de uma dissertação em que o aluno demonstre o domínio do objeto de estudo, bem como sua capacidade de planejamento e execução de uma pesquisa operacional que resulte em um produto que contribua para a melhoria da capacidade de gestão e organização do Sistema Nacional de Saúde.

A proposta construída é de desenvolver a pesquisa “Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/Aids na Regional de Saúde de Campinas – São Paulo, Brasil”, que tem como objetivo avaliar o grau de institucionalização dos PM DST/HIV/Aids em três municípios na Regional de Saúde de Campinas no período de 2003 a 2006, a partir da implantação do incentivo financeiro do PN DST/Aids.

Para que o trabalho possa ser realizado dentro do esperado, vimos solicitar a V. Sa. a gentileza de autorizar a realização da referida pesquisa no Programa Municipal de DST/Aids nesse município.

A referida pesquisa ficará sob a responsabilidade do mestrando _____, que fará todas as explicações necessárias para que todo o processo ocorra de acordo com o aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP – FIOCRUZ.

Essa pesquisa representa importante processo de fortalecimento da área de DST/HIV/Aids no nível local, iniciada com a implementação do recurso financeiro a título de incentivo aos municípios.



ANEXO II

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



PROJETO DE PESQUISA: Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/Aids na Regional de Saúde de Campinas – São Paulo, Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, após ter sido esclarecido pelo coordenador da pesquisa, declaro concordar que seja realizada a pesquisa pela Regional de Saúde, do projeto de pesquisa: “Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/Aids na Regional de Saúde de Campinas - São Paulo, Brasil”, cujo objetivo é “avaliar o grau de institucionalização dos PM DST/HIV/Aids em três municípios da Regional de Saúde de Campinas – no período de 2003 a 2006, levando em consideração a implantação do incentivo financeiro do PN DST/Aids como política de sustentabilidade e fortalecimento das ações em DST/HIV/Aids”, contribuindo para a institucionalização do Programa.

Estou ciente dos objetivos desta pesquisa e da garantia da ética na utilização das informações e dos dados levantados.

Declaro ainda que estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para o município e o programa municipal de DST/HIV/Aids.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Responsável pela pesquisa:

Valter Luiz Stanise
Departamento Regional de Saúde de Campinas – DRS VII
End: Av. Orozimbo Maia, 75 – Centro – Campinas – SP
F: (19) 3739-7073 - e-mail: drs7-nors.oeste@saude.sp.gov.br

Assinatura:

Sujeito da Pesquisa:

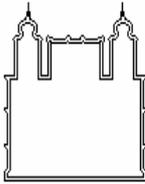
Nome: _____ Assinatura: _____

End: _____

Instituição: _____

Área ou Serviço: _____

Campinas – SP, _____ de _____ 2008.



ANEXO III

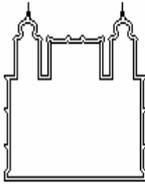
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

PROJETO DE PESQUISA: **Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/Aids na Regional de Saúde de Campinas – São Paulo, Brasil**

1. Planos de Ações e Metas: adequação das metas com o grau de alcance e execução financeira;
2. Estabelecer uma relação entre o que foi planejado nos PAM, os resultados dos questionários semi-estruturado e os registros do sistema de monitoramento da Política Nacional de Incentivo do PN DST/Aids;
3. Observar o quanto as metas e ações do PAM estão explicitadas no Plano Municipal de Saúde.
4. Avaliação da adequação de Recursos Humanos quantitativa nos programas, a forma de análise compatível com o padrão ouro (um programa considerado de excelência)



ANEXO IV

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO **(dirigido aos Coordenadores de PM DST/HIV/Aids)**

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/Aids na Regional de Saúde de Campinas – São Paulo, Brasil

Programa Municipal de DST/HIV/Aids de: _____
Endereço: _____
Estado: _____ - **Telefone:** (____) _____
Fax: (____) _____ **E-mail:** _____
Responsável pelo Programa: _____
Responsável pela(s) resposta(s): _____
Relação que mantém com o Programa: _____

I. Identificação e características gerais do Programa Municipal de DST/HIV/Aids

1. Quais as Instituições gestoras desse Programa?

- () Ministério da Saúde
() Secretaria de Estado da Saúde
() Secretaria Municipal de Saúde
() Outro: Qual: _____

2. Esse Programa é conhecido, por algum outro nome?

- () Sim Qual nome? _____
 Por quem? _____

- () Não

3. Quais as fontes de financiamento para manutenção e funcionamento do Programa?

4. Em que ano o Programa foi criado? _____

5. Em que ano o Programa foi oficialmente incorporado ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde?

6. O Programa está integrado à rede de serviços de saúde?

() Sim () Não

7. Quantos serviços estão ligados ao Programa? _____

8. Quais os serviços ligados ao Programa?

8.1. _____

8.2. _____

8.3. _____

8.4. _____

8.5. _____

9. Há reuniões com os profissionais que coordenam esses serviços?

() Sim () Não

9.1. Com que frequência?

() Uma vez por semana () Uma vez cada 15 dias () Uma vez ao mês

Outra: _____

10. A Coordenação do Programa participa de reuniões com o Secretário Municipal de Saúde?

() Sim () Não

10.1. Com que frequência?

() Uma vez por semana () Uma vez cada 15 dias () Uma vez ao mês

() Eventualmente Outra: _____

11. A Coordenação do Programa é ocupada por:

() Seleção interna

() Indicação técnica

() Indicação política

() Ascensão de carreira

() Outro – Qual mecanismo? _____

II. Sistemas de Registros de Informações

12. Quais os sistemas para registrar informações e dados utilizados pelo Programa?

- SICTA
 SINAN
 FARMANET
 SICLOM
 Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo
 Outros – Quais: _____

13. Os dados são disponibilizados para consulta?

- Sim Não

14. Como esses dados são disponibilizados?

15. Esses dados são utilizados como diagnóstico para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Programa?

- Sim Não Em algumas circunstâncias – Quais? _____

16. O Sistema de Informação de Vigilância das DST/HIV/Aids no âmbito municipal é operacionalizado pelo Programa?

- Sim Não – Por quem? _____

III. Organização geral do Programa

Do ponto de vista da gestão

17. O planejamento para organização do Programa é participativo?

- Sim Não

18. Quais as instâncias de gestão e ou parcerias, desenvolvem o planejamento?

- Área de Planejamento da SMS
- Áreas Programáticas da SMS – Quais: _____

- Outras Secretarias Municipais – Quais: _____

- Colegiado Gestor do Programa
- ONG
- OSC
- Outros – Quais: _____

19. O planejamento é sistematizado por área de atuação?

- promoção, prevenção e proteção
- diagnóstico, assistência e cuidados
- desenvolvimento institucional e de gestão
- Outro – Qual: _____

20. O planejamento é sistematizado por serviços vinculados ao Programa?

- COAS / CTA
- SAE
- SADT
- Laboratório
- Outro – Qual: _____

21. A realização do planejamento do Programa está vinculada ao Plano Municipal de Saúde?

- Sim Não

22. A realização do planejamento do Programa está vinculada ao PAM da Política Nacional de Incentivo?

- Sim Não

23. Qual mecanismo é utilizado pelo Programa para garantir a execução do PAM da Política Nacional de Incentivo?

Do ponto de vista do financiamento

24. Qual é o montante financeiro recebido do PN DST/Aids para execução das ações do PAM?

25. Qual é o percentual de execução do montante recebido do PN DST/Aids para o PAM?

26. Qual mecanismo é utilizado para garantir a aplicação do recurso financeiro do orçamento próprio do município no Programa, em contra partida ao PAM?

Do ponto de vista operacional

27. Qual é o grau de alcance das metas no período de 2003 a 2006?

2003: () Total () Parcial () Baixo () Não sei

2004: () Total () Parcial () Baixo () Não sei

2006: () Total () Parcial () Baixo () Não sei

Obs: O ano de 2005 foi complementar ao ano de 2006

28. Durante a execução das ações para o alcance das metas, foi preciso efetuar readequações?

() Sim () Não

28.1. Se sim, quais as principais e em qual período (2003, 2004 ou 2006)?

29. Quais as instâncias envolvidas para esta readequação do PAM?

30. Como o Programa está inserido no processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

31. O PAM contribui com a inserção do Programa na gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

Do ponto de vista da organização dos serviços

32. Há protocolos de atendimento às pessoas que procuram o serviço para aconselhamento e testagem e aos doentes de Aids?

Sim Não

32.1. Estão sendo aplicados, quais?

Sim Não

33. A Vigilância Epidemiológica está estruturada dentro do Programa?

Sim Não

34. Há insumos de prevenção, diagnóstico, tratamento e de material educativo suficiente para atender a demanda?

Sim Não

IV. Controle Social

35. O PM de DST/HIV/Aids tem representatividade no Conselho Municipal de Saúde?

Sim Não

35.1. Participa com que frequência?
