

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Irma Carina Brum Macolmes

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ELDORADO DO SUL**

Porto Alegre

2012

Irma Carina Brum Macolmes

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ELDORADO DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade à distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Profa. Cynthia Castiel Menda

Tutora: Carla Garcia Bottega

Porto Alegre

2012

Irma Carina Brum Macolmes

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ELDORADO DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade à distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em XX de (colocar mês) de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ivan Antonio Pinheiro

Prof. Dr. Fábio Bittencourt Meira

RESUMO

Este relatório objetivou analisar o monitoramento e a avaliação de políticas públicas de saúde no Município de Eldorado do Sul. O Município apresentou um crescimento de 10% em sua população no período 2007-2010. Essa tendência de expansão deve-se, principalmente, à sua proximidade com a capital do Estado (12 Km), à instalação de empresas de diversos segmentos, à criação de empreendimentos no setor imobiliário e a menores índices de criminalidade em relação aos municípios vizinhos. Esse incremento populacional certamente impactará em diversas áreas, mas especialmente na saúde, que apresenta relação direta com a qualidade de vida da população. O levantamento das informações foi obtido por meio de contato com as Secretarias Municipais de Administração; da Fazenda, Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio e de Saúde e aplicação de entrevista estruturada, realizada junto a servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde. A análise das informações coletadas demonstra que o processo de monitoramento e avaliação em saúde no Município de Eldorado do Sul constitui-se basicamente no acompanhamento de indicadores e metas pactuados junto ao Governo Estadual, por meio do Pacto pela Saúde. As principais dificuldades identificadas no processo de monitoramento e avaliação executado pelo Município foram: a falta de registro informatizado das consultas realizadas, a fragmentação das informações fornecidas pelos sistemas informatizados federais, a falta de realização de capacitações para servidores e gestores, a insuficiência no número de servidores e a baixa utilização das informações produzidas. Com o objetivo de aprimorar o processo sugeriu-se a implantação de sistemas informatizados que registrem dados dos atendimentos realizados e que apresentem as informações de forma integrada; a realização de capacitações para gestores e servidores e de ações educativas para a população; a realização de avaliações externas e o mapeamento e registro do processo de monitoramento e avaliação utilizado pelo Município.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Políticas Públicas de Saúde. Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Monitoramento e Avaliação em Saúde.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	5
1	REVISÃO TÉORICA.....	9
1.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	9
1.2	CICLO DE POLÍTICAS.....	11
1.2.1	Formação da agenda, definição e análise do problema.....	12
1.2.2	Formação de alternativas e tomada de decisão.....	12
1.2.2.1	Ciclo de planejamento governamental.....	13
1.2.3	Implementação.....	14
1.2.4	Monitoramento, avaliação e ajuste.....	15
1.2.4.1	Objetivos da avaliação.....	16
1.2.4.2	Classificação das avaliações.....	17
1.2.4.3	Indicadores.....	18
2	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	23
2.1	MODELO FEDERATIVO.....	23
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
2.3	SAÚDE MENTAL.....	27
2.4	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
2.5	PACTO PELA SAÚDE.....	28
3	DESCRIÇÃO DO FENÔMENO.....	32
3.1	ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ELDORADO DO SUL....	32
3.1.1	Programas de Saúde no Município.....	34
3.2	RECURSOS HUMANOS.....	37
3.3	PLANO PLURIANUAL MUNICIPAL (PPA) 2010-2013.....	39
3.4	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	44
3.5	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	46
3.5.1	Equipe.....	47
3.5.2	Processo.....	47
3.5.3	Resultados.....	49
3.5.4	Sugestões.....	49
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

APÊNDICE B – Entrevista estruturada

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu art. 198, que as ações de saúde passariam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiriam um sistema único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2012a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema gratuito e universal, que abrange consultas, exames, internações, campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária. No sistema, foi atribuída aos municípios, a competência para prestação dos serviços de saúde, sendo que cabe à União e aos Estados, fornecerem o apoio técnico e financeiro para execução das ações.

Essa municipalização objetiva que os municípios desenvolvam suas políticas públicas de saúde com base nas necessidades e características da população. Para tanto, é fundamental que o processo de planejamento dessas iniciativas baseie-se em um diagnóstico da realidade local. Essa análise permite identificar a situação atual e definir os resultados a serem atingidos, bem como planejar as ações que permitirão alcançar essas metas.

É importante que a execução dessas políticas seja monitorada e avaliada, pois desta forma, será possível perceber a necessidade de ajustes. Esse processo de monitoramento e avaliação deve ser realizado pelo próprio município, pois cabe a este a responsabilidade pela execução das políticas públicas de saúde.

As políticas deverão ser monitoradas e avaliadas a luz de critérios que permitam identificar sua eficiência (utilização dos recursos, produtividade), eficácia (resultados alcançados) e efetividade (impacto na sociedade). Segundo Gomes (2012), a literatura corrente define eficiência como o balanço entre os objetivos atingidos e os recursos utilizados para tal; por eficácia, entende-se a constatação se os objetivos foram alcançados no nível de qualidade esperado; e no caso da efetividade, avalia-se se os resultados pretendidos, em termos de efeito social ou econômico, foram atingidos, mas “sem” preocupações quanto aos recursos despendidos.

Cunha (2011) afirma que o crescente interesse dos governos nos estudos de avaliação está relacionado às questões de efetividade, eficiência, *accountability* e desempenho da gestão pública, já que esses estudos constituem-se em ferramenta para gestores, formuladores e implementadores de programas e políticas públicas. As avaliações de políticas e programas permitem que formuladores e implementadores tomem suas decisões com maior

conhecimento, maximizando o resultado do gasto público, identificando êxitos e superando pontos de estrangulamento.

Mercado e Bosi (2006, p. 11) manifestam a respeito da avaliação de políticas públicas na área de saúde:

As políticas e programas sociais e de saúde são cada vez mais objeto de avaliação tanto nos países do Primeiro Mundo quanto na América Latina. Tais práticas avaliativas vêm, aos poucos, conquistando seu espaço, por diversos motivos, dentre os quais ganha relevo: a imposição de organismos internacionais aos quais interessa mostrar, grosso modo em termos quantitativos, os resultados dos programas de ajuda; pressões no interior das organizações onde se reivindica o valor da transparência na condução das várias ações; exigências da política visando a legitimar determinadas intervenções estatais e, ainda, os cada vez mais freqüentes cortes em nível estatal que tornam necessário provar a eficácia de suas intervenções.

Em minha atividade profissional junto à Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã do Estado do Rio Grande do Sul, percebo que na grande maioria dos processos de elaboração e execução de uma política pública, a área de monitoramento e avaliação acaba deixando a desejar. Os esforços são concentrados no momento do planejamento, onde são definidos os objetivos, as metas e identificados os recursos que serão necessários para desenvolvimento da política. A partir de sua implantação, a execução da política em si é que se torna o principal foco de atenção.

Segundo Costa e Castanhar (2003), historicamente, não se tem tido a preocupação na Administração Pública brasileira de avaliar programas públicos, em geral, e programas sociais, em particular. Durante anos, a produção de conhecimento técnico na busca da melhoria dos padrões de gerenciamento do setor público sempre esteve muito mais voltada para os processos de formulação de programas do que para aqueles relacionados à sua implementação e avaliação.

A definição do tema a ser desenvolvido neste trabalho deveu-se principalmente ao grande impacto ocasionado pelas ações de saúde, na qualidade de vida da população. Além disso, a saúde pública é uma área que conta com diversos estudos e análises a respeito de monitoramento e avaliação, incluindo sugestões de metodologias e indicadores. Soma-se a este fato, a descentralização da saúde instituída pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que atribuiu aos municípios, a competência para execução dos serviços (BRASIL, 2012b). Outra questão a ser considerada é a origem dos recursos orçamentários, que geralmente são repasse da União ou do Estado, o que aumenta a importância de um monitoramento e uma avaliação bem realizados, uma vez que os resultados alcançados poderão significar maior ou menor orçamento para o município.

A escolha de Eldorado do Sul como município a ser pesquisado neste trabalho considerou diversos fatores. Entre eles estão a proximidade com a capital do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (12 Km). Essa proximidade representa um fácil acesso à Secretaria Estadual de Saúde, suas capacitações, cursos e palestras; o que possivelmente significaria um diferencial positivo no que diz respeito à organização da saúde no Município.

Segundo Eldorado do Sul (2012b):

Com localização estratégica no cenário gaúcho, Eldorado do Sul vem se constituindo em um pólo para instalação de empresas de diversos segmentos. Também tem atraído empreendimentos no setor imobiliário, pois alia as facilidades decorrentes de sua proximidade com a Capital a fatores como tranquilidade e qualidade de vida.

Segundo a Secretaria Estadual da Saúde, Eldorado do Sul foi classificado na posição 47 no que diz a respeito aos indicadores de violência, sendo que Porto Alegre e Guaíba - municípios localizados ao lado, estão ocupando respectivamente a 1ª e a 19ª posição na lista (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Conforme os dados do Censo, Eldorado do Sul possuía em 2007 uma população de 31.322 habitantes e no ano de 2010, foram contabilizados 34.278 habitantes, o que demonstra que o Município teve um incremento de quase 10% no total de sua população, em um período de quatro anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011a, 2011b).

Considerando que no Município estão sendo instaladas empresas de diversos segmentos e os empreendimentos imobiliários também estão em expansão, nota-se uma tendência de que a população permaneça apresentando crescimento, o que certamente gerará maior demanda por serviços públicos.

Em vista do exposto, este trabalho tem por objetivo principal analisar o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, no Município de Eldorado do Sul. Como objetivos específicos, buscou-se apresentar a organização das políticas públicas de saúde no Município de Eldorado do Sul, identificar como se dá o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde no Município e detectar os pontos críticos do processo, sugerindo alternativas.

Os dados utilizados para descrição do fenômeno, foram obtidos por meio de contato com servidores das Secretarias Municipais de Administração; da Fazenda, Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio e de Saúde. Esses servidores indicaram *sites* onde poderiam ser obtidas algumas informações e encaminharam por *e-mail* os demais dados solicitados.

O levantamento das informações referentes ao processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde no Município foi obtido por meio de aplicação de entrevista estruturada (Apêndice B), realizada junto a cinco servidores lotados na Secretaria de Saúde – um enfermeiro do Departamento das Ações em Saúde; uma bióloga do Departamento de Vigilância em Saúde, responsável pelo monitoramento e avaliação das ações de Vigilância Ambiental; uma médica veterinária do Departamento de Vigilância em Saúde, responsável pelo monitoramento e avaliação das ações de Vigilância Sanitária e dois médicos que trabalham em unidades de saúde do Município. Esses profissionais atuam em diferentes momentos das políticas públicas de saúde – o enfermeiro, a bióloga e a médica veterinária atuam na parte administrativa, realizando o planejamento e a pactuação das ações junto ao Estado; os dois médicos atendem à população no Posto de Saúde Central e na Unidade de Saúde ESF Sans Souci. Além disso, a bióloga e a médica veterinária realizam também fiscalizações e são membros do Conselho Municipal de Saúde, representando os servidores.

Foi possível obter informações que incluem visões de profissionais que atuam nas diversas etapas do monitoramento e da avaliação de políticas públicas de saúde, que vão desde o planejamento das ações e a definição das metas a serem alcançadas, passando pelo levantamento dos dados das ações executadas e pela avaliação do desempenho alcançado e chegando à apresentação e aprovação dos resultados junto ao Conselho de Saúde.

As entrevistas foram realizadas na própria Secretaria de Saúde de Eldorado do Sul, de forma individual, durante os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Cada um dos entrevistados assinou o termo de consentimento (Apêndice A). As informações obtidas por meio do levantamento de dados realizado junto aos servidores do Município e também das entrevistas efetuadas foram analisadas com base nos conceitos apresentados na revisão teórica constante no Capítulo 1 deste estudo.

No que diz respeito à organização deste trabalho, o mesmo foi estruturado no formato de um relatório, pois desta forma foi possível descrever uma experiência na área de gestão pública e analisá-la à luz de conceitos apresentados na revisão de literatura. O relatório apresenta-se dividido em três etapas. Na primeira, são abordados a conceituação, as origens e o ciclo de políticas públicas com cada uma de suas fases. A segunda etapa apresenta a organização do Sistema de Saúde no Brasil. A terceira descreve o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas no Município de Eldorado do Sul. As considerações finais e as referências bibliográficas encerram o trabalho.

1 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados a conceituação e o histórico das origens das políticas públicas. Também será apresentado o ciclo de políticas públicas com cada uma de suas fases – formação da agenda, definição e análise do problema; formação de alternativas e tomada de decisão; implementação; monitoramento, avaliação e ajuste.

1.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Em língua portuguesa, os termos política e políticas públicas são aparentemente muito próximos e para dirimir as dúvidas a respeito de suas diferenças, é bastante comum que os autores utilizem os termos em inglês – *politics* e *policy*.

O termo “política”, no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas.

Já o termo *policy* é utilizado para referir-se à formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas, tendo como foco temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos. Em outras palavras, *policy* significa a atividade do governo de desenvolver políticas públicas, a partir do processo da política.

Avançando um pouco mais, é possível sustentarmos que as políticas públicas (*policy*) são uma das resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos (RUA, 2009, p. 18).

As políticas públicas são ações desenvolvidas com base nas definições tomadas pelo Poder Público, que resultam da atividade política. Envolvem diversos atores, que são todos aqueles que de alguma forma, estão relacionados àquela situação, podendo ser apoiadores ou opositores.

Embora instituições privadas possam desenvolver ações que busquem a solução de problemas relacionados ao coletivo, essas ações não se caracterizam como políticas públicas, pois não são fruto de decisões tomadas pela Administração Pública e conseqüentemente não são imbuídas da autoridade que caracteriza o Poder Público. Esse é o caso, por exemplo, das Organizações não Governamentais (ONGs), que geralmente realizam seus trabalhos com a finalidade de minimizar ou solucionar um problema da sociedade. O trabalho desenvolvido

certamente impacta na realidade de uma parcela da população, mas mesmo assim, não pode ser chamado de política pública, pois não é uma ação do Estado.

As políticas públicas são objeto de estudo de diversas disciplinas, tais como Ciências Sociais, Economia, Sociologia e Geografia. Em relação à conceituação da expressão política pública, Saravia (2006, p. 29) afirma:

Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas, que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade, de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Sobre a evolução histórica das políticas públicas percebe-se que sua origem está intimamente relacionada ao surgimento do Estado de Bem-estar (*Welfare State*). Esse modelo, onde o Estado era responsável por oferecer serviços sociais aos cidadãos, foi criado com o intuito de barrar as influências socialistas, que encontravam terreno fértil junto aos trabalhadores europeus.

Segundo Pereira (2011, p.3):

Dessa forma, o governo da Alemanha adota medidas sociais extremamente avançadas para a época. Foram assumidos pelo Estado: seguro contra enfermidade, seguro contra acidentes de trabalho e pensão por velhice. Essas medidas adotadas por um Estado que até então só havia se preocupado com funções políticas fomentam o bem-estar dos trabalhadores e enfraquecem as reivindicações dos menos favorecidos pelo sistema.

No Brasil, a ideia de direitos sociais surge no período 1930-1945, com Getúlio Vargas. Foram criados o Ministério do Trabalho e as leis sociais e trabalhistas. A partir desse momento, nota-se a manutenção dos direitos sociais, até mesmo durante os anos de ditadura militar, período em que ocorreu a suspensão dos direitos políticos. Segundo Fernandes (2011) apesar de ter ocorrido, durante o período militar, uma melhoria nos números dos programas sociais, eram marcados pelo clientelismo e favorecimento pessoal, ineficiência e corrupção. Estas eram as razões pelas quais as políticas sociais no Brasil não conseguiam atender à maioria de sua população, uma vez que os recursos existiam, mas eram desviados ou roubados no caminho.

A Constituição Federal de 1988 deu grande ênfase aos direitos sociais, motivo pelo qual foi apelidada de Constituição Cidadã, pois assegurou a todos os brasileiros direitos e garantias fundamentais. Os municípios passaram a ser os responsáveis pela gestão das políticas sociais de saúde, assistência social e educação básica. Também foi instituída a

participação da sociedade no processo de gestão das políticas públicas, por meio de conselhos estaduais e municipais.

1.2 CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Dentre as diversas maneiras de analisar as políticas públicas, está o Ciclo de Políticas Públicas (Figura 1), que percebe o processo como um modelo sistêmico composto por diversas etapas sequenciais e interativas.

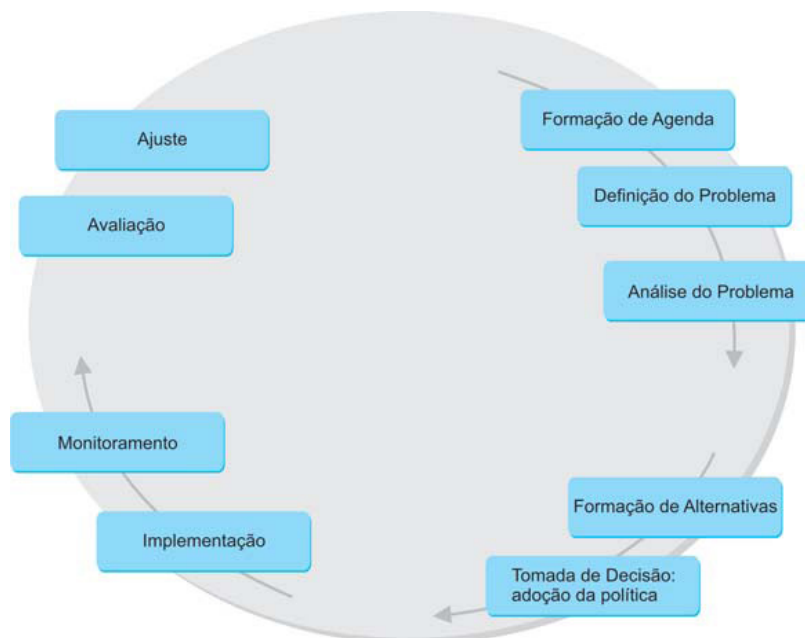


Figura 1: Ciclo das Políticas Públicas

Fonte: Rua (2009, p. 36)

Para Baptista e Rezende (2011), talvez a principal contribuição da ideia do ciclo seja a possibilidade de percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político. As autoras apontam também, algumas desvantagens apresentadas pelo modelo. Entre elas estão a inevitável fragmentação que a ideia de fases provoca em qualquer análise a ser empreendida e a concepção de que a política se comporta de forma previsível.

Apesar das possíveis desvantagens mencionadas pelas autoras, o ciclo apresenta-se como um processo dinâmico, o que sem dúvida significa um avanço no estudo das políticas públicas, pois demonstra a necessidade de permanente atuação por parte do Poder Público.

1.2.1 Formação da agenda, definição e análise do problema

Para formação da agenda, são selecionados os temas que deverão ser alvo da atenção das autoridades formuladoras de políticas públicas. A escolha desses temas é influenciada pelos atores políticos (*stakeholders*).

Segundo Rua (2009) atores políticos são aqueles cujos interesses poderão ser afetados, positiva ou negativamente, pelo rumo tomado por uma determinada política pública. Os atores políticos podem ser indivíduos, grupos ou organizações. São específicos e possuem características diferenciadas.

Os recursos públicos são escassos e para que uma determinada situação passe a receber a atenção do governo, é fundamental que o tema passe a integrar a agenda. Essa disputa entre os diversos temas faz com que os atores políticos se mobilizem e estabeleçam relações de apoio ou de competição.

A partir do momento em que um tema passa a integrar a agenda, são identificados os problemas que deverão ser tratados. Por exemplo, primeiramente percebe-se que o tema “mulheres” deve fazer parte da agenda governamental. Em seguida, serão definidos quais problemas relativos a esse tema deverão ser abordados. Poderão ser: saúde da mulher, violência doméstica, gravidez na adolescência, mercado de trabalho da mulher, entre outros.

1.2.2 Formação de alternativas e tomada de decisão

Neste momento são analisadas as possíveis alternativas para solução dos problemas identificados na fase anterior. Cada uma das alternativas significa diferentes impactos nos interessados naquele tema. Mais uma vez, são estabelecidas relações de apoio ou competição, que influenciarão a tomada de decisão.

Após a tomada de decisão a respeito de quais alternativas serão utilizadas na tentativa de solucionar o problema, é elaborada a política pública. As principais metodologias utilizadas seguem os seguintes modelos: incremental, racional-compreensivo e *mixed-scanning*.

Segundo Rua (2009), no modelo incremental, defendido por Charles Lindblom, a solução de problemas deve ocorrer de maneira gradual, sem causar grandes mudanças na realidade atual. Procura minimizar os conflitos e realizar a escolha considerando as relações de poder envolvidas.

O modelo racional-compreensivo, de Herbert Simon, entende a tomada de decisão como um processo baseado em uma análise aprofundada das informações relativas a cada uma das alternativas existentes, considerando custo-benefício e consequências. Desconsidera as relações de poder envolvidas no processo e parte do pressuposto de que é possível ter acesso a todas as informações referentes às alternativas.

Na tentativa de minimizar as dificuldades encontradas nos dois modelos anteriores, foi desenvolvido por Amitai Etzioni, o modelo *mixed-scanning*. Rua (2009) afirma que neste modelo as decisões são classificadas em estruturantes e ordinárias. As decisões estruturantes são aquelas que estabelecem os rumos básicos ou as diretrizes fundamentais das políticas públicas em geral e proporcionam o contexto para as decisões ordinárias.

1.2.2.1 Ciclo de planejamento governamental

A Constituição Federal (Brasil, 2012a) estabelece as leis que compõem o ciclo de planejamento governamental da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. São elas: o plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e a lei orçamentária anual (LOA). Todas são de iniciativa do Poder Executivo.

O PPA deve estabelecer, de forma regionalizada, diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública, para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. O plano é elaborado no primeiro ano de governo, passando a vigorar no ano seguinte. Portanto, para o primeiro ano de governo, as ações constantes no PPA foram planejadas pela gestão anterior. É organizado em programas, que se subdividem em ações. Aos programas são atribuídos indicadores para realização do monitoramento e da avaliação. As ações são monitoradas por meio de produtos. Há também uma previsão orçamentária atribuída às ações.

A LDO estabelece metas e prioridades da Administração Pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orienta a elaboração da LOA; dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

A LOA fixa as despesas para o próximo exercício e prevê as receitas. A LOA deve obrigatoriamente estar em consonância com o PPA, portanto o planejamento constante no Plano Plurianual deverá nortear a elaboração do orçamento anual, o que demonstra sua

importância. Além disso, no PPA são definidos metas, indicadores e produtos, que devem ser utilizados no monitoramento e avaliação dos programas e ações.

Embora a LOA seja responsável pela fixação das despesas e pela previsão das receitas, durante a fase de implementação das políticas públicas nem sempre a projeção elaborada se confirma. Muitas ações planejadas acabam não sendo executadas, de acordo com o cronograma, o que faz com que normalmente a execução orçamentária não acompanhe totalmente o planejamento de desembolso constante na LOA.

1.2.3 Implementação

A implementação ocorre a partir do momento em que o planejamento realizado na fase de elaboração passa a ser efetivamente executado. Trata-se da tradução do planejamento realizado, em ações.

Conforme Rua (2009, p. 94): “A implementação, portanto, compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos”.

A implementação de políticas públicas pode ocorrer basicamente segundo dois modelos “de cima para baixo” (*top-down*) e “de baixo para cima” (*botton-up*).

Segundo Silva e Melo (2012), o modelo de implementação *top-down* é entendido como um jogo de uma só rodada, onde a ação governamental, expressa em programas ou projetos de intervenção, é implementada de cima para baixo.

Carvalho, Barbosa e Soares (2011) afirmam que os modelos *top-down* e *botton-up* divergem quanto às abordagens. Na abordagem do tipo *top-down* a decisão política é autoritária, definida em um nível central. Por outro lado, a abordagem do tipo *botton-up* leva em consideração a complexidade do processo de implementação. Esses autores apresentam como principais características do modelo *top-down*: o controle hierárquico, o foco em aspectos legalmente obrigatórios e a desvalorização da política de nível de rua e das interações organizacionais.

No modelo *top-down*, as políticas públicas são formuladas pela alta gestão governamental e as diretrizes são repassadas ao grupo que deverá executá-las. No modelo *botton-up* o planejamento da política origina-se nos níveis mais básicos da Administração.

Rua (2009) entende que o grande diferencial do modelo bottom-up está justamente no processo de elaboração da política, que se dá a partir da base, das percepções das demandas e das experiências de resolução de problemas desenvolvidas pelos atores situados nos escalões inferiores da Administração. As práticas estabelecidas a partir da base seriam institucionalizadas nos níveis superiores, consolidando-se como política pública. Sobre o referido modelo a UNICAMP (2012) afirma:

Esse enfoque chama atenção para o fato de que certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação porque se supõe que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada de decisão. Seria ineficaz (ou prematuro e por isto perigoso) tentar resolver conflitos aí, uma vez que são as decisões do dia-a-dia da implementação as que realmente requerem negociação e compromisso entre grupos poderosos e decisões-chave só podem ser tomadas quando existe uma percepção mais clara dos potenciais resultados da política à disposição dos “implementadores”. Assim, são os “implementadores” os melhor equipados para tomar essas decisões que “deveriam” ser tomadas no momento da formulação.

1.2.4 Monitoramento, avaliação e ajuste

Embora o monitoramento e a avaliação de políticas públicas tenham por objetivo medir as ações governamentais e produzir informações que auxiliem a gestão dessas políticas, os dois termos diferenciam-se sob diversos aspectos. Rua (2009) aponta essas diferenças. Segundo a autora, o monitoramento é um processo contínuo, que precisa produzir informações com grande celeridade, pois deve subsidiar as decisões sobre a condução das políticas, programas e projetos. A avaliação é um exame realizado em profundidade, que produz informações complexas e poderá ou não ser usada na tomada de decisões.

Antero (2008, p. 805) afirma que:

A diferença básica entre avaliação e monitoramento reside no fato de que a primeira constitui-se uma análise discreta, enquanto a segunda é uma análise contínua, processual. Utilizando-se uma metáfora simples, poder-se-ia comparar a avaliação a uma foto e o monitoramento a uma filmagem. Isto é, enquanto a primeira retrata uma situação passada (e, portanto, não necessariamente mais verdadeira no presente), a segunda busca detectar as dificuldades que ocorrem durante a programação para corrigi-las oportunamente.

O monitoramento fundamenta-se principalmente nos dados da implementação, detecta os desvios quando comparados ao plano para, oportunamente, definir ações corretivas para se manter em curso o objetivo da ação ou até mesmo decidir sobre a revisão do planejamento do programa ou projeto.

O monitoramento seria, portanto, uma ferramenta gerencial, que analisa os dados registrados pelo acompanhamento da ação governamental. Essa análise serve para que sejam realizados ajustes no processo.

A avaliação consiste em um exame bem mais aprofundado, que busca identificar causas e resultados. São realizadas análises de mérito a respeito dos programas avaliados. Conforme o Ministério do Planejamento (Brasil, 2012k) existem diversas maneiras de se definir avaliação, todavia, há aspectos que normalmente permeiam as definições, em especial o atributo do julgamento de valor.

Conforme Cunha (2011, p. 1)

A avaliação pode subsidiar: o planejamento e formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo.

1.2.4.1 Objetivos da avaliação

Contandriopoulos et al. (2002) afirmam que é preciso entender que os objetivos de uma avaliação são numerosos e podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns.

Segundo os referidos autores, os objetivos oficiais seriam de quatro tipos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo), determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo) e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Como objetivos oficiosos, os autores declaram que administradores que solicitam uma avaliação podem querer atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção ou satisfazer as exigências dos organismos de financiamento. Os avaliadores podem estar buscando ampliar os conhecimentos, ampliar seu prestígio e poder, obter uma promoção ou promover uma idéia que lhes é cara. Os usuários podem buscar benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente ou reduzir sua dependência perante profissionais. O pessoal de uma organização pode buscar atropelar as regras hierárquicas ou obter um adiantamento.

1.2.4.2 Classificação das avaliações

A classificação das avaliações é realizada segundo diversos enfoques e, portanto, apresenta diferenças de acordo com o autor consultado.

O Ministério do Planejamento (Brasil, 2012k) utiliza critérios de temporalidade, objeto e execução. A temporalidade está relacionada ao momento da avaliação, que pode ser antes do início da implementação de um programa (*ex-ante*), tendo por objetivo identificar se o mesmo deve ou não ser executado; ou após a sua finalização (*ex-post*), para medir resultados e impactos. Quanto ao objeto, uma avaliação pode ser de processo, de resultados ou de impacto - a avaliação de processo consiste na identificação de aspectos da implementação (insumos, processos e produtos); a avaliação de resultados se preocupa com a transformação da situação que era objeto do programa e a avaliação de impacto está relacionada à identificação dos efeitos produzidos pelo programa. No que diz respeito à execução, a avaliação pode ser interna (realizada pela própria unidade executora) ou externa (realizada por pessoas de fora da organização).

Segundo Shapiro (2012) tanto as avaliações internas quanto as externas apresentam pontos positivos e pontos negativos, conforme apresentado no quadro 1.

	Vantagens	Desvantagens
Avaliação Interna	Os avaliadores têm muita familiaridade com o trabalho, com a cultura organizacional e com seus objetivos e metas. Algumas vezes as pessoas sentem-se mais à vontade em falar com pessoas de dentro da organização do que com pessoas de fora. Uma avaliação interna é muito claramente uma ferramenta gerencial e de autocorreção bem menos ameaçadora que uma avaliação externa. Essa forma torna muito mais simples para todos os envolvidos aceitar certas críticas e sugestões e opiniões a respeito do trabalho sendo realizado. Uma avaliação interna custará muito menos que uma avaliação externa.	O time de avaliação possuirá um interesse especial em alcançar conclusões positivas com relação ao projeto ou organização. Por esta razão inclusive, se desenvolve o motivo para que doadores prefiram uma avaliação externa. O time pode não ser especializado ou treinado especificamente para realizar uma avaliação. A avaliação tomará uma considerável quantia de tempo enquanto poderá custar menos deixar que uma avaliação externa ocorra, em termos de custo de oportunidade. Dessa forma, pode ser mais elevado que simplesmente contratar uma avaliação externa.
Avaliação Externa	A avaliação tende a ser muito mais objetiva, já que os avaliadores mantêm-se distantes do trabalho sendo realizado. Os avaliadores possuem geralmente uma grande variedade de habilidades e experiências de avaliação.	Alguém de fora da organização ou projeto pode não entender a cultura ou até mesmo o trabalho que se pretende alcançar. Aqueles que estão diretamente envolvidos podem se sentir ameaçados pelos avaliadores externos e podem ter menos

	<p>Algumas vezes, as pessoas preferem relatar coisas a pessoas de fora ao invés de pessoas internas a organização. Gera-se muito mais credibilidade a opiniões e sugestões utilizando-se um avaliador externo, especialmente no caso de sugestões positivas.</p>	<p>propensão a falar abertamente e cooperar com o processo. Uma avaliação externa pode ser muito custosa. Um avaliador externo pode interpretar mal o que você deseja e pode não fornecer o que você precisaria.</p>
--	--	--

Quadro 1 – Vantagens e desvantagens de avaliações internas e externas

Fonte: SHAPIRO, Janet. Monitoramento e avaliação.

Rua apud Antero (2008) apresenta como critérios de classificação para as políticas públicas: o momento de realização, a função da avaliação e a procedência dos avaliadores. Com relação ao momento da avaliação, a mesma pode ocorrer *ex-ante*, *ex-post* ou durante a implementação, tendo neste último caso o objetivo de corrigir defeitos de programação. Segundo a função, a avaliação pode ser classificada como de conformidade (com foco no controle, mede o grau de consecução de objetivos ou a conformidade dos resultados), somativa (realizada em um programa finalizado, busca verificar sua efetividade) e formativa (durante a execução do programa, com o objetivo de aprimorar o processo). Sobre a procedência dos avaliadores, a avaliação pode ser externa, interna, mista (membros da unidade executora e de instituições externas), participativa (sociedade) ou por pares (colegas especialistas ou pesquisadores, que fazem parte da área que é objeto da avaliação).

Na prática, normalmente as avaliações incluem simultaneamente vários dos critérios que foram apresentados anteriormente.

1.2.4.3 Indicadores

Para que as avaliações possam medir o quanto foi realizado e qual a adequação do que foi realizado, as principais ferramentas utilizadas são os indicadores.

Conforme o Ministério do Planejamento (Brasil, 2012j, p.21):

Do ponto de vista de políticas públicas, os indicadores são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou resultado de uma intervenção na realidade. A principal finalidade de um indicador é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade dada (situação social) ou construída (ação de governo), de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação.

Assim como as avaliações, os indicadores também são classificados segundo diversos enfoques. O Ministério do Planejamento (Brasil, 2012j, p. 30) apresenta as seguintes categorias de indicadores:

- **Insumo** (*input indicators*): são indicadores *ex-ante facto* que têm relação direta com os recursos a serem alocados, ou seja, com a disponibilidade dos recursos humanos, materiais, financeiros e outros a serem utilizados pelas ações de governo. Pode-se citar como exemplos médicos/mil habitantes e gasto *per capita* com educação;
- **Processo** (*throughput indicators*): são medidas *in curso* ou intermediárias que traduzem o esforço empreendido na obtenção dos resultados, ou seja, medem o nível de utilização dos insumos alocados como, por exemplo, o percentual de atendimento de um público-alvo e o percentual de liberação dos recursos financeiros;
- **Produto** (*output indicators*): medem o alcance das metas físicas. São medidas *ex-post facto* que expressam as entregas de produtos ou serviços ao público-alvo do Programa. São exemplos o percentual de quilômetros de estrada entregues, de armazéns construídos e de crianças vacinadas em relação às metas físicas estabelecidas;
- **Resultado** (*outcome indicators*): essas medidas expressam, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas no contexto do Programa e têm particular importância no contexto de gestão pública orientada a resultados. São exemplos as taxas de morbidade (doenças), taxa de reprovação escolar e de homicídios;
- **Impacto** (*impact indicators*): possuem natureza abrangente e multidimensional, têm relação com a sociedade como um todo e medem os efeitos das estratégias governamentais de médio e longo prazos. Na maioria dos casos estão associados aos objetivos setoriais e de governo. São exemplos o Índice Gini de distribuição de renda e o PIB *per capita*.

O Tribunal de Contas da União apud Brasil (2012j) classifica os indicadores de avaliação de desempenho com foco nos recursos alocados e resultados alcançados. Essa classificação contempla indicadores de economicidade (medem os gastos envolvidos e visam a minimizar custos), de eficiência (medem o quanto foi produzido com os meios disponibilizados), de eficácia (apontam o quanto as metas e objetivos do programa foram atingidos) e de efetividade (medem os efeitos na realidade que sofreu a intervenção).

A escolha dos indicadores deve basear-se nos objetivos da avaliação. É fundamental que o indicador possa realmente fornecer informações relevantes sobre o fenômeno que está sendo avaliado.

Segundo o Ministério da Saúde (2012h), os indicadores mais utilizados para medir ações em saúde são mortalidade (registro de cada um dos óbitos), morbidade (conjunto de casos ou soma de agravos à saúde que atinge um grupo de indivíduos), incidência (registro dos novos casos de uma doença) e prevalência (proporção apresentada por uma determinada doença).

O indicador de mortalidade pode ser especificado de acordo com o fenômeno que está sendo analisado. O Ministério da Saúde (2012h) apresenta como principais indicadores de mortalidade: taxa de mortalidade por causa (número de óbitos por determinada causa no período); taxa de mortalidade por idade (número de óbitos no grupo etário, no período); taxa de mortalidade materna (número de óbitos por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério no período); taxa de mortalidade infantil (número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, no período) e taxa de letalidade ou fatalidade (número de óbitos por determinada doença).

Quanto ao indicador de morbidade, o Ministério da Saúde (2012h) apresenta a possibilidade de utilização da morbidade referida (doença referida pelo próprio indivíduo) e da morbidade hospitalar (internações realizadas).

Há também outros indicadores que permitem a análise das ações desenvolvidas na área de saúde pública. A utilização dos serviços públicos, por exemplo, pode ser medida por meio do número de consultas médicas realizadas por habitante ou pelo número de procedimentos complementares por consulta. A oferta de recursos físicos pode ser representada por um indicador que demonstre o número de leitos por mil habitantes vivos. A oferta de recursos humanos pode ser mapeada pelo coeficiente de médicos por mil habitantes e pelo número de profissionais de saúde, por habitante.

Os recursos financeiros também podem ser monitorados por meio do uso de indicadores. No caso da saúde, é possível, por exemplo, identificar o gasto público em saúde por habitante e o valor de transferência de recursos do SUS, por habitante.

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações Epidemiológicas e Morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde. (BRASIL, 2012f)

O DATASUS – Departamento de Informática do SUS (Brasil, 2012f) apresenta os indicadores e dados básicos para saúde (IDB). Esses indicadores são produto da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), composta por instituições representativas dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse para a saúde do país.

O IDB apresenta os indicadores por grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios, sendo que alguns desses indicadores podem ser desagregados por outras categorias, como idade e sexo. As informações são produzidas por: Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Ministério da Previdência Social.

É possível perceber, que a área de saúde possui um grande número de indicadores consagrados, utilizados em nível municipal, estadual, nacional e internacional. O grande desafio posto aos gestores públicos que atuam nessa área é a escolha de indicadores adequados para a avaliação de suas ações.

Em abril de 2011, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, que tem por meta, avaliar o desempenho do SUS considerando as suas várias esferas de gestão.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012i) aponta como uma das principais diretrizes para esse Programa, a utilização da avaliação como uma ferramenta que possibilite aos gestores detectar problemas e buscar melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Além disso, o Programa busca avaliar contemplando as especificidades das esferas de gestão municipal, estadual e federal dos sistemas de saúde, considerando, também, suas diferenças socioeconômicas, perfil de morbimortalidade e suficiência de estrutura.

Como critérios para definição e cálculo dos indicadores do referido Programa, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012i) chama a atenção para a importância da construção de indicadores de estrutura, de processo e de resultados, que tenham como características: validade (os dados medem o que se pretende), confiabilidade (reproduzem os mesmos resultados em condições similares), viabilidade (estão disponíveis ou são de fácil obtenção e demandam tempo e recursos compatíveis) e relevância (respondem às prioridades políticas definidas).

Ainda no ano de 2011 foi também instituída pelo Ministério da Saúde, a “Estratégia Saúde Mais Perto de Você”, que terá entre outras iniciativas, o estabelecimento de metas de qualidade para os serviços de atenção básica à saúde executados pelos municípios. Os gestores que aderirem à iniciativa receberão 20% a mais de recursos específicos para o financiamento do setor e poderão dobrar o incentivo com a qualificação das equipes e dos serviços ofertados à população nas unidades básicas de saúde. Serão avaliados indicadores como: tempo de espera, cobertura de hipertensos e diabéticos; padrões de acesso e qualidade ao pré-natal; avaliação do uso e da satisfação dos usuários e acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012d).

Os indicadores servem, na realidade, como uma ferramenta, que propicia informações para realização do monitoramento e avaliação de uma política pública. Essas informações permitem detectar se os objetivos traçados estão sendo atingidos ou não e se a ação deve sofrer ajustes ou se o planejamento original pode ser mantido.

O Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde Mais Perto de Você, implementadas pelo Ministério da Saúde, demonstram a grande preocupação do Ministério com o incentivo à utilização de indicadores por parte dos municípios.

2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo aborda a organização do Sistema de Saúde no Brasil, por meio da apresentação da legislação que rege o funcionamento do SUS.

2.1 MODELO FEDERATIVO

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2012a) estabeleceu em seu art. 18: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.” Portanto, segundo nosso modelo federativo, todos esses entes possuem autonomia administrativa, não se encontrando vinculados hierarquicamente. Segundo Souza (2012, p. 9):

O sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social.

Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil.

Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

No caso das políticas de saúde, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu art. 198, que as ações passariam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiriam um sistema único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2012a).

A definição das responsabilidades de cada um dos entes federados foi estabelecida por meio da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (BRASIL, 2012b).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Lei Federal 8.080 (Brasil, 2012b) determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) será constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema, em caráter complementar. As ações e os serviços são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A direção do Sistema é exercida de acordo com a esfera de governo, sendo o Ministério da Saúde responsável no âmbito da União; a Secretaria de Saúde ou equivalente no âmbito dos Estados e do Distrito Federal e a Secretaria de Saúde ou órgão equivalente no âmbito dos Municípios.

Como objetivos do SUS a Lei 8.080 (Brasil, 2012b) instituiu: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O SUS deve seguir as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012a): 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.

Além disso, as ações que compõe o Sistema devem obedecer aos princípios estabelecidos no art. 7º da Lei 8.080 (Brasil, 2012b):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O art. 15 da Lei 8.080 (Brasil, 2012b) determina que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente.

As competências de cada uma das esferas são estabelecidas por meio dos artigos 16 a 19 da Lei 8.080 (Brasil, 2012b). À direção nacional do SUS cabe principalmente a definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública e de vigilância epidemiológica e sanitária. Também é sua obrigação prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios; elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de saúde; promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para as Unidades Federadas e para os municípios; acompanhar, controlar e avaliar as ações de saúde e elaborar o planejamento estratégico nacional do SUS.

As principais competências da direção estadual do SUS são: promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e estabelecer normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.

No que diz respeito à direção municipal do SUS tem-se como principais competências: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS; executar os serviços de vigilância epidemiológica e

sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde e normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Nota-se que conforme a diretriz de descentralização determinada pela Constituição Federal (Brasil, 2012a), a Lei 8.080 (Brasil, 2012b) atribuiu aos municípios a responsabilidade pela execução dos serviços e ações de saúde. Embora a Federação e os Estados possuam previsão legal para executar alguns serviços, essa execução ocorre em caráter suplementar, pois suas competências principais são respectivamente a coordenação do Sistema e o apoio técnico e financeiro aos municípios.

No que se refere ao financiamento do SUS, a Lei 8.080 (Brasil, 2012b) determina que o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Os recursos financeiros do SUS são depositados em conta especial, em cada esfera de atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Quanto ao estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e municípios, o art. 35 da Lei 8.080 (Brasil, 2012b) determina que será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
 - II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
 - III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
 - IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
 - V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
 - VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
 - VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.
- § 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

O planejamento e o orçamento do SUS são realizados de forma ascendente, do nível local até o federal, e devem ser ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

Em dezembro de 1990 foi instituída a Lei 8.142 (Brasil, 2012c), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei determina que o SUS contará, em cada esfera de governo, com a Conferência de Saúde e com o Conselho de Saúde.

Conforme estabelecido pela Lei 8.142 (Brasil, 2012c), a Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos e é composta pela representação de vários segmentos sociais, tendo por objetivo, avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde na instância correspondente. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2012l) os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Os recursos orçamentários referentes à saúde são alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados de forma regular e automática aos municípios, estados e Distrito Federal, para que as ações e os serviços de saúde sejam implementados. Conforme determina o Art. 4º da Lei 8.142 (Brasil, 2012c), para receberem esses recursos, os municípios, estados e Distrito Federal deverão contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; relatórios de gestão que permitam o controle; contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). No caso de municípios, estados ou Distrito Federal não atenderem os requisitos, os recursos orçamentários devem ser administrados respectivamente, pelo estado ou pela União.

A Constituição Federal (Brasil, 2012a) determina os percentuais mínimos de alocação de recursos na área da saúde. Os Estados devem aplicar no mínimo doze por cento do produto da arrecadação dos impostos e o municípios devem aplicar no mínimo quinze por cento.

2.3 SAÚDE MENTAL

Conforme as informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2012m), a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e ofereça cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo prevê a instalação de equipamentos chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são compostos por equipes multidisciplinares e oferecem atividades terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares e atividades de orientação. De acordo com a necessidade dos usuários, seu comparecimento ao Centro pode ser diário ou apenas no momento das consultas ou atividades.

A instalação dos CAPS deve seguir as orientações do Ministério da Saúde, que se baseiam no porte dos municípios.

2.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012n), a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

2.5 PACTO PELA SAÚDE

Conforme o Ministério da Saúde (2012g):

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

O Pacto é baseado em negociação e cooperação entre os gestores do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de governo. São pactuados compromissos com o objetivo de qualificar os serviços prestados à população, na área de saúde. Os quadros 2, 3 e 4 apresentam, respectivamente, o Pacto pela Saúde 2010-2011, celebrado pela União, pelo Estado do Rio Grande do Sul e pelo Município de Eldorado do Sul.

Pacto pela Saúde 2010/2011



Brasil		Valores observados (*)					Metas Brasil		
PACTO PELA SAÚDE: Metas do Biênio 2010-2011 INDICADORES - PT 2.669		2007	2008	2009	2010	2011	2010	2011	
População estimada		189.335.191	189.612.814	191.481.045	190.755.799	190.755.799	...	...
PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA									
Prioridade I: Atenção à saúde do idoso									
1.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	▼	17,94	17,56	18,75	17,30	15,08	- 2%	- 2%
Prioridade II: Controle do câncer de colo de útero e de mama									
2.	Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano	▲	0,17	0,17	0,18	0,17	0,11	≥ 0,20	≥ 0,23
3.	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	▲	23,20	30,23	30,03	27,01	18,15	100%	100%
4.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	▲	...	0,09	0,10	0,11	0,11	≥ 0,12	≥ 0,16
Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna									
5.	Taxa de Mortalidade Infantil	▼	15,69	15,03	14,80	13,86	...	-2,4%	-2,4%
5a.	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	▼	10,66	10,28	10,14	9,63	...	-3%	-3%
5b.	Taxa de Mortalidade Infantil Pós-neonatal	▼	5,01	4,74	4,64	4,23	...	-3%	-3%
6.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	▼	22,26	36,10	55,15	73,67	...	> 50%	>60%
7.	Incidência de sífilis congênita	▼	5,669	5,779	6,885	1,861	7,724	-15%	-15%
Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids									
8.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD/ Síndrome do Choque da Dengue - SCD/ Dengue Com Complicações - DCC)	▼	5,00	2,67	3,46	3,96	4,86	≤ 2%	≤ 2%
9.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	▲	86,32	85,17	85,12	84,86	78,47	> 89%	>90%
10.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	▲	74,94	74,07	70,06	68,44	16,34	>85%	>85%
11.	Índice Parasitário Anual (IPA) de malária	▼	19,46	13,48	13,00	13,68	9,85	≤ 12,9	≤ 12,3
12.	Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	▲	28,22	33,01	49,69	48,98	56,25	≥ 80%	≥ 80%
13.	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia	▲	84,85	85,38	84,78	87,94	87,62	≥ 90%	≥ 93%
14.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	▼	1,29	1,35	1,20	0,52	0,68	≤ 3,2	≤ 3,0
Prioridade V: Promoção da saúde									
15.	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	▲	15,20	14,99	14,74	14,92	...	≤ 15,2%	≤ 15,3%
16.	Prevalência de tabagismo em adultos	▼	16,56	16,13	15,52	15,11	...	≤ 15,8%	≤ 15,5%
Prioridade VI: Fortalecimento da atenção básica									
17.	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	▲	46,98	48,94	49,88	52,32	48,78	≥ 54,5%	≥ 57%
18.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal	▲	55,82	56,98	57,86	60,54	...	≥ 62,91%	≥ 65,28%
19.	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações	▼	7,41	6,58	6,64	6,58	5,06	≤ 6,0	≤ 5,7
20.	Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	▼	6,64	6,16	6,72	6,62	5,48	≤ 5,2	≤ 4,7
21.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	▼	3,67	4,84	4,81	4,65	4,42	≤ 4,4%	≤ 4,0%
22.	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica	▲	46,39	58,24	64,48	68,42	55,60	≥ 70%	≥ 73%
41.	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	▲	28,60	32,40	34,20	36,94	38,54	-	≥ 40%
42.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	▲	...	2,56	2,64	2,79	2,56	-	3%
Prioridade VII: Saúde do trabalhador									
23.	Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	63.977	73.897	88.105	82.843	+ 15%	+30%
23a.	Percentual de variação do número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	...	15,51	37,71	29,49	+ 15%	+30%
Prioridade VIII: Saúde mental									
24.	Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	▲	0,51	0,57	0,62	0,69	0,71	≥ 0,62	≥ 0,66
Prioridade IX: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência									
25.	Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde	▲	...	-	-	10	15	≥ 27	≥ 15
Prioridade X: Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência									
26.	Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas	▲	96,15	96,15	85,14	97,97	79,73	≥ 70%	≥ 80%
27.	Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas	▲	-	19,23	56,08	87,16	94,59	≥ 20%	≥ 30%
Prioridade XI: Saúde do homem									
28.	Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais	▲	...	...	...	26	...	-	-
29.	Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência	▲	10.227	10.473	10.417	10.418	7.916	+ 10%	+ 10%
29a.	Percentual de variação do número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência em relação ao ano anterior	▲	...	2,41	(0,53)	0,01	23,13	+ 10%	+ 10%
RESPONSABILIDADES DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO									
I: Responsabilidades gerais da gestão do SUS									
30.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	▲	...	76,03	80,46	80,96	81,73	≥ 76%	≥ 78%
31.	Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida	▲	92,34	92,65	92,84	92,69	...	≥ 93%	≥ 94%
32.	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano	▲	103,06	97,84	98,67	97,66	91,81	≥ 95%	≥ 95%
33.	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais	▲	...	8,81	19,98	28,53	29,08	≥ 25%	≥ 30%
34.	Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária	▲	31,60	47,50	55,85	61,62	66,24	≥ 70%	≥ 80%
II: Responsabilidades na regionalização									
35.	Percentual de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à CIT	▲	63,87	74,26	85,65	89,83	100,00	91%	100%
III: Responsabilidades no planejamento e programação									
36a.	Número de estados com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde	▲	...	5	5	1	8	100%	100%
36b.	Proporção de municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde	▲	...	42,02	36,53	52,02	69,65	100%	100%
IV: Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria									
37.	Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)	▲	29,57	46,18	57,86	69,00	98,80	100%	100%
V: Responsabilidades da educação na saúde									
38.	Percentual de Comissões de Integração Ensino - Serviço (CIES) em funcionamento por estado	▲	-	-	-	100,00	...	70%	100%
VI: Responsabilidades na participação e controle social									
39.	Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais	▲	...	...	...	40	43	35	18
40.	Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009	▲	...	...	...	...	...	100%	...

Quadro 2 – Pacto pela Saúde 2010-2011 – Brasil

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Brasil. Cadernos do Pacto pela Saúde 2010/2011 (2012e)

Pacto pela Saúde 2010/2011



Unidade da Federação: Rio Grande do Sul

PACTO PELA SAÚDE: Metas do Biênio 2010-2011 INDICADORES - PT 2.669	Específic	Valores observados (*)					Metas		Metas Brasil		
		2007	2008	2009	2010	2011	2010	2011	2010	2011	
População estimada		11.080.317	10.855.214	10.914.042	10.693.929	10.693.929	...	...	...	...
PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA											
Prioridade I: Atenção à saúde do idoso											
1.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	▼	17,51	19,82	20,42	18,39	16,02	...	...	- 2%	- 2%
Prioridade II: Controle do câncer de colo de útero e de mama											
2.	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano	▲	0,14	0,12	0,18	0,16	0,06	...	...	≥ 0,20	≥ 0,23
3.	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	▲	13,83	18,58	12,15	10,54	5,90	...	...	100%	100%
4.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	▲	...	0,09	0,12	0,14	0,13	...	...	≥ 0,12	≥ 0,16
Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna											
5.	Taxa de Mortalidade Infantil	▼	12,75	12,76	11,54	11,19	...	...	...	-2,4%	-2,4%
5a.	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	▼	8,30	8,73	7,81	7,45	...	...	...	-3%	-3%
5b.	Taxa de Mortalidade Infantil Pós-neonatal	▼	4,45	4,03	3,73	3,74	...	...	...	-3%	-3%
6.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	▼	20,18	36,55	9,68	78,74	...	...	...	> 50%	>60%
7.	Incidência de sífilis congênita	▼	267	361	431	157	517	...	...	-15%	-15%
Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids											
8.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD/ Síndrome do Choque da Dengue - SCD/ Dengue Com Complicações - DCC)	▼	-	-	-	-	-	...	...	≤ 2%	≤ 2%
9.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes	▲	89,63	83,43	79,40	87,95	85,29	...	...	> 89%	>90%
10.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	▲	71,43	67,31	65,50	63,09	17,21	...	...	>85%	>85%
11.	Índice Parasitário Anual (IPA) de malária	▼	-	-	-	-	-	...	...	≤ 12,9	≤ 12,3
12.	Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	▲	52,56	51,67	41,79	49,74	49,33	...	...	≥ 80%	≥ 80%
13.	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia	▲	84,87	87,91	90,08	87,78	86,02	...	...	≥ 90%	≥ 93%
14.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	▼	4,49	4,14	4,17	1,40	3,26	...	...	≤ 3,2	≤ 3,0
Prioridade V: Promoção da saúde											
15.	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	▲	15,14	15,31	14,56	16,34	...	...	...	≤ 15,2%	≤ 15,3%
16.	Prevalência de tabagismo em adultos	▼	21,73	19,43	22,45	19,48	...	...	...	≤ 15,8%	≤ 15,5%
Prioridade VI: Fortalecimento da atenção básica											
17.	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	▲	29,72	32,64	33,45	34,41	33,30	...	...	≥ 54,5%	≥ 57%
18.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal	▲	70,56	71,32	71,20	72,81	...	...	...	≥ 62,91%	≥ 65,28%
19.	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações	▼	10,45	9,53	8,93	8,84	6,49	...	...	≤ 6,0	≤ 5,7
20.	Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	▼	7,71	9,33	10,17	9,63	7,61	...	...	≤ 5,2	≤ 4,7
21.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	▼	5,64	2,80	2,97	2,79	2,78	...	...	≤ 4,4%	≤ 4,0%
22.	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica	▲	40,82	50,92	55,70	60,61	48,89	...	...	≥ 70%	≥ 73%
41.	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	▲	15,94	19,10	20,10	21,49	22,07	...	...	-	≥ 40%
42.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	▲	...	1,27	1,89	2,85	2,69	...	...	-	3%
Prioridade VII: Saúde do trabalhador											
23.	Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	501	815	1.366	1.482	...	...	+ 15%	+30%
23a.	Percentual de variação do número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	...	62,67	172,65	195,81	...	...	+ 15%	+30%
Prioridade VIII: Saúde mental											
24.	Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	▲	0,74	0,81	0,90	1,01	1,01	...	...	≥ 0,62	≥ 0,66
Prioridade IX: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência											
25.	Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde	▲	-	-	-	2	2	...	...	≥ 27	≥ 15
Prioridade X: Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência											
26.	Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas	▲	80,00	80,00	62,50	100,00	75,00	...	...	≥ 70%	≥ 80%
27.	Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas	▲	-	20,00	12,50	75,00	75,00	...	...	≥ 20%	≥ 30%
Prioridade XI: Saúde do homem											
28.	Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais	▲	...	...	...	1	...	...	...	...	...
29.	Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência	▲	591	620	628	634	458	...	...	+ 10%	+ 10%
29a.	Percentual de variação do número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência em relação ao ano anterior	▲	...	4,91	1,29	0,96	15,62	...	...	+ 10%	+ 10%
RESPONSABILIDADES DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO											
I: Responsabilidades gerais da gestão do SUS											
30.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	▲	...	80,98	85,96	84,12	89,90	...	...	≥ 76%	≥ 78%
31.	Proporção de óbitos não fatais informados ao SIM com causa básica definida	▲	95,08	95,75	95,39	95,54	...	...	...	≥ 93%	≥ 94%
32.	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano	▲	99,68	92,67	93,14	91,51	93,03	...	...	≥ 95%	≥ 95%
33.	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais	▲	...	26,58	42,34	56,39	52,36	...	...	≥ 25%	≥ 30%
34.	Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária	▲	-	35,08	35,08	16,13	17,54	...	...	≥ 70%	≥ 80%
II: Responsabilidades na regionalização											
35.	Percentual de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à CIT	▲	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	...	...	91%	100%
III: Responsabilidades no planejamento e programação											
35a.	Número de estados com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde	▲	...	-	-	-	-	...	...	100%	100%
35b.	Proporção de municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde	▲	...	90,12	-	-	90,93	...	...	100%	100%
IV: Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria											
37.	Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)	▲	2,72	2,69	2,81	39,77	98,81	...	...	100%	100%
V: Responsabilidades da educação na saúde											
38.	Percentual de Comissões de Integração Ensino - Serviço (CIES) em funcionamento por estado	▲	-	-	-	100,00	...	...	...	70%	100%
VI: Responsabilidades na participação e controle social											
39.	Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais	▲	...	...	...	1	1	...	...	35	18
40.	Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009	▲	...	...	...	...	...	...	...	100%	...

Quadro 3 – Pacto pela Saúde 2010-2011 – Rio Grande do Sul

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Brasil. Cadernos do Pacto pela Saúde 2010/2011 (2012e)

Pacto pela Saúde 2010/2011

Município: Eldorado do Sul

PACTO PELA SAÚDE: Metas do Biênio 2010-2011 INDICADORES - PT 2.669		Valores observados (*)					Metas Brasil		
		2007	2008	2009	2010	2011	2010	2011	
População estimada		35.413	33.098	33.669	34.343	34.343	...	...
PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA									
Prioridade I: Atenção à saúde do idoso									
1.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	▼	14,07	32,94	31,44	27,46	15,26	- 2%	- 2%
Prioridade II: Controle do câncer de colo de útero e de mama									
2.	Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano	▲	0,13	0,16	0,18	0,19	0,11	≥ 0,20	≥ 0,23
3.	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	▲	-	-	-	-	-	100%	100%
4.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	▲	...	0,09	0,11	0,08	0,11	≥ 0,12	≥ 0,16
Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna									
5.	Taxa de Mortalidade Infantil	▼	...	...	...	...	...	-2,4%	-2,4%
5a.	Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade	▼	6	5	4	5	...	-2,4%	-2,4%
5a.	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	▼	...	...	...	...	...	-3%	-3%
5a.	Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade	▼	3	4	3	4	...	-3%	-3%
5b.	Taxa de Mortalidade Infantil Pós-neonatal	▼	...	...	...	...	...	-3%	-3%
5b.	Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos	▼	3	1	1	1	...	-3%	-3%
6.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	▼	-	9,09	-	50,00	...	> 50%	>60%
7.	Incidência de sífilis congênita	▼	2	2	6	2	9	- 15%	- 15%
Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids									
8.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD/ Síndrome do Choque da Dengue - SCD/ Dengue Com Complicações - DCC)	▼	-	-	-	-	-	≤ 2%	≤ 2%
9.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	▲	-	-	100,00	-	-	> 89%	>90%
10.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	▲	64,29	54,55	14,29	50,00	-	>85%	>85%
11.	Índice Parasitário Anual (IPA) de malária	▼	-	-	-	-	-	≤ 12,9	≤ 12,3
12.	Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	▲	-	-	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
13.	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia	▲	100,00	100,00	-	-	100,00	≥ 90%	≥ 93%
14.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	▼	-	-	-	-	-	≤ 3,2	≤ 3,0
Prioridade V: Promoção da saúde									
15.	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	▲	-	-	-	-	-	≤ 15,2%	≤ 15,3%
16.	Prevalência de tabagismo em adultos	▼	-	-	-	-	-	≤ 15,8%	≤ 15,5%
Prioridade VI: Fortalecimento da atenção básica									
17.	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	▲	-	8,56	16,61	18,12	18,12	≥ 54,5%	≥ 57%
18.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal	▲	64,16	65,22	67,71	71,27	...	≥ 62,91%	≥ 65,28%
19.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações	▼	11,29	10,39	10,90	3,69	4,43	≤ 6,0	≤ 5,7
20.	Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	▼	10,54	3,99	4,67	16,98	5,17	≤ 5,2	≤ 4,7
21.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	▼	-	4,59	2,56	4,36	2,50	≤ 4,4%	≤ 4,0%
22.	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica	▲	-	97,76	98,18	53,93	19,32	≥ 70%	≥ 73%
41.	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	▲	-	-	-	-	-	-	≥ 40%
42.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	▲	...	-	-	-	-	-	3%
Prioridade VII: Saúde do trabalhador									
23.	Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	-	-	-	-	+ 15%	+30%
23a.	Percentual de variação do número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	▲	...	...	-	-	-	+ 15%	+30%
Prioridade VIII: Saúde mental									
24.	Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	▲	-	-	-	-	-	≥ 0,62	≥ 0,66
Prioridade IX: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência									
25.	Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde	▲	-	-	-	-	-	≥ 27	≥ 15
Prioridade X: Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência									
26.	Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas	▲	-	-	-	-	-	≥ 70%	≥ 80%
27.	Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantadas	▲	-	-	-	-	-	≥ 20%	≥ 30%
Prioridade XI: Saúde do homem									
28.	Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais	▲	...	...	...	-	-	-	-
29.	Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência	▲	-	2	-	-	-	+ 10%	+ 10%
29a.	Percentual de variação do número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência em relação ao ano anterior	▲	...	-	(100,00)	-	-	+ 10%	+ 10%
RESPONSABILIDADES DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO									
I: Responsabilidades gerais da gestão do SUS									
30.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	▲	...	81,82	75,00	77,78	94,12	≥ 76%	≥ 78%
31.	Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida	▲	96,98	97,77	96,63	95,41	...	≥ 93%	≥ 94%
32.	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano	▲	119,25	98,48	102,83	102,52	110,61	≥ 95%	≥ 95%
33.	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais	▲	...	7,33	7,00	60,33	77,33	≥ 25%	≥ 30%
34.	Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária	▲	-	-	-	-	-	≥ 70%	≥ 80%
II: Responsabilidades na regionalização									
35.	Percentual de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à CIT	▲	...	...	...	...	...	91%	100%
III: Responsabilidades no planejamento e programação									
36b.	Proporção de municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde	▲	...	100,00	-	-	100,00	100%	100%
IV: Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria									
37.	Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)	▲	-	-	-	50,00	100,00	100%	100%
V: Responsabilidades da educação na saúde									
38.	Percentual de Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES) em funcionamento por estado	▲	-	-	-	-	-	70%	100%
VI: Responsabilidades na participação e controle social									
40.	Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009	▲	...	...	...	...	...	100%	...

Quadro 4 – Pacto pela Saúde 2010-2011 – Eldorado do Sul

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Brasil. Cadernos do Pacto pela Saúde 2010/2011 (2012e)

3 DESCRIÇÃO DO FENÔMENO

Este capítulo apresenta informações sobre Eldorado do Sul, seguidas da organização da saúde e da descrição das políticas desenvolvidas pelo Município nessa área. Na sequência tem-se a descrição do fenômeno que é o objeto de estudo deste trabalho – o processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde em Eldorado do Sul.

A criação do Município de Eldorado do Sul ocorreu em 08 de junho de 1988. Localiza-se na Região Carbonífera do Estado do Rio Grande do Sul e está a 12 Km da Capital do Estado – Porto Alegre. Possui uma área de 509.728 km², sendo que 70,57% dessa área é urbana e 29,43% é rural (ELDORADO DO SUL, 2012c, 2012d).

Segundo o Censo 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011b), o Município possui uma população de 34.343 habitantes, sendo 30.800 residentes em área urbana e 3.543 em área rural. A densidade demográfica é de 67,38 habitantes por km². Dessa população, 16.999 são homens e 13.635 são mulheres. Há 13.635 domicílios. A média de moradores em domicílios particulares ocupados é de 3,10.

A Administração do Município é composta pelos seguintes Órgãos: Gabinetes do Prefeito e do Vice-Prefeito; Procuradoria Jurídica; Secretarias de Administração; Agricultura; Assistência Social e Trabalho; Compras e Patrimônio; Educação, Cultura, Desporto, Lazer e Turismo; Fazenda, Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio; Habitação; Meio Ambiente; Obras e Viação; Planejamento; Saúde e Transporte e Trânsito (ELDORADO DO SUL, 2012c).

3.1 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ELDORADO DO SUL

Esta seção tem por objetivo descrever a organização da saúde no Município de Eldorado do Sul, apresentando suas Unidades de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e os programas desenvolvidos na área. Os dados aqui apresentados foram obtidos por meio de consulta ao *site* do Município e complementados com contatos realizados com os servidores municipais da Saúde de Eldorado do Sul.

Conforme Eldorado do Sul (2012a): “São competências da Secretaria Municipal de Saúde: elaborar o Plano Municipal de Saúde, promover a assistência médica-odontológica social a todos os munícipes e organizar e executar os programas de saúde”.

Para executar essas atividades, a saúde do Município organiza-se em uma estrutura composta por oito Unidades de Saúde e um Departamento de Vigilância em Saúde, que se subdivide em Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. O Município não possui rede hospitalar em seu território, sendo necessário o apoio de outros municípios para atender essa demanda.

Conforme Eldorado do Sul (2012f) as Unidades de Saúde estão organizadas, segundo os critérios do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da seguinte maneira:

- a) Posto de Saúde Central: policlínica vinte e quatro horas que realiza o atendimento de urgências e emergências. Também trabalha com consultas agendadas na área clínica e algumas especialidades. O serviço de saúde mental do Município está inserido nessa unidade. Possui atendimento odontológico. Realiza exames radiológicos gerais e eletrocardiogramas. Em sua organização administrativa são realizadas as marcações de atendimentos especializados por meio de referência (ato de encaminhamento de um usuário atendido em um determinado serviço de saúde para outro de maior complexidade) e contra-referência (ato de encaminhamento de um usuário para o serviço de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência) e as marcações para acesso aos serviços de média e alta complexidade.
- b) Posto de Saúde Picada: unidade básica de saúde com atendimento clínico geral e serviço de enfermagem. Possui atendimento ginecológico uma vez na semana.
- c) Posto de Saúde Bom Retiro: unidade básica de saúde com atendimento clínico geral e serviço de enfermagem.
- d) Posto de Saúde Distrito (Unidade Básica de Saúde Néelson Marchezan): unidade básica de saúde com atendimento clínico geral, serviço de enfermagem, sala de vacinas, consultório odontológico. Possui atendimento ginecológico.
- e) Posto de Saúde Pediátrico: unidade básica de saúde com atendimento pediátrico, serviço de enfermagem e sala de vacinas.
- f) Posto de Saúde Loteamento: unidade básica de saúde com atendimento ginecológico e obstétrico, serviço de enfermagem e consultório odontológico. Realiza exames como ecografias e colposcopias.
- g) Unidade de Saúde ESF Sans Souci: unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família. Possui atendimento clínico, serviço de enfermagem, sala de vacinas e consultório odontológico.
- h) Unidade de Saúde ESF Progresso: unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família. Possui atendimento clínico, serviço de enfermagem, sala de vacinas e consultório odontológico.

A população do Município participa da formulação e implementação das políticas públicas de saúde por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Conforme Eldorado do Sul (2012b), o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal 2.450, de 16 de agosto de 2006 e tem por competências:

- I. Definir as prioridades de saúde;
- II. Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- III. Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde, incluindo todos os aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativo, e a expressa fiscalização das mesmas;

- IV. Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos;
- V. Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes ou não do SUS no Município;
- VI. Definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde;
- VII. Apreçar previamente os contratos e convênios referidos no inciso anterior;
- VIII. Estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidade prestadora de serviços de saúde pública e privada, no âmbito do SUS;
- IX. Elaborar o seu regimento interno;
- X. Outras atribuições estabelecidas em normas complementares;
- XI. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria da Saúde e Meio Ambiente e ao Fundo de Saúde;
- XII. Estimular a participação comunitária na administração do sistema de saúde.

O Conselho é formado por 12 membros titulares e 12 suplentes. Há representantes da Secretaria de Saúde Municipal; dos Laboratórios; dos Representantes dos Serviços Privados, Conveniados, Sem fins lucrativos; dos trabalhadores em saúde e da sociedade civil organizada. A composição atualizada do Conselho foi instituída pelo Decreto Municipal 4.814, de 14 de junho de 2011 (ELDORADO DO SUL, 2012b).

3.1.1 Programas de Saúde no Município

As ações desenvolvidas pelo Município são organizadas segundo as áreas responsáveis por sua execução. As iniciativas podem pertencer à Vigilância em Saúde (Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária ou Vigilância Epidemiológica), ao Serviço de Saúde Mental, ou ainda, no caso de não se enquadrarem em nenhuma dessas áreas, classificarem-se como “Ações em Saúde”.

Segundo Eldorado do Sul (2012g):

O Departamento de Vigilância em Saúde está subdividido nos seguintes setores:

- a) **Vigilância Ambiental:** Setor responsável por monitorar e controlar uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando eliminar ou reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde, ou seja, o ambiente atuando na saúde humana. Neste setor estão incluídos os programas de controle e combate a vetores de doenças, como dengue e chagas. Além disso, é responsável por monitorar a qualidade da água distribuída para a população, a ocorrência de raiva canina, a eficácia das autoclaves e ainda desenvolver ações de proteção da saúde humana quanto aos efeitos adversos decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. As ações são desenvolvidas nas fases de prevenção, de preparação e de resposta aos eventos

adversos, bem como de monitoramento de efeitos residuais para a reabilitação da saúde pública.

- b) **Vigilância Epidemiológica:** É o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Inclui-se programas de prevenção e controle da tuberculose, hepatite, HIV/AIDS, Leptospirose, entre outras. Neste setor, o paciente é acompanhado, orientado, notificado e monitorado.
- c) **Vigilância Sanitária:** Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. As principais ações deste setor são as inspeções sanitárias, liberação de alvará, orientação e educação.

Conforme Eldorado do Sul (2012e) os principais programas desenvolvidos pela Vigilância Ambiental são:

- a) **Programa de Combate à Dengue:** o Programa foi implantado no ano de 2007. São realizadas palestras e distribuídos materiais nas escolas municipais visando a propagar informações sobre os sintomas, formas de contágio e atitudes preventivas da doença. Também são realizadas visitas a residências, com o intuito de identificar a presença de larvas e de mosquitos.
- b) **Vigiágua:** o Programa avalia a qualidade da água que chega às pessoas. Parte da água do Município é fornecida pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) e parte é oriunda de poços particulares, localizados nas residências.
- c) **Controle de Quirópteros:** a interação de morcegos com seres humanos e animais de estimação pode transmitir diversas doenças, como por exemplo, Raiva, Leptospirose, Doença de Chagas e Malária. O Programa adota medidas de prevenção e controle de doenças que tenham o morcego como vetor de transmissão.

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelos programas (2012e):

- a) **Programa Nacional de Imunizações (PNI):** o Município segue as orientações desse Programa Federal, que define normas e parâmetros técnicos para as estratégias de utilização de imunobiológicos, com base na vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis e no conhecimento técnico e científico da área. O Município possui Salas de Vacina nas seguintes unidades de saúde: Unidade Loteamento, Unidade Sans Souci, Unidade Central e Unidade do Distrito do Parque Eldorado. São aplicadas as seguintes vacinas: Sabin, DPT, BCG, Hepatite B, Tetravalente, Dupla adulto, Dupla viral, Tríplice viral, Raiva Humana, Gripe (em campanha), Sabin (em campanha) e Rotavírus.
- b) **Teste do Pezinho:** foi celebrado um convênio para realização do Teste do Pezinho, entre o Município de Eldorado do Sul e o Serviço de Rastreamento Neonatal da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Encontra-se em funcionamento nos Postos de Saúde do Município, com exceção da unidade do Distrito do Bom Retiro.
- c) **Controle e tratamento da Tuberculose:** o Programa prevê a realização de exames, consultas e acesso a medicamentos.

d) Programa de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e outras: por meio desse Programa são realizadas ações de prevenção e tratamento das seguintes patologias: HIV/AIDS, Hepatite Viral, Tuberculose, Toxoplasmose e Meningite Viral.

e) Tratamento das Hepatites: o Programa prevê a realização de exames, consultas e acesso a medicamentos.

f) Controle dos exames citopatológicos: os exames citopatológicos verificam o material coletado no colo do útero e tem por objetivo detectar a presença de células cancerosas ou anormais. Os resultados desses exames realizados no Município são monitorados pela Vigilância Epidemiológica.

g) Controle de doenças diarreicas: a Vigilância Epidemiológica do Município realiza o monitoramento dos casos de doenças diarreicas agudas, buscando identificar suas possíveis causas e recomendar medidas de controle.

A Vigilância Sanitária do Município (ELDORADO DO SUL, 2012e) desenvolve ações preventivas, de orientação da população a respeito da importância de frequentar ambientes e consumir produtos e serviços seguros e de boa qualidade. Exemplo disso foi o Projeto Pequeno Vigilante, onde um grupo de crianças, estudantes de ensino fundamental de uma escola municipal, foi levado a um supermercado, para que pudessem identificar critérios a serem observados em uma compra, tais como: prazo de validade, integridade da embalagem, informações sobre a procedência do produto e ingredientes utilizados na fabricação.

Quanto ao Serviço de Saúde Mental, Eldorado do Sul desenvolve ações de saúde mental, que são responsabilidade do Serviço de Saúde Mental, inserido no Posto de Saúde Central, mas ainda não há CAPS instalado (ELDORADO DO SUL, 2012e).

Os principais programas classificados como “Ações em Saúde” são (ELDORADO DO SUL, 2012e):

- a) Programa de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis: monitoramento de doentes crônicos, como por exemplo, o controle da Glicose (HGT) em pacientes diabéticos e a verificação da pressão arterial em pacientes hipertensos. Esse monitoramento é realizado em todas as unidades de saúde do Município e as farmácias realizam a distribuição de medicamentos a esses pacientes.
- b) Hiperdia: cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- c) Atenção à Saúde da Mulher/Atenção à Saúde da Gestante: o quadro de Ginecologia do Centro de Saúde da Mulher é composto por quatro médicos ginecologistas que atendem na Unidade de Saúde do Loteamento, onde é realizado um agendamento específico. O programa também é responsável pelo acompanhamento completo das gestantes do Município (pré-natal) e pela realização dos exames preventivos de câncer de colo do útero e de mama. Recentemente o Município concluiu seu plano de ação para se integrar à Rede Cegonha – projeto da Secretária Estadual de Saúde, que inclui a realização de exames pré-natal e planejamento familiar.
- d) Saúde da Criança: o Município possui 23 escolas, sendo 15 municipais, 6 estaduais e 2 particulares. A grande maioria dessas escolas é de ensino fundamental. Há 3 escolas de ensino médio, uma de educação infantil e uma escola da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) . O Município executa um Programa de Puericultura, onde são realizadas consultas mensais em crianças com até 2 anos de idade e um Programa de Saúde do Adolescente, onde são realizadas consultas de acompanhamento aos

- adolescentes do Município. Os atendimentos são realizados nas escolas e nas unidades de saúde.
- e) Programa de Atenção à Saúde Bucal: o Programa contempla o atendimento odontológico, realizado nas unidades de saúde e a visita semanal às escolas do Município para a aplicação de flúor nos alunos.
 - f) Primeira Infância Melhor (PIM): o Programa Estadual foi implantado em 2003 e tem por objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências para que promovam o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade. O Município aderiu ao Programa há 2 anos, mas a implantação das atividades ainda está sendo viabilizada.
 - g) Saúde do Idoso: realização de atividades em grupo, acesso a consultas e registro em caderneta de acompanhamento.
 - h) Programa de Prevenção da Violência – PPV: conforme a Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul, 2012b), o PPV é um programa estadual, que tem por objetivo contribuir para a redução dos índices de violência através da construção de uma rede social que identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não-governamentais. A meta é diminuir em 20% as ocorrências de violência nos 50 municípios com maiores índices de mortes por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), até 2012. O Município de Eldorado do Sul foi classificado na posição 47 no que diz a respeito aos indicadores de violência. O Município classificado em 1º lugar como o mais violento é a capital do Estado – Porto Alegre. Guaíba, apesar de estar localizado ao lado de Eldorado do Sul apresenta um índice de violência bem superior, classificando-se em 19º lugar na lista. No Município de Eldorado do Sul o Programa envolve as Secretarias de: Educação, Cultura, Desporto, Lazer e Turismo; Habitação; Obras e Viação; Planejamento; Transportes e Trânsito; Fazenda, Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio; Assistência Social e Trabalho; Compras e Patrimônio; Saúde; Agricultura; Meio Ambiente e Administração. Os recursos oriundos do Programa propiciarão a construção de mais uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município.
 - i) Estratégia de Saúde da Família: Eldorado do Sul possui duas equipes de ESF atuando. Atualmente, 19% da população estão cobertos pela Estratégia de Saúde da Família. Até o final do ano de 2012 será implantada mais uma equipe.
 - j) Programa de Controle do Tabagismo: o Município participa do Programa Federal, que visa à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

3.2 RECURSOS HUMANOS

Esta seção apresenta informações a respeito dos recursos humanos que desenvolvem as ações de saúde no Município de Eldorado do Sul. As informações foram obtidas por meio de consulta à *internet* e contato com os servidores das Secretarias de Administração e de Saúde do Município.

No que se refere aos recursos humanos, o Município conta com 230 trabalhadores lotados na Secretaria de Saúde, sendo que este número inclui servidores efetivos, cargos em comissão, contratos temporários, e estagiários.

O Plano de Cargos e Salários do Município, instituído pela Lei nº 2.595, de 16 de fevereiro de 2007 (Eldorado do Sul, 2011a), apresenta os seguintes cargos na área de saúde:

Denominação	Número de Cargos	Padrão
Médico Clínico Geral PSF	4	22
Odontólogo PSF	2	22
Odontólogo	10	22
Médico Radiologista	1	18
Médico Infectologista	1	18
Médico Clínico Geral	32	18
Médico Pediatra	8	18
Médico Ginecologista	4	18
Médico Psiquiatra	1	18
Médico Cardiologista	2	18
Médico Veterinário	2	18
Biólogo	1	18
Psicólogo	4	17
Enfermeiro	18	17
Enfermeiro PSF	2	17
Farmacêutico	4	17
Fisioterapeuta	2	16
Nutricionista	4	16
Técnico em Enfermagem	21	15
Técnico em Enfermagem ESF	4	15
Técnico em Radiologia	3	13
Fiscal Sanitarista e de Meio Ambiente	1	13
Agente de Defesa Sanitária e Ambiental	2	13

Quadro 5 – Plano de Cargos e Salários da área da Saúde no Município de Eldorado do Sul

Fonte: Adaptado de Eldorado do Sul. Lei nº 2.595, de 16 de fevereiro de 2007

Nem todos os cargos encontram-se preenchidos. Os quatro de médico clínico geral PSF, por exemplo, ainda não foram ocupados. O trabalho desenvolvido nas duas unidades com Estratégia de Saúde da Família (Unidade de Saúde ESF Sans Souci e Unidade de Saúde ESF Progresso) é realizado por médicos com formação em clínica geral. Essa possibilidade foi criada por meio da Lei Municipal N. 2.809, de 18 de dezembro de 2007 (Eldorado do Sul, 2011b), que dispõe sobre a contratação e provimento de cargos destinados a atender ao Programa de Saúde da Família - PSF e de Saúde Bucal do Município. A Lei autoriza o aproveitamento no Programa de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, dos profissionais Médico Clínico Geral, Odontólogo, Enfermeiro e Técnico em Enfermagem, pertencentes ao Quadro, previsto no art. 7º, da Lei Municipal 2.595/2007, manifestado interesse e havendo disponibilidade.

O número de profissionais que atua na saúde do Município permanece muito semelhante há diversos anos, embora a população tenha tido um incremento de quase 10% no período 2007-2011.

No momento, o Município está em fase de nomeação de um concurso que incluiu vagas em cargos da área de saúde. O quadro 6 apresenta a remuneração prevista para cada um dos cargos na área de saúde no Município.

Padrão	Vencimento
13	R\$ 880,00
14	R\$ 932,42
15	R\$ 1.112,03
16	R\$ 1.140,54
17	R\$ 1.715,07
18	R\$ 1.995,94
19	R\$ 2.138,53
20	R\$ 2.715,56
21	R\$ 3.000,00
22	R\$ 3.391,88

Quadro 6 – Vencimentos dos cargos da área de Saúde no Município de Eldorado do Sul

Fonte: Adaptado de Eldorado do Sul. Lei nº 2.595, de 16 de fevereiro de 2007

3.3 PLANO PLURIANUAL MUNICIPAL (PPA) 2010-2013

O levantamento dos dados referentes às políticas públicas de saúde do Município iniciou-se pela consulta das ações previstas no Plano Plurianual (PPA) de Eldorado do Sul para o período 2010-2013 (Eldorado do Sul, 2009), apresentado nesta seção. Por meio de consulta ao PPA foi possível verificar todas as ações previstas pelo Município para um período de quatro anos, bem como a alocação orçamentária projetada para cada uma dessas iniciativas.

O PPA 2010-2013 do Município possui 27 ações na área da saúde, organizadas em um único programa, denominado Saúde e Vida. O Programa tem por objetivo desenvolver ações relacionadas com a criação e manutenção da infraestrutura para a prestação de serviços médicos e odontológicos, bem como o estabelecimento de medidas de vigilância epidemiológica e sanitária, e ainda, ações relacionadas com aquisição e distribuição de suprimentos, de medicamentos e de produtos farmacêuticos em geral.

A responsabilidade do Programa está a cargo da Secretaria de Saúde. O indicador de desempenho escolhido para monitoramento e avaliação do Programa foi o número de atendimentos médicos realizados, sendo que durante o período de elaboração do PPA eram realizados 150.000 atendimentos por ano e a meta prevê a manutenção desse número para os quatro anos de vigência do PPA.

Conforme as informações constantes no quadro 7, os recursos orçamentários previstos no PPA para a saúde foram de R\$ 10.415.210,57 (dez milhões, quatrocentos e quinze mil, duzentos e dez reais com cinquenta e sete centavos) para o ano de 2010.

Quanto ao ano de 2011, há uma pequena divergência nas informações, pois ao somar os orçamentos referentes às ações previstas para o ano encontra-se o valor de R\$ 10.361.193,39 (dez milhões, trezentos sessenta e um mil, cento e noventa e três reais com trinta e nove centavos), embora a tabela apresente um total de R\$ 10.406.573,39 (dez milhões, quatrocentos e seis mil, quinhentos e setenta e três reais com trinta e nove centavos).

O ano de 2012 também contém divergência nos valores, pois embora o PPA apresente o valor de R\$ 10.652.154,00 (dez milhões, seiscentos e cinquenta e dois mil, cento e cinquenta e quatro reais), a soma totaliza R\$ 10.606.774,00 (dez milhões, seiscentos e seis mil, setecentos e setenta e quatro reais).

No ano de 2013, mais uma vez há divergência entre os valores, sendo que o total da soma das ações é igual a R\$ 11.057.114,00 (onze milhões, cinquenta e sete mil, cento e quatorze reais) e o valor apresentado pelo PPA é de R\$ 11.102.494,00 (onze milhões, cento e dois mil, quatrocentos e noventa e quatro reais).

Analisando a diferença entre o total mencionado em cada um dos anos e a soma das ações para o referido ano percebe-se que em cada um dos anos onde aparecem diferenças (2011, 2012 e 2013) o valor é o mesmo - R\$ 45.380,00 (quarenta e cinco mil trezentos e oitenta reais). É provável, portanto, que durante o processo de elaboração do projeto de lei do PPA de Eldorado do Sul para o período 2010-2013, o Poder Executivo Municipal tenha acrescentado esse recurso no valor total dos anos de 2011, 2012 e 2013, mas tenha se esquecido de alocar esses valores nas ações onde o recurso seria efetivamente executado, gerando a diferença.

O PPA demonstra cada uma das ações com seus respectivos produtos, unidades de medida e metas a serem atingidas em cada um dos anos de vigência do PPA, conforme o quadro 8.

Embora o indicador do programa tenha como meta a manutenção do mesmo número de atendimentos médicos realizados para o período de vigência do PPA (150.000), alguns dos produtos estabelecidos para as ações referentes ao programa prevêm incremento.

Ação	Custo Previsto			
	2010	2011	2012	2013
Assistência Médica, Odontológica e Sanitária	R\$ 8.084.888,00	R\$ 7.441.238,00	R\$ 7.938.828,00	R\$ 8.260.668,00
Farmácia Básica	R\$ 217.600,00	R\$ 214.700,00	R\$ 233.300,00	R\$ 241.600,00
Despesas com PACS	R\$ 186.152,00	R\$ 186.152,00	R\$ 186.152,00	R\$ 186.152,00
Despesas com PSF	R\$ 814.460,00	R\$ 962.610,00	R\$ 1.195.020,00	R\$ 1.265.180,00
Manutenção das Atividades de Vigilância Sanitária	R\$ 13.560,00	R\$ 13.200,00	R\$ 13.800,00	R\$ 15.000,00
Manutenção das Atividades de Vigilância Epidemiológica	R\$ 17.340,00	R\$ 19.920,00	R\$ 21.800,00	R\$ 23.650,00
Despesas vinculadas ao PABA Fixo	R\$ 594.000,00	R\$ 606.000,00	R\$ 630.000,00	R\$ 666.000,00
Despesas vinculadas ao SUS	R\$ 85.800,00	R\$ 92.040,00	R\$ 98.220,00	R\$ 102.400,00
Município Resolve	R\$ 29.620,00	R\$ 38.040,00	R\$ 42.100,00	R\$ 42.100,00
Manutenção e Conservação dos Prédios da Saúde	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	R\$ 129.190,00	R\$ 120.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00
Programa de Infecções Respiratórias Agudas - IRA	R\$ 12.260,00	R\$ 12.260,00	R\$ 14.260,00	R\$ 14.260,00
Manutenção e Conservação de Bens Móveis e Imóveis	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Cartão SUS	R\$ 180,00	R\$ 240,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
Hiperdia	R\$ 2.220,00	R\$ 1.680,00	R\$ 1.170,00	R\$ 920,00
Manutenção do PSF	R\$ 66.500,00	R\$ 66.450,00	R\$ 67.050,00	R\$ 67.600,00
Aquisição de Medicamentos	R\$ 90.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Vigilância Epidemiológica	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Subvenção ao Centro Bom Pastor	R\$ 12.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Consultório Odontológico - Devolução de Saldo	R\$ 37.440,57	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Aquisição de Insumos Diabetes Mellitus	R\$ 0,00	R\$ 17.834,00	R\$ 17.834,00	R\$ 17.834,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - DST/AIDS	R\$ 0,00	R\$ 4.764,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Construção de Unidade Básica de Saúde - PPV	R\$ 0,00	R\$ 400.280,69	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Manutenção e Conservação da Frota - SMS	R\$ 0,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Taxas Vigilância Sanitária	R\$ 0,00	R\$ 2.671,43	R\$ 4.960,00	R\$ 5.590,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Atenção Básica	R\$ 0,00	R\$ 40.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
Incentivo à Atenção Básica	R\$ 0,00	R\$ 43.113,27	R\$ 31.040,00	R\$ 31.040,00
Total	R\$ 10.415.210,57	R\$ 10.361.193,39	R\$ 10.606.774,00	R\$ 11.057.114,00

Quadro 7 – PPA Eldorado do Sul 2010-2013 - Programa Saúde e Vida: ações e previsão orçamentária

Fonte: Adaptado de Eldorado do Sul. Plano Plurianual 2010-2013.

Ação	Produto	Unidade de Medida			
		2010	2011	2012	2013
Assistência Médica, Odontológica e Sanitária	Atividade mantida	Diversas			
Farmácia Básica	Receitas médicas atendidas	70.000	75.000	77.000	80.000
Despesas com PACS	Visitas realizadas	16.000	16.500	17.000	17.500
Despesas com PSF	Visitas realizadas	10.000	11.000	13.000	15.000
Manutenção das Atividades de Vigilância Sanitária	Atividade mantida	Diversas			
Manutenção das Atividades de Vigilância Epidemiológica	Atividade mantida	Diversas			
Despesas vinculadas ao PABA					
Fixo	Atendimentos realizados	50.000	51.000	53.000	55.000
Despesas vinculadas ao SUS	Atendimentos realizados	100.000	101.000	103.000	105.000
Município Resolve	Atendimentos realizados	2.000	2.000	2.500	2.500
Manutenção e Conservação dos Prédios da Saúde	Prédios mantidos e conservados	9	9	9	9
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Equipamento/material permanente adquirido	175	175	12	25
Programa de Infecções Respiratórias Agudas - IRA	Medicamento distribuído	20.000	22.000	22.000	22.000
Manutenção e Conservação de Bens Móveis e Imóveis	Atividade mantida	Diversas			
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Cartão SUS	Equipamento/material permanente adquirido	1	1	1	1
Hiperdia	Comprimidos distribuídos	100.000	100.000	100.000	100.000
Manutenção do PSF	Comprimidos distribuídos	100.000	100.000	100.000	100.000
Aquisição de Medicamentos	Comprimidos distribuídos	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Vigilância Epidemiológica	Equipamento/material permanente adquirido	4	4	10	3
Subvenção ao Centro Bom Pastor	Subvenção concedida	1			
Consultório Odontológico - Devolução de Saldo	Restituição de Convênio e Transferência	1			
Aquisição de Insumos Diabetes Mellitus	Insumos para Diabetes Mellitus adquiridos	1.000	1.000	1.000	1.000
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - DST/AIDS	Equipamento/material permanente adquirido	7			
Construção de Unidade Básica de Saúde - PPV	Unidade básica de saúde construída				
Manutenção e Conservação da Frota - SMS	Frota mantida e conservada	Diversas			
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Taxas Vigilância Sanitária	Equipamento/material permanente adquirido		R\$ 5,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Aquisição de Equipamentos e Material permanente - Atenção Básica	Equipamento/material permanente adquirido		R\$ 20,00	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Incentivo à Atenção Básica	Atividade mantida	Diversas			

Quadro 8 – PPA Eldorado do Sul 2010-2013 - Programa Saúde e Vida: ações, produtos, unidades de medida e metas

Fonte: Adaptado de Eldorado do Sul. Plano Plurianual 2010-2013.

Analisando o Plano Plurianual 2010-2013 do Município, apresentado nos quadros 7 e 8, identifica-se que embora o PPA esteja organizado em um Programa composto por 27 ações, a Secretaria de Saúde considera como Programas, as iniciativas citadas no item 3.1.1 deste trabalho (Programa de Combate à Dengue, Vigiágua, Controle de Quirópteros, Programa Nacional de Imunizações, Teste do Pezinho, Controle e tratamento da Tuberculose, Programa de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e outras, Tratamento das Hepatites, Controle dos exames citopatológicos, Controle de doenças diarreicas, Serviço de Saúde Mental, Programa de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Hiperdia,

Atenção à Saúde da Mulher/Atenção à Saúde da Gestante, Saúde da Criança, Programa de Atenção à Saúde Bucal, Primeira Infância Melhor (PIM), Saúde do Idoso, Programa de Prevenção da Violência – PPV, Estratégia de Saúde da Família e Programa de Controle do Tabagismo).

Esse descompasso pode significar dificuldade no monitoramento e avaliação das ações, pois além da divergência entre as nomenclaturas, no PPA foi estabelecida uma meta para cada uma das ações e um indicador para o Programa, mas na verdade, o que a Secretaria de Saúde do Município trata como Programas não são exatamente nem as ações elencadas no PPA, nem o próprio Programa.

É possível perceber que o PPA do Município não possui o caráter de uma ferramenta de planejamento de médio prazo, como deveria ser, mas sim de uma lei com foco puramente orçamentário, que possui como objetivo a alocação de recursos. Prova disso é a terminologia utilizada para nominar as Ações constantes no PPA: “despesas com”, “manutenção das atividades”, “despesas vinculadas”, “manutenção e conservação”, “aquisição de”, “subvenção” e “devolução de saldo”.

Além disso, o indicador escolhido para acompanhamento do Programa (número de atendimentos médicos realizados) não permite que sejam identificadas a eficácia nem a efetividade das iniciativas, mas apenas a eficiência, pois não mede o impacto produzido na sociedade, por meio desses atendimentos. Não é possível perceber, por exemplo, se esses atendimentos reduziram o número de internações ou óbitos.

Os objetivos do Programa constante no PPA seguem a mesma falha detectada anteriormente, ou seja, possuem um foco orçamentário. Um dos objetivos é “desenvolver ações relacionadas com aquisição e distribuição de suprimentos, de medicamentos e de produtos farmacêuticos em geral”.

Todas essas constatações demonstram que o PPA do Município traz atividades que deveriam ser apenas o meio utilizado para alcançar um objetivo, como sendo o foco principal do planejamento. Os indicadores utilizados universalmente na área de saúde (mortalidade, morbidade, incidência e prevalência) não aparecem no PPA.

Os indicadores são as principais ferramentas utilizadas para medir uma ação governamental e devem ser construídos a partir dos objetivos traçados no planejamento. Os objetivos constantes no PPA de Eldorado do Sul não são os mais adequados a um planejamento de médio prazo e conseqüentemente o indicador escolhido também não é o mais apropriado para demonstrar se as ações de saúde estão realmente produzindo impactos positivos na população.

Diferente do modelo seguido pelo Governo Federal e pelo Estado do Rio Grande do Sul, onde a elaboração do PPA e do Orçamento estão a cargo do Ministério do Planejamento e da Secretaria do Planejamento, respectivamente; em Eldorado do Sul essas questões são competência da Secretaria da Fazenda. A Secretaria de Planejamento do Município tem foco no planejamento territorial. Considerando que a Secretaria da Fazenda é também responsável pela execução orçamentária, as ações tendem a ser planejadas com foco orçamentário.

3.4 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O quadro 9 demonstra, segundo o Tribunal de Contas do Estado (Rio Grande do Sul, 2012a), o percentual de aplicação em saúde, realizado pelo Município de Eldorado do Sul, nos anos de 2009 a 2011.

Ano	Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS (%)
2009	19
2010	18,46
2011	24,16

Quadro 9 – Eldorado do Sul – Percentual aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul. Tribunal de Contas. Controle social – saúde.

Conforme os dados apresentados pelo quadro 9, nota-se que o Município aplica anualmente em saúde, percentuais superiores ao mínimo estabelecido pela Constituição Federal (Brasil, 2012a) que é de quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos.

Os quadros 10, 11 e 12 apresentam a execução orçamentária do Município nos períodos 2009, 2010 e 2011, no que se refere à área da saúde (Rio Grande do Sul, 2012a). Assim como ocorre com o PPA, a execução orçamentária não demonstra uma relação direta entre os programas de saúde pública desenvolvidos pelo Município (item 3.1.1) e os projetos orçamentários. Saúde Mental e Hipertensão são os únicos projetos orçamentários que aparecem com a mesma nomenclatura na lista de programas de saúde executados pelo Município.

Essa metodologia utilizada para a construção dos projetos orçamentários dificulta a identificação dos recursos orçamentários utilizados em cada um dos programas de saúde.

Projeto/Atividade	Código	Valor liquidado	%
Aquisição de equipamentos e material permanente	1025	62.942	0,56
Ampliação e reforma de prédios públicos	1028	4.982	0,04
Consultório Odontológico – aquisição de material permanente	1128	52.075	0,47
Aquisição de veículo	1139	33.200	0,3
Aquisição de equipamentos e material permanente – Vigilância Epidemiológica	1140	48.358	0,43
Aquisição de veículo – Vigilância Sanitária	1142	63.473	0,57
Assistência médica odontológica e sanitária	2047	9.418.092	84,39
Farmácia básica	2048	209.582	1,88
Saúde Mental	2049	1.360	0,01
Despesas com PACS	2050	138.381	1,24
Manutenção das atividades da Vigilância Sanitária	2052	786	0,01
Manutenção das atividades da Vigilância Epidemiológica	2053	2.805	0,03
Despesas vinculadas ao PABA fixo	2054	744.085	6,67
Despesas vinculadas ao SUS	2055	18.609	0,17
Município resolve	2056	39.367	0,35
Programa de infecções respiratórias agudas	2059	14.233	0,13
Manutenção e conservação de bens móveis	2060	500	0
Manutenção e conservação de bens móveis e imóveis	2060	87.015	0,78
Campanha Multivacinação	2062	3.600	0,03
Controle de vetores de risco à população	2097	23.316	0,21
Hiperdia	2124	22.468	0,2
Aquisição de medicamentos	2142	171.555	1,54
Total		11.160.794	100

Quadro 10 – Eldorado do Sul – Execução orçamentária em saúde 2009

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul. Tribunal de Contas. Controle social – saúde.

Projeto/Atividade	Código	Valor	%
Aquisição de equipamentos e material permanente	1025	136.334	1,09
Aquisição de equipamentos e material permanente - Vigilância Epidemiológica	1140	9.615	0,08
Aquisição de equipamentos e material permanente - Cartão SUS	1147	4.312	0,03
Consultório Odontológico - Devolução de saldo	1166	106.418	0,85
Assistência médica odontológica e sanitária	2047	10.055.579	80,23
Assistência médica odontológica e sanitária	2047	40.258	0,32
Farmácia básica	2048	242.711	1,94
Despesas com PACS	2050	169.427	1,35
Despesas com PSF	2051	642.076	5,12
Manutenção das atividades da Vigilância Sanitária	2052	2.214	0,02
Manutenção das atividades da Vigilância Epidemiológica	2053	5.473	0,04
Despesas vinculadas ao PABA fixo	2054	539.273	4,3
Despesas vinculadas ao SUS	2055	199.856	1,59
Município resolve	2056	634	0,01
Manutenção e conservação dos prédios da saúde	2058	2.002	0,02
Manutenção e conservação de bens móveis e imóveis	2060	50.449	0,4
Controle de vetores de risco à população	2097	27.681	0,22
Hiperdia	2124	20.639	0,16
Aquisição de medicamentos	2142	213.057	1,7
Manutenção do PSF	2144	53.965	0,43
Subvenção ao Centro Bom Pastor	2159	12.000	0,1
Total		12.533.972	100

Quadro 11 – Eldorado do Sul – Execução orçamentária em saúde 2010

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul. Tribunal de Contas. Controle social – saúde

Projeto/Atividade	Código	Valor	%
Aquisição de equipamentos e material permanente	1025	34.367	0,27
Aquisição de equipamentos e material permanente - Vigilância Epidemiológica	1140	2.323	0,02
Aquisição de equipamentos e material permanente - DST/AIDS	1171	4.306	0,03
Construção de Unidade Básica de Saúde - PPV	1172	3.225	0,03
Assistência médica odontológica e sanitária	2047	10.562.614	84,27
Assistência médica odontológica e sanitária	2047	-5.851	-0,05
Farmácia básica	2048	179.252	1,43
Despesas com PACS	2050	169.405	1,35
Despesas com PSF	2051	670.923	5,35
Manutenção das atividades da Vigilância Sanitária	2052	4.722	0,04
Manutenção das atividades da Vigilância Epidemiológica	2053	13.267	0,11
Despesas vinculadas ao PABA fixo	2054	649.106	5,18
Despesas vinculadas ao SUS	2055	71.319	0,57
Assistência médica odontológica e sanitária	2057	-2.501	-0,02
Assistência médica odontológica e sanitária	2057	-1.046	-0,01
Manutenção e conservação dos prédios da saúde	2058	722	0,01
Programa de infecções respiratórias agudas - IRA	2059	4.511	0,04
Manutenção e conservação de bens móveis e imóveis	2060	20.789	0,17
Controle de vetores de risco à população	2097	8.264	0,07
Hiperdia	2124	14.515	0,12
Aquisição de medicamentos	2142	62.435	0,5
Aquisição de insumos Diabetes Mellitus	2161	13.440	0,11
Manutenção do Programa DST/AIDS	2162	28.235	0,23
Manutenção e conservação da frota - SMS	2164	25.884	0,21
Total		12.534.224	100

Quadro 12 – Eldorado do Sul – Execução orçamentária em saúde 2011

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul. Tribunal de Contas. Controle social – saúde

3.5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesta seção será apresentado o levantamento das informações referentes ao processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde no Município de Eldorado do Sul, que foi obtido por meio da aplicação de uma entrevista estruturada (Apêndice B), realizada junto a cinco servidores lotados na Secretaria da Saúde – um enfermeiro do Departamento de Ações em Saúde; uma Bióloga do Departamento de Vigilância em Saúde, responsável pelo monitoramento e avaliação das ações de Vigilância Ambiental; uma Médica Veterinária do Departamento de Vigilância em Saúde, responsável pelo monitoramento e avaliação das ações de Vigilância Sanitária e dois médicos que atuam diretamente nas ações de saúde básica do Município. As servidoras responsáveis pelos Departamentos de Vigilância Ambiental e de Vigilância Sanitária são também, membros do Conselho Municipal de Saúde.

3.5.1 Equipe

O processo de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no Município de Eldorado do Sul é realizado por cinco servidores. Cada um deles é responsável por uma destas áreas: Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Ações em Saúde e Saúde Mental. Todos são servidores de nível superior (Enfermagem, Biologia e Medicina Veterinária), concursados. Não é realizado nenhum tipo de avaliação externa.

Embora os servidores responsáveis pelo processo de monitoramento e avaliação das ações de saúde no Município não tenham frequentado capacitações específicas dessa área, participaram de diversos eventos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Estadual do Rio Grande do Sul, onde foi abordado o tema.

Conforme o Entrevistado A: “Há dois pontos muito positivos em nossa equipe de monitoramento e avaliação. Um deles é o fato de todos serem concursados, o que garante continuidade nas atividades e isenção, pois a relação não é partidária, mas sim técnica. O outro ponto positivo é que todos nós somos formados em cursos da área de saúde”.

3.5.2 Processo

O processo de monitoramento e avaliação não possui seu fluxo mapeado. As avaliações ocorrem durante e ao final das ações. Segundo o Entrevistado A, a Secretaria de Saúde utiliza diagnósticos e estudos que auxiliam a elaboração das políticas públicas de saúde, mas após o planejamento da política e antes de sua implantação, não é realizada uma avaliação *ex-ante*.

As ações monitoradas são aquelas constantes no Pacto pela Saúde celebrado pelo Município junto ao Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Os indicadores monitorados já são previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde (quadros 2, 3 e 4). O Município define quais metas deverão ser atingidas.

Atualmente, o Município não realiza nenhum tipo de pesquisa de opinião com os usuários dos serviços de saúde, mas deverá ser desenvolvida e implementada brevemente, pois o Município aderiu à Estratégia do Ministério da Saúde chamada “Saúde mais Perto de Você” e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A Estratégia Saúde mais Perto de Você exige a realização de pesquisas de opinião com os usuários. Conforme o Entrevistado A: “A percepção dos usuários será utilizada como um dos critérios de avaliação das equipes.”.

Com relação à participação social na gestão da saúde do Município, os servidores entrevistados informaram que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) possui, ainda, uma atuação bastante tímida, que tem foco na análise das contas para sua aprovação. O Entrevistado B relatou que apesar disso, recentemente, um repasse realizado pela Prefeitura a uma organização sem fins lucrativos, que desenvolve um trabalho com foco em dependentes químicos, foi rejeitado pelo CMS, fazendo com que a instituição devolvesse os recursos para os cofres da Prefeitura. Na visão do Entrevistado B esta foi uma demonstração de amadurecimento e evolução do CMS, que além de analisar tecnicamente o repasse, posicionou-se formalmente contrário ao mesmo, revertendo uma situação.

A prestação de contas à sociedade é realizada após a aprovação das mesmas pelo Conselho. Mas conforme o Entrevistado B, assim como no caso do CMS, a população ainda está desenvolvendo uma cultura de controle social. Poucas pessoas participam.

A análise dos resultados alcançados pelas ações de saúde não é realizada de forma multidisciplinar. O Entrevistado B, para exemplificar os problemas que essa prática trouxe ao Município, mencionou que a água armazenada nos reservatórios de algumas escolas municipais foi verificada pela Vigilância Sanitária e apresentou condições inadequadas para consumo. Segundo o entrevistado, se o planejamento e o acompanhamento das ações fossem realizados de forma multidisciplinar, situações como essa poderiam ser evitadas. O entrevistado A manifestou que o Programa de Prevenção da Violência (PPV) teve um papel muito positivo na gestão das políticas públicas do Município, pois propiciou uma maior integração entre diversos órgãos (Saúde, Educação, Trânsito, Habitação, entre outros), que passaram a se inteirar mais das atividades realizadas pelas demais Secretarias participantes do Programa.

O Município não possui um sistema informatizado de monitoramento e avaliação. As informações são coletadas e trabalhadas das mais diversas formas. Nem todas as unidades básicas de saúde possuem computadores e os registros das consultas são realizados manualmente. Os programas federais possuem sistemas que são alimentados pelos municípios. Conforme o entrevistado D: “Os dados relativos à Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, são inseridos no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), mas o levantamento das informações que alimentarão o sistema é realizado nas fichas em papel, o que demanda grande tempo dos servidores e pode acarretar falhas.”.

3.5.3 Resultados

Os servidores que trabalham com o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde elaboram periodicamente relatórios contendo informações sobre o desempenho do Município em relação aos indicadores e metas pactuadas. As informações produzidas são disponibilizadas ao Secretário de Saúde Municipal, ao Chefe do Executivo Municipal, à Secretaria da Saúde Estadual e ao Ministério da Saúde. Sobre a utilização das informações produzidas, o Entrevistado A manifestou que os relatórios estão acessíveis aos gestores e que as análises ali constantes deveriam ser utilizadas de forma mais intensa no processo de tomada de decisão.

Conforme o Entrevistado B, no caso de não alcance das metas, não é realizado nenhum tipo de manifestação por parte dos Governos Estadual ou Federal. Os Entrevistados B e C afirmaram que isso prejudica o trabalho realizado pela equipe, pois alguns gestores públicos enxergam o monitoramento como algo desnecessário, uma vez que não haverá punição por um possível descumprimento de compromissos.

O Entrevistado A relatou que em muitos casos há metas pactuadas para a Saúde, que envolvem ações de outras secretarias, o que também gera alguma dificuldade, pois não é realizada uma coordenação que propicie o alinhamento dessas políticas transversais. Novamente, o Entrevistado A se referiu ao PPV positivamente, afirmando que este é um programa que está sendo conduzido com a participação de diversas secretarias e está permitindo que as áreas dialoguem.

3.5.2 Sugestões

Sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo município no processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde os entrevistados relataram:

- a) As unidades básicas de saúde não possuem um sistema informatizado de registro das informações referentes às consultas realizadas. O processo é feito em fichas manuais. As estatísticas exigem a contagem manual das fichas, o que é demorado e sujeito a falhas. Conforme o Entrevistado E, os servidores que trabalham na recepção dos postos dedicam grande parte do tempo de seu trabalho, preenchendo e recuperando informações de forma manual.

- b) Falta de um sistema informatizado, que contenha as informações do Município: os dados são inseridos em sistemas oriundos do Governo Federal, que os apresentam de maneira fragmentada, dificultando a obtenção de informações e a realização de cruzamentos. Segundo o Entrevistado A, muitas das informações constantes nas fichas de papel são inseridas em sistemas federais, mas a recuperação dessas informações é fragmentada, o que dificulta sua utilização para a realização da avaliação de políticas públicas.
- c) As equipes e os gestores não frequentam capacitações específicas na área de monitoramento e avaliação de políticas públicas. Conforme o Entrevistado A, embora os servidores busquem por conta própria, estudarem o tema, o Município não propiciou esta capacitação.
- d) Há falta de servidores, o que sobrecarrega os responsáveis pelo monitoramento e pela avaliação das políticas, uma vez que além dessa atividade, acumulam muitas outras. Conforme o Entrevistado A: “Embora tenham sido inseridas novas atividades na Secretaria de Saúde, o número de servidores permaneceu o mesmo, o que aumentou a carga de trabalho de todos”.
- e) As informações produzidas pelo processo de monitoramento e avaliação nem sempre são utilizadas pelos gestores para a tomada de decisão. Segundo o Entrevistado C, as decisões, muitas das vezes são tomadas com base em questões orçamentárias, como por exemplo, necessidade de corte de custos, não levando em consideração resultados atingidos por uma ação.
- f) O não atingimento de metas não acarreta qualquer tipo de manifestação por parte do Estado ou da União, o que desvaloriza o processo de monitoramento e avaliação. Conforme o Entrevistado B: “O trabalho desenvolvido pela equipe acaba ficando muito fragilizado, pois embora sejam demonstradas necessidades de ajustes em algumas ações, se essas correções não forem feitas, não haverá uma punição ao gestor”.

Para o aprimoramento do processo, os servidores sugeriram:

- a) Implantação de um sistema informatizado que registre os dados referentes aos atendimentos realizados nas unidades de saúde.
- b) Desenvolvimento de um sistema que apresente as informações constantes nos diversos sistemas federais, de forma integrada.

- c) Realização de capacitações para gestores e servidores, na área de monitoramento e avaliação de políticas públicas. Conforme o Entrevistado C, seria muito importante que os gestores fossem capacitados, pois muitas vezes não são oriundos da área pública e nem mesmo da área de saúde.
- d) Desenvolvimento de ações educativas, que estimulem as pessoas a exercerem o controle social, com o objetivo de valorizar o monitoramento e a avaliação de políticas públicas. Segundo o Entrevistado B, se as pessoas aprenderem mais sobre controle social, provavelmente exigirão prestações de contas mais qualificadas, o que reforçaria o trabalho da equipe.
- e) Realização de avaliações externas com o intuito de aumentar a credibilidade dos resultados identificados. Segundo o Entrevistado A, seria interessante que uma avaliação externa fosse realizada para, inclusive, legitimar os resultados encontrados pela equipe.
- f) Mapeamento e registro do processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas. Dessa forma será possível identificar problemas e oportunidades de melhoria, além de garantir a continuidade do processo no caso de substituição de servidores. Segundo o Entrevistado A, embora todos os servidores que compõe a equipe sejam concursados, ainda assim há risco de alteração da equipe, pois os salários pagos pelas prefeituras vizinhas são superiores, o que os está levando a realizarem outros concursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresenta as considerações finais a respeito deste estudo, que teve como objetivo principal analisar o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, no município de Eldorado do Sul.

Os objetivos específicos do relatório foram apresentar a organização das políticas públicas de saúde no Município de Eldorado do Sul, identificar como se dá o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde no Município e detectar os pontos críticos do processo, sugerindo alternativas.

Para realização do trabalho foram coletados dados e informações por meio de contato com Secretarias do Município e de entrevista estruturada realizada com servidores municipais da área da saúde.

Esses dados e informações demonstraram que o processo de monitoramento e avaliação em saúde no Município de Eldorado do Sul constitui-se basicamente no acompanhamento de indicadores e metas pactuados junto ao Governo Estadual, por meio do Pacto pela Saúde. Conforme apresentado por Contandriopoulos et al. (2002), o principal objetivo da avaliação de políticas públicas de saúde no Município de Eldorado do Sul pode ser classificado como oficioso, pois é a satisfação das exigências dos organismos de financiamento, que no caso são os Governos Federal e Estadual, responsáveis por repasses de recursos para execução de políticas de saúde.

Diferentemente do que era esperado, a proximidade de Eldorado do Sul à Capital do Estado não representou um diferencial positivo no que diz respeito ao monitoramento e à avaliação das políticas públicas de saúde do Município. A própria estruturação dos processos de planejamento e de elaboração do orçamento do Município apresenta-se como uma dificuldade ao monitoramento e à avaliação de políticas públicas.

As atividades ligadas ao planejamento são competências da Secretária de Fazenda Municipal, o que confere ao Plano Plurianual do Município um caráter puramente orçamentário, que impede que sejam utilizados seus indicadores e produtos para realização de um monitoramento que permita identificar resultados das ações. Os projetos orçamentários, por sua vez, também não apresentam uma relação direta com os programas desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, dificultando a identificação de quanto foi gasto em cada programa.

O processo de monitoramento e avaliação das ações em saúde é realizado por cinco servidores municipais, que acumulam outras atividades. Essa equipe não frequentou capacitações específicas na área de monitoramento e avaliação, mas estiveram presentes em

atividades organizadas pelos Governos Estadual e Federal, que abordaram o tema, além de estudarem o assunto por conta própria. As visitas ao Município e as entrevistas realizadas demonstraram que a equipe está muito bem preparada e possui uma atuação bastante intensa, tanto no monitoramento e na avaliação das políticas, como no seu planejamento. Todos membros da equipe demonstraram grande comprometimento com a atividade e muito empenho no sentido de qualificar a gestão das políticas públicas de saúde do Município.

Não são realizadas avaliações externas, portanto, a responsabilidade pela realização de todo monitoramento e avaliação das ações em saúde está a cargo dessa pequena equipe, o que significa grande sobrecarga de trabalho. A realização de avaliações externas, ainda que esporadicamente, conferiria maior credibilidade aos resultados. Conforme Shafiro (2012) as avaliações internas possuem entre suas vantagens a familiaridade que os avaliadores têm com a área e o baixo custo de realização. Como principais desvantagens têm-se: o interesse dos avaliadores em alcançar conclusões positivas, uma vez que são envolvidos com a organização; a possível falta de especialização dos avaliadores e a grande quantidade de tempo que os servidores terão que dedicar a esta atividade, deixando suas atribuições de lado.

Com relação ao material produzido pela equipe, notou-se que as informações não são devidamente valorizadas e utilizadas pelos gestores. As metas não atingidas não significam obrigatoriamente alteração no planejamento realizado. Essa subutilização das avaliações realizadas deve-se em grande parte à inexistência de uma cobrança por parte dos Governos Estadual e Federal. Os dados são repassados periodicamente ao Estado e à União, mas aquelas metas pactuadas, que não são alcançadas, não significam penalizações.

A inexistência de registro informatizado dos dados referentes às consultas realizadas e de um sistema que contenha as informações referentes às políticas públicas executadas no município somam-se a essas dificuldades já elencadas. Os dados são primeiramente registrados manualmente e depois inseridos em sistemas federais, que apresentam as informações de forma fragmentada, dificultando cruzamentos e análises.

Com relação ao crescimento da população registrado pelo IBGE, esta questão não aparece como uma preocupação específica no planejamento da saúde do Município. Prova disso é a meta de atendimentos médicos a ser alcançada segundo o Plano Plurianual Municipal: manutenção de 150.000 atendimentos por ano durante todo o período de vigência do PPA.

No intuito de aprimorar o processo foram sugeridos pelos entrevistados: a implantação de sistemas informatizados que registrem dados dos atendimentos realizados e que apresentem as informações de forma integrada; a realização de capacitações para gestores e

servidores e de ações educativas para a população; a realização de avaliações externas e o mapeamento e registro do processo de monitoramento e avaliação utilizado pelo Município.

A principal limitação deste trabalho está relacionada à grande dificuldade em conseguir as informações do Município. A Lei Orçamentária, por exemplo, embora tenha sido solicitada diversas vezes a diferentes órgãos do Município, não foi fornecida. Os dados utilizados no trabalho são referentes à execução orçamentária obtida por meio de consulta ao Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. O Diário Oficial do Município não está disponível na internet e muitas das informações constantes no site da Prefeitura estão desatualizadas e precisaram ser alteradas ou complementadas com visitas à Eldorado do Sul. Percebe-se, portanto que embora as entrevistas tenham relatado pouca participação da população no que se refere ao controle social, o Município apresenta dificuldades para disponibilizar as informações necessárias à realização desta fiscalização, mesmo quando provocado.

Para realização de novas pesquisas sugere-se que sejam estudados o monitoramento e a avaliação de políticas públicas de outras áreas do Município. Desta forma seria possível comparar qual o procedimento utilizado nos casos em que não há diretrizes federais e indicadores previamente estabelecidos. Além disso, essas áreas não apresentariam o formato de municipalização utilizado na saúde, onde recursos da União são repassados aos municípios para execução de programas federais, que é o caso, por exemplo, da Estratégia de Saúde da Família.

Sugere-se também, a análise dos procedimentos utilizados no monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde em outros municípios da região metropolitana de Porto Alegre para que seja possível identificar pontos de convergência e de divergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTERO, S. A. Monitoramento e avaliação do Programa de Erradicação do Trabalho Escravo. **RAP**, Rio de Janeiro v. 42, n. 5, p. 791-828, Set./Out. 2008.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 138-172.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 06 jun. 2012a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 07 jun 2012b.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 08 jun 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção básica**: municípios terão metas de qualidade dos serviços. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3466/162/municipios-terao-metas--de-qualidade-do-servico.html>>. Acesso em 09 jan. 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos do pacto pela saúde 2010-2011 Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/rs.htm>>. Acesso em 09 fev. 2012e.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 07 jun 2012f.

_____. Ministério da Saúde. **O que é o pacto pela saúde?** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em 07 jun. 2012g.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico**: uma contribuição para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd03_04.pdf>. Acesso em 10 jun. 2012h.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_avaliacao_qualificacao_SUS_versa_o3.pdf>. Acesso em 09 jan. 2012i.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores de programas: guia metodológico.** Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012j.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual de avaliação Plano Plurianual 2004-2007.** Disponível em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.planejamento.gov.br%2Fsecretarias%2Fupload%2FArquivos%2Fspi%2Fplano_plurianual%2Favaliacao_PPA%2F07_PPA_Aval_manual.pdf&ei=Nam_TpXPLtHCgAed3MSYBw&usg=AFQjCNFHZC8jk9qU950U4gv7mRHrKCuxVQ> Acesso em: 10 jun. 2012k.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Conselho Municipal de Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1039>. Acesso em 14 jan. 2012l.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **O que é reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em 27 jan. 2012m.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em 27 jan. 2012n.

CARVALHO, M. L.; BARBOSA, T. R. C. G.; SOARES, J. B. **Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica.** Disponível em: <http://www.inpeau.ufsc.br/wp/wp-content/BD_documentos/coloquio10/214.pdf>. Acesso em 12 nov. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. et al. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-47.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C.. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro v. 27, n. 5, p. 969-992, Set./Out. 2003.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil.** Disponível em: <http://www.aec-tea.org/fabio/Avaliacao_Politicass.pdf>. Acesso em 07 nov. 2011.

ELDORADO DO SUL. Lei nº 2.595, de 16 de fevereiro de 2007. Cria cargos e estabelece salários do Poder Executivo do Município de Eldorado do Sul, revoga a Lei nº 004, de 05 de janeiro de 1989 e suas respectivas alterações e dá outras providências. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/atos/index/pagina/3>>. Acesso em 27 dez. 2011a.

_____. Lei nº 2.809, de 18 de dezembro de. Dispõe sobre a contratação e provimento de cargos destinados a atender ao Programa de Saúde da Família - PSF e de Saúde Bucal do Município, e aproveitamento dos profissionais pertencentes ao quadro permanente constante da Lei Municipal nº 2.595, de 16 de fevereiro de 2007, que "cria cargos e estabelece salários do Poder Executivo do Município de Eldorado do Sul", e dá outras providências. Disponível

em: <eldorado.governomunicipal.com.br/atos/download/id/51365>. Acesso em 27 dez. 2011b.

_____. Prefeitura Municipal. **A Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/mostrar/id/1085/titulo/A+Secretaria>>. Acesso em 03 jun. 2012a.

_____. Prefeitura Municipal. **Conselhos municipais**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/conselhosmunicipais>>. Acesso em 03 jun. 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. **Dados do Município**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/mostrar/id/994/titulo/Dados+do+Munic%C3%ADpio>>. Acesso em 03 jun. 2012c.

_____. Prefeitura Municipal. **História**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/mostrar/id/992/titulo/Hist%C3%B3ria>>. Acesso em 03 jun. 2012d.

_____. Prefeitura Municipal. **Plano Plurianual 2010-2013**: demonstrativo dos programas de Governo e ações. Eldorado do Sul: Prefeitura Municipal, 2009.

_____. Prefeitura Municipal. **Programas**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/mostrar/id/1088/titulo/Programas>>. Acesso em 13 jun. 2012e.

_____. Prefeitura Municipal. **Serviços de saúde Eldorado do Sul**. Eldorado do Sul: Prefeitura Municipal, 2012f.

_____. Prefeitura Municipal. **Vigilância em saúde**. Disponível em: <<http://eldorado.governomunicipal.com.br/conteudo/mostrar/id/1089/titulo/Vigil%C3%A2ncia+em+Sa%C3%>>. Acesso em 13 jun. 2012g.

FERNANDES, A. S. A. **Políticas públicas**: definição, evolução e o caso brasileiro. Disponível em: <http://serv01.informacao.andi.org.br/b6d71ce_114f59a64cd_-7fcc.pdf>. Acesso em 12 dez. 2011.

GOMES, E. G. M. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública**: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/EPPGG/producaoAcademica/tese_EduardoGranha.pdf>. Acesso em 06 jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default_coment.shtm>. Acesso em 06 nov. 2011a.

_____. **Resultados preliminares do universo do Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_municipio_zip.shtm>. Acesso em 06 nov. 2011b.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 11-21.

PEREIRA, J. M.. **Repensando a administração pública: o futuro do Estado de bem-estar**. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10482/925>>. Acesso em 05 nov. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas. Controle Social – Saúde. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=20001:75:3717895600955015:::::>> Acesso em 11 jun. 2012a

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Programa de Prevenção da Violência – PPV**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=8761>>. Acesso em 27 jan. 2012b.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características, e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Disponível em: <www.nepp.unicamp.br/d.php?f=42 >. Acesso em 02 jun. 2012.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas: Coletânea v. 1**. Brasília: Enap, 2006. p. 13-42.

SHAPIRO, J. **Monitoramento e avaliação**. Disponível em: <<https://www.civicus.org/new/media/Monitoramento-e-Avaliacao.pdf>>. Acesso em 07 fev. 2012.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>. Acesso em 06 jun. 2012.

UNICAMP. **Metodologia de análise de políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm#1a>>. Acesso em 12 nov. 2012.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Sou aluno (a) do Curso de Especialização em Gestão Municipal/EaD, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objetivo é analisar o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, no município de Eldorado do Sul.

A sua participação envolve uma entrevista e o consentimento de observar seu ambiente de trabalho. A participação neste estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (51) 8414-3231/3317-1971. Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Contatos com a coordenação do Curso (51) 33083725.

Atenciosamente,

Cursista

Assinatura

Local e data

Consinto em participar deste estudo

Entrevistado

Assinatura

Local e data

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Esta entrevista faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objetivo é analisar o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, no município de Eldorado do Sul.

Dados do entrevistado:

Cargo:

Tempo na função:

Idade:

Sexo:

Forma de vínculo:

Equipe

- 1) Qual o número de funcionários que atua no monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde no Município?
- 2) O monitoramento e avaliação são realizados apenas por servidores do Município ou há alguma avaliação externa?
- 3) Sobre os servidores do Município que atuam nessa atividade: Qual o vínculo com a prefeitura (concursados, contratos, CC, FG, ...)? Qual sua formação? Esses servidores freqüentaram algum tipo de capacitação específica para realização dessa atividade?

Processo

- 1) Como se dá o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde no município? Desde quando é realizado? Foi por iniciativa do município ou por necessidade de cumprir a legislação? O monitoramento e a avaliação seguem orientações provenientes do Estado ou da União? Há um fluxo mapeado? Em que momento as avaliações ocorrem (ex-ante, concomitante, ex-post)? O Município aderiu à Estratégia do Ministério da Saúde chamada “Saúde Mais Perto de Você”?
- 2) É realizada alguma pesquisa de opinião com os usuários dos serviços de saúde?
- 3) Qual o papel do Conselho Municipal de Saúde nesse processo?
- 4) Como se dá a prestação de contas para sociedade?
- 5) A análise dos resultados em saúde é realizada de forma multidisciplinar, considerando ações de outras áreas, por exemplo, saneamento, habitação, educação, etc.?
- 6) Qual foi o critério utilizado para selecionar as ações monitoradas?
- 7) Quais são os indicadores utilizados e como foram definidos?
- 8) É utilizado algum sistema informatizado na realização do acompanhamento das ações?

Resultados

- 1) Como são utilizados os resultados encontrados? As informações são utilizadas pelos gestores na tomada de decisão?

Conclusões

- 1) Quais são as principais dificuldades enfrentadas pelo município no processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde?
- 2) Quais suas sugestões para aprimoramento do processo?