AS PRÁTICAS DE GESTÃO FINANCEIRA NO PROGRAMA DST/AIDS DE URUGUAIANA (RS): REFLEXÃO SOBRE ENTRAVES ADMINISTRATIVOS

FINANCIAL MANAGEMENT PRACTICES IN THE STD/AIDS PROGRAM IN URUGUAIANA, SOUTHERN BRAZIL: SOME CONSIDERATIONS ON ADMINISTRATIVE IMPEDIMENTS

Ana Paula Benites Parraga[1], Roger dos Santos Rosa[2]

RESUMO

A importância dos programas de DST/AIDS, a localização estratégica do município de Uruguaiana (RS) em área de fronteira e a excessiva burocracia presente nas rotinas da administração pública brasileira motivaram-nos a comparar duas formas de operacionalização de recursos na área da saúde. Foram analisadas: (a) a modalidade ***shopping***, utilizada nos acordos que envolvem recursos do Banco Mundial; e (b) a modalidade tradicional, na qual a aplicação dos recursos se sujeita à Lei nº 8.666/93. Através da aplicação de questionários a oito informantes-chave de diferentes esferas de governo e de análise documental, identificaram-se elementos facilitadores e dificultadores da administração em saúde para ambas as modalidades. Sugere-se a formação de um núcleo administrativo-financeiro para gerenciar recursos específicos na Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana/RS.

Unitermos: Administração e planejamento em saúde, AIDS, administração financeira, administração pública, serviços de saúde, Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

The importance of the STD/AIDS programs, the strategically location of the City of Uruguaiana, southern Brazil, in a frontier area, and the bureaucracy routines of the Brazilian public administration motivated this study, which compared two forms of health resources management. We analyzed: (a) the “shopping” modality, used in agreements that involve resources from the World Bank, and (b) the traditional modality, in which resource application is subjected to Federal Law 8.666/93. Questionnaires were applied to key informants from different government departments and a profile for both modalities was outlined after analysis. An administrative-financial nucleus is suggested to manage specific resources in the City Department of Health of Uruguaiana/RS.

Key words: Health administration and planning, AIDS, financial administration, public administration, health services, Rio Grande do Sul.

[1] Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, Programa Municipal de DST/AIDS, Uruguaiana, RS.

[2] Doutorando em Epidemiologia; Mestre em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor Assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.
Correspondência: Prof. Roger dos Santos Rosa, Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br.

INTRODUÇÃO

No quadro da AIDS no Brasil, o Ministério da Saúde registrou mais de 310.000 casos desde o início da epidemia nos anos 80. Atualmente, a AIDS representa uma das principais causas de morte e de perda de vida produtiva entre adultos de 15 a 49 anos, numa proporção de uma mulher diagnosticada para cada 1,8 homens. As regiões Sudeste e Sul concentram 85% dos casos, porém, a desaceleração do número de casos no Sul apresenta menor velocidade em relação às demais regiões.

Em Uruguaiana, município com 130.000 habitantes situado na fronteira do Rio Grande do Sul, a 630 km da capital, o Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/AIDS iniciou as atividades em fins de 1995. Foi implantado um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que oferece testagem anti-HIV gratuita para a população, bem como desenvolve atividades de educação em saúde.

Com base em parâmetros desenvolvidos por equipe multiprofissional e dados epidemiológicos, o Programa Estadual de DST/AIDS do Rio Grande do Sul selecionou Uruguaiana para participar do Projeto AIDS II, integrado por apenas 13 cidades. O Plano Operativo Anual 2000 foi elaborado com previsão de recursos no valor de R$ 260.000,00. Foram contempladas as necessidades específicas do município conforme as três diretrizes gerais do programa nacional: prevenção, diagnóstico/assistência e fortalecimento institucional. O município de Uruguaiana executou dois subprojetos no âmbito do AIDS II, cujos recursos e gestão seguiam normas do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

Ao aproximar-se o prazo final do Acordo de Empréstimo com o BIRD, a Coordenação Nacional de DST/AIDS articulou a destinação de uma forma específica e permanente de recursos da União ao Programa Nacional de DST/AIDS. Com o término do Projeto AIDS II, foi implantada a Política Nacional de Financiamento das Ações em DST/AIDS – contemplando a elaboração de um Plano de Ações e Metas (PAM). A negociação foi concretizada conforme normas brasileiras que prevêem transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. A operacionalização desses recursos para a aquisição de bens e de serviços rege-se pela Lei nº 8.666/93, de licitações e contratos (1).

O Brasil é um país com reconhecidos entraves burocráticos em seus sistemas de gestão, tanto públicos quanto privados. É notório e reconhecido o quanto essas dificuldades administrativas contribuem de forma negativa para o processo de evolução e desenvolvimento do país. A burocracia no sentido weberiano desenvolveu-se para proporcionar uma administração competente do aparelho estatal. Entretanto, o excesso de regulação tornou-se componente importante no acréscimo dos custos operacionais e sociais. Na esfera pública, a demora na execução dos procedimentos administrativos e a circulação lenta de documentos e informações fazem parte do cotidiano de muitas administrações municipais. Tais entraves, freqüentemente, constituem-se em fatores determinantes do fracasso de projetos que poderiam proporcionar um incremento na qualidade de vida da população.

Acreditando na possibilidade de racionalizar a otimização de tempo e recursos, objetiva-se analisar a operacionalização administrativo-financeira da aplicação de recursos, conforme normas do BIRD e normas brasileiras. Busca-se identificar fatores que facilitam e dificultam o gerenciamento dos recursos de acordo com o tipo de norma adotada. Este objetivo considera também que Uruguaiana é município de fronteira e que existe um processo de negociação em andamento para a concretização de serviço integrado de saúde para os países do Mercosul.

MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido com base em revisão e análise bibliográfica, com posterior aplicação de questionário a 10 informantes-chave. Foram selecionadas pessoas que, de forma direta ou indireta, participaram das duas modalidades de financiamento. Através de uma técnica de amostragem intencional, buscou-se contemplar as três esferas governamentais, com ênfase na instância municipal, incluindo Uruguaiana e mais três cidades gaúchas. Os questionários foram enviados e respondidos por e-mail na maioria dos casos. Oito informantes-chave retornaram os questionários; os dois questionários encaminhados para integrantes do nível estadual não foram respondidos em tempo hábil para a conclusão do estudo. O questionário, com 13 questões descritivas , foi pré-testado antes de sua aplicação.

Este estudo consiste em versão reduzida do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, realizado no âmbito de Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

O CONVÊNIO COM O BIRD – PROJETO AIDS II

O BIRD foi criado com o objetivo de ajudar os países devastados pela guerra, assim como os países em

desenvolvimento, financiando projetos econômicos e sociais para os seus países-membros.

O Segundo Projeto de Controle das DST/AIDS – Projeto AIDS II foi resultado do Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR, firmado em 1998 entre o governo brasileiro e o BIRD. O acordo buscou continuar as atividades e ações desenvolvidas durante o Acordo de Empréstimo BIRD 3659/BR – Projeto AIDS I. O Projeto AIDS II teve um valor total de US$ 300 milhões, dos quais US$ 165 milhões do BIRD e US$ 135 milhões de contrapartida nacional, englobando as contrapartidas federal, estaduais e municipais de todas as entidades executoras. O acordo integra a dívida externa brasileira e foi negociado com 15 anos de prazo total. Destes, 5 anos são de carência, e 10 anos são de amortizações de US$ 16,5 milhões cada, com juros de 7,5% ao ano e taxa de permanência de 0,75% ao ano, pagos anualmente desde o seu início. A previsão de pagamento total até o ano de 2013 é de US$ 280 milhões (2).

O Ministério da Saúde foi o agente responsável pelo acordo de empréstimo que formaliza convênios com governos estaduais, prefeituras e consórcios intermunicipais de saúde. Estes promoveriam a implementação do Projeto AIDS II, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma descentralizada e participativa. A programação dos produtos e atividades de cada secretaria de saúde foi realizada em conjunto com as três instâncias do SUS, com base no Plano Operativo Anual que, uma vez aprovado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, foi submetido em forma consolidada à consideração do BIRD.

Os acordos de empréstimo firmados entre o BIRD e a União estabelecem as condições para a execução integral do projeto de financiamento, as quais devem ser obedecidas nas realizações das licitações para aquisições de bens e para contratação de consultores. Para a concessão do financiamento, o BIRD exige que sejam obedecidas suas regras próprias.

As diretrizes do BIRD para aquisições e contratações baseiam-se em princípios específicos de economia, transparência e eficiência. Todos os princípios da legislação brasileira pertinente estão atrelados a um ou outro desses princípios, razão pela qual a aplicação das diretrizes é juridicamente coerente. A Lei nº 8.666/93 (1), com redação dada pela Lei nº 8.883/94, apresenta dispositivo que permite a utilização das diretrizes do BIRD nos procedimentos licitatórios de aquisição de bens e serviços pelos municípios:

"Art. 42

§ 5º Para a realização de obras, prestação de serviços ou aquisições de bens com recursos provenientes de financiamento ou doação oriundos de agência oficial de cooperação estrangeira ou organismo financeiro multilateral de que o Brasil seja parte, poderão ser admitidas na respectiva licitação as condições decorrentes de acordos, protocolos, convenções ou tratados internacionais, aprovados pelo Congresso Nacional, bem como as normas e procedimentos daquelas entidades, inclusive quanto ao critério de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração, o qual poderá contemplar, além do preço, outros fatores de avaliação, desde que por elas exigidos para a obtenção do financiamento (...)."

Todas as constituições federais brasileiras anteriores e, em especial, a de 1988, mencionam especificamente os tratados internacionais firmados pela União:

"Art. 5º

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte."

Os princípios da Convenção de Viena (da qual o Brasil é integrante) consideram que os tratados internacionais são hierarquicamente superiores às leis internas ordinárias. Isto significa que os acordos internacionais, depois de aprovados, ingressam na ordem jurídica do Brasil, em nível hierárquico acima das leis ordinárias.

OPERACIONALIZAÇÃO RECENTE DA POLÍTICA NACIONAL PARA DST/AIDS

Com o término do convênio entre o Ministério da Saúde e o BIRD, ao final de 2002, houve necessidade de formulação e implantação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST/AIDS. As características territoriais e a ação descentralizada e integrada das três esferas de governo, além de se constituírem em diretrizes do SUS, foram vistas como essenciais para a garantia da eqüidade e do acesso de toda população. Através da Portaria nº 2.314/2002 (3), o Ministério da Saúde instituiu o PAM, instrumento de programação para atuação em DST/AIDS. O plano contemplou as ações nas áreas de: (a) promoção, prevenção e proteção à saúde; (b) diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas vivendo com o HIV/AIDS; e (c) desenvolvimento institucional e gestão, para o enfrentamento da epidemia.

Os objetivos desta política foram ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS e outras DST. Pretendiam ainda garantir a transparência e o fluxo contínuo de recursos para os programas estaduais e municipais, por meio de repasse direto, em conta específica, acrescido da aplicação de recursos locais. Uma outra finalidade foi aprimorar o processo

de participação e controle social em âmbito local e reforçar as parcerias com as organizações da sociedade civil, responsabilizando as secretarias pelo co-financiamento das ações de combate, controle e assistência às DST/HIV/AIDS, garantindo o controle social e fortalecimento do SUS nos níveis federal, estadual e municipal.

A partir destes três objetivos, foi estabelecido um conjunto de estados, Distrito Federal e municípios, incluindo as 26 Secretarias de Estado da Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e 411 Secretarias Municipais de Saúde, que representavam 95% dos casos de AIDS no país e que se constituiriam na clientela potencial para o incentivo.

O Ministério da Saúde ficou encarregado de observar as políticas e diretrizes resultantes de pactuações entre os três níveis de governo, de modo a possibilitar maior integração do Política Nacional de DST/AIDS com o desenvolvimento do SUS.

O processo de qualificação dos municípios ocorreu a partir da análise dos PAM, com propostas relacionadas ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, em especial aquelas voltadas às populações mais vulneráveis e de risco acrescido, redução de danos, diagnóstico do HIV, controle das DST, combate ao HIV/AIDS e outras DST. Deveria considerar a complexidade e o comportamento da epidemia no território do município, a sua capacidade gerencial, técnica e organizacional e a capacidade instalada de serviços especializados no respectivo atendimento.

O financiamento foi previsto para ser realizado por transferência de recursos fundo a fundo, sob a forma de incentivo, com período de execução de 12 meses. Este financiamento refletiria as diferentes capacidades técnicas e gerenciais das secretarias de saúde, os compromissos por elas assumidos e os diversos níveis de complexidade da epidemia nos seus territórios. A aplicação dos recursos, incluindo os recursos próprios de estados, Distrito Federal e municípios, deveria estar estabelecida nos PAM.

No que se refere à execução orçamentária e financeira do incentivo das ações em DST/AIDS, a Portaria nº 2.314/2002 (3) estabeleceu que a liberação financeira ocorreria em 12 parcelas mensais, e as despesas programadas no PAM deveriam estar previstas no orçamento, neste caso, municipal. Seqüencialmente, o Plano de Aplicação de Recursos, baseado no PAM, deveria ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde. Enquanto a fonte de recursos financeiros do incentivo é exclusivamente federal, e a conta corrente é aberta pelo Fundo Nacional de Saúde, o responsável pela execução dos recursos é o gestor local, que, por exemplo, também deve incorporar ao balanço patrimonial os equipamentos adquiridos. Todos os procedimentos relativos à aquisição de bens, serviços e contrato de pessoal devem obedecer à Lei nº 8.666/93 (1).

Nos recursos repassados pelo SUS, através do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, a prestação de contas dá-se por meio de Relatório de Gestão Anual. As auditorias serão realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

O FINANCIAMENTO NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL

O município de Uruguaiana, situado na região oeste do estado do Rio Grande do Sul, faz fronteira com a Argentina, sendo a Ponte Internacional, através do rio Uruguai, a ligação com a cidade de Paso de los Libres. Até 1995, fazia fronteira com o Uruguai, quando a Barra do Quaraí se emancipou. A Barra é um município pequeno, que ainda busca em Uruguaiana recursos para suprir suas maiores necessidades.

As principais fontes econômicas são a agricultura e a pecuária. O comércio equilibra-se de acordo com a variação cambial entre os países limítrofes. Outra fonte de renda é o transporte internacional – Uruguaiana é o maior porto seco da América Latina.

A situação de fronteira é um dos aspectos mais relevantes da caracterização do município: o tráfego intenso de caminhões carrega consigo graves problemas, como o tráfico de armas, drogas e prostituição, fatores estes determinantes na vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Contribui também o empobrecimento da região, devido à crise da atividade agropecuária e à inexistência de indústrias.

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente responsabiliza-se integralmente pela assistência em nível primário, através de 19 unidades básicas de saúde, sendo cinco situadas no interior do município. Recentemente, implantou a primeira equipe de Programa de Saúde da Família.

A integração das atividades de saúde no Mercosul vem sendo discutida e regulamentada nas áreas administrativas e técnicas dos países que o compõe. Até 2003, existiam 274 registros de normas em saúde no compêndio legislativo deste mercado. Observa-se que as estratégias de integração dos sistemas de saúde dos países que compõem o Mercosul, inclusive com relação ao financiamento, devem considerar os contextos sociais, históricos e econômicos, da mesma forma que a caracterização da condição dos sistemas e da saúde desses países. A identificação de prioridades entre os países

permitirá uma análise detalhada de possíveis arranjos no cenário de financiamento da atenção à saúde e da otimização dos fluxos interfronteiras.

Um tema atual no Mercosul é a regionalização do financiamento público da saúde. O bem ou serviço público regional é aquele onde o conceito de bens públicos se estende para além das fronteiras nacionais, considerando um bloco de países identificados no contexto regional. São públicos porque a apropriação dos benefícios se dá de forma coletiva; são regionais porque os benefícios se estendem sem fronteiras – como, por exemplo, a luta contra as doenças transmissíveis e o tráfico de drogas.

Apesar de não haver tratado algum explicitando a questão de reciprocidade dos sistemas públicos de proteção à saúde e portabilidade de seguros de saúde entre as nações envolvidas, os serviços de saúde públicos nacionais ou locais atendem casos de emergência para estrangeiros, sem a existência de acordos prévios ou mecanismos de compensação financeira. Com estas discrepâncias entre os níveis de financiamento e oferta de serviços de saúde, poderão ocorrer incentivos perversos, na ausência de regulação internacional, que levem a desequilíbrios nas condições de financiamento (4).

Ao se analisar as demandas internacionais de saúde nas regiões de fronteira, é possível constatar um número significativo de atendimentos a pessoas de outros países nos municípios limítrofes, através de um fluxo informal que evidencia sub-registro. O atendimento a esta população tem características de rede, comum em grandes centros brasileiros, estabelecida para atender as demandas oriundas de regiões com menor infra-estrutura de serviços.

Neste caso, um consórcio poderia aumentar os padrões atuais de financiamento, inclusive na captação de fontes externas, para a região da fronteira e para a definição de prioridades no uso dos recursos adicionais, principalmente por meio dos fundos de financiamento. Os países consorciados poderiam estabelecer as fontes de recursos, próprios e captados de cooperação, bem como os instrumentos de acompanhamento e a estrutura de gestão desses recursos.

Segundo o Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde, "(...) é necessário estabelecer mecanismos de financiamento, com acordos de cooperação entre países limítrofes com o Brasil, assegurando recursos adequados para a atenção básica em municípios localizados em regiões de fronteira, considerando especificidades como: extensão da fronteira, população abrangida, assim como a garantia de mecanismos de referência e contra-referência para acesso da população à atenção de média e alta complexidade (5)."

Do ponto de vista unilateral, algumas medidas vem sendo tomadas para normalizar e aumentar a eqüidade no acesso aos serviços em regiões de grande movimento de população entre as fronteiras. Como o governo brasileiro tem a política de saúde mais ofensiva da região neste momento, tem tomado algumas medidas, como a distribuição gratuita de vacinas contra febre amarela na Bolívia, exigindo, em contra-partida, que a população daquele país apresente atestado de vacinação contra esta enfermidade quando em visita ao Brasil. Da mesma forma, o governo brasileiro vem realizando o envio de esforços para regularizar a atenção médica na região da tríplice fronteira (Argentina, Paraguai e Brasil), onde passam diariamente muitos migrantes, e há riscos de transmissão de enfermidades. A adoção de medidas sanitárias comuns, que aumentam o controle de enfermidades transmissíveis e a prevenção de doenças crônicas, é rapidamente visível. As campanhas sanitárias conjuntas entre países ajudam a erradicar doenças de regiões que não se limitam às fronteiras geopolíticas.

Diversos pontos deverão ser aprofundados no processo de integração e otimização de recursos. A identificação de prioridades entre os países facilitará a elaboração de um modelo de financiamento que integra de forma adequada os sistemas de saúde dos municípios de fronteira e países do Mercosul.

No entanto, devemos observar que o risco de criar pressões para aumentar os investimentos em saúde com ajuda bilateral e multilateral, especialmente nos países mais pobres, sem que existam recursos orçamentários para manter tais investimentos, pode levar ao desperdício de iniciativas e à volta a parâmetros anteriores de produção.

ELEMENTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES NO GERENCIAMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS

A modalidade *shopping* (comparação de preços), utilizada pelo BIRD em todos os seus projetos no mundo, visa facilitar e acelerar os processos de aquisições e contratações. Desta forma, foi a modalidade definida para o Projeto AIDS II para valores de US$ 0,01 até US$ 100 mil, de maneira prática e direta.

Na modalidade *shopping*, elabora-se uma solicitação de proposta para encaminhamento ao fornecedor, detalhando-a de acordo com o grau de complexidade do bem ou serviço. A solicitação de proposta é feita contendo as especificações técnicas e características principais do bem ou do serviço e enviada via fax ou entregue diretamente aos fornecedores. Sempre deve haver três

propostas válidas dos fornecedores, e a proposta é considerada válida quando for cotado o valor do bem ou serviço solicitado. Para aquisições de maior complexidade ou com critério de julgamento onde for necessária a avaliação técnica ou de qualidade/segurança, a solicitação de proposta de preço é mais detalhada, indicando critérios de julgamento e avaliação, além das características próprias do bem ou serviço.

O prazo para o fornecedor apresentar as propostas do *shopping* é de cinco dias, podendo ser reduzido ou ampliado a critério da comissão de aquisição, sempre indicado na solicitação de proposta. As cotações devem ser recebidas por escrito, o que inclui a possibilidade de também serem enviadas por fax.

Não há necessidade de reunião de abertura de propostas com representantes dos fornecedores presentes ou apresentação das propostas a todos os fornecedores participantes. Uma vez recebidas as propostas, é elaborado o quadro de comparação de preços, e o processo é encaminhado para a comissão de licitação e para a procuradoria do município para análise. Após a aprovação, é homologado pelo secretário de administração e encaminhado para empenho.

O julgamento das propostas pode ser feito por comissão de licitação, constituída no âmbito da secretaria ou da coordenação local, ou concedida a devida competência para uma única pessoa. A coordenação local da Política Nacional de DST/AIDS, por exemplo, poderia executar os procedimentos de *shopping*, inclusive adjudicar e homologar, desde que tenha recebido a competência para o desempenho dos respectivos atos.

A agilidade, com a nomeação de um profissional para acompanhar o *shopping* em todos estes "caminhos", faz diferir este de um processo comum. Em pouco tempo, o material é entregue, e o pagamento é efetuado pela área fazendária.

As respostas aos questionários sobre as normas do BIRD, no que se refere à aquisição de bens e serviços, enfatizam que "são de longe mais ágeis que as da Lei nº 8.666/93 (1). A elaboração dos *shoppings*, cuja ausência de trâmites administrativos elimina a morosidade dos processos, atribuiu ao agente executor autonomia administrativa (...)" (questionário 1). Além disto, mencionam que "a legislação própria para a execução dos recursos financeiros proporcionava agilidade maior para a execução das metas propostas" (questionário 5), ou que "a operacionalização se dá através do órgão interessado, no caso, o Serviço de AIDS. (...) O repasse financeiro é feito, no máximo, em três parcelas, possibilitando aquisições de equipamentos de maior valor. Os fornecedores não precisam apresentar documentos nem ter cadastro para enviar propostas de preço" (questionário 6).

As diretrizes do BIRD não indicam nenhuma documentação a ser apresentada pelo fornecedor antes ou depois do julgamento/homologação. É necessária a apresentação da nota fiscal, fatura, recibo ou outro documento que tenha o registro da empresa ou da pessoa física, nos níveis federal, estadual ou municipal, conforme o caso.

O objetivo das licitações financiadas com recursos do BIRD é obter a maior participação possível de prováveis fornecedores, pois quanto maior a atratividade de uma licitação, maior é o número de concorrentes e maior seria a competição, o que diminuiria os preços praticados ou apresentados.

Com relação ao pagamento, o BIRD estabelece o prazo de 10 dias após a entrega do material adquirido, o que estimula mais fornecedores a participarem do *shopping*, e, com isso, o bem adquirido tem o valor de mercado, diferente do que acontece com as licitações onde os fornecedores são quase sempre os mesmos, e o custo dos bens adquiridos muitas vezes são mais elevados que os de mercado. Nas palavras dos informantes-chave, "esta modalidade facilita os processos de aquisição de materiais e serviços, é rápida e evita trâmites burocráticos, e seu pagamento é garantido em um curto prazo, o que não acontece com outras modalidades" (questionário 3), ou "os contratados por este sistema ficam satisfeitos pela rapidez com que recebem os pagamentos, normalmente demorados em outras modalidades" (questionário 7).

Os fornecedores podem interpor recursos, devendo o julgamento e a resposta serem relativos especificamente à proposta do fornecedor do recurso, sem informar ou mostrar as propostas dos demais fornecedores. Não se discute as propostas dos outros fornecedores, somente a de quem apresentou o recurso. A resposta ao proponente que apresentou o recurso deve referir-se aos motivos de não-aceitação de sua proposta e aos procedimentos de comparação de preços, sem comentários sobre as propostas dos demais fornecedores.

Em relação à modalidade tradicional, o financiamento das ações da Política Nacional de DST/AIDS dá-se através de recursos específicos nacionais, cuja sistemática foi estabelecida pela Portaria nº 2.314/2002 (3), após término do convênio com o BIRD. A operacionalização das transferências de recursos e prestação de contas é idêntica à de outras áreas da saúde.

Esta sistemática foi discutida e pactuada junto às instâncias representativas dos gestores – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Favorece a sustentabilidade do desenvolvimento de uma política nacional, uma vez que os recursos repassados são exclusivamente nacionais e in-

serem-se nas formas regulares de financiamento do SUS. Para qualificação do estado/município, tornou-se necessária a participação e a aprovação dos respectivos conselhos de saúde, da Comissão Intergestores Bipartite no âmbito estadual e da Comissão Intergestores Tripartite no âmbito federal. A sociedade civil participa na construção do PAM através dos conselhos de saúde.

Segundo um dos informantes-chave, "é a forma de financiamento habitual do SUS; não cria a excepcionalidade dentro das estruturas de apoio para a sua viabilização, já que não introduz legislação diferenciada; a prestação de contas é pelo relatório de gestão, como nas outras políticas de saúde" (questionário 5). Ainda assim, houve opiniões como "não vejo elementos facilitadores" (questionário 6).

Em todos os questionários, foi citado como elemento dificultador da operacionalização de recursos o desconhecimento das normas do BIRD pelos profissionais dos setores envolvidos na execução das aquisições e contratos. Como foi registrado: "Minha experiência não foi muito gratificante, pois só conseguimos executar um plano operativo anual. Houve muita dificuldade de entendimento da prefeitura em relação às normas, por considerá-las diversas à Lei nº 8.666/93. Apesar da possibilidade de agilidade do sistema de *shopping*, no nosso caso manteve-se sempre a morosidade" (questionário 2).

Já em relação à modalidade tradicional, a grande dificuldade encontrada no financiamento fundo a fundo é a imensa carga burocrática enfrentada no desempenho das atividades, considerando a necessidade de inter-relações e dependência de outros setores da mesma esfera de governo, tais como procuradoria, secretaria de fazenda, coordenadoria de licitações e compras, secretaria de administração ou semelhantes, que resultam num engessamento dos serviços.

A Lei nº 8.666/93 (1), um instrumento essencial de gestão, preconiza procedimentos que geralmente acarretam morosidade e distorções no planejamento, o que provoca dificuldades para o gestor em saúde – e muitas vezes prejuízo e queda na qualidade dos serviços. A alteração e a adequação da mesma é um antigo anseio de muitos gestores.

Um dos informantes assim descreveu o processo:

"As licitações são realizadas pela secretaria de administração, que, além das compras pertinentes à área da saúde, acumula mais licitações das demais secretarias (...), todas numa fila única, sendo geralmente morosa a execução. Depois desta etapa, continua a 'via-crúcis'. Passamos algum tempo no departamento jurídico para adjudicação e homologação do processo e, logo após, estacionamos no fazendário, que também acumula serviços de todas as secretarias (...). Penso que, quando elaborada [a Lei nº 8.666/93], os legisladores consideraram em primeiro lugar o critério 'evitar fraudes', pois o excesso de precauções é explícito. Com isso, engessaram a lei, resultando em processos morosos e repletos de dispositivos administrativos, demandando prazos e mais prazos intermináveis, atormentando a vida dos agentes e dos gestores" (questionário 1).

Alguns conflitos, velados ou não, com outros setores da administração pública que não o de saúde, surgiram em manifestações como "não há nenhum comprometimento ou priorização de nada por estes setores. Por exemplo, se o setor de compras não conseguir orçamentos para um material solicitado, ele não avisa para o coordenador [da Política Nacional de DST/AIDS]. Ele aguarda até que o coordenador procure saber a situação do processo, para então comunicar que não conseguiu. De igual forma, nos outros setores, se andar o processo, andou; caso contrário, fica esquecido. Desta forma, não basta solicitar algo que está no plano de forma adequada com os recursos disponíveis e etc." (questionário 2).

Estas disfunções burocráticas evidenciam a concentração demasiada de poder ou de informação, o que torna o processo decisório muito lento e dá à simples atividade um aspecto altamente formal. Tal situação pode comprometer a motivação dos agentes envolvidos, gerando um clima desfavorável ao desenvolvimento da organização.

Outra dificuldade encontrada é o recebimento dos recursos em 12 parcelas de igual valor. Foi mencionado que "(...) o fracionamento dos repasses financeiros obriga o agente a acumular várias parcelas, aguardar vários meses até iniciar licitação, sob pena de ser apontado por fracionamento de despesa" (questionário 1). A uniformidade e simetria do critério de liberação de 1/12, correspondente a cada mês do ano, já foram criticadas por não encontrarem respaldo na prática administrativa (6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A burocratização constitui uma tendência secular de nossa administração pública, que encontra suas causas mais profundas na sedimentação de hábitos e preconceitos herdados de nosso passado colonial e incorporados à cultura do serviço público. Referimo-nos especialmente à centralização, ao formalismo e à desconfiança que, invariavelmente, presentes ou subjacentes em nossas leis e regulamentos, transformaram-se em responsáveis pelo emperramento e pela burocratização da administração pública brasileira (7).

A Lei nº 8.666/93 orienta todos os processos públicos envolvendo aquisições e contratações. Os programas de DST/AIDS ainda têm algumas dificuldades

para sua utilização, pois, anteriormente, durante os Projetos AIDS I e II, a legislação própria do BIRD permitia otimização dos recursos de forma mais independente. Acreditamos que os obstáculos ainda existentes poderão ser diminuídos com a maior "familiarização" com a Lei nº 8.666/93 e sua utilização, inclusive dos "pregões" nela previstos.

Estão sendo discutidos os impactos e benefícios da implantação de compras governamentais nos países do Mercosul. Para a efetivação destes acordos, terão que ser estabelecidos vários critérios, desde a modalidade de financiamento destes serviços até a modalidade de aquisição dos bens em questão, de forma a agilizar estes processos, com intuito de prestar atendimento de qualidade tanto aos brasileiros quanto aos estrangeiros. A criação de mecanismos que possam dar transparência a essas ações se constitui num elemento importante no conceito de mobilização de recursos.

Já foi mencionado que diversas análises, inclusive do próprio BIRD, apontam que a lei brasileira cria muitas fases dentro do processo licitatório (fase de recursos durante a abertura do envelope de habilitação, fase de recursos após a análise técnica, fase de recursos após a apresentação de preços). Já foi sugerida a adoção de uma única fase final e a introdução do conceito de uma fase saneadora.

Além da legislação, podem-se apontar a dificuldade de intersetorialidade, o aparente descaso de alguns setores na prefeitura, que são necessários para execução dos processos, e até mesmo dos agentes, além da vontade política. Os serviços de saúde têm características próprias, que geram exigências particulares em termos de organização e de gestão. Atendem necessidades complexas e variáveis, com várias dimensões. Porém, as atuais estruturas organizacionais de nível federal, estadual e municipal seguem um modelo verticalizado e hierarquizado, que não estimula e nem possibilita inovações, reduzindo os gerentes a cumpridores de normas e determinações superiores e abrindo caminhos para que, através dessas "determinações superiores", instalem-se o patrimonialismo e o clientelismo nas organizações (8).

Mobilizar recursos significa a capacidade de demonstrar o trabalho realizado, as mudanças obtidas e a utilização dos recursos gerados e captados. Os serviços de DST/AIDS têm demonstrado sua imensa capacidade de gestão e, juntamente com as secretarias de saúde, têm que buscar sua autonomia, não esquecendo que a intersetorialidade é importante, mas ampliando suas possibilidades de agilidade e eficiência no trabalho prestado.

A Secretaria de Saúde e Meio Ambiente de Uruguaiana tem recursos estruturais e humanos para ampliar suas ações de planejamento, contratações e pagamentos. Como proposta a ser estudada, sugere-se a formação de um núcleo administrativo-financeiro para gerenciar recursos específicos e (por que não?) executar seus processos de compras através de uma lei futuramente menos burocratizada, que facilite a fluidez dos serviços. Para isso, devemos, em todas as instâncias governamentais, revisar procedimentos burocráticos, para eliminar os excessos e propor medidas de desburocratização nas nossas respectivas áreas, com o objetivo de melhor atender o cidadão.

Todo processo de mudança gera inicialmente entraves, pois modifica uma forma de condução que já vinha sendo empregada. Certamente, as duas formas de financiamento possuem aspectos positivos e negativos, aos quais temos que nos adaptar e, dentro das possibilidades, viabilizar as metas. São desafios que a epidemia do HIV/AIDS nos coloca, os quais não podem ser banalizados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.666. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de julho de 1993.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Características do Programa Nacional de DST/AIDS: Segundo Projeto de Controle das DST e AIDS, Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.314. Norma Técnica - Incentivo ao HIV/AIDS e outras DST nº 01. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Medici AC, Barros BW. Políticas de saúde e blocos econômicos (versão preliminar). Março de 2004. 36p.
5. Brasil. Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Rosa RS. Gestão previdenciária e descompasso orçamentário-financeiro. Porto Alegre: Dacasa; 1996.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Comitê de Desburocratização. Desburocratização em defesa da saúde do cidadão: relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Junqueira L, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Rev Admin Publica 1992;26:20-31.