

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Escola de Enfermagem

Bacharelado em Saúde Coletiva

JORDANA LIMA CACERO

**VIVÊNCIAS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE
NO PROJETO CONSOLIDASUS**

Porto Alegre

2018

JORDANA LIMA CACERO

**VIVÊNCIAS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE
NO PROJETO CONSOLIDASUS**

Trabalho de Conclusão de Curso do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Prof.^a Orientadora: Adriana Roese Ramos

**Porto Alegre
2018**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Helena Maria Lima Cacero e José Gabriel Cacero, que me apoiaram incondicionalmente nesta jornada - sem vocês este momento não seria possível.

A minha filha Maria Eduarda Cacero Rosa e ao meu companheiro de vida Alex da Silva Rosa, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos desta caminhada e pelo entendimento dos meus sonhos e projetos.

Aos meus familiares e amigos que compreenderam e desculparam as minhas ausências e as diversas vezes que os privei de momentos juntos para me dedicar aos estudos.

Aos colegas e amigos de curso Bacharelado em Saúde Coletiva pela parceria ao longo destes anos de formação.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Mapa e da equipe de Processamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre por todo incentivo e acolhimento. Em especial a Angela Maria Grando Machado pelo carinho e por acreditar em mim nos momentos em que eu não mais acreditava.

Aos professores de Saúde Coletiva por todo aprendizado e troca de saberes.

À professora e orientadora Doutora Adriana Roese Ramos, pela dedicação, incentivo e confiança no meu trabalho.

*"O que vale na vida não é o ponto
de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim
terás o que colher".*

(Cora Coralina)

RESUMO

O projeto ConsolidaSUS foi planejado através do ideal de gestão preconizado pelo SUS e pela política ParticipaSUS, intencionando que o município seja peça fundamental para o desenvolvimento e a promoção da rede de participação e descentralização da gestão e do planejamento. As equipes de monitoramento ConsolidaSUS são um fórum permanente para o planejamento e o monitoramento das ações e da gestão em saúde das regiões de gerências distritais. O presente estudo teve por objetivo relatar e analisar a experiência de participação e estruturação do projeto ConsolidaSUS na Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro (GDPLP) do município de Porto Alegre, no período de abril de 2016 a julho de 2017. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, que analisou a organização e planejamento do projeto ConsolidaSUS, como também destacou a importância da participação do profissional de saúde neste espaço, relacionando a narrativa com a discussão teórica. A experiência foi vivida pela acadêmica no período em que participou da equipe de Monitoramento da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, como representante e profissional da área da saúde de uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre. O relato foi desenvolvido através de duas categorias temáticas: "Estruturação, planejamento do projeto ConsolidaSUS e equipes de monitoramento da GDPLP" e "Cotidiano do monitoramento e avaliação da GDPLP". Os resultados permitiram concluir que os espaços de monitoramento e avaliação são transformadores da vida social e dos indicadores de saúde. Também fortaleceram a percepção de que é essencial a participação do profissional da área da saúde em ambientes de monitoramento, para qualificar a gestão e potencializar os resultados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Monitoramento em Saúde. Avaliação em Saúde. Projeto ConsolidaSUS. Indicadores de Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The ConsolidaSUS project was planned through the ideal of management recommended by SUS and the policy ParticipaSUS, intending that the municipality is a fundamental piece for the development and promotion of participation network and decentralization of management and planning. The ConsolidaSUS monitoring teams are a permanent forum for the planning and monitoring of health actions and management in the regions of district management. The present study had the objective of reporting and analyzing the experience of participation and structuring of the ConsolidaSUS project in the Partenon / Lomba do Pinheiro Management (GDPLP) of the Porto Alegre city, from April 2016 to July 2017. It is a qualitative, experience-based study that analyzed the organization and planning of the ConsolidaSUS project, as well as highlighting the importance of the participation of the health professional in this space, relating the narrative to the theoretical discussion. The experience was lived by the academic in the period she participated in the Partenon / Lomba do Pinheiro District Management Monitoring Team, as a representative and professional from the health area of a Porto Alegre's basic health unit. The report was developed through two thematic categories: "Structuring, ConsolidaSUS project planning and GDPLP monitoring teams" and "GDPLP monitoring and evaluation daily life". The results allowed to conclude that the spaces of monitoring and evaluation are social life and health indicators transformers. They also reinforced the perception that the participation of the health professional in monitoring environments is essential, in order to qualify management and to maximize results.

Keywords: Unique Health System. Health Monitoring. Health Assessment. ConsolidaSUS Project. Health Indicators. Health Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	7
2 OBJETIVO GERAL.....	13
3 CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	14
3.1 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PLANEJASUS.....	15
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA PARA O SUS – PARTICIPASUS.....	17
3.2.1 Projeto ConsolidaSUS.....	19
4 ABORDAGENS METODOLÓGICAS.....	22
5 VIVÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO CONSOLIDASUS EM PORTO ALEGRE.....	24
5.1 ESTRUTURAÇÃO, PLANEJAMENTO DO PROJETO CONSOLIDASUS E EQUIPES DE MONITORAMENTO DA GDPLP.....	24
5.2 COTIDIANO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GDPLP.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores conquistas da população brasileira, desde a Constituição de 1988, principalmente pelo movimento de inclusão social, acesso universal e descentralização. Sua organização, conforme consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, considera que:

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 1988, p. 1).

A implementação e a regulamentação do SUS começaram em 1990, ano em que foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificou as atribuições e a organização do SUS. Segundo esta lei, no Título II (do SUS), da Disposição Preliminar, artigo 04 (BRASIL, 1990, p. 1), "o SUS é compreendido como o 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". Também, conforme a referida Lei, são objetivos e atribuições do SUS os seguintes fatores: assistência às pessoas, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador e assistência farmacêutica.

Em outras palavras, o SUS é a formalização da conquista do direito de todos à saúde. É uma política pública definida na Constituição Brasileira e está em constante processo de aperfeiçoamento. Desse modo, trabalha-se arduamente pela consolidação de seus princípios doutrinários, sendo estes a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e nas ações de saúde, bem como dos que dizem respeito à sua operacionalização, que é a descentralização dos serviços, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social (BRASIL, 2000).

A efetivação do SUS enfrentou e ainda enfrenta diversas dificuldades, mas um de seus principais avanços ao longo da década de 1990 está relacionado ao acelerado processo de descentralização político-administrativo, com avançada transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais

(SOUZA, 2001). Através da descentralização, busca-se envolver todas as esferas do governo para que, juntas, atuem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população. Entretanto, adversidades ocorrem quando o repasse financeiro para estados e municípios não é gerenciado com responsabilidade.

A esse respeito, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) tiveram um importante papel no processo de descentralização, visto que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Porém, as carências dessas normas, que não apresentavam, na maioria das vezes, real aplicabilidade, colaboraram para que os gestores do SUS assumissem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde no ano de 2006. Este seria anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Estas prioridades eram expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a).

De forma geral, o Pacto pela Saúde de 2006 apresentava mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais destacam-se:

A substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006b, p. 3).

A regionalização foi, portanto, complementada com a portaria nº 2.844, de 20 de setembro de 2010, em que foram estabelecidas orientações sobre a Região de Saúde Intramunicipal:

A adoção de estratégias de regionalização interna ao território do Município constitui uma prerrogativa da esfera municipal. A constituição, a organização e o funcionamento das Regiões de Saúde Intramunicipais são de responsabilidade exclusiva do gestor municipal. Compete ao gestor municipal a definição dos mecanismos de gestão regional intramunicipal, adequados à realidade local, não cabendo neste caso a

constituição de Colegiado de Gestão Regional - CGR (BRASIL, 2010a, p. 1).

Logo, a construção do Pacto pela Saúde pretendia garantir avanços no SUS, mas tornou-se pouco efetivo e seu aprimoramento surgiu anos depois com a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Esse Decreto regulamenta alguns dispositivos da Lei 8.080/90, tendo como função organizar o SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508/11, conforme informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), estabelece as Regiões de Saúde para a provisão dos serviços, organizando-as de forma regionalizada e hierarquizada. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, de urgência e de emergência, assim como atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. O acesso ao SUS terá como porta de entrada a atenção primária, a de urgência e a emergência, contando também com a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral), estabelecendo a atenção primária como a porta de entrada prioritária. O Mapa da Saúde é um conceito importante tratado no Decreto, como uma ferramenta para identificar e programar, geograficamente, recursos e processos de saúde, sendo eles profissionais, estabelecimentos, equipamentos, indicadores de saúde e serviços existentes no país.

No âmbito da assistência à saúde é criada uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece aos seus usuários. Ela visa promover o atendimento da integralidade da assistência à saúde, que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde. Os entes federativos pactuarão nas Comissões Intergestores suas responsabilidades em relação ao repertório de ações e serviços constantes na RENASES, inclusive sobre o financiamento.

A assistência farmacêutica é consolidada por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os medicamentos indicados à atenção básica em saúde e os programas estratégicos do SUS. Outra característica importante do Decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, a partir

do reconhecimento das Comissões Intergestores Tripartite no âmbito nacional, Bipartite no âmbito estadual, e Regional no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e se decide de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado.

Estes aspectos inerentes ao processo de implantação do novo pacto federativo precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e as práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão e no auxílio para a consolidação do sistema. Nesse sentido, o SUS, através do marco estipulado pelo Pacto da Saúde e o Decreto nº 7.508/2011, priorizando uma de suas diretrizes de organização, a descentralização, pensada através de uma gestão participativa que abrange diferentes atores nos processos decisórios e nas diferentes instâncias de governo, cria a política ParticipaSUS e o sistema PlanejaSUS. Ambas as políticas contribuem para a consolidação do SUS, direcionando a ação dos gestores para o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde.

Segundo Paim (2005), são diversas as iniciativas para a avaliação em saúde que vêm sendo desenvolvidas no Brasil de forma progressiva, nas últimas três décadas. O autor ressalta que se pode afirmar que o interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico e que o próprio Ministério da Saúde tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes.

No que concerne aos aspectos do monitoramento, Garcia (2001) afirma ser um processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional e propiciando uma intervenção oportuna. Isso pode ser entendido como uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno, reafirmando a importância destas questões para a consolidação do Sistema de Saúde brasileiro.

O Ministério da Saúde, visando a consolidação do SUS, instituiu em 2006 e 2007, respectivamente, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), regulamentado pela Portaria nº 3.085, e a Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS (ParticipaSUS), aprovada pela Portaria nº 3.027. A Secretaria Municipal de

Saúde de Porto Alegre, objetivando atender à prerrogativa de descentralização do processo de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde no município, desenvolveu, no ano de 2011, o projeto de Consolidação do Planejamento (ConsolidaSUS), conforme consta abaixo:

O ConsolidaSUS é um projeto que propõe a descentralização da gestão participativa, o planejamento, o monitoramento e a avaliação em saúde da Secretaria Municipal de Porto Alegre. Possibilita ampliar o conhecimento sobre os territórios e seus indicadores, qualificando a elaboração de metas prioritárias e planos de ação, empoderando os atores para a tomada de decisão. Sua organização se dá através das Equipes de Monitoramento. Cada Gerência Distrital tem uma Equipe de Monitoramento, cujos objetivos são: definir as metas regionais e indicadores, estabelecer ações para alcançar essas metas, monitorar quadrimestralmente e anualmente as metas regionais visando qualificar a gestão para potencializar os resultados (PORTO ALEGRE, 2013, p. 12-13).

Assim, este estudo visou relatar a participação no grupo de Monitoramento-ConsolidaSUS da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro (GDPLP) no período de abril de 2016 a julho de 2017, ressaltando a importância do empoderamento dos trabalhadores da área da saúde no trabalho de monitoramento e avaliação do Sistema Único de Saúde. Para este fim, foi utilizado o diário de campo e os relatórios realizados posteriormente à participação na equipe de monitoramento, pois tais ferramentas permitiram a categorização empírica do trabalho.

Portanto, apesar de o sistema de saúde brasileiro ter passado por períodos de acentuados avanços ao longo dos seus quase 30 anos de implementação, ainda são muitos os desafios a serem superados para a sua genuína consolidação. Diversos são os projetos, as ações e as políticas idealizadas para que o caminho de estabilização fosse atingido promissora e, destacando-se o ParticipaSUS e o PlanejaSUS, que deram origem ao projeto ConsolidaSUS – Equipes de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Todas essas propostas foram norteadas por uma das principais diretrizes do SUS, que é a descentralização, o que proporcionou a todos os atores envolvidos uma maior autonomia de ação. O projeto ConsolidaSUS teve efetiva adesão da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, e através da participação da equipe de monitoramento dessa gerência surgiu o interesse em realizar um estudo sobre o assunto.

Dada a relevância, e devido aos poucos estudos encontrados nesta área, este trabalho visou servir como documento de incentivo para que mais ações e estudos sejam realizados para consolidar o SUS, intencionando fomentar a maior participação dos trabalhadores no seu planejamento e na sua solidificação. Pretendeu-se, dessa maneira, disponibilizar a todos os agentes da área da saúde informações e experiências sobre a consolidação do SUS vividas pela autora, vivências estas que foram analisadas e embasadas através da literatura apresentada ao longo do trabalho.

2 OBJETIVO GERAL

Relatar e analisar a experiência de participação e estruturação do projeto ConsolidaSUS na Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre, no período de abril de 2016 a julho de 2017.

3 CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Várias transformações ocorreram ao longo de toda história das políticas de saúde no Brasil. Durante essa trajetória, a participação da população no estabelecimento, na implementação e na avaliação dos serviços de saúde não fazia parte da rotina dos seus serviços de assistência.

A participação dos usuários dos serviços de saúde permitiu a implementação do controle social determinado pelo processo de democratização do sistema de saúde. Segundo Costa e Noronha (2003), o controle social estabelece uma forma de participação da sociedade nas decisões e nas avaliações para a reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, estando particularmente relacionado ao processo de descentralização em consequência da aproximação territorial entre usuários e gestores. Desse modo, toda ação reguladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios específicos em relação ao SUS, está incorporada ao contexto denominado de controle social.

O Ministério da Saúde estabelece a gestão participativa como meio de efetiva participação da comunidade nas discussões das políticas de saúde. Para Cordeiro e Ribeiro (2006), o método de gestão, atualmente, envolve uma série de atividades mais holísticas e diversificadas que no passado. Dessa forma, “a gestão participativa é o modelo de gestão que mais se adapta ao novo homem da sociedade do conhecimento, indivíduo este, que tem como característica marcante o inconformismo diante de respostas vagas e atitudes sem sentido” (CORDEIRO; RIBEIRO, 2006, p. 03). Seguindo essa lógica, documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) trata que a gestão estratégica e participativa se caracteriza como um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, buscando maior eficácia, eficiência e efetividade por meio de ações que incluem, entre outros, o apoio ao controle social, a educação popular e a mobilização social.

O conceito de Gestão participativa é definido por Rocha (2003) como sendo a orquestração de um conjunto de políticas geradas em conjunto com a sociedade, sendo participativa por permitir a construção de ações planejadas por executores e usuários. Isso ocorre porque ela trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios

protagonistas do processo, proporcionando aos sujeitos o exercício da aprendizagem por entender que a responsabilidade para se ser solidário deve ser, em princípio, assimilada, compreendida e internalizada.

Entretanto, idealiza-se que a coparticipação entre gestores, profissionais e usuários seja algo mais especializado e que permita gerar discussões, avaliações e a implementação de serviços de saúde consistentes e adequados às necessidades da população brasileira, seja nas ações de prevenção, promoção ou recuperação, seja nos níveis primário, secundário e terciário de assistência, seja nas esferas municipal, estadual ou federal. Por isso, é importante que haja planejamento, observação e qualificação em saúde para que as primordialidades sejam realmente atendidas e supridas, de forma a respeitar a participação de todos os indivíduos envolvidos. Neste contexto, é essencial um melhor entendimento sobre as estratégias e as ações em saúde que possuem como objetivo principal a colaboração para a consolidação do SUS através do seu monitoramento e avaliação.

3.1 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PLANEJASUS

O PlanejaSUS foi criado com o intuito de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, objetivando implementar e difundir uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação, de forma a qualificar as ações do SUS.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) define o PlanejaSUS como um sistema de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas nesse âmbito; o PlanejaSUS deve, assim, ser entendido como uma estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação. O objetivo geral é coordenar o planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo,

contribuindo efetivamente para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e a qualidade da gestão e da atenção à saúde.

Cabe destacar também as portarias que norteiam a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS – pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) –, conforme informações do Ministério da Saúde (2009a):

- Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta esse Sistema;
- Portaria nº 3.332, do dia 28 subsequente, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS e revoga a Portaria nº 548/2001 (“Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”) e;
- Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS.

Registrem-se, ainda, as Portarias nº 376, de 16 de fevereiro de 2007, nº 1.510, de 25 de junho de 2007 e nº 1.885, de 9 de setembro de 2008 revogadas pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, a qual estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e institui como instrumentos para o planejamento: Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esta portaria ainda incentiva à participação popular nos processos de elaboração e discussão de toda e qualquer ação de gestão à saúde. (BRASIL, 2013).

No PlanejaSUS são estabelecidos os instrumentos básicos do planejamento nas três esferas de gestão do SUS, a saber:

- **O Plano Municipal de Saúde (PMS)** é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; é a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.
- **A Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, nesse são detalhadas as ações e as metas anuais, ainda são identificadas as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações.
- **O Relatório de Gestão (RG)** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. (PORTO ALEGRE, 2013, p. 11).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA PARA O SUS – PARTICIPASUS

A portaria nº 3.027 de 26 novembro de 2007 aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, o ParticipaSUS, que tem como objetivo orientar as práticas de participação, fortalecendo o controle social e promovendo a ética e a escuta na gestão do sistema, assim como monitoramento e avaliação da gestão.

Conforme documento apresentado na Reunião de Colegiado do Ministério da Saúde de 19/09/2006, esta política tem por base os seguintes Princípios e Diretrizes:

- Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde como responsabilidade do Estado, com Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social.
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.
- Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde.
- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.
- Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.
- Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 2006c, p. 13-14).

Parte-se, portanto, do conhecimento de que a Gestão Estratégica e Participativa constitui um conjunto de iniciativas voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS. Dessa forma, visa maior eficiência e efetividade por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, educação popular, mobilização social, busca por equidade, monitoramento e avaliação, ouvidoria, auditoria e gestão da ética nos serviços públicos

de saúde. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os seguintes componentes:

1- A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS: [...] o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

2- Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS: Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

3- Ouvidoria do SUS: [...] as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social. As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações, fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

4- Auditoria do SUS: A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. (BRASIL, 2006c, p. 8-15).

3.2.1 Projeto ConsolidaSUS

O projeto ConsolidaSUS foi idealizado através do ideal de gestão preconizado pelo SUS e pela política já citada, a ParticipaSUS, intencionando que o município seja peça fundamental para o desenvolvimento e a promoção da rede de participação e descentralização da gestão e do planejamento. Segundo dados do Ministério da Saúde

A função planejamento - neste compreendido o monitoramento e avaliação - são inerentes a todos os profissionais independentemente de onde atuem. O planejamento detém enorme potencial para viabilizar o alcance de oportuna resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas. Essa é uma das principais potencialidades que conferem ao planejamento estratégico para a qualificação da gestão. (BRASIL, 2010b, p. 9):

Conforme informado em guia do CONASS (CONASS, 2016), pode-se afirmar que o monitoramento e a avaliação são expressões complementares entre si, pertencendo a um mesmo sistema. A prática de avaliar (atribuir juízo de valor), inclusive, é inerente tanto ao processo de monitoramento quanto ao de avaliação. O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. A avaliação aprofunda a compreensão sobre esse desenvolvimento, examinando as hipóteses geradas pelo monitoramento acerca das diferenças observadas entre o planejado e o executado (implementação) ou o alcançado (resultado ou impacto).

Assim, a Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, buscando atender a este objetivo, cria, no ano de 2011, o projeto chamado ConsolidaSUS/Equipes de Monitoramento. Trata-se de um fórum permanente para o planejamento e o monitoramento das ações e da gestão em saúde das regiões de gerências distritais, sendo preconizada a participação dos gerentes distritais, dos membros das suas equipes, dos coordenadores de equipes de saúde locais, dos trabalhadores e dos usuários representantes dos conselhos distritais e locais das regiões. Prevê, ainda, a participação de integrantes da ASSEPLA, da CGVS e das universidades, conforme explica o Guia de Apoio às Equipes de Monitoramento do ConsolidaSUS de 2016. Ainda, de acordo com o Guia, o monitoramento possui os objetivos mencionados a seguir:

O monitoramento busca fornecer suporte à Gestão, Gerência Distrital, e Serviços de saúde para qualificação do diagnóstico situacional local que permita desenvolver ações de acordo com as necessidades das regiões. Visa incentivar e aproximar as atividades finalísticas de seus indicadores oportunizando sua análise e planejamento. A avaliação resultante do monitoramento espera estimular a consciência sobre a necessidade de participação na gestão local. Desta forma objetiva potencializar os projetos estratégicos através da cogestão. Garantir a participação igualitária de todos os segmentos e atores. Consolidar o monitoramento como ferramenta de cogestão permanente. Fornecer retorno sobre o andamento dos projetos aos profissionais e usuários. Sistematizar as informações de saúde e produzir conhecimento sobre a realidade de saúde dos territórios como instrumento para qualificação da atenção à saúde (PORTO ALEGRE, 2016, p. 8).

O ConsolidaSUS orienta-se pela coresponsabilização, gestão compartilhada, ou cogestão, e espaços permanentes de gestão colaborativa. Para a continuidade e o fortalecimento deste projeto é necessário que os atores das Equipes de Monitoramento estejam comprometidos com esses aspectos. Conforme consta na Cartilha ConsolidaSUS (PORTO ALEGRE, 2013), a Gestão compartilhada, ou cogestão, consiste em monitoração e avaliação realizadas compartilhadamente entre gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS. A coresponsabilização defende que setores desenvolvam seu plano e metas de trabalho, analisando pontos críticos e propondo estratégias, metas e ações resolutivas. Os espaços permanentes de gestão colaborativa são canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS.

Por este motivo, é de extrema importância que os sujeitos integrantes e participantes da Equipe de Monitoramento saibam definir o seu papel. De acordo com o Guia de Apoio para as equipes de monitoramento ConsolidaSUS (PORTO ALEGRE, 2016), as coordenações das Gerências Distritais têm o papel de coordenar o trabalho das equipes de monitoramento. A ASSEPLA tem a função de qualificar a gestão do SUS em Porto Alegre/RS, a CGVS observa e analisa de forma permanente a situação de saúde da população e do território, os representantes distritais participam contribuindo para a produção de conhecimento e com a sistematização das informações e o controle social compartilha as necessidades da população e a posterior divulgação nos conselhos de saúde. A todos, portanto, compete contribuir com dados e

informações relevantes ao processo de monitoramento, assim como participar da elaboração, da implantação e da implementação de políticas municipais de saúde.

4 ABORDAGENS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência do autor, fundamentado nas observações e nas reflexões como participante do projeto ConsolidaSUS – Equipes de monitoramento da GDPLP. Os encontros ocorreram mensalmente, no período de abril de 2016 a julho de 2017, com duração de 3 horas, sendo organizados no Auditório do Centro de Saúde Murialdo, onde situa-se a Gerência Distrital.

O relato de experiência é um texto que narra uma dada vivência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. Segundo Walter Benjamin, a narração é uma forma de compartilhar experiências, usando a metodologia de troca, que utiliza de uma nova forma de narrar os acontecimentos e vivências, aproximando autor e leitor, o que, atualmente, percebe-se restrito, já que uma aparente “incapacidade de diálogo” entre as pessoas e as gerações se acentua. (BENJAMIN, 1994)

Foi utilizado o método qualitativo de análise na elaboração do relato a partir das memórias acerca das atividades acompanhadas, tendo como base as anotações em diário de campo da autora. O diário de campo consiste em um instrumento capaz de possibilitar o exercício acadêmico na busca da identidade profissional à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma reflexão da ação profissional cotidiana, revendo limites e desafios. É um documento que apresenta caráter descritivo, sendo analítico, investigativo e com sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas. O diário consiste em uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e de registros das ações quantitativas e qualitativas vivenciadas pelo sujeito (LEWGOY; ARRUDA, 2004). Os dados obtidos foram analisados e categorizados de forma temática. Conforme Minayo (2010), a análise temática se subdivide em três etapas, a partir das quais os dados serão trabalhados da seguinte forma:

- Pré-análise: momento em que os dados são sistematizados, com vistas a estabelecer parâmetros de avaliação para a análise final;

- Exploração do material: ocasião em que os dados são examinados e classificados, mediante critérios estabelecidos, com a finalidade de segmentá-los em categorias teóricas ou empíricas e;

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: neste momento os dados brutos são tratados e interpretados, possibilitando extrair conclusões acerca das descobertas do estudo e, por conseguinte, atribuindo significado e utilidade à pesquisa.

Este trabalho de conclusão seguiu um roteiro para narração e análise qualitativa, segmentando e focando o estudo em dois campos de desenvolvimento: Estruturação, planejamento do projeto ConsolidaSUS e equipes de monitoramento da GDPLP e Cotidiano do monitoramento e avaliação da GDPLP.

Para a estruturação do estudo foi preservado o anonimato dos sujeitos. Para tanto, o relato foi pautado nas experiências pessoais da autora e em embasamento teórico, a partir de literaturas exploradas no decorrer da experiência profissional vivida como representante da equipe de monitoramento do ConsolidaSUS. Como também, foram utilizadas demais referências relevantes no decorrer da realização deste trabalho. Por se tratar de um relato de experiência, não exigiu a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas está de acordo com os preceitos éticos em pesquisa estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

5 VIVÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO CONSOLIDASUS EM PORTO ALEGRE

O projeto ConsolidaSUS começou a sua consolidação através da supervisão das equipes de monitoramento nas Gerências Distritais do município de Porto Alegre.

Nas próximas páginas, as experiências da autora como participante e representante como profissional da área da saúde no projeto ConsolidaSUS na GDPLP foram relatadas e analisadas, através de duas categorias temáticas.

5.1 ESTRUTURAÇÃO, PLANEJAMENTO DO PROJETO CONSOLIDASUS E EQUIPES DE MONITORAMENTO DA GDPLP

Para compreender a organização do projeto ConsolidaSUS, primeiramente é necessário retomar a forma de estruturação dos serviços de saúde no município de Porto Alegre.

Os serviços de saúde do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

Para Rullani (1997) o território significa enraizamento, identidade e conexões, recursos ambientais e infraestrutura, relações cotidianas, conhecimentos, experiências e lugar de vida. Tem uma dimensão local e outra global, em que a territorialização se dá, principalmente, por fatores econômicos e culturais. Seguem os autores alegando que as forças econômicas, políticas e culturais, reciprocamente relacionadas, efetivam o território no e com o espaço geográfico, centrado e emanado na territorialidade cotidiana dos indivíduos. A apropriação e a produção territorial são processos econômicos, políticos e culturais. Elas estão intimamente ligadas à produção do território.

No Brasil, o Distrito Sanitário resulta de mandamento legal contido no art. 10 e parágrafos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos

disporão sobre sua observância. § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, pretendeu-se desenvolver a concepção de Distrito Sanitário como método social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, o que acarreta considerá-lo nas suas dimensões política, ideológica e técnica. Assim, o Distrito Sanitário:

[...] tem uma dimensão política, dado que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde, atuando na sua base operacional de nível local, numa situação de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. O Distrito Sanitário é, portanto, microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação do capital político, poder, para construir viabilidade à situação-objetivo que deseja alcançar. O Distrito Sanitário tem uma dimensão ideológica, uma vez que, ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por um paradigma assistencial-determinado ou uma concepção ampliada do processo saúde-doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. O Distrito Sanitário é, então, microespaço social de luta ideológica (MENDES, 1999, p. 94-95).

As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

A GDPLP é responsável pela Atenção Primária e pelos Serviços Especializados em Saúde das regiões Partenon e Lomba do Pinheiro. A sua rede de serviços é composta por 30 estabelecimentos de saúde, sendo: 13 Unidades de Saúde da Família (USF), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Unidade Presídio Central, 3 Unidades de Saúde Indígena (USI), 1 Centro de Saúde, 1 Farmácia Distrital, 2 unidades Saúde Mental e 1 Pronto Atendimento (PA). Os Distritos Partenon/Lomba do Pinheiro têm uma população, segundo dados do IBGE, de 181.238 habitantes (IBGE, 2010).

As redes de atenção à saúde, são conceituadas como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2298).

O projeto ConsolidaSUS se organiza através das Equipes de Monitoramento, deste modo, cada Gerência Distrital possui uma equipe. Na GDPLP este trabalho começou a se fortalecer em meados de 2012, com a organização do grupo de monitoramento composta por representantes da coordenação da gerência, trabalhadores dos estabelecimentos de saúde da gerência, trabalhadores da ASSEPLA, trabalhadores do controle social, trabalhadores da CGVS, Conselho Municipal de Saúde, Conselho local de Saúde e representantes das Instituições de Ensino, quando a região é um Distrito docente Assistencial.

Os objetivos das Equipes de Monitoramento, conforme a Cartilha ConsolidaSUS (PORTO ALEGRE, 2013, p.12 e 13), são: "definir as metas regionais e indicadores, estabelecer ações para alcançar essas metas, monitorar quadrimestralmente e anualmente as metas regionais visando qualificar a gestão para potencializar os resultados".

O papel de cada área nas equipes de monitoramento está descrito no Guia de Apoio para as Equipes de Monitoramento ConsolidaSUS como,

As coordenações das Gerências Distritais têm o papel de coordenar o trabalho das equipes de monitoramento para facilitar o processo de formação e consolidação das equipes; fomentar a qualificação destes fóruns; apoiar as equipes nas reuniões, esclarecer as prioridades da gestão; estimular a integração entre trabalhadores e gestores, além de reforçar a importância da participação do controle social, professores e alunos. A ASSEPLA participa mensalmente das reuniões de cada equipe de monitoramento, sendo seu papel: fomentar a qualificação destes fóruns; apoiar as equipes nas reuniões, esclarecendo dúvidas, com relação ao planejamento e prioridades da gestão, estimular a integração e a participação dos diferentes atores envolvidos com esse processo e dos diferentes espaços de monitoramento de indicadores que há na SMS. A CGVS participa das equipes de monitoramento, subsidiando periodicamente o grupo com dados dos indicadores de saúde e os seus respectivos contextos populacionais. Os representantes dos distritos docentes assistenciais participam contribuindo para a produção de conhecimento e sistematização das informações sobre a realidade de saúde dos territórios. O controle social contribui no planejamento, e posterior divulgação nos conselhos, das ações

propostas e da situação de saúde das regiões. Guia de Apoio para as Equipes de Monitoramento ConsolidaSUS (PORTO ALEGRE, 2016, p. 8-9)

Os encontros dos representantes do monitoramento da GDPLP aconteciam mensalmente, geralmente na última quarta-feira do mês, no turno da manhã, com duração de 3 horas. Também havia um Grupo de Apoio ao Monitoramento, formado por aqueles representantes que se dispunham a participar de reuniões complementares, onde se realizava o término de discussões não findadas no grande grupo e seus encaminhamentos, dando retorno na reunião principal. As reuniões do Grupo de Apoio do Monitoramento também eram mensais, no turno da manhã, com duração de 3 horas, geralmente na terceira quarta-feira de cada mês ou com datas acordadas conforme disponibilidade dos participantes e excepcionalmente com mais de um encontro por mês.

Ocorriam bimensalmente as reuniões ampliadas com todas as Equipes de Monitoramento, com a participação das Áreas Técnicas, outros representantes do Controle Social e demais coordenadores dos serviços das gerências, focadas em metas prioritárias para a cidade de Porto Alegre.

Avaliar a atenção em saúde com vias de consolidar o nosso sistema de saúde é um processo complexo, que envolve compreensão de um cenário seletivo e percepção crítica de como as práticas e serviços de saúde se inserem no contexto que se pretende analisar. Entender a avaliação como "complexa" não significa necessariamente dizer que seja complicada, uma vez que a finalidade maior das técnicas e instrumentos empregados no processo de avaliação é tentar realizar sínteses que direcionem ações e proposições (DEMO, 2002).

O trabalho da Equipe de Monitoramento da GDPLP estava de acordo com as pactuações realizadas com o gestor municipal. Para isso, tinha como atribuições:

[...] apoiar a sua Gerência Distrital na observação dos indicadores de saúde da sua região, assim como auxiliar na tomada de decisão referente à mudança nos processos de trabalho, na otimização de fóruns de categorias profissionais e também de apoio à elaboração e execução dos instrumentos de planejamento, monitoramento e na gestão em saúde (PORTO ALEGRE, 2016, p.7).

Deste modo, os encontros da equipe objetivavam promover a interação entre pessoas que formulam ferramentas de arranjos e inclusão de saberes e práticas,

criando um espaço de vínculo e apoio, com troca e corresponsabilização entre os participantes.

A organização do trabalho das equipes de monitoramento buscava ser fundamentada no planejamento estratégico situacional (PES). O PES foi concebido na década de 80 por Carlos Matus, economista chileno, como proposta teórico metodológica para planejar e governar. Matus defende que dirigentes que planejam são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação. Para esse autor, o planejamento depende de uma gestão descentralizada, a definição de objetivos a partir de problemas e a análise da viabilidade e da estratégia de sua solução. Ele prevê quatro momentos em seu planejamento estratégico situacional: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O primeiro momento é a seleção e análise dos problemas relevantes que pedem solução na visão dos atores envolvidos. O segundo momento é a definição da situação-objetivo futura que se quer atingir e quais são as operações necessárias para se obterem resultados, tendo presente os nós críticos dos cenários possíveis. O terceiro momento é a análise da viabilidade desse plano de operações em suas diferentes dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa. O quarto momento é a gestão e o monitoramento operacional da execução do plano (MATUS, 1993; RIVERA; ARTMANN, 2012).

O monitoramento tinha como base os seguintes instrumentos: Plano de Saúde do Município, Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão. Assim, o trabalho da equipe devia ser realizado a partir da integração dos Relatórios de Gestão da SMS, perfil epidemiológico da população da região PLP, prioridades da gerência distrital PLP e da gestão em saúde vigente, abrangendo as metas que constavam na PAS.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um dos mais importantes instrumentos de planejamento de uma gestão em saúde. O PMS é ferramenta central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. A partir do plano são definidas, acompanhadas e geridas as ações do sistema de saúde, uma vez que esse documento determina as ações a serem realizadas, em quatro anos, para enfrentar um conjunto de problemas da sua população (BRASIL, 2009a).

O plano de saúde solidifica as políticas e contratos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão posterior (BRASIL, 2016).

A PAS é um instrumento que apresenta o detalhamento das ações, indicadores e metas anuais a serem atingidas, responsáveis e eventuais parcerias, bem como a previsão de recursos financeiros que podem ser disponibilizados no ano, para a execução das proposições do Plano de Saúde. Sua elaboração tem como base legal as normas do Ministério da Saúde, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA do respectivo exercício (BRASIL, 2010b). Além de tudo isso, a PAS é instrumento que serve como referência para a construção do RAG (Relatório Anual de Gestão), delimitando o seu objeto. PAS e RAG representam, assim, recortes anuais do Plano de Saúde, sendo que o primeiro apresenta um caráter propositivo e o segundo um caráter analítico/indicativo (BRASIL, 2010b).

A Programação Anual de Saúde abrange as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o desempenho das metas do Plano de Saúde, as metas anuais para cada ação definida, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação e os recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento (BRASIL, 2016).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), conforme o conjunto de metas, ações e indicadores. Por isso, é fundamental para orientar os eventuais ajustes no Plano de Saúde correspondente e para orientar a elaboração da nova programação anual, sendo a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o relatório de gestão é o dispositivo em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram efetuadas no ano anterior.

O conteúdo do Relatório de Gestão abrange:

- I Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;
- II Demografia e dados de morbimortalidade;
- III Rede física de saúde;
- IV Recursos Humanos;
- V As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- VI As metas da PAS previstas e executadas;
- VII A análise da execução orçamentária;
- VIII As auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e
- IX As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (BRASIL, 2016, p.108).

No ano de 2016, além dos instrumentos citados acima, o grupo passou a monitorar algumas metas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Como parte das diretrizes do Ministério da Saúde para a Atenção Básica (AB), foi criado este Programa Nacional. O Programa, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 revogada pela Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015), tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorarem o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS na AB, mediante um processo de auto-avaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB foi produto de um relevante processo de pactuação das três esferas de gestão do SUS para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil. O PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da AB, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação da população aos serviços de saúde (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Então, neste ano a gerência baseou o seu monitoramento na PAS 2016 e no PMAQ. Assim foram relacionadas 20 metas:

Meta 01 - Realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola;

Meta 2 - Realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos de ensino fundamental (crianças a partir de 6 anos / 1º ao 9º ano do ensino fundamental) das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola.;

Meta 3 - Reduzir de 3,2% para índices iguais ou menores que 3% a transmissão vertical do HIV;

Meta 4 - Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 16/1.000 nascidos vivos;

Meta 5 - Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos para 89/100.000 habitantes.

Meta 6 - Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose;

Meta 7 - Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 75%;

Meta 8 - Realizar atividades educativas em saúde bucal com 25% dos alunos das escolas e instituições de educação infantil pactuadas no Programa Saúde na Escola;

Meta 9 - Aumentar a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças aos 4 meses de vida para 80%;

Meta 10 - Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática de 5,75% para 6%;

Meta 11 - Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal de 73% para 75%;

Meta 12 - Aumentar de 35% para 40% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém-nascido em até sete dias de vida;

Meta 13 - Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos de 0,39 para 0,41;

Meta 14 - Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,16 para 0,17 em mulheres na faixa etária de 40 anos ou mais;

Meta 15 (PMAQ) - Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante. É Número de atendimentos médicos e de enfermeiros/ número de total de habitantes da unidade cadastrados no E-SUS;

Meta 16 (PMAQ) - Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea por médicos e enfermeiros;

Meta 17 (PMAQ) - Percentual de atendimentos de consulta agendada de médicos e enfermeiros;

Meta 18 (PMAQ) - Índice de atendimento por condição de saúde avaliada: hipertensão, diabetes, obesidade e depressão. Número de atendimentos de cada uma dessas populações/ número da prevalência nas unidades conforme o E-SUS;

Meta 19 (PMAQ) - Percentual de encaminhamentos para serviço especializado (apenas médico);

Meta 20 (PMAQ) - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

As metas a serem avaliadas e monitoradas pelos representantes, no primeiro momento, foram questionadas quanto a sua relevância, uma vez que os indicadores apresentados não iriam demonstrar a realidade de todas as unidades de saúde. Mesmo assim, a coordenação da Gerência PLP propôs que o trabalho fosse realizado conforme a proposta inicial no primeiro quadrimestre do ano de 2016, para posterior análise dos resultados obtidos e após se faria uma reavaliação da permanência destes indicadores pelo grupo de monitoramento. Os processos de monitoramento devem ser fundamentados em informações que designam os aspectos nucleares do trabalho e só têm sentido se implicarem em discussão e reformulação periódicas desse trabalho (SALA; NEMES; COHEN, 1996).

As metas eram disponibilizadas para os representantes do monitoramento através de uma planilha Excel, já formatada com fórmulas e gráficos para melhor análise das metas. Junto com a planilha de monitoramento era enviado o questionário de avaliação das metas. O objetivo deste questionário era que a unidade não apenas lançasse os dados na planilha, mas também realizasse uma análise reflexiva e crítica dos dados obtidos. Avaliando as metas atingidas ou não através de suas ações ou de problemas ocorridos no período. Os resultados de cada quadrimestre eram enviados para o e-mail da equipe de monitoramento e eram avaliadas pelos representantes da gerência distrital, que apontavam quando tinham alguma dúvida ou discordância em relação ao dado informado, para ajustes ou confirmações.

A equipe de monitoramento apresentava relatórios quadrimestrais, com dados dos indicadores analisados, e anuais, com destaque das principais ações desenvolvidas, dos resultados positivos e negativos, das dificuldades e dos desafios para o próximo período. A apresentação dos relatórios quadrimestrais ocorria no encontro mensal no final de cada quadrimestre do ano, e além dos habituais participantes era convidado o coordenador de cada unidade de saúde. A apresentação anual ocorria no encontro de início de ano, geralmente no mês de março, devido as grandes ausências nos meses de dezembro a fevereiro, por causa do elevado volume de férias dos trabalhadores neste período.

Os indicadores são instrumentos usados para avaliar uma situação ou a consecução de objetos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados

de ações e comparar resultados. Os indicadores podem ser úteis para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). Classicamente os indicadores são compreendidos como “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (MALETTA, 2000).

Para a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008), os indicadores de saúde são medidas sintéticas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Schuch (2001) sublinhou, na definição de indicadores de saúde, suas funções administrativas para o planejamento e controle dos serviços de saúde.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade (medir as alterações desse fenômeno) e especificidade (medir somente o fenômeno analisado). Outros atributos de qualidade de um indicador são sua mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (RIPSA, 2002).

A maioria dos dados coletados para o monitoramento ConsolidaSUS tinham como fonte o sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), conforme o Ministério da Saúde, foi uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Ação esta, alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-

SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. (BRASIL, 2018)

No relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO, 2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança). Afirma, ainda, que um sistema de informações em saúde que funcione bem é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema de saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema. Assim, as estatísticas de saúde devem permitir que os tomadores de decisão, em todos os níveis do sistema, identifiquem avanços, problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas e programas de saúde, e aloquem de forma otimizada recursos, na maioria das vezes, escassos (WHO, 2007; MUTALE *et al.*, 2013).

5.2 COTIDIANO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GDPLP

O cotidiano do grupo de monitoramento e avaliação da GDPLP despertou diferentes percepções na autora, pois inferiu aspectos positivos e negativos com relação a observação dos indicadores de saúde e a participação do profissional da área da saúde.

A principal dificuldade das equipes de monitoramento era a permanência dos integrantes no grupo, pois ocorriam muitas mudanças em curtos períodos de tempo, fazendo com que o trabalho fosse retomado e explicado novamente para os novos integrantes, o que dificultava o andamento e evolução das análises. Outra dificuldade era o acesso às informações na área de relatórios no sistema e-SUS, pois para retirar alguns tipos de relatórios para obter as informações necessárias para preencher a meta, era preciso pedir para o coordenador da unidade, que tinha o perfil necessário. Por isso, por muitas vezes se discutiu gerar um perfil mais amplo para os representantes terem acesso a esses relatórios sem depender do coordenador da unidade. Mas nunca se concretizou devido às frequentes mudanças de representantes de monitoramento.

Apesar das dificuldades de permanência na equipe de monitoramento ConsolidaSUS, o profissional da área da saúde representa um importante papel neste espaço, pois é ele quem cria o elo entre a sua unidade de saúde e a gestão, através da coleta, análise e críticas dos dados coletados. Desta forma, auxilia na melhoria de indicadores para a sua região e na consolidação do SUS.

A participação na equipe de monitoramento ConsolidaSUS da GDPLP ocorreu no período de abril de 2016 à junho de 2017, como representante da unidade de saúde Mapa do distrito Lomba do Pinheiro. Eu trabalhava nesta unidade como técnica de enfermagem estatutária. Inicialmente essa oportunidade ocorreu pelo fato de estar cursando o curso de graduação de Bacharelado em Saúde Coletiva e a coordenadora da unidade Mapa entendeu que teria interesse participar deste espaço.

O meu papel como representante era, além de participar das reuniões, coletar e analisar os dados produzidos pela unidade, discutir essas informações no grupo de monitoramento e nas reuniões de equipe da unidade, auxiliar nas propostas de ações para a melhoria de indicadores não satisfatórios, como também compartilhar os indicadores satisfatórios com os demais. Assim, a principal atribuição de um participante em um fórum de monitoramento é realizar e estimular a troca de saberes, estimulando a sua equipe de trabalho na melhoria dos processos de trabalho e indicadores da sua região. Em tal concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos desenhos avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados (HARTZ, 1997).

O maior desafio como uma representante de monitoramento dentro da sua unidade de saúde é desmistificar o fato de este trabalho ser considerado apenas uma obrigação de resposta ao gestor, mas como algo de extrema importância para a melhoria, qualificação e consolidação do sistema de saúde. Por exemplo, uma meta que foi bastante trabalhada na unidade Mapa foi a relacionada ao aumento da taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças aos 4 meses de vida, pois além da discussão nas reuniões de equipe sobre formas de melhorar este indicador, foi realizado uma crítica do quanto isso impacta na saúde da criança e na melhoria

de outros indicadores relacionados. Desta forma, tentou-se instituir um pensamento positivo na avaliação e monitoramento de indicadores.

Na busca de qualificar este indicador foi realizado um Grupo de Aleitamento Materno na unidade, visando fornecer informações e orientações as puérperas sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo e exercitando as práticas do aleitamento. Este grupo era vinculado à aplicação da vacina BCG, que era agendada com data e hora, geralmente, na semana seguinte a realização do teste do pezinho, realizado entre o terceiro e quinto dia de vida da criança. Consequentemente, havia um número muito baixo de faltantes e conseguia-se manter o objetivo de estimular o AME desde os primeiros dias de vida da criança.

Assim, o monitoramento é uma prática de grande colaboração para a gestão pública visto que fornece dados de acordo com a realidade local, sendo estes indispensáveis para intervenções governamentais (LOTTA; FARIAS; RIBEIRO, 2014). Além disso, tem papel fundamental na democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pela gestão, assim como favorece a mobilização social (CARVALHO *et al.*, 2012). Nesta direção, reforça-se que esta seja uma atividade vinculada ao trabalho do profissional da área da saúde na Atenção básica, já que este se encontra em direta ligação com a realidade e o planejamento local para gerenciar as ações em saúde executadas nos serviços de saúde.

O monitoramento e a avaliação constituem um espaço que oportuniza a aprendizagem e a reflexão. Desta forma, a avaliação pode se constituir em um processo transformador da vida social e dos indicadores de saúde. Como refere Matus (1987), muitas informações obtidas regularmente pelos serviços, se analisadas, podem se constituir em elementos para um processo de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou em um estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma “sala de situações” para o planejamento.

A forma de organização dos serviços de saúde no município de Porto Alegre foram essenciais para o planejamento das equipes de monitoramento, que foram implantadas por gerências distritais, facilitando o processo de avaliação de indicadores por unidades de saúde. Isto possibilitou uma visão mais ampliada sobre a situação do território de abrangência de cada unidade para as gerências, para o gestor e para os trabalhadores, facilitando e otimizando os possíveis investimentos em ações de saúde, financeiros e outros. Afinal, a aplicação das ferramentas e a

discussão coletiva, acumulam conhecimento à equipe gestora dos serviços, na medida em que esta vai se apropriando da realidade na qual está inserida. Neste sentido, dão maior capacidade aos sujeitos em ato, em processos de gerência e coordenação (BARTLE, 2007).

Os participantes do monitoramento, em sua maioria, possuíam dificuldades em relação ao preenchimento da planilha de metas, dúvidas em relação às fontes de informações dos dados e problemas de permanência no grupo. Porém, todo este processo serviu para fortalecer a percepção de que é essencial a participação do profissional da área da saúde em ambientes de monitoramento, para qualificar a gestão e potencializar os resultados. Por isso, essa situação sugere que um aperfeiçoamento, na perspectiva da Educação Permanente, seja realizado com as equipes sobre a utilização dessas ferramentas, já que os mesmos podem auxiliar bastante as equipes quando bem elaborado, avaliado e de fato operacionalizado.

A proposta de utilizar o monitoramento e avaliação como espaço pedagógico, para fortalecer o planejamento e empoderamento dos profissionais da área da saúde, remete à observação da necessidade de integrar mais as equipes de saúde a este processo. O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esta experiência me permitiu ver o quanto é primordial a incorporação do monitoramento e avaliação para a consolidação do sistema de saúde brasileiro, mesmo que ainda haja algumas limitações. Mas os avanços em direção ao fortalecimento deste processo são reconhecíveis no SUS. Porém, uma das maiores dificuldades para se firmar a avaliação enquanto cultura de gestão está relacionada com a lógica de programas verticalizados, não participativos e à demanda de capacitação técnica dos profissionais de saúde para atuarem nessa função.

Partindo do pressuposto de que uma gestão eficaz dos serviços de saúde que, utilizem uma administração participativa, apresenta melhorias na qualidade da assistência prestada e que isoladamente não evolui, torna-se necessário a implementação de uma política responsável pela formação de recursos humanos

qualificados para enfrentar os obstáculos existentes e uma vontade política para transformar os serviços de saúde, que certamente constituirão as bases necessárias para a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Estudos envolvendo esta temática apontam que, a prática do monitoramento ainda exige incentivo para que seja desencadeada (GRIMM; TANAKA, 2016), especialmente porque aperfeiçoa o conhecimento dos profissionais sobre eventos e situações que produzem efeitos diretamente para a prática diária das ações em saúde, como doenças mais prevalentes, condições de vida e de saúde da população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente Trabalho de Conclusão de Curso foram apresentados os relatos da experiência vivida como participante na equipe de monitoramento ConsolidaSUS da Gerência Distrital PLP, através de categorias temáticas. A narração destacou a estrutura do projeto ConsolidaSUS, como também as observações e atividades realizadas durante a participação da autora no grupo de monitoramento, reforçando a importância do profissional de saúde neste espaço.

Através desta experiência verifiquei que a prática do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde configuram um importante processo de evolução para a consolidação da gestão do sistema de saúde brasileiro, mas que ainda necessita de aprimoramentos, ou seja, ainda estamos distantes das condições que caracterizam um processo institucionalizado de avaliação. Contudo, concordo com Felisberto (2006) quando afirma que uma das primeiras convicções explicitadas na condução da gestão é a de que não se deve esperar pelas condições ideais para a superação de problemas estruturais. Estas considerações reforçam a premissa de que a criação das ações de monitoramento e avaliação possuem objetivos intimamente vinculados ao desafio de consolidação do SUS e, como destaca Alves (2008), pode ser entendida, também, como uma intervenção para aumentar a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político, contribuindo, assim, para a governabilidade do sistema de saúde.

O projeto ConsolidaSUS apresentou resultados positivos na estruturação e planejamento do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, pois estruturou um fluxo de informação, sistematização e análise de dados, além de contribuir na organização do processo de trabalho das equipes. Outro ponto positivo é o embasamento do conhecimento empírico, por meio dos indicadores, para tomada de decisão no que condiz a assistência à saúde. Porém, também expõe fragilidades como, a maioria dos indicadores monitorados foram pré-determinados pela gerência PLP, limitando o espaço para novas construções, no sentido de inovar e de aproximar os indicadores das realidades locais de cada unidade de saúde.

Essas análises revelam a necessidade de mudança no olhar da gestão, a fim de incentivar a construção de indicadores mais adequados com as diferentes realidades locais e oferecer suporte técnico para tal, assim poderiam apostar na implementação de um processo de tomada de decisão baseado em evidências,

construído a partir de um diagnóstico da realidade e não exclusivamente na experiência e na observação.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de investimento em educação permanente, de modo a permitir que todos os profissionais compreendam o que são e quais são os objetivos dos indicadores, facilitando a integração de todos no processo e transformando-o em uma construção coletiva.

Nessa perspectiva, defende-se que os indicadores sejam entendidos como uma possibilidade de reflexão da situação sanitária de uma população e assim utilizados como uma importante ferramenta para a gestão em saúde.

Portanto, este trabalho atribui uma relevância para área da saúde, pois sinaliza a necessidade de estudos continuados sobre esta temática. O mesmo abordou questões no que se referem a indicadores de saúde, qualidade das ações e consolidação do SUS, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema, assim, possibilitando novas concepções nas políticas públicas em saúde.

Enfim, após todas as reflexões que este estudo permitiu, reforça-se que o principal desafio é continuar o caminho de fortalecimento das equipes e ações de monitoramento, efetivando o seu caráter de intervenção e influência no processo de tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica**: análise do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**: magia e técnica, arte e política. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 20 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.844, de 20 de setembro de 2010**. Estabelece orientações complementares sobre região de saúde intramunicipal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2844_20_09_2010.html. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS**: participa SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS atenção básica**: manual do sistema com coleta de dados simplificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 31 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6pdf. Acesso em: 31 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão do SUS**: contribuições e reflexões dos encontros temáticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 24 jan. 2017.

BARTLE, P. **O que é monitoramento e avaliação?** Disponível em: www.scn.org/mfc/modules/mom-intp.htm. Acesso em: 27 set. 2018.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 17, p. 901-911, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**: monitoramento e avaliação. Brasília, DF: CONASS, 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CORDEIRO, J. V. B. M.; RIBEIRO, R. V. **Gestão da empresa**. 2006. Disponível em: http://www.cairu.br/biblioteca/arquivos/Administracao/1-Gestao_Empresarial-FAE.pdf. Acesso em: 23 jan. 2018.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

DEMO, P. **Complexidade e aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas, 2002.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 553-563, set. 2006.

GARCIA, R. C. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília, DF: IPEA, 2001.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 585-594, set. 2016.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2018.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos coletâneas em Serviço Social**, Porto Alegre, n. 2, p. 115-130. 2004

LOTTA, G. S; FARIAS, G. S; RIBEIRO, E. R. Sistema integrado de monitoramento, execução e controle (SIMEC): usos e impactos na cultura administrativa no município e São Bernardo do Campo. **Temas Administração Pública**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 1-19, 2014.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística e saúde pública**. Belo Horizonte: Editora Independente, 2000.

MATUS, C. **Adiós sr. presidente**. Caracas: Pomaire Ensayos, 1987.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2018.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUTALE, W. *et al.* Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 13, p. 9, 2013.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-20, 2012.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de apoio para as equipes de monitoramento ConsolidaSUS**. Porto Alegre: PMPA, 2016. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/consolidasus_16.11_curvas.pdf. Acesso em: 26 jan. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **ConsolidaSUS: equipes de monitoramento**. Porto Alegre: PMPA, 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/cartilhaconsolidasusversaofinal.pdf. Acesso em: 26 jan 2017.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROCHA, Kleber da Silva. **Reflexões em torno da ortodoxia e da flexibilização: gestão pública, práticas de trabalho e participação**. Monografia (Especialização em Gestão Pública Participativa) - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

RULLANI, Enzo. Più locale e più globale: verso una economia postfordista del territorio. *In*: BRAMANTI, A. ; MAGGIONI, M. **La dinamica dei sistemi produttivi territoriali**: teorie, tecniche, politiche. Milano: Franco Angeli, 1997. p. 85-111.

SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. A avaliação na prática programática. *In*: SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I. B. (org.). **Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 1996. p.173-193.

SCHUCH, C. **Análise de indicadores voltados à tomada de decisão gerencial**: um comparativo entre a teoria e a prática. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 25 jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Everybody business**: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization, 2007.