LORENA CRISTINA SILVA RIBEIRO
PROGRAMA SAÚDE EM CASA: PROCEDIMENTOS DE ACOMPANHAMENTO DO
INCENTIVO FINANCEIRO

LORENA CRISTINA SILVA RIBEIRO

PROGRAMA SAÚDE EM CASA: PROCEDIMENTOS DE ACOMPANHAMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial à obtenção do título em bacharel em Administração Pública. Orientadora: Prof. Dra. Laura da Veiga

Belo Horizonte

RIBEIRO, Lorena Cristina Silva

R484p Programa saúde em casa: procedimentos de acompanhamento do incentivo financeiro / Lorena Cristina Silva Ribeiro - Belo Horizonte, 2012.

87. f.: il.

Monografia (Curso Superior em. Administração. Pública) — Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, 2012.

Orientadora: Laura da Veiga Referência: f77-80

 Atenção primária à saúde. 2. Programa saúde em casa. 3. Incentivo financeiro. 4. Implementação e monitoramento.. I. Veiga, Laura. II. Título.

CDU 304(815.1)

Lorena Cristina Silva Ribeiro

Programa Saúde em Casa: Análise da implementação do incentivo financeiro

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial à obtenção do título em bacharel em Administração Pública.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Laura da Veiga, Orientadora, Fundação João Pinheiro

Prof. Dra. Carla Bronzo, Fundação João Pinheiro

Prof. Dra. Flávia Brasil, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 14 de junho de 201

Agradecimentos

À Laura da Veiga, pela disponibilidade e dedicação com que me orientou neste trabalho. Sua orientação me proporcionou aprendizados únicos, que levarei por toda vida.

À toda equipe da Superintendência de Atenção Primária à Saúde - SAPS/SES, que me recebeu com enorme carinho e propiciou o desafio de trabalhar sobre este tema.

Ao CSAP, alunos e professores, por todo o apoio e ensinamentos!

RESUMO

O Brasil apresenta um contexto de descentralização que, aliado às características heterogêneas de seus entes, torna complexa a adoção e implementação de políticas sociais. A constatação da necessidade de serviços de saúde orientados à atenção primária apresenta ao governo de Minas Gerais o desafio de formular um programa para fortalecer estes serviços em seu território. Neste contexto, o presente trabalho busca analisar o processo de implementação do incentivo financeiro, uma das principais ações do Programa Saúde em Casa, que abrange os 853 municípios mineiros. Considerando-se que a fase de implementação é constituída de evoluções e adaptações, discutem-se os constrangimentos enfrentados, o envolvimento dos municípios e os aprendizados obtidos ao longo da trajetória percorrida. Apresenta-se também uma discussão a respeito dos procedimentos adotados para acompanhar e monitorar esta implementação, indispensáveis para verificar se o programa segue conforme desejado e para auxiliar o aperfeiçoamento das ações. Neste sentido, o aprimoramento destes mecanismos é essencial para que sejam utilizados como uma ferramenta gerencial que forneça insumos para a tomada de decisão. Este trabalho é baseado em revisões bibliográficas, análise de documentos e entrevistas semi estruturadas com informantes chaves.

Palavras-chave: descentralização, Atenção Primária à Saúde, Incentivo financeiro, Implementação, Programa Saúde em Casa, monitoramento, governo de Minas Gerais

ABSTRACT

Brazil presents a context of decentralization which combined with its heterogeneous characteristics, complicates the adoption and implementation of social policies. The need for health services oriented to primary care, presents to Minas Gerais the challenge of making a program in order to strengthen these services in its own territory. In this context, this paper analyzes the process of implementing the financial incentive, one of the main actions of "Programa Saúde em Casa", a program that covers the 853 municipalities of Minas Gerais. Considering that the implementation phase consists of continues developments and changes, we discuss the constraints faced, the involvement of municipalities and the learning obtained along the trajectory. Furthermore, we present a discussion of the procedures used to track and monitor this implementation, which are essential to verify if the program follows the desired development and to assist in the futures action's improvements. In this sense, the enhancement of these mechanisms is essential to be used as a management tool that provides inputs for decision making. This work is based on literature review, analysis of program documents and semi-structured interviews with key informants

Keywords: decentralization, Primary Health Care, financial incentives implementation, Programa Saúde em Casa, monitoring. State Governement of Minas Gerais

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CIB- Comissão Intergestor Bipartite

CIT- Comissão Intergestor Tripartite

CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Saúde

COSEMS- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CF – Constituição Federal

DAPS- Diretoria de Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FJP - Fundação João Pinheiro

GRS- Gerência Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG – Minas Gerais

NAPRIS - Núcleo de Atenção Primária à Saúde

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- Norma de Orientação Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDAPS- Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PDI- Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PEP - Programa de Educação Permanente

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento

PPAG- Plano Plurianual de Planejamento Governamental

PSF- Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAPS - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SF – Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
1.2 Metodologia	10
2. DESCENTRALIZAÇÃO, DIFERENÇAS REGIONAIS E POLÍTICA	S DE SAÚDE12
2.1 O Sistema Único de Saúde	15
2.2 O Caso de Minas Gerais	17
2.2.1 A Regionalização da Saúde em Minas Gerais	22
3. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA N	NO BRASIL24
3.1 As Redes de Atenção à Saúde	24
3.2 A Atenção Primária à Saúde (APS)	26
3.2.1 O papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	28
3.3 Estratégia Saúde da Família	30
4. O PROGRAMA ESTRUTURADOR SAÚDE EM CASA	33
4.1 Desenho do Programa	34
5. IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DO INCENTIVO FINA	ANCEIRO39
5.1 Reconstrução da trajetória da implementação do incentivo financeiro	40
5.1.1 2005: Início da implementação do Incentivo Financeiro	40
5.1.2 2009: A nova contratualização do incentivo financeiro	45
5.1.3 O processo de repactuação: definição dos indicadores e metas	48
5.2 O Monitoramento	55
5.2.1 Aspectos Legais	55
5.2.2 Mapeamento dos fluxos e processos	57
5.2.3 A implementação do processo de monitoramento e acompanhamento do metas	-
5.3 Considerações	71
6. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	81
ANEXO I	84

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o intuito de realizar um diagnóstico de como foi realizado o processo de pactuação de metas e indicadores entre o estado de Minas Gerais e os municípios participantes do Programa Estruturador Saúde em Casa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no que se refere à ação de repasse de incentivo financeiro mensal, abordando a implementação dos procedimentos previstos pelo governo para a realização do monitoramento e acompanhamento do desempenho dos municípios.

De acordo com Marques et al. (2010), dentro da perspectiva da gestão por resultados, a Secretaria Estadual de Saúde tem buscado trazer à sua relação com os demais atores do Sistema Único de Saúde a mesma lógica do Estado para Resultados, um "modelo de gestão orientado pelo atingimento de resultados para a sociedade" (VILHENA et al, 2010).

Neste sentido, se, por um lado, a cooperação entre os níveis federal, estadual e municipal é essencial para alcançar a integração das redes de saúde, por outro, usar instrumentos contratuais que garantam o compartilhamento de compromissos entre essas esferas pode ser importante para melhorar o atendimento à população. (MARQUES et al, 2010)

Desde 2005, o Programa Estruturador Saúde em Casa segue a diretriz de contratualização de metas. É a partir de 2009, no entanto, que se inicia efetivamente a vinculação entre o repasse de incentivo financeiro e o cumprimento de metas e indicadores.

Diante deste contexto, a análise que será feita busca responder o seguinte problema de pesquisa: até que ponto a contratualização de metas e de indicadores resultou de um processo informado (ou seja, baseado em diagnósticos sobre as necessidades da população de cada município e nos recursos técnicos e humanos envolvidos na implementação) e negociado (com a participação efetiva dos agentes interessados)? Os mecanismos de acompanhamento previstos foram efetivamente implementados e respondem às demandas, cumprindo o papel esperado?

Tem-se como objetivo geral analisar/avaliar o processo de pactuação de metas e indicadores e da implementação dos mecanismos de acompanhamento e controle do desempenho dos municípios. Procedimentos de acompanhamento e monitoramento, em tese, possibilitariam identificar as possíveis falhas e inconsistências que limitem as informações geradas, fragilizando o processo de retroalimentação desta ação do Programa Estruturador Saúde em Casa, e propor, caso necessário, diretrizes para um aperfeiçoamento.

Para a consecução desta análise, o trabalho está dividido em seis seções, incluindo esta introdução. Na **segunda seção** apresenta-se uma discussão sobre federalismo e descentralização dos serviços de saúde, abordando o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto estratégia de descentralização e universalização do acesso. Realiza-se uma breve caracterização do estado de Minas Gerais, destacando a heterogeneidade de suas regiões.

Na terceira seção aborda-se a temática das Redes de Atenção à Saúde (RAS), destacando a importância da Atenção Primária à Saúde, porta de entrada preferencial dos principais problemas da saúde e parte essencial da estrutura operacional da RAS, também concebida como ponto de comunicação responsável pela coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema. Também é feita uma breve descrição da Estratégia Saúde da Família, programa do governo federal que visa reorientar o modelo assistencial a partir da operacionalização dos serviços de atenção primária à saúde no território nacional. As duas seções permitirão caracterizar o contexto político e administrativo de surgimento do Programa Estruturador Saúde em Casa.

A **quarta seção** apresenta uma breve descrição do Programa Estruturador Saúde em Casa, aprofundando seu contexto de surgimento, seus objetivos e descrição das principais ações executadas.

A quinta seção expõe uma reconstrução da trajetória da ação de incentivo financeiro, considerada como "carro chefe" do Programa Saúde em Casa. Procura-se reconstruir a trajetória desde o momento inicial da implementação, em 2005, incluindo a repactuação de metas e indicadores realizada em 2009. Discutem-se os constrangimentos enfrentados nos processos de formulação e implementação desta ação, abordando também o envolvimento dos municípios e os aprendizados obtidos ao longo da trajetória. Ainda na quinta seção, são apresentados os procedimentos adotados pelo ente estadual para acompanhar e monitorar a implementação do programa e apoiar municípios para que o programa obtivesse o desenvolvimento desejado. Um dos mecanismos previstos são as Comissões de Acompanhamento, responsáveis por analisar justificativas dos municípios para o não cumprimento das metas. Na análise do funcionamento destas comissões, é realizado um paralelo entre o que foi previsto na legislação pertinente, o que foi implantado, explorando-se algumas das lacunas identificadas e possíveis repercussões sobre a efetividade dos procedimentos adotados.

Finalmente, a **sexta seção** apresenta conclusões sobre a trajetória do incentivo financeiro, o processo de contratualização de metas de desempenho e do acompanhamento realizado.

1.2 Metodologia

Em um primeiro momento foi realizada uma revisão bibliográfica acerca dos temas que permitiriam uma melhor compreensão sobre o contexto político e administrativo de surgimento do Programa Estruturador Saúde em Casa.

Em seguida, para examinar o processo da implementação do programa, incluindo-se aí a pactuação de indicadores e metas entre o estado de Minas Gerais e os municípios, assim como os procedimentos de acompanhamento e monitoramento, foi importante reconstruir a trajetória percorrida e as negociações envolvidas nestes processos.

Para tanto, recorreu-se à pesquisa documental e levantamento de informações administrativas. É notável, contudo, ainda em uma administração pública moderna e orientada para o alcance de resultados, que os registros disponíveis padecem de periodicidade, completude e sistematicidade, sendo quase sempre insuficientes para a reconstrução fidedigna da trajetória percorrida. Para cobrir as lacunas, a pesquisa documental foi complementada pela sistematização de outros registros de dados secundários e por técnicas qualitativas de coleta de dados primários.

A análise documental envolveu o levantamento da legislação pertinente, registros administrativos, atas de reunião, dados e informações disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde. Com este levantamento, foi possível obter informações sobre a implementação do Saúde em Casa. Identificou-se, entre outros aspectos: (a) a trajetória das ações programadas; (b) o desenho previsto para implementação, mapeando os atores importantes nesta definição; (c) o que foi previsto na legislação para o acompanhamento do desempenho dos municípios; (d) dados consolidados pela Superintendência de Atenção Primária ä Saúde durante as atividades de acompanhamento; (e) temas centrais para nortear a elaboração de roteiros de entrevistas.

Entre as técnicas qualitativas, optou-se pela entrevista. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com stakeholders e informantes chaves, identificados como os atores envolvidos na concepção e implementação do programa e gestores da Secretaria Estadual de Saúde, incluindo membros das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e respectivas Comissões de Acompanhamento. Os entrevistados foram escolhidos a partir da centralidade deles para

fornecer informações e esclarecer as decisões que lastrearam a organização do programa nas etapas iniciais e identificar as mudanças ocorridas ao longo do tempo. Foram entrevistados:

- Marcus Pestana, Secretário Estadual de Saúde de 2005 a 2010, ator central no momento de formulação e implementação do Saúde em Casa;
- Francisco Tavares Junior, assessor-chefe da Assessoria de Gestão Estratégica e Integrada da SES/MG:
- Fernando Leles, gestor adjunto do Programa Saúde em Casa (2005-2009)
- Fernando Schneider, gestor adjunto do Programa Saúde em Casa (2009 2011)
- Wagner Fulgêncio, atual Superintendente de Atenção Primária à Saúde da SES/MG;
- Lizziane Pereira, atual Diretora de Política de Atenção Primária à Saúde da SES/MG;
- Camilla Silveira, atual Gerente do Saúde em Casa;
- Diego Pereira, técnico da Superintendência de Atenção Primária;
- Lucyene Cangane Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde GRS Januária
- Renata Fiuza Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde GRS Montes Claros

Os roteiros de perguntas foram elaborados para esclarecer possíveis dúvidas, mantendo foco na área de atuação do(a) entrevistado(a) (Apêndice). As entrevistas possibilitaram obter informações sobre o processo de negociação, bem como interesses, percepção e temores de diferentes grupos de atores envolvidos no Programa Saúde em Casa. Os principais temas trabalhados nas entrevistas foram:

- (a) informações sobre contexto de surgimento do Saúde em Casa (ano de 2005);
- (b) fatores que levaram à nova contratualização (2009) e a dinâmica do processo de pactuação de novas metas e indicadores (processos de negociações, envolvimento dos municípios, expectativas do governo estadual etc);
- (c) procedimentos de capacitação às GRS e municípios e nível de entendimento destes em relação às mudanças ocorridas;
- (d) estabilidade e continuidade dos procedimentos para acompanhamento do desempenho dos municípios (cumprimento das metas);
- (e) funcionamento das Comissões de Acompanhamento;
- (f) a utilização dos dados e informações obtidos para fins de atividade de monitoramento.

2. DESCENTRALIZAÇÃO, DIFERENÇAS REGIONAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Na década de 80, processos de descentralização ocorreram em diversos países e, conforme assinala Arretche (1996), naquele momento parecia haver um consenso de que, por definição, a descentralização levaria a uma maior democratização e eficiência da prestação de serviços públicos, elevando o bem estar da população. Neste sentido, a descentralização aparece, ainda que com diferentes interpretações quanto à intervenção estatal, como uma alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo e centralizador.

No Brasil, assim como em muitos países da América Latina, o processo de redemocratização teve forte influência no modelo de federalismo adotado pela Constituição Federal de 1988. A oposição à ideia de um governo autoritário, que era fortemente centralizado, fez com que a opção pela descentralização também representasse o ideário de maior transparência e participação social. (ABRUCCIO, FRANZESE, 2009, p.31).

A Constituição Federal de 1988 é considerada, portanto, um marco na retomada da democracia e da organização federativa do Brasil, no período pós autoritário. A Carta Magna afirma em seu artigo 1º que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal. Dessa forma, define-se a existência de municípios e estados como entes federativos, dotados, portanto, de autonomia política, administrativa e financeira, além de responsabilidades e competências também definidas na CR/ 1988. (ABRUCCIO, FRANZESE, 2009, p.31).

O federalismo apresenta-se formalmente como um instrumento de moderação das disparidades regionais, sendo frequentemente associado a "países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, social ou religiosa" (SOUZA, 2002, p.9).

De fato, as feições do federalismo brasileiro são bastante heterogêneas se considerada as diferenças regionais e locais do território nacional.

Os entes federativos, estados e municípios brasileiros, são marcados por grandes disparidades no que se refere ao seu tamanho e população e essas diferenças se estendem a aspectos socioeconômicos, capacidade financeira e administrativa dos entes. A situação é agravada pelo fato de que, ao mesmo tempo em que há grande variedade dos problemas enfrentados em cada uma dessas regiões, a capacidade de enfrentamento dos problemas também é distinta.

A existência de marcantes desigualdades entre as regiões em um país com a extensão territorial do Brasil torna mais difícil e complexa a adoção e implementação de políticas de âmbito nacional. Quando se agrega uma organização federativa em que os entes federados gozam de autonomia sobre a condução da administração das políticas em seus territórios, o arcabouço político institucional se torna ainda mais complexo. Por isso, os analistas tendem a concordar que a implementação de políticas públicas em um sistema federativo como brasileiro demanda a especificação das funções dos níveis de governo em cada política e adoção de instrumentos que garantam a articulação da cooperação e complementação das ações de cada um em prol de um objetivo comum. (SOUZA, 2002, p.9). Seguindo este mesmo contexto, Menicucci (2009) defende que:

A gestão da rede de serviços em contexto federativo, associada à descentralização, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. (MENICUCCI; 2009; p. 1623)

Neste sentido, Arretche (1996) defende que o processo de descentralização requer o fortalecimento da função administrativa do governo central, pois, frente ao fato de que os governos locais possuem diferentes capacidades de mobilização de seus recursos, as ações do governo central podem atenuar os efeitos das disparidades regionais, evitando o seu aprofundamento. O governo central seria, portanto, o grande coordenador das ações que requerem intervenções conjuntas e complementares.

No que diz respeito às políticas de saúde, Souza (2002) destaca que o federalismo brasileiro apresenta pelo menos duas características decisivas para a atual configuração da prestação dos serviços desta área: 1) grande peso dos municípios, que recebem muitas responsabilidades e atribuições na implementação de políticas públicas. Isso, aliado á diversidade dos municípios brasileiros, implica diferentes capacidades e possibilidades de implementação das políticas; 2) o federalismo brasileiro encontra-se, em certa medida, "em construção", já que é caracterizado por períodos de tensões quanto à definição dos papéis e recursos atribuídos a cada uma das três esferas de governo.

Marques (2011) ressalta dois aspectos principais que singularizam o setor da saúde: a natureza econômica dos bens e serviços desta área e a especificidade da organização dos serviços. Isto porque, por um lado, a natureza dos bens e serviços limita a possibilidade de

privatização e, por outro, os serviços de saúde estruturam-se de forma hierarquizada, divididos em três níveis de atenção que variam conforme densidade tecnológica - tema que será abordado no próximo capítulo - que torna complexa a divisão destes serviços no território.

Souza (2002) destaca ainda outros desafios, além das complexidades já apresentadas, relacionados a:

"múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (...) que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania". (SOUZA; 2002; p.10)

Por esses motivos, é difícil atribuir o sucesso dos processos de descentralização das políticas na área da saúde a um modelo único previamente definido de descentralização, mas deve ser preferencialmente relacionado a um contexto social, cultural e econômico, em que as variáveis institucionais dos poderes locais, ou seja, a capacidade de gestão dos municípios, respondem de forma mais direta ao êxito das políticas públicas. (VIANA, LIMA, OLIVEIRA; 2002). Arretche (1996) assinala que:

"(...) em algumas regiões onde os recursos são mais escassos e as demandas são mais agudas, o sistema (de saúde) dá sinais evidentes de falências; em outras regiões com maiores recursos, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde.". (ARRETCHE, 1996; p.16)

Baseados em um estudo realizado em 2002 com municípios dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Goiás, Ceará e Bahia, Arretche e Marques (2002) concluem que a participação das municipalidades nos serviços de atenção básica à saúde está ligada essencialmente à combinação de dois fatores: a disponibilidade de recursos fiscais e o pertencimento a um dado estado. Foi observado que uma maior capacidade municipal de gastos ou de arrecadação está relacionada com uma maior presença municipal na prestação de serviços. Ao mesmo tempo, a pesquisa concluiu que o estado ao qual pertence o município também gera impactos na gestão local do sistema de saúde:

"a existência de políticas ativas e continuadas dos governos estaduais foi decisiva para que os municípios brasileiros – com reduzida capacidade técnica e administrativa de gestão de políticas sociais, derivada das políticas centralizadas do regime militar – tomassem a decisão de assumir a gestão de programas sociais". (ARRETCHE E MARQUES, 2002, p.471)

Viana, Lima e Oliveira (2002) complementam a conclusão de que os estados impactam no provimento de serviços de saúde por parte dos municípios argumentando que as normas que regulamentam o atual sistema de saúde vigente no país tendem a "destacar o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência à saúde" (Viana, Lima e Oliveira, 2002, p.505), no que se refere a aspectos de planejamento, controle e até mesmo de investimentos necessários ao auxílio e organização dos serviços dentro e entre os seus municípios.

2.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o marco legal da reorganização e descentralização dos serviços de saúde no Brasil, sendo previsto na Constituição Federal de 1988, que em seu art. 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)", garantindo claramente a existência de um sistema de cobertura universal provido pelo poder público. Assim, uma das propostas fundamentais do SUS é a descentralização dos serviços de saúde visando garantir o acesso universal e a adequação às necessidades de cada população.

Viana, Lima e Oliveira (2002) destacam o intenso processo de mudanças na área das políticas de saúde, iniciado desde a década de 70, e o movimento de descentralização das políticas públicas, como fatores essenciais não apenas à emergência do SUS, como também à sua consolidação como um sistema público de âmbito nacional. Essas mudanças incorporam em sua forma de gestão novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização. É neste mesmo sentido que Menicucci (2009) aponta que "da perspectiva da gestão, o SUS constitui um exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas de governo e da sociedade" (MENICUCCI; 2009; p. 1623).

O artigo 198 da CF/88 define que o SUS seguirá um modelo de rede hierarquizado e regionalizado, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, garantindo atendimento integral à saúde e proporcionando a participação da comunidade. A Lei 8 080 de 19 de Setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 4, constituí o SUS como: "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta". (BRASIL, 1990).

A década de 90 é marcada pela reformulação das funções desempenhadas por cada um dos níveis governamentais no contexto do SUS, no que se refere tanto à sua gestão, quanto à prestação dos serviços. Neste sentido, definiram-se novos critérios para a transferência e aplicação dos recursos e foram criados órgãos colegiados com intuito de unir os diversos gestores, profissionais de saúde e usuários. Destacam-se aí os Conselhos de Saúde, criados nos três níveis de governo, destinados ao controle social, assim como os fóruns de negociação e decisão do SUS, as Comissões de Intergestores Tripartites (CIT) compostas por gestores federais, estaduais e municipais, e as Comissões de Intergestores Bipartite (CIB), compostas por gestores estaduais e municipais. (VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002; PLANO ESTADUAL DE SAÚDE).

Trata-se, portanto, de um modelo bastante complexo e de difícil coordenação, que, para se concretizar, depende do estabelecimento de um pacto federativo com relações mais cooperativas entre os níveis e instituições de governo. No entanto, como já se assinalou, é evidente a existência de disparidades regionais, e as partilhas, por sua vez, recaem sobre recursos reconhecidamente escassos. Frente a isso, para evitar a manutenção e o acirramento das desigualdades de poder de cada ente, Viana, Lima e Oliveira (2002; p. 506) argumentam que "a federação não pode prescindir de poderosos recursos reguladores, que devem contemplar estratégias, instrumentos e mecanismo claros de accountability".

Para definição das regras formais de operação do SUS, o Ministério da Saúde utiliza as Normas Operacionais Básicas, que regulamentam o processo de descentralização, definindo as competências e responsabilidades de cada esfera de governo na gestão e prestação de serviços de saúde. (VIANA, LIMA E OLIVEIRA, 2002; SOUZA, 2002)

Duas NOBs são consideradas particularmente importantes para compreender o funcionamento do SUS e o processo de descentralização: a NOB 01/93 e a NOB 01/96. Entre os principais itens, a NOB 01/93 definiu distintas modalidades para habilitar estados e municípios conforme capacidade de responsabilização e gestão dos serviços do SUS e criou a Comissões de Intergestores (CIT e CIB) e Conselho de Secretários Estaduais e Municipais (Conass e Cosems). Já a NOB 01/96, ainda em vigor, redefine e complementa a NOB 01/93: modificou as modalidades de habilitação dos municípios, conferiu aos estados a função de propiciar as condições necessárias ao "processo de municipalização" da gestão do sistema de saúde, iniciado com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 1.080/90) e ampliou as competências da CIB.

É importante citar também a Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS – SUS 01/2001, que traduz o esforço de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS. A NOAS – SUS 01/2001 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; atualiza os critérios de habilitação; e define o processo de regionalização da assistência, prevendo a existência de instrumentos que serão usados pelos governos estaduais e municipais e o Distrito Federal para garantir o acesso a todos os níveis de atenção. Trata-se do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR).

2.2 O Caso de Minas Gerais

Para compreender o processo de descentralização e a atual situação da gestão e prestação de serviços, incluindo aqui o Sistema Único de Saúde, no Estado de Minas Gerais, é essencial realizar uma caracterização que permita entender os fatores que possuem influência na conformação dessa organização.

O estado de Minas Gerais está situado na região sudeste do Brasil e, de acordo com dados do IBGE, possui uma população de 19.597.330 habitantes, divididos em 853 municípios. A divisão da população mineira entre dez Regiões de Planejamento pode ser vislumbrada na TABELA 1:

Tabela 1: População das Regiões de Planejamento - Minas Gerais - 2010

Região de Planejamento	População	Porcentagem
Alto Paranaíba	655.353	3,3%
Central	6.971.049	35,6%
Centro Oeste	1.120.202	5,7%
Jequitinhonha/Mucuri	1.002.119	5,1%
Mata	2.173.374	11,1%
Noroeste de Minas	366.418	1,9%
Norte de Minas	1.610.413	8,2%
Rio Doce	1.620.993	8,3%
Sul de Minas	2.588.280	13,2%
Triangulo	1.489.129	7,6%
Minas Gerais	19.597.330	100%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2010

Elaboração própria

Os dados revelam uma grande desigualdade na distribuição populacional entre as regiões mineiras: 35,6% da população está na região Central. A segunda região mais populosa é o Sul de Minas, com 13,2% do total, enquanto o Noroeste de Minas concentra apenas 1,9%.

Conforme TABELA 2, a distribuição dessa população entre os municípios mineiros também não é homogênea: 491 municípios, ou seja, mais da metade do total, possuem uma população com menos de 10.000 habitantes, enquanto 29 possuem mais de 100.000 habitantes, concentrando 43,4% da população estadual. Já os municípios com menos de 10.000 habitantes representam apenas 13,3% da população total.

Tabela 2: Número de municípios mineiros por intervalo de população - Minas Gerais 2010

População	Número de Municípios	Total da População	Porcentagem
Menos de 10.000 habitantes	491	2.599.721	13,3%
Entre 10.000 e 20.000 habitantes	184	2.545.609	13,0%
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	112	3.300.894	16,8%
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	37	2.642.693	13,5%
Mais de 100.000 habitantes	29	8.508.413	43,4%
Total	853	19.597.330	100%

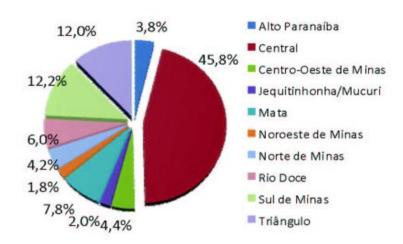
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2010

Elaboração própria

No que se refere às questões econômicas, considerando-se mais uma vez as dez Regiões de Planejamento da Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão, conforme GRAFICO 1 a região Central é responsável por 46,6% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, ou seja, uma única região corresponde a quase a metade de todo o PIB estadual. A segunda região com maior participação no PIB é a Sul de Minas, com 12,2%, enquanto a região Noroeste representa a menor participação, com apenas 1,8% desse total.

A TABELA 3 mostra que a região central possui a maior renda per capita mensal, R\$ 961,82. Em segundo lugar está região do Triângulo, com R\$ 908,04. A região Norte e Jequitinhonha/Mucuri apresentam as menores rendas, R\$ 455,33 e R\$ 431,75, respectivamente. Pode-se perceber que a menor renda per capita média do estado corresponde a apenas 45% da maior.

Gráfico 1: Participação do PIB das Regiões de Planejamento no PIB de Minas Gerais - 2009



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2009

Tabela 3: Renda per capita mensal média das Regiões de Planejamento de Minas Gerais - 2010

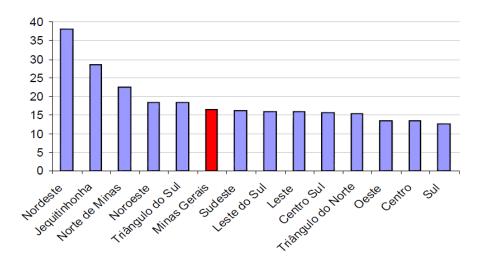
REGIÃO DE PLANEJAMENTO	Renda Domiciliar <i>Per Capita</i> (R\$ de ago/2010)
	2010
ALTO PARANAÍBA	761,04
CENTRAL	961,82
CENTRO OESTE	721,28
JEQUITINHONHA/MUCURI	431,75
MATA	710,11
NOROESTE	622,67
NORTE	455,33
RIO DOCE	599,69
SUL	727,66
TRIÂNGULO	908,04
Minas Gerais	773,41
Brasil	830,85

Fonte: IBGE, Sinopse dos Resultados do Censo 2010

Aspectos relacionados à saúde também são bastante desiguais. Considerando as treze Regiões de Planejamento de Saúde do estado, o GRÁFICO 2 apresenta as taxas de anos

perdidos por morte prematura devido às causas do Grupo 1, que consistem em doenças infecciosas e parasitárias, infecções respiratórias; condições maternas, condições do período perinatal, deficiências nutricionais. Como era de se esperar, estes índices são maiores nas regiões em que os indicadores socioeconômicos são piores (MINAS GERAIS, 2010), ou seja, Nordeste, Jequitinhonha e Norte de Minas, e menores nas que possuem posições mais altas indicadores: Sul e Centro.

Gráfico 2: Taxas de anos perdidos por morte prematura devido às causas do Grupo 1 nas Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais (ANO)



Fonte: Análise de Situação de Saúde - SES/MG

Tabela 4: Frequência e Proporção de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes (entre 10 e 19 anos) Residentes nas Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais 2010

Macrorregião	nº	%
Sul	5471	17,5
Centro Sul	1357	15,8
Centro	11807	14,8
Jequitinhonha	836	22,7
Oeste	2242	15,8
Leste	3312	17,5
Sudeste	3129	16,9
Norte	4816	21,2
Noroeste	1714	21,0
Leste do Sul	1570	18,1
Nordeste	2498	22,8
Triângulo do Sul	1754	20,0
Triângulo do Norte	2852	18,6
Estado	43358	17,4

Fonte: Análise de Situação de Saúde - SES/MG.

A frequência e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (entre 10 e 19 anos) residentes nas regiões do estado também corrobora a associação entre a situação da saúde e o grau de desenvolvimento socioeconômico da região . Como pode ser observado na TABELA 4, mais uma vez as regiões Jequitinhonha, Norte e Nordeste apresentaram os porcentuais mais elevados do estado.

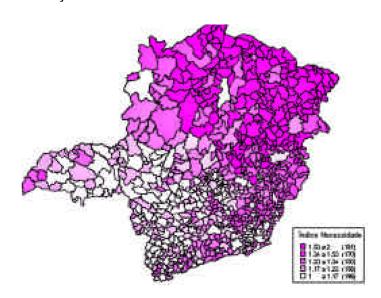


Figura 1: Distribuição do Índice de Necessidade em Saúde – Minas Gerais - 2004

Fonte: Andrade et al - SES/MG (2004)

Baseada no reconhecimento dessas desigualdades, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresentou, a partir de um estudo elaborado pela Fundação João Pinheiro, um documento denominado "Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: uma proposta para Minas Gerais". O método proposto consiste na utilização de um indicador composto por "um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas que permite classificar os municípios segundo uma escala crescente de indicadores de saúde" (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2004, p.8), e foi utilizado para reorientar de forma mais equitativa, objetiva e clara o financiamento e diversas ações e serviços de saúde do estado. Para tanto, foi construído um Índice de Necessidade em Saúde¹, que considera as disparidades existentes entre os municípios para que fosse definido o repasse de recursos estaduais. Observando a

-

¹ O Índice de Necessidade em Saúde foi elaborado pela Fundação João Pinheiro em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/Face/UFMG) em 2004. Foi construído por meio de análise estatística e é composto pelas seguintes variáveis, referentes ao ano 2000: taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, taxa de fecundidade, proporção de óbitos por causas mal definidas, taca de alfabetização, % de pessoas com renda domiciliar menor que 1/2 salário mínimo e % de domicílios urbanos com coleta de lixo.

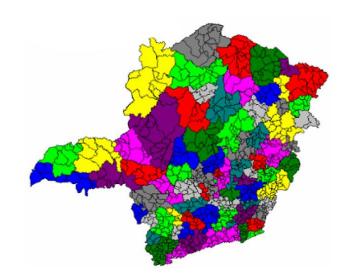
FIGURA 1, que representa a distribuição deste índice, é possível perceber, mais uma vez, essas diferenças, com as regiões norte e nordeste ocupando as áreas de maior valor.

2.2.1 A Regionalização da Saúde em Minas Gerais

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - SESMG é subdividida em três subsecretarias: Subsecretaria de Inovação e Logística; Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Já em nível regional, atuam 28 Gerências Regionais de Saúde distribuídas no território estadual.

O estado conta com o Conselho Estadual de Saúde, criado em 1991 e composto por representantes do governo estadual, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores da saúde e usuários, sendo um mecanismos de formulação de estratégias e controle social da execução da política pública, incluindo aspectos financeiros e econômicos (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE). Também possui o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e da Comissão Intergestor Bipartite (CIB).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualmente vigente organiza o estado de Minas Gerais de forma hierarquizada em 13 macrorregiões (MAPA 2) e 75 microrregiões (MAPA 1) de saúde.



Mapa 1 – Microrregionais de Saúde do Estado de Minas Gerais - 2010

Fonte: Plano Estadual de Saúde -2010

NORTE

WORKESTE

LEST

L

Mapa 2 – Macrorregionais de Saúde do Estado de Minas Gerais - 2010

Fonte: Plano Estadual de Saúde- 2010

As microrregionais são responsáveis pelo planejamento da atenção primária e secundária à saúde, contemplando os serviços ambulatoriais e hospitalares considerado de média complexidade, com escala ideal em torno de 150.000 habitantes. Já as macrorregionais são espaços de planejamento da atenção terciária e englobam as microrregionais para organizar a oferta de serviços de maior tecnologia e complexidade. Cabe ressaltar que essa organização reconhece o município como provedor da atenção básica de sua população. As atribuições e características da atenção básica à saúde serão abordadas no próximo capítulo.

3. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

3.1 As Redes de Atenção à Saúde

Para compreender o sentido das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é importante expor o conceito geral de redes, que de maneira ampla, tem sido aplicado aos mais diversos campos do conhecimento, como sociologia, administração e tecnologia da informação. De acordo com Fleury e Ouverney (2007), o conceito de redes procura incorporar alguns dos efeitos da globalização, que trouxe a necessidade de flexibilização, integração e interdependência dos processos produtivos; as transformações do papel do Estado e sua relação com a sociedade, com níveis mais altos consciência cidadã e mais demandas por participação. E completam: "também é fruto de outros fatores relacionados com a maior complexidade dos processos administrativos em um meio ambiente cuja dinâmica impossibilita qualquer ator isolado de controlar os processos e a velocidade das mudanças" (FLEURY e OUVENEY, 2007, p.10).

Castells (apud Mendes; 2011) expõe que redes constituem uma nova abordagem da organização social, sendo baseadas em um intenso uso de tecnologias da informação e na "cooperação entre unidades dotadas de autonomia". Trata-se, portanto, de uma concepção que pode auxiliar na organização dos serviços para o enfrentamento de questões que envolvem recursos escassos, problemas complexos e interação de múltiplos e distintos atores, com crescente demanda de participação cidadã.

Fleury e Ouverney (2007) assinalam que, apesar das múltiplas abordagens de redes pelas mais diversas disciplinas, todas compartilham a idéia de que elas representam um conjunto de relações estáveis, de natureza não hierárquica e independente entre atores que compartem recursos e os mesmos interesses, "admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns" (FLEURY e OUVENEY, 2007, p.16).

No que se refere às redes de saúde, Mendes (2009, p.6) as define como:

"As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população". (MENDES, 2009, p.6)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas pela ausência de hierarquia entre os diferentes níveis de atenção à saúde, conformando uma rede horizontal descentralizada, em que existem pontos de atenção à saúde, igualmente importantes e

caracterizados pela utilização de equipamentos de diferentes densidades tecnológicas (atenção primária, secundária e terciária), que devem ser distribuídos de forma a atender às demandas da população de cada região.

Mendes (2011) aponta que as RAS devem ser compostas de três elementos fundamentais: 1) uma população; 3) um modelo de atenção à saúde; e 3) uma estrutura operacional.

A população é a "razão de ser" das RAS e deve ser não apenas conhecida, como também registrada e cadastrada de forma segmentada em relação às condições de saúde. Esse processo envolve a territorialização da população, identificando as condições sóciosanitárias e os fatores de riscos dos distintos grupos.

Os modelos de atenção à saúde são os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes e deve ser definido em função das condições de saúde de uma população, isto é, determinantes sociais da saúde e condições epidemiológica e demográfica (MARQUES et al; 2010). Há modelos de atenção à saúde para condições agudas e crônicas. De forma geral, as condições agudas apresentam curso de curta duração e tendem a se autolimitar, enquanto as condições crônicas tendem a se apresentar de forma permanente e definitiva. De acordo com Mendes (2008) o país enfrenta atualmente um predomínio de doenças crônicas, que não pode ser enfrentado "com sucesso por sistemas de atenção à saúde fragmentados e voltados para a atenção às condições agudas". (MENDES, 2008; p.5)

A estrutura operacional consiste nos elos ou nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Sua conformação pode ser vislumbrada na FIGURA 2.

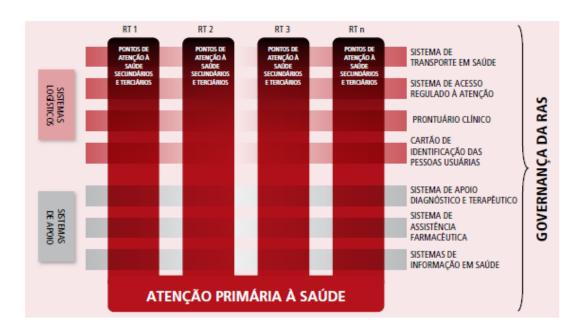


Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Fonte: Mendes (2011, p. 83)

3.2 A Atenção Primária à Saúde (APS)

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) consagrou-se a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde em Alma Ata. Nesta conferência, foi produzido um documento, a Declaração de Alma-Ata, que, entre outros aspectos, define que os cuidados primários devem ocupar função central nos sistemas de saúdes, constituindo o primeiro contato dos indivíduos e famílias com este sistema e que, portanto, deve estar mais próximo do lugar onde vivem e trabalham as pessoas da comunidade.

Neste sentido, Mendes (2011) destaca que a expressão "primária" foi conotada justamente para expressar uma característica essencial deste tipo de atenção: o primeiro contato. A APS constitui, portanto, uma forma de organização dos serviços de saúde para atender às necessidades e demandas da população, sendo a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde.

A Portaria N 648 /2006, do Ministério da Saúde do Brasil, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece normas e diretrizes para estes serviços no país, define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (BRASIL, 2006, p.12)

Ainda de acordo com esta Portaria, a Atenção Básica deve buscar a promoção da saúde dos indivíduos, prevenindo e tratando doenças e reduzindo danos e sofrimentos que possam comprometer a vida saudável da população. A APS deve ser, portanto, responsável por responder a problemas que demandam menor densidade tecnológica. Por isso, diferenciase dos pontos de atenção secundário e terciário em diversos aspectos, entre eles: dedicar-se a problemas mais frequentes, sejam simples ou complexos, que se apresentam sobretudo em fases iniciais; ter forte orientação à prevenção de doenças; e predomínio de maior familiaridade entre a população e a equipe de saúde (CONASS; 2011).

A Organização Mundial da Saúde assinala no documento "Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca" (2008) que este tipo de atenção, que ganhou maior notoriedade em Alma Ata, "tem sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento da APS tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e a essas expectativas sociais" (OMS, 2008, p.xii).

Starfield, (apud Mendes; 2011) apresenta um estudo realizado em 11 países desenvolvidos em que se verificou que sistemas de atenção à saúde orientados à APS estão associados a menores custos, melhores resultados e maior satisfação para a sociedade se comparados com sistemas de baixa orientação à APS. Ainda neste sentido, o autor afirma que uma revisão bibliográfica dos estudos realizados com sistemas orientados à APS permite concluir que estes são:

Mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de se enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde. (MENDES; 2011; p.94)

A Organização Mundial da Saúde (2008), no entanto, destaca que na prática os valores de justiça e equidade social preconizados na Declaração Alma Ata não têm sido alcançados pela maioria dos atuais sistemas de saúde, ainda pouco eficientes na melhoria dos resultados.

Para o Ministério da Saúde (apud CONASS, 2011), um país só pode afirmar que tem um sistema orientado pela APS quando este é caracterizado, além de justiça social e equidade, por autorresponsabilidade, solidariedade em relação aos demais pontos de atenção e uma concepção ampla de saúde.

Mendes (2011; p.89) aponta ainda sete atributos essenciais sem os quais não é possível obter a qualidade esperada do serviço da APS: 1) primeiro contato: refere-se ao fato de que a APS deve estar facilmente acessível a toda a população, sendo o primeiro recurso a ser buscado; 2) longitudinalidade: significa a continuidade do contato, ou seja, um vínculo consistente ao longo do tempo e baseado em uma relação de confiança e humanização entre o paciente e a equipe de saúde; 3) integralidade implica a prestação de serviços que atendam a totalidade das necessidades dos pacientes e ainda que parte deles sejam encaminhados aos níveis secundários e terciários de atenção, a APS continua corresponsável; 4) coordenação: é justamente esta capacidade de garantir a organização e a continuidade dos cuidados nos outros níveis de atenção; 5) focalização na família: diz respeito à capacidade de compreender e conhecer o universo familiar, que deve ser o sujeito da atenção; 6) orientação comunitária: é o reconhecimento do contexto econômico, social e cultural em que se encontra a família, responsável por grande parte das necessidades enfrentadas; 7) competência cultural: exige-se que haja um respeito das singularidades e preferências de cada pessoa, família e comunidade.

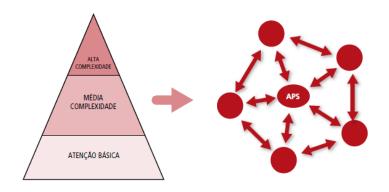
3.2.1 O papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Como se pode observar na FIGURA 2, a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs) tem sua base na APS. Por isso, é muito importante entender que sem uma APS muito bem estruturada não há como pensar em RASs efetivas, eficientes e de qualidade (MENDES, 2012, p. 55).

Como explicitado anteriormente, a atenção primária à saúde faz parte da estrutura operacional das RAS uma vez que constitui o centro de comunicação, ou seja, realiza a coordenação dos fluxos e contrafluxos de todo o sistema. A mudança da concepção

hierárquica e piramidal para a de redes poliárquicas, com a APS ocupando papel central, pode ser vislumbrada na FIGURA 3.

Figura 3: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção a saúde



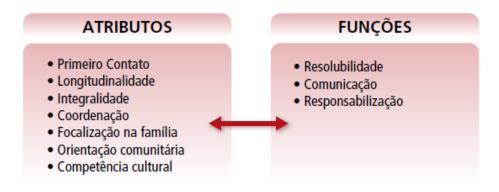
Fonte: Mendes (2011)

A APS é considerada a "porta de entrada preferencial" do sistema de saúde e, portanto, é a partir dela que se inicia um ciclo completo e contínuo de atendimento. A integração com as ações de maior densidade tecnológica ocorre no momento em que a APS orienta os fluxos e contrafluxos de pacientes ao longo dos cuidados. Portanto, o entendimento da APS enquanto uma forma de organização de um sistema de saúde implica encará-la como uma maneira de articular e utilizar os recursos disponíveis de modo a satisfazer as demandas e necessidades da população (MENDES, 2011; SILVA, 2010). "Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde e quem proponha RASs baseadas na APS" (MENDES; 2012; p. 57).

O mesmo autor destaca três funções que devem ser observadas pela APS para que ela atinja seu papel de centro de comunicação: 1) resolubilidade: significa capacidade de solucionar a grande maioria dos problemas de saúde da população; 2) comunicação: expressa o exercício de centro de comunicação, que se traduz em capacidade de organizar o fluxo de pessoas, produtos e informações pelos diversos pontos da atenção à saúde; 3) responsabilização: capacidade de corresponsabilização pela saúde de sua população. (MENDES, 2009; CONASS)

Conforme FIGURA 4 estas funções estão diretamente relacionadas aos atributos essenciais para a qualidade da APS, de modo que são fatores que se correlacionam para o funcionamento adequado de um sistema de redes de atenção à saúde orientado à APS.

Figura 4: Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p 98)

3.3 Estratégia Saúde da Família

Para a operacionalização da política de atenção primária à saúde no território nacional o governo brasileiro utiliza como estratégia o Saúde da Família, que tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir a atenção básica. Para o Ministério da Saúde, trata-se de uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, deixando de lado o enfoque "hospitalocêntrico" para uma aproximação da comunidade em seu ambiente físico e social. O Programa Saúde da Família teve início no ano de 1994, quando foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF).

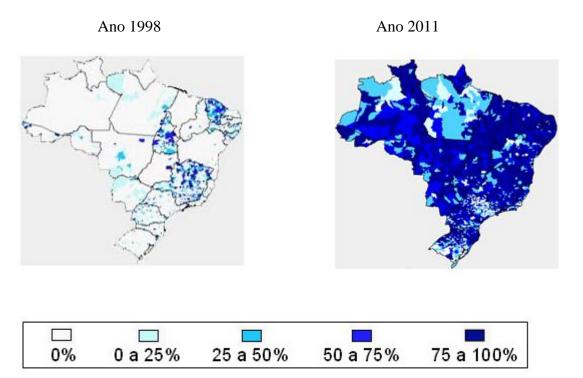
A composição das equipes do ESF é multiprofissional, enfatizando o propósito de ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção na saúde da população, de modo que cada uma possui no mínimo: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Uma equipe ampliada conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Atuam principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade, sendo cada uma responsável pelo atendimento de 3 a 4 mil habitantes de determinada região.

Labate e Rosa (2005) alertam que não se trata de um atendimento simplificado, mas sim da expansão da lógica de cuidados da atenção primária à saúde, que incorpora "práticas

preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis" (LABATE e ROSA, 2005, p.1031).

A FIGURA 5 sinaliza a evolução da implementação de Equipes do Saúde da Família no território nacional. Como pode ser observado, do ano de 1998 ao ano de 2011 houve um grande aumento na porcentagem de população com cobertura destas equipes:

FIGURA 5: Evolução da Implementação das Equipes do Saúde da Família - BRASIL



Fonte: DAB- Ministério da Saúde - 2012

Percebendo a expansão e importância do Programa Saúde da Família, o governo federal emitiu a Portaria N 648, de 28 de Março de 2006, que publicou a Política Nacional de Atenção Básica, em que a Saúde da Família é reafirmada como estratégia de atenção básica no país, estipulando que a mesma deve seguir os preceitos do SUS e ainda:

I- ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL; 2006; p.20)

Atualmente vigora uma nova Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que também reforça o ESF, estabelecendo as responsabilidades de cada ente federado.

Mendes destaca, no entanto, que para que a atenção primária à saúde exerça seu papel de coordenadora do SUS e das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes. "Isso, na prática, será feito pela transformação do PSF na estratégia da saúde da família (ESF)" (MENDES; 2012; p.?). No discurso oficial do governo, a mudança semântica já foi incorporada, mas o autor assinala que é necessário seguir promovendo mudanças nos paradigmas, instituindo-se uma transformação efetiva de conteúdo e prática. E complementa:

"a consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem breve. Muito menos barata, porque exigirá mais recursos para a atenção primária à saúde. (...) Mas havendo vontade política, os recursos atuais são suficientes para fazer uma revolução na atenção primária à saúde, com a consolidação da ESF. Se isso for feito, a situação de saúde de nossa população melhorará muito". (MENDES; 2012; p.20)

4. O PROGRAMA ESTRUTURADOR SAÚDE EM CASA

O Programa Saúde em Casa surge em um contexto em que a atenção primária à saúde já é entendida como um primeiro contato de cuidado contínuo, compreensivo e coordenado, sendo reconhecida como a porta de entrada das principais necessidades e problemas do sistema de saúde.

Uma análise situacional dessa área, realizada pelo Comitê de Assuntos Estratégicos da SES/MG em 2003, constatou que havia um atraso na concepção política do sistema de saúde vigente no estado de Minas Gerais, resultando em uma baixa resolutividade e uma atuação disfuncional da APS em função da insuficiência de medicamentos, ausência de diretrizes clínicas, infraestrutura inadequada, processo de capacitação dos profissionais fragmentado e sem consistência, precarização dos serviços prestado pelos profissionais, dentre outras fragilidades (MARQUES et al; 2010)

Ficou evidente a necessidade de modificar o modelo de sistema de saúde vigente até então, baseado na atenção às condições agudas e bastante fragmentado, para um modelo voltado às condições crônicas e estruturado em redes integradas de atenção á saúde. Para a consolidação deste sistema de saúde, foi enfatizado o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado, considerada elo central de comunicação de toda a rede (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE;,2008).

O Programa Saúde em Casa tem, portanto, foco na Atenção Primária à Saúde e foi instituído pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em abril de 2005, com o intuito de aprimorar a oferta e qualidade destes serviços dentro do estado. De acordo com Leles et al (2009), o programa parte de uma reflexão sobre o "papel do governo estadual na APS, um campo de responsabilidade inequívoca dos municípios" (LELES et al, 2009, p.53), buscando reforçar a cooperação no federalismo brasileiro. Ou seja, o Saúde em Casa pretende reforçar o papel do governo estadual em apoiar os serviços de APS prestados pelos entes municipais.

No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, as ações da Secretaria Estadual de Saúde se enquadram no resultado estratégico "Vida Saudável", cujos objetivos são "universalizar a atenção primária à saúde para a população, reduzir a mortalidade materna e infantil, ampliar a longevidade e melhorar o atendimento da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes e ampliar significativamente o acesso ao saneamento básico" (PMDI, 2007- 2020; p.8).

O Planejamento Plurianual de 2004-2007 (PPAG 2004 -2007) classifica o Programa Saúde em Casa como um Projeto Estruturador, ou seja, concebido para, a partir da atuação dentro de sua área de resultado estratégico, tornar realidade a visão de futuro elencada no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, ou seja "fazer com que Minas Gerais seja o melhor estado para se viver". De acordo com a "Programação Anual da Saúde" (2011), os estruturadores são iniciativas estratégicas que, por meio da concentração de esforços e recursos, visam à transformação e a melhoria da realidade vigente.

Essa condição faz com que tais projetos tenham um tratamento diferenciado, com menor contingenciamento de recursos e gerenciamento intensivo em relação a outras iniciativas consideradas não tão prioritárias. Neste sentido, desde sua formulação, esperava-se que o Programa Saúde em Casa obtivesse um poder de arraste, uma capacidade de alavancar outras iniciativas que ajudariam à consecução das estratégias governamentais do estado (PPAG; 2004).

O mesmo documento descreve como objetivo do Programa Saúde em Casa: "ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica a população com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família" (PPAG; 2004, p.43).

4.1 Desenho do Programa

O programa fundamenta-se em um Termo de Compromisso firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e os municípios, em que ambos se comprometem a cumprir um conjunto de compromissos relacionados à organização e prestação de serviços da Atenção Primária a Saúde e, em contrapartida, os municípios teriam acesso às ações disponibilizadas pelo Programa Saúde em Casa.

Em 2007, o Programa Saúde em Casa já contava com a adesão de 750 municípios e atualmente todos os 853 municípios mineiros já assinaram o Termo de Compromisso.

Uma reconstrução da trajetória do Programa Saúde em Casa por meio dos instrumentos de planejamento da ação governamental (PPAG e revisões anuais do PPAG) permite observar o escopo do Saúde em Casa. As TABELA 5 e TABELA 6 possibilitam perceber que ao longo do tempo algumas ações foram gradativamente incluídas ao escopo do Programa e outras foram sendo excluídas. O documento apresenta diversos motivos para tais

modificações: a incorporação de uma ação à outra do próprio Saúde em Casa; a ação será executada por outro projeto da SES; novas diretrizes do programa. Apesar disso, é importante assinalar que é possível identificar uma continuidade no escopo geral, com ações que visam melhoria quantitativa e qualitativa, que afetam a estrutura e os processos da APS nos municípios.

Na fase inicial, foram realizadas ações que disponibilizavam produtos com o intuito de obter melhorias na estrutura das Equipes do Saúde da Família, conforme Resolução SES/MG 661/05, que institui o incentivo mensal às ESF e Resolução SES/MG 760/05, sobre recursos para reforma e construção de UBS e compra de equipamentos. Essas duas ações foram mantidas, ainda que com designações distintas nos PPAG`s, durante toda a execução do programa.

Tabela 5: Ações do Programa Saúde em Casa nas Revisões do PPAG 2004 - 2007 - Minas Gerais

2004	2005*	2006	2007
Recuperação Física Unidade de Saúde	Aglutinada na Ação Saúde da Família		Saúde em Casa - infraestrutura
Oficinas de Melhoria em Atenção Básica	Aglutinada na Ação Saúde da Família		
Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família
			Farmácia de Minas - Medicamentos
			Saúde na Escola

^{*} Início da implementação

Fonte: PPAG 2004 - 2007 Minas Gerais - SEPLAG

Elaboração própria

Tabela 6: Ações do Programa Saúde em Casa nas Revisões do PPAG 2008 - 2011 - Minas Gerais

2008	2009	2010	2011
Financiamento de Reforma, Construção e Equipamentos de UBS	Financiamento de Reforma, Construção e Equipamentos de UBS	Financiamento de Reforma, Construção e Equipamentos de UBS	Financiamento de Reforma, Construção e Equipamentos de UBS
Ampliação da cobertura PSF			
	Apoio técnico às ESF que atuam no espaço escolar	Escopo executado por outro Projeto da SES/MG	
Melhoria da Qualidade da APS (Prontuário eletrônico)	Desenvolvimento de TI para a APS (Prontuário eletrônico)	Desenvolvimento de TI para a APS (Prontuário eletrônico)	Transferida para novo Projeto de Ação integrada da SES/MG
	Melhoria da Qualidade da APS (Oficinas Plano Diretor)	Desenvolvimento de RH/ Plano Diretor de APS	Desenvolvimento de RH/ Plano Diretor de APS
		Tele Minas Saúde	Transferida para novo Projeto de Ação integrada da SES/MG
		Desenvolvimento de RH/ PEP	Desenvolvimento de RH/ PEP
			Acompanhamento Nutricional da População
			Apoio Profissional à APS

Fonte: PPAG 2001 - 2007 Minas Gerais - SEPLAG

Elaboração própria

O incentivo financeiro às Equipes do Programa Saúde da Família é feito através da transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde que devem ser gastos em ações para aprimoramento e manutenção da atenção primária à saúde, conforme discernimento dos gestores locais. Esta ação encontra-se presente desde 2004, ainda que constem diferentes nomenclaturas no PPAG: Saúde da Família ou Ampliação da Cobertura PSF. Atualmente o valor do repasse é baseado em um Fator de Alocação, número de equipes do Programa Saúde da Família em operação e o cumprimento de determinadas metas acordadas (Resolução 661/2005; 1935/2009). O Fator de Alocação dos recursos de saúde, construído em estudo da Fundação João Pinheiro, foi baseado na associação de dois índices:

1- Índice de Necessidade em Saúde que combina variáveis epidemiológicas e socioeconômicas;

2- Porte Econômico: capacidade de autofinanciamento dos municípios, baseado na quota parte de ICMS.

Esta classificação permitiu a divisão dos municípios em quatro categorias, definindo quatro grupos de valores para os repasses. Na próxima seção o incentivo financeiro será analisado de forma mais detalhada.

Os recursos para a reforma, construção e compra de equipamentos de Unidade Básica de Saúde tem o intuito de renovar e modernizar a infra estrutura física disponível para a Atenção Primária à Saúde, adequando-a à atuação dos profissionais e, consequentemente, à uma melhor prestação de serviços aos cidadãos. Os municípios participantes do Programa Saúde em Casa podem se candidatar a obter os recursos provenientes do Tesouro Estadual conforme critérios específicos. Em 2009, foram normalizadas quatro modalidades de projetos arquitetônicos com os requisitos básicos para funcionamento das UBS de forma a serem suficientemente completas para a prestação dos serviços da atenção primária à saúde. De 2005 a 2010, 832 municípios (97,53%) foram contemplados com os recursos para melhoria de infraestrutura.

Além destas duas ações é importante destacar o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), implementado em 2009, base da estratégia do Programa Saúde em Casa nos municípios e microrregiões, tendo como objetivo agregar qualidade às ações desenvolvidas. Sua implementação abrange um conjunto de dez oficinas de capacitação dos profissionais das ESF para implementação das práticas previstas no PDAPS, com a adoção de linhas-guias de atenção à saúde², que envolvem a prevenção e tratamento das principais patologias, e de instrumentos de diagnóstico da situação de saúde. Além disto, o PDPAS aborda informações sobre a programação e monitoramento de ações, além de outros aspectos relacionados à gestão. Não se trata, no entanto, de treinamento tradicional, mas sim um direcionamento às ações em prol da cooperação entre os entes, de modo que as oficinas são constituídas de períodos de concentração e de dispersão: "Os períodos de concentração são presenciais – para aquisição de conhecimentos e habilidades - e a dispersão – para aplicação prática dos conteúdos assimilados - ocorre no território de responsabilidade da equipe de saúde" (PLANO DIRETOR DA APS; 2009).

2

² As linhas-guia de atenção à saúde contemplam os profissionais da equipe em suas ações de prevenção e de cuidado para as principais condições e patologias. Além disso, há uma seção para orientação da organização de processos que contém ferramentas que possibilitam a estruturação do trabalho na APS. Foram elaboradas em 2002 e passaram por uma revisão sistemática no ano de 2010, visando sua adequação ao modelo de atenção às condições crônicas (MARQUES et al; 2010)

Outra importante ação trazida pela Saúde em Casa é o Programa de Especialização Permanente (PEP) para Médicos de Família, uma ação educacional executada com a formação de parceria com escolas regionais de Medicina, em que são formados grupos de médicos do Programa Saúde da Família para o aperfeiçoamento de práticas e atitudes coerentes com as necessidades da Atenção Primária à Saúde nos municípios. Em linhas gerais, o PEP inclui tutoria e troca de experiências entre os profissionais, com o objetivo de que estes estejam sempre atualizados e familiarizados com as necessidades de saúde locais, fazendo com que o atendimento seja mais eficiente e humanizado.

Pode-se perceber, portanto, que o Saúde em Casa visa atuar em duas frentes: quantitativa e qualitativa. Quantitativa ao aumentar o financiamento destinado à Atenção Primária à Saúde e qualitativa ao proporcionar ações que visam melhoria da infra estrutura disponível e aperfeiçoamento do atendimento oferecido à população.

5. IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO

Em tese, o círculo de formulação e avaliação de políticas públicas envolve cinco grandes etapas sucessivas: 1) definição da Agenda Pública: corresponde a processos que culminam no reconhecimento de que determinada questão social é um problema público e, por isso, passa a demandar uma ação governamental para solucioná-la; 2) formulação de políticas e programas: consiste na construção de possíveis soluções para a questão inserida na agenda; 3) tomada de decisão: a partir das soluções formuladas, decidir-se por uma ou mais; 4) implementação de políticas e programas: iniciam-se os esforços para implementar as ações escolhidas na etapa anterior, alocando-se os recursos e desenvolvendo os processos previstos; 5) avaliação das políticas e programas: etapa em que são confrontados os resultados esperados com os resultados alcançados. (JANNUZZI, 2009)

De acordo com Cassiolato e Guressi (2010), no momento da formulação as ações são traçadas de forma a interferir positivamente no problema. Desta forma, os produtos obtidos pelas ações devem levar a resultados intermediários, que, por sua vez "levam ao resultado final esperado, que está diretamente relacionado ao objetivo do programa, refletindo mudanças no problema" (CASSIOLATO e GUERESSI; 2010; p.10). Isso, no entanto, não acontece de forma automática. As ações estão sempre sujeitas a resultados e interferências inesperadas e/ou indesejadas, tais como dificuldades na capacidade de gestão, motivação de atores envolvidos, constrangimentos técnicos e políticos não identificados anteriormente, e, até mesmo o contexto natural de incertezas em que operam as políticas públicas, especialmente aquelas que requerem modificações na lógica de funcionamento.

Por isso, com frequência, observa-se que o processo de elaboração de políticas continua durante a fase de implementação, que, conforme assinala Draibe (2001) "também repousa em orientações e preferências, envolvendo cálculos estratégicos, escolhas e decisões por parte dos agentes que o conduzem e o implementam e dele se beneficiam" (DRAIBE,2001, p.27).

Cabe ressaltar, portanto, que, de modo geral, não há garantias concretas de que a implementação corresponderá ao planejado e nem que esteja imune a imprevistos e resultados não esperados. Daí a necessidade de estabelecer atividades sistemáticas e regulares de acompanhamento da gestão e execução, que forneçam dados com o intuito de informar o responsável sobre eventuais gargalos ou dificuldades. Neste sentido, o monitoramento

contínuo e a avaliação periódica são considerados instrumentos fundamentais para verificar se uma política, um programa ou mesmo um projeto estão sendo implementados conforme planejado. Sem estes mecanismos, não há como realizar o aprimoramento da eficiência e da qualidade dos serviços prestados (FORTES et al, 2011). Por isso, Carneiro (2004) destaca que estas atividades só adquirem sentido se forem utilizadas com o objetivo de auxiliar os processos gerenciais e a tomada de decisão, ou seja, se proporcionarem aprendizados e ampliarem os conhecimentos sobre aquela determinada intervenção

Esta seção dedica-se, portanto, a analisar justamente o processo de implementação da ação de incentivo financeiro no âmbito do Programa Saúde em Casa, bem como os procedimentos utilizados para verificar a coerência. Desta forma, primeiramente realiza-se uma reconstrução da trajetória da implementação, destacando-se os principais aspectos, prioridades e constrangimentos envolvidos. Posteriormente, a análise se focará nos procedimentos de monitoramento adotados, incluindo aqui as Comissões de Acompanhamento, instâncias responsáveis por analisar as justificativas interpostas por municípios que não cumpriram as metas pactuadas. Finalmente, apresenta-se breves considerações acerca das fragilidades e aprendizados identificados.

5.1 Reconstrução da trajetória da implementação do incentivo financeiro

5.1.1 2005: Início da implementação do Incentivo Financeiro

O financiamento, oriundo do Ministério da Saúde, para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, havia se mostrado insuficiente, o que demandou aportes de recursos dos tesouros estaduais para as ações das Equipes de Saúde da Família. (MENDES; 2012)

Conforme discutido na seção anterior, o repasse de incentivo financeiro às Equipes do Saúde do Família é considerado como o carro-chefe do Programa Saúde em Casa, a estratégia da SES/MG para o fortalecimento da APS em Minas Gerais (SCHNEIDER et al; 2010). O ex Secretário de Estado de Saúde (Marcus Pestana) aponta que, além da evidente necessidade em colaborar com o fortalecimento da APS no estado, o governo estadual teria baixa legitimidade junto aos municípios para cobrar a adesão deles ao Programa, caso o Tesouro estadual não participasse do cofinanciamento da atenção primária à saúde.

A Resolução SES 661/2005 (Anexo 1) é o instrumento normativo que institui o incentivo financeiro no âmbito do Programa Saúde em Casa, especificando as regras e condições para que os municípios pudessem se habilitar ao programa e assim se candidatarem ao recebimento do incentivo mensal.

O recurso é repassado diretamente da conta do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O Assessor Chefe da Assessoria de Gestão Estratégica e Integrada da SES, Francisco Tavares, explicou que esta modalidade de transferência para Saúde em Casa é mais flexível e menos burocrática do que o formato de convênios. As transferências realizadas fundo a fundo permitem uma gestão por contrato, que viabiliza a gestão por resultados ao permitir a existência de recursos fixos e variáveis, conforme resultados obtidos no cumprimento das metas.

O montante mensal destinado a cada município participante ficou definido pelo número de Equipes de Saúde da Família em funcionamento e um Fator de Alocação, construído a partir de um estudo da Fundação João Pinheiro, baseado em dois índices:

- Índice de Necessidade em Saúde: combinação de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas;
- Porte Econômico: capacidade de autofinanciamento dos municípios, baseado na quota parte de ICMS;

Este fator permitiu a classificação dos municípios em quatro grupos que determinou os valores do repasse conforme TABELA 7 abaixo:

Tabela 7: Fator de Alocação e Valor Repassado por ESF para os municípios participantes do Saúde em Casa

Quartil	Fator de Alocação	Valor Repassado por ESF (R\$)	Número de Municípios
1	1,0805 a 1,3364	1.000,00	213
2	1,3364 a 1,4392	1.250,00	213
3	1,4392 a 1,5893	1.750,00	213
4	1,5893 a 2	2.000,00	214

Dados:resolução SES 661/2005

A adoção deste critério revela, pelo menos em tese, uma preocupação do governo estadual em estabelecer critérios mais transparentes e equânimes na transferência de recursos,

levando em consideração a desigualdade dos municípios no que se refere à suas necessidades em saúde, bem como à capacidade em atendê-las. Apoiando este argumento, Mendes (2012; p.135) cita a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais como um bom exemplo em que as transferências são feitas conforme critérios redistributivos, em que "municípios mais pobres receberão um valor maior per capita que os municípios mais ricos" (MENDES; 2012; p.135).

O recebimento dos recursos dependia da assinatura de um Termo de Compromisso, que fixava compromissos gerais e compromissos específicos, tanto dos municípios beneficiados quanto da própria Secretaria de Estado de Saúde. Os compromissos específicos se traduziam nas seguintes metas:

a- redução de 5 % em 12 doze meses, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;

b- cobertura de 95% das vacinas do calendário básico e da Triviral em crianças com um ano de idade;

c - ofertar, no mínimo, seis consultas de pré-natal à gestante e uma a puérpera, de acordo com o protocolo "Viva Vida";

d- atender a 50% dos itens constantes no instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes, disponibilizado no site desta Secretaria Estadual de Saúde, como vista a verificação da melhoria da qualidade da assistência prestada

Embora a Resolução 661/2005 tenha previsto expressamente (Anexo I) que o repasse dos recursos ficaria condicionado ao cumprimento das metas , formalizadas nos termos de compromissos assinados pelos municípios, na prática o que ocorreu foi a não observância desta vinculação. Já se observa assim o descompasso entre o previsto no desenho inicial e o que foi implementado.

O Secretário de Estado de Saúde à época (Marcus Pestana), em entrevista, apresentou argumentos que justificavam esta situação: Primeiramente o fato de que o Saúde em Casa deveria ter uma função "pedagógica, e não punitiva, de inserir a cultura de uma nova lógica de operação e de empoderamento da atenção primária". Além disso, aponta que teria ocorrido uma pressão por parte do Conselho de Secretários Municipais de Saúde para evitar ações punitivas no momento em que os municípios ainda estavam empreendendo os esforços iniciais para fortalecer o programa. Um outro argumento refere-se a problemas operacionais à organização de bancos de dados que permitissem a implementação de um sistema de

acompanhamento das metas. O argumento apresentado pelo Assessor-chefe da Assessoria de Gestão Estratégica e Integrada (AGEI) das SES, Francisco Tavares, vai neste mesmo sentido: os processos de acompanhamento de metas não estavam estabelecidos o que dificultava manter o principio da vinculação de recursos a metas.

Nas justificativas acima há três tipos de argumentos: um de natureza técnica (desenvolvimento insuficiente dos procedimentos e sistemas operacionais para o acompanhamento do cumprimento de metas), outro relacionado a mudanças no tipo de interação entre o governo estadual e os municípios (função pedagógica) e o terceiro de natureza política (pressão do COSEMS).

No que se refere aos argumentos de que a função pedagógica do programa e de que pressões do COSEMS impediram a implementação da vinculação das metas ao pagamento dos recursos, é possível identificar a operação de pelo menos, dois componentes (a) o tempo dedicado à preparação para o lançamento de um programa, necessário tanto para preparar tecnicamente as organizações; quanto para as negociações políticas, e, (b) a disposição à negociação ou à construção dos acordos. Intervenções que requerem mudanças na lógica de operação de todo um sistema necessariamente devem ser acompanhadas de uma preparação técnica adequada. Mas também requer a construção de um ambiente decisório que viabilize a execução prevista, o que demanda a participação dos envolvidos, no caso, os municípios, em instâncias deliberativas e mecanismos que permitam a apreensão dos objetivos, da mudança na lógica de financiamento, e o entendimento e aceitação das ações a serem implementadas. Assim, de acordo com DRAIBE (2008) a estratégia de implementação também deve envolver uma escolha que remeta à temporalidade das ações, que "em princípio responde a certos cálculos políticos quanto aos apoios e resistências que enfrentará o programa" (DRAIBE; 2008; p.28).

Tais pré-requisitos tornam-se mais relevantes em programas que dependem da atuação de diferentes atores, que atuam em diferentes momentos e cenários. Se há uma incongruência entre os objetivos e interesses dos agentes que formularam a política e aqueles envolvidos na implementação, dificilmente um programa será implementado conforme seu desenho original. Além disto, os interesses e influências dos próprios stakeholders podem modificar do momento da formulação para a implementação, visto que esta fase pode apresentar novas informações antes não consideradas. Arretche (2001) argumenta que no momento da formulação "com quase absoluta frequência a informação é imperfeita, incompleta e até mesmo baseada em expectativas quanto ao comportamento futuro das variáveis da realidade"

(ARRETCHE, 2001, p.50), motivo pelo qual desenhos de programas não são completamente coesos e ajustados.

O relato do ex Secretário Estadual de Saúde aponta a adesão dos agentes implementadores à metodologia inicialmente proposta para o incentivo financeiro tornou-se inviável no momento da implementação do programa, seja pelo caráter pedagógico que se queria defender, seja pela pressão do COSEMS. Optou-se, portanto, por uma estratégia de implementação com maior potencial de aceitação, viabilizando a execução da ação.

Por outro lado, os argumentos de que havia uma dificuldade em estabelecer como seria feita a vinculação e realizar o acompanhamento, principalmente em função da consolidação de um processo capaz de acompanhar as metas acordadas, aponta para várias fragilidades técnicas em componentes que seriam da responsabilidade da SES.

A Resolução 661/2005 não explicitou indicadores a serem mensurados, somente estabeleceu metas a serem cumpridas. Além de não haver qualquer definição de como tais metas seriam verificadas, os Termos de Compromisso assinados pactuavam metas iguais para todos os municípios, ignorando a evidente heterogeneidade entre ele. Portanto, as desigualdades entre os municípios incorporadas nos Fatores de Alocação, não se traduziram no exame mais cuidadoso das capacidades de cada município para atender às metas. Ademais, aparentemente, não houve um exame adequado dos recursos humanos e técnicos da própria SES para fazer o acompanhamento das metas.

Não surpreende, portanto, que a SES não haja implantado o processo de acompanhamento desde o início da implantação do programa. A escolha política de implantar o programa a despeito da preparação técnica inviabilizou a efetiva implementação do que foi previsto na formulação.

No que se refere à aplicação do recurso, o art. 3 da Resolução SES 661/2005 define que o incentivo financeiro deveria ser investido no melhoramento da qualidade dos serviços da Atenção Básica, devendo ser destinado principalmente à qualificação de pessoal, compra de equipamentos, obras e materiais de consumo, sempre objetivando:

- a- a descentralização da responsabilidade com a melhoria da saúde da população;
- b- a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde de primeiro nível a todos os cidadãos;
- c- a participação da comunidade na colaboração da saúde comunitária;
- d- a otimização dos recursos disponíveis;

e- o fortalecimento da autonomia da Atenção Primária à Saúde pelas ações das Equipes do Programa Saúde em Casa.

Havia uma vedação no que dizia respeito ao pagamento de pessoal, que se justificaria pelo intuito de não criar uma dependência financeira dos municípios a um recurso ainda pouco consolidado. Esta restrição, no entanto, era muito questionada, já que grande parte da dificuldade dos municípios refere-se aos recursos humanos.

A prestação de contas seria feita por intermédio de Relatórios Circunstanciados. Em entrevista, o Gestor-adjunto do programa de 2005 a 2009, Fernando Leles, aponta que estes Relatórios seriam uma forma de substituir a lógica burocrática da prestação de contas nos moldes conveniais para uma prestação voltada para resultados, pois representavam um demonstrativo da execução física e financeira do recurso, de acordo com o cumprimento das metas propostas. No entanto, Lelis também destaca que, na prática, este novo método acabou se tornando extremamente burocrático, não logrando a facilidade que se esperava. Ele explica que, mais uma vez, tem-se um exemplo em que a implementação ocorreu de forma distinta do planejado: descreve que não houve uma preparação no que se refere à capacitação das áreas técnicas, tanto da área central da SES como das Gerências Regionais de Saúde, que seriam responsáveis pela implementação do novo modelo. Ademais, os receios das consequências jurídicas, ainda não totalmente consolidadas, deste novo modelo de prestação de contas e a tentativa de simplificar a análise dos técnicos levaram à criação de uma lista com itens permitidos e proibidos na aplicação do recurso. Com isto, conforme corroborado pelo outros entrevistados, pela dificuldade em operacionalizar aquilo que foi desenhado, o novo modelo de prestação de contas acabou por ter consequências opostas às esperadas, levando à morosidade deste processo e ao engessamento da gestão municipal, uma vez que atrapalhava a liberdade que deve ser dada ao município em organizar a sua estrutura de APS.

5.1.2 2009: A nova contratualização do incentivo financeiro

Corroborando a ideia de que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio do financiamento das Equipes de Saúde da Família depende da transferência de recursos aos municípios, tanto pelo Ministério da Saúde como pelas SESs, Mendes (2012; p.134) argumenta que este repasse deve ser feito pela forma de incentivos ligados a desempenho e articulados em contratos de gestão.

Sobre esta orientação, Muniz, Silveira e Bechelaine (2010, p.14) explicam que "o interesse dos governos na gestão baseada em resultados está relacionada à preocupação com a eficácia, eficiência, a efetividade e a accountability de suas ações".

Também sob a ótica do federalismo, a contratualização e definição de metas e indicadores entre os entes podem ser vistas como um avanço na coordenação da prestação de serviços públicos: é entendida como uma contribuição ao objetivo de obter uma integração nas redes de saúde da esfera estadual e municipal, fazendo com que os dois entes conjuguem os esforços no intuito de compartilhar os mesmos compromissos e interesses em prol da sociedade. Isto porque a pactuação e estabelecimento de diretrizes comuns pode viabilizar a atuação conjunta: os contratos seriam um procedimento para formalizar os compromissos e atrelá-los a incentivos. De acordo com Souza (2002, p.10):

"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"

Retomando o processo iniciado em 2005, em consonância com o ideal de uma administração pública voltada para a gestão por resultados e de uma ação conjunta articulada entre os entes federados, a Resolução SES Nº. 1935 de Julho de 2009 veio estabelecer novas normas de adesão ao Programa Estruturador Saúde em Casa. Tornou necessária a adesão dos municípios por meio da assinatura de um novo Termo de Compromisso, que pactua novas metas e indicadores de desempenho, instituindo que parte do recurso do incentivo mensal será paga de forma variável, vinculada aos resultados apurados por um processo de monitoramento, responsável por verificar o cumprimento ou não de tais metas (MARQUES et al, 2010, p.146).

No contexto do Programa Saúde em Casa, este novo processo de repactuação, que retoma a vinculação dos incentivos ao cumprimento de metas já prevista na legislação anterior, incorporando o conceito de gestão por resultados, é visto por todos os entrevistados como um amadurecimento do processo de contratualização. Os anos de execução do programa permitiram conhecer melhor as dificuldades práticas da implementação e gestão, fazendo com que os objetivos ficassem mais claros e as atuações pudessem ser alinhadas de forma mais efetiva. O Secretário de Estado de Saúde, Marcus Pestana, aponta que o trabalho "pedagógico" já estava mais avançado e os municípios teriam mais capacidade de gerenciar o cumprimento das metas.

A proposta final prevê então que cada um dos 853 municípios mineiros seja avaliado quadrimestralmente com metas diferenciadas, conforme a natureza do indicador, a situação inicial e o cenário desejado e os fatores característicos dos municípios, como o porte populacional, obtendo-se o resultado para os indicadores selecionados com base em dados de sistemas oficiais de informação. Os resultados são comparados com as metas pactuadas para cada uma das avaliações, o que gera um número de metas cumpridas (0, 1, 2, 3 ou 4). Deste modo, o pagamento do incentivo financeiro mensal passa a ser variável, sendo realizado de acordo com as metas cumpridas pelo município, bem como com as outras variáveis já estabelecidas: número de equipes da Estratégia Saúde da Família em funcionamento e fator de alocação. Na TABELA 8 têm-se os novos valores:

Tabela 8 - Repasse do Incentivo Mensal por Equipe de Saúde da Família

Estanda Alagação	Número de Indicadores Cumpridos – Avaliação Quadrimestral									
Fator de Alocação	4	3	2	1	0					
4 - R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 1.750,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.250,00	R\$ 1.000,00					
3 - R\$ 1.750,00	R\$ 1.750,00	R\$ 1.531,25	R\$ 1.312,50	R\$ 1.093,75	R\$ 875,00					
2 - R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 1.093,75	R\$ 937,50	R\$ 781,25	R\$ 625,00					
1 - R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 875,00	R\$ 750,00	R\$ 625,00	R\$ 500,00					

Fonte: Resolução SES/MG nº 1935/2009.

Caso o município não concorde com o resultado de cada avaliação, a Resolução SES Nº. 1935/2009 prevê a possibilidade de apresentar um recurso, a ser analisado por uma Comissão de Acompanhamento, que possui representantes do Estado e dos municípios. Esta Comissão julgaria os recursos, acatando ou não as justificativas apresentadas.

Este processo faz com que, ao final do ano, sobre uma parcela de recurso não repassada pelo não cumprimento de metas de alguns municípios. Como este recurso já estavam destinados a esta ação, foi criado um novo incentivo, o "Bônus de Desempenho", que é repassado aos municípios que obtiveram 100% de cumprimento de metas em todas as três avaliações anuais. É entendido como um estímulo e um reconhecimento para os municípios que cumpriram seus compromissos.

No que se refere à aplicação dos recursos e posterior prestação de contas houve uma tentativa de simplificar, para evitar o "engessamento" percebido na situação prevista pela resolução anterior. Os municípios, responsáveis pela organização da APS em seus territórios,

podem, portanto, aplicar o recurso em qualquer ação em prol da APS, inclusive custeio das equipes, e deverão prestar contas anualmente demonstrando esta ligação, sob pena de ter o recurso suspenso. Esta demonstração, no entanto, é bastante simplificada se comparada à anterior, bastando apenas especificar as notas de empenhos.

5.1.3 O processo de repactuação: definição dos indicadores e metas

Conhecer o processo de definição de indicadores, implementação e negociação de metas é de extrema importância para entender a trajetória do Saúde em Casa e do incentivo financeiro.

Primeiramente, é importante destacar que estes processos foram marcados por discussões envolvendo reuniões entre a SES e o COSEMS e deliberações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O ex Secretário Estadual de Saúde afirma que não houve decisões unilaterais, pois todo o processo foi compartilhado com os municípios. No entanto, justamente sobre a participação dos municípios neste processo, o argumento do Assessor-chefe da AGEI esclarece os termos da negociação: em um contexto em que os recursos disponíveis são escassos, as condições estabelecidas pelo governo estadual para o repasse acabam sendo aceitas, pois os municípios percebem que se não aceitarem não receberão o repasse. Contudo, ele assinala também que o fato de no período de 2005 e 2009 não ter sido cobrado o vínculo entre o cumprimento das metas e o repasse, tornou difícil a tarefa de, no momento da revisão dos contratos, retomar esta exigência. Os municípios compreendiam o repasse como um "direito adquirido", algo portanto não sujeito a negociações. Ainda sobre este tema, o gestor do Saúde em Casa à época, Fernando Schneider, destaca que o estado precisou conceder novos "incentivos" para a adesão dos municípios, como os previstos na Cláusula Oitava da Resolução SES 1935/2009, que institui Bônus por Desempenho e seu §2º que prevê que os municípios que em períodos de avaliação múltiplos de 3, cumprirem a meta de todos os indicadores receberão parte descontada do incentivo mensal, caso exista, pelo resultado insatisfatório dos dois últimos períodos de avaliação. Percebe-se, portanto, que o estado, no seu papel de autoridade formuladora, apresentou incentivos para convencer os demais agentes a aderirem e aceitarem o novo desenho proposto. Sobre este tema, Arretche (2001) expõe que a formulação "é em si mesma um processo de negociações e barganhas" (ARRETCHE; 2001; p.50) entre os diversos atores envolvidos e, por isto, uma estrutura de incentivos pode ser considerada um componente chave na estratégia de adequação da implementação ao que foi formulado.

A respeito da definição dos indicadores e metas pactuados no âmbito do incentivo financeiro do Saúde em Casa, MARQUES et al (2010,p.146) sintetiza que:

Essas metas são definidas por município e dizem respeito a indicadores que, por sua vez, se referem a processos estratégicos a serem realizados pelos municípios visando ao alcance de resultados finalísticos pretendidos para a população, pactuados no Acordo de Resultados e relacionados a objetivos estratégicos do mapa. (MARQUES et al, 2010, p. 146)

Os indicadores foram baseados nos objetivos elencados no Pacto pela Vida³. A escolha de quais dos diversos compromissos presentes seriam utilizados como indicadores no Termo de Compromisso do Saúde em Casa foi baseada nas estratégias e prioridades da Secretaria Estadual de Saúde, traduzidos no Mapa Estratégico da SES/MG e no alinhamento com as redes de saúde prioritárias do governo, especialmente na época o Viva Vida. Desta forma, os indicadores foram selecionados paras sinalizar alcance de resultados intermediários e, logicamente deveriam viabilizar a consecução dos objetivos finais.

O Secretário Estadual de Saúde à época, o Assessor chefe da AGEI e o gestor do Saúde em Casa à época são unânimes ao afirmar que a escolha dos indicadores foi baseada em um processo de amadurecimento da gestão do programa. Definiu-se que estes deveriam reunir as características essenciais que tornam viável o monitoramento, sendo mensuráveis, comparáveis, com informações disponíveis em base de dados consolidadas, confiáveis e acessíveis.

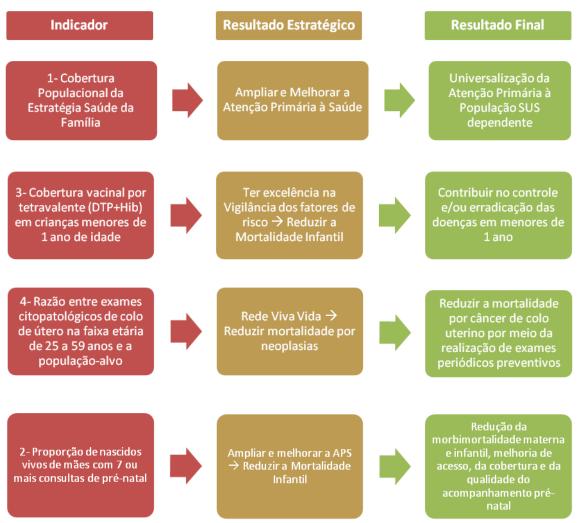
Outro ponto importante seria o número de indicadores a serem monitorados. O ex Secretário Estadual de Saúde explica que, no seu entendimento, não há como monitorar tudo que se deseja e para que o trabalho seja bem feito é necessário definir pontos prioritários. Apesar disto, a primeira proposta apresentada sugeria a adoção de dez indicadores, sendo dois estratégicos e obrigatórios e dos oito restantes, cinco elegíveis. Tal proposta não foi adiante, sendo barrada na CIB. Uma nova proposta foi elaborada, e posteriormente aceita na CIB de Junho de 2009, optando por um número menor de indicadores.

-

³ Pacto pela Vida: estratégia do Pacto pela Saúde, instrumento proposto pelo governo federal, que estabelece compromissos entre os três níveis governamentais. Tem como foco central estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas, que são expressas em objetivos, metas e indicadores, e são definidas nacionalmente, mas permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local.

Os quatro indicadores escolhidos são traduzidos no QUADRO 1:

Quadro 1: Indicadores previstos na Resolução SES 1935/2009



Dados: Resolução SES 1935/2009; SES/MG

Elaboração própria

Cassiolato aponta que os indicadores devem possibilitar "a averiguação do sentido e da intensidade do movimento de uma dada variável (ou conjunto de variáveis) relevantes para o enfrentamento do problema" (CASSIOLATO e GUERESI; 2010; p.27). Para tanto, podem ser quantitativos ou qualitativos, mas devem informar empiricamente a evolução daquele aspecto observado no tempo. O QUADRO ilustra a ligação de cada indicador com os resultados estratégicos, previstos no Mapa Estratégico da SES, e os resultados que se esperam obter com a melhoria destes indicadores.

O Superintendente de Atenção Primária à Saúde, Wagner Fulgêncio, destaca que, com exceção do indicador "Cobertura da Estratégia Saúde da Família", os atuais indicadores possuem evidente foco na rede materna infantil. Ele argumenta que os indicadores escolhidos são considerados chaves para a melhoria desta área e alcance dos resultados esperados e considera que são adequados para o fim que se propõem. De fato, traduzem processos que devem ser realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente de prevenção (realização de exames e vacinação infantil), mostrando que há coerência também entre as atividades que se espera que sejam desenvolvidas e os indicadores propostos. Já o Indicador Cobertura do Estratégia Saúde da Família traduz uma preocupação nacional do SUS e um dos objetivos principais do Saúde em Casa: universalizar o acesso à atenção primária.

Neste sentido, verifica-se que os indicadores propostos abrangem processos que são da competência dos atores envolvidos na execução do programa e, de fato, representam os principais, ainda que não todos, fatores para a melhora nos resultados esperados por cada um deles. Além disto, nota-se que os resultados finais de cada indicador estão de acordo com o objetivo do Programa Saúde em Casa, de ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica a população com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família (PPAG; 2004). Cabe ressaltar, no entanto, que, conforme já discutido, optou-se por enfatizar uma das redes de atenção, a materna-infantil, mas a qualidade da atenção primária à saúde também envolve outros pilares como a rede de idosos e de doenças crônicas, que não podem ser ignorados na consecução do objetivo final do programa.

Outro ponto importante diz respeito à verificabilidade e mensuração dos indicadores. A definição dos indicadores foi precedida de reuniões com as áreas temáticas, em que foram definidas metodologia de cálculo, identificadas todas as fontes em que seriam obtidos os dados referentes a cada indicador, a periodicidade recomendada da análise e os responsáveis pelo repasse das informações. Este processo foi importante para que fossem escolhidas bases de dados consolidadas e alimentadas pelos municípios e cujo acesso estivesse disponível às áreas técnicas da SES.

Para a definição das metas de cada um destes indicadores, em um primeiro momento optou-se pela utilização das metas já acordadas pelos municípios no Pacto pela Saúde de 2008, conforme ficou expresso na Resolução SES 1935/2005. Esta decisão foi tomada no intuito de manter uma coerência com valores já pactuados entre as três esferas, considerando que facilitaria a adesão dos municípios. A exceção foi o indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família, cujas metas seriam diferentes das do referido documento, uma

vez que a metodologia do cálculo da cobertura utilizada pelo estado é diferente da adotada pelo governo federal.

O momento seguinte é marcado pela capacitação das Gerências Regionais de Saúde (GRS) por meio de vídeo conferências explicando a construção dos indicadores, como seriam monitorados, os fluxos de informações etc. Iniciou-se a capacitação também dos municípios por meio das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Optou pela antecipação de uma oficina explicando os mecanismos e implicações de um contrato de gestão e alcance de metas.

No entanto, os resultados da 1ª avaliação, realizada em Janeiro de 2010, apontaram um cumprimento muito baixo das metas pactuadas. Com isso, constatou-se que as metas contidas no Pacto pela Saúde não seriam, ao menos naquele momento, as mais adequadas para serem utilizadas no Termo de Compromisso do Saúde em Casa. Vários fatores são apontados para explicar este fato. Primeiramente, aponta-se que o Pacto pela Saúde não tem impacto efetivo na captação de recursos por parte dos municípios, ou seja, não está diretamente vinculado a um incentivo financeiro, e, além disto, não havia um monitoramento efetivo dos compromissos efetuados. Consequentemente as metas foram mal pactuadas, estando, muitas vezes, superestimadas, não compatíveis com as realidades municipais.

A FIGURA 6 retrata as etapas do que ocorreu naquele momento, de acordo com a metodologia do PDCA⁴. O processo inicia-se com o Planejamento (Plan), em que há a discussão do novo contrato e definição das metas, seguidas de capacitação aos municípios e às Gerências Regionais de Saúde (GRS). Posteriormente, inicia-se a Execução (Do) implementando as ações previstas para o Saúde em Casa, seguida da Verificação (Check), momento em que os dados foram analisados para medir se os objetivos estavam sendo alcançados. O último ponto é Agir (Act), em que, com base nos resultados da primeira avaliação, foi possível identificar as possíveis melhorias.

_

⁴ O ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) é uma sequência de ações que podem ser utilizadas para controlar algum processo. Trata-se de uma ferramenta administrativa que auxilia na organização de um projeto ou processo.

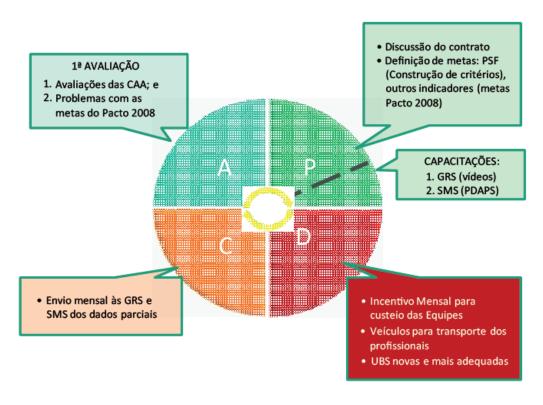


Figura 6: O PDCA na 1 avaliação do contrato do Saúde em Casa - 2010

Fonte: SCHNEIDER, F., 2010. GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG

Neste contexto, observou-se a necessidade de uma nova pactuação de metas referentes a dois indicadores: o indicador Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré natais e o indicador Razão de exames citopatológicos de colo de útero. Isto porque as metas do indicador Cobertura Estratégia Saúde da Família e do Cobertura vacinal por tetravalente seriam mantidas, pois as do primeiro já estavam de acordo com especificidades municipais, seguindo metodologia utilizada pelo estado, e as do segundo deveriam seguir o padrão único já definido para todos os municípios.

Optou-se por manter um alinhamento com o Pacto pela Vida e, portanto, as metas deste também seriam redefinidas. Fernando Schneider, explica que após verificar que as metas do Pacto eram superestimadas o governo optou por atualizá-las, tornando-as mais desafiadoras e factíveis.

A metodologia para definição das novas metas do Saúde em Casa seguiria então as novas metas para o Pacto pela Vida de 2010 e 2011, que seriam redefinidas considerando o status atual dos indicadores em cada município e a cobertura do ESF.

As metas do Pacto pela Vida de 2010 e 2011 seriam alocadas como metas do 1º quadrimestre dos anos 2011 e 2012, respectivamente. As metas de 2010 seriam derivadas da diferença entre a meta Pacto pela Vida 2010 e o valor alcançado na primeira avaliação, devendo ser progressivas. Já as metas dos as metas dos demais (2º e 3º) quadrimestre de 2011 foram extraídas da diferença entre a meta Pacto pela Vida 2010 e a meta Pacto pela Vida 2011, também de forma progressiva. Este esquema pode ser vislumbrado no QUADRO 2:

Quadro 2: Proposta de definição das metas do contrato do Saúde em Casa - 2010

			META	S SAÚDE	EM CAS	À			
Base	QUADRIMESTRES	1º QUAD 2010		2º QUAD 2010		3º QUAD 2010		1º QUAD 2011	
	Meses considerados na avaliação entre:	mar/09	fev/10	jul/09	jun/10	nov/09	out/10	mar/10	fev/11
Resultado 2009 - (jan a dez) disponibilizado pelos bancos da SES	Metas sugeridas	(109 diferença meta 2	2 2009 + % da a entre a 010 e o 2009)	Valor de 2009 + (30% da diferença entre a meta 2010 e o valor 2009)		(60% da		Meta Pacto 2010	
	Avaliação do Saúde em	2	<u>a</u>	3	<u>a</u>	4ª		5 <u>a</u>	
	Casa	mai/10		set/10		jan/11		mai/11	

	METAS SAÚDE EM CASA									
Base	QUADRIMESTRES	2º QUAD 2011		3º QUAD 2011		1º QUAD 2012		2º QUAD 2012 adiante		
	Meses considerados na avaliação entre: nov/10 out/11 mar/11 fev/12		fev/12	mar/11	fev/12	mar/12 adiante				
Meta pactuada para 2010	Metas sugeridas	Meta Pacto 2010 + (33,33% da diferença entre meta 2010 e meta 2011)		Meta Pacto 2010 + (66,66% da diferença entre meta 2010 e meta 2011)		Meta Pacto 2011		A definir		
	Avaliação do Saúde em	5	<u>a</u>	6ª		7 ª		8 <u>ª</u>		
	Casa	mai/11		set/11		jan/12		mai/12		

Fonte: SES/MG

Esta proposta foi apresentada a todas as Gerências Regionais de Saúde (GRS) por meio de uma vídeo conferência. Buscou-se explicar a metodologia adotada e esclarecer as modificações feitas, para que os municípios pudessem entender o processo e sanar suas dúvidas. Posteriormente, entre 5 e 9 de abril de 2010, as metas de cada municípios foram

aprovadas nas CIB's Microrregionais (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 673/2010). O gestor adjunto responsável pela elaboração da metodologia adotada, Fernando Schneider, estima que cerca de 80% dos municípios aceitaram as metas propostas pelo estado, enquanto o restante propôs reduções nos valores dessas metas que, em sua maioria, foram autorizadas.

Novamente realizou-se um processo de capacitação das GRS, por vídeo conferência, para a compreensão das novas metas, entendimento dos fluxos e procedimentos necessários à implementação, incluindo Comissões de Acompanhamento e auxílio aos municípios. Como capacitação aos municípios, tem-se a manutenção das oficinas do PDAPS, continuaram a ser implementadas.

5.2 O Monitoramento

5.2.1- Aspectos Legais

Diante da necessidade de um sistema de acompanhamento, a Resolução SES N°. 1935/2009, que institui a pactuação e vinculação de metas para o repasse do incentivo financeiro, estabelece também que "o desempenho dos municípios será avaliado pela SES/MG e por suas Gerências Regionais de Saúde".

Essa mesma resolução dispõe que, ao passo que os municípios se comprometem a buscar o alcance das metas pactuadas, cabe à Secretaria Estadual de Saúde, entre outros pontos:

III.Prover o assessoramento técnico necessário em suas Gerências Regionais de Saúde, e em seu Nível Central, de maneira complementar, aos planos de ação necessários para o alcance das metas e produtos propostos nesse instrumento, quando necessário.

IV. Zelar pela pertinência, alinhamento, desafio e realismo das metas pactuadas;

V. Supervisionar e monitorar a execução desse Termo de Compromisso Saúde em Casa (Resolução SES Nº. 1935/2009). Fica evidente o papel da SES de monitorar o cumprimento das metas, além de examinar a aderência delas à realidade municipal o que significa acompanhamento do desempenho de cada município em períodos estabelecidos (quadrimestral)..

A Resolução SES Nº. 1935/2009 cria também a Comissão de Acompanhamento, instância deliberativa responsável pela análise de recursos impetrados pelos municípios com justificativas pelo não cumprimento de uma ou mais metas. Cada Gerência Regional de Saúde terá sua própria Comissão de Acompanhamento e Avaliação, composta por:

- a- Um representante do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Gerência Regional de Saúde a que o município está adstrito, a ser designado pela Gerência Regional de Saúde.
- b- Um representante do Núcleo de Gestão Microrregional responsável pela microrregião de saúde do município avaliado, a ser indicado por sua GRS;
- c- Um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde Regional, a ser designado por este;
- d- Um representante da Secretaria Municipal de Saúde, do município em questão, a ser escolhido pelo Secretário Municipal de Saúde

A Deliberação CIB-SUS/MG Nº 672, de 19 de Maio de 2010 aprova o Regimento Interno da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Resultados do Projeto Estruturador Saúde em Casa. Esta deliberação definiu um modelo de relatório para as reuniões (ANEXO 1), competências e regras gerais de funcionamento. Entre as competências vale destacar a de: analisar e julgar os eventuais recursos, interpostos pelos municípios participantes do programa após comunicação formal dos resultados da avaliação.

A norma supracitada prevê ainda que o relatório deverá conter três vias a serem enviadas para o município, para Núcleo de Atenção Primária de Saúde (NAPRIS) e outra para a Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) na Secretaria Estadual de Saúde.

Em 2011, a Resolução SES 2873/2011 estabelece que, a partir de 2012, todo processo de acompanhamento do Termo de Compromisso será feito por meio do Sistema de Gerenciamento de Compromissos, Metas e Indicadores (Sistema GEICOM). Este sistema permitirá que os municípios tenham acesso ao resultado de cada avaliação e, por meio do próprio sistema, poderão validar ou interpor recurso às Comissões. Este novo sistema ainda

está na fase de "testes". Portanto não é possível identificar as modificações e os efeitos práticos sobre o acompanhamento. Por isso, não será abordado..

Além do GEICOM, a Resolução SES 2873/2011 altera a designação das comissões de acompanhamento, prevê a regulamentação posterior e revoga a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 672/2010. Contudo, até o momento (junho de 2012), a nova regulamentação não foi publicada.

5.2.2 Mapeamento dos fluxos e processos

Explicitados os aspectos formais previstos na legislação para o monitoramento do desempenho dos municípios, é importante examinar a coerência e a aplicabilidade dos instrumentos normativos supracitados.

A FIGURA 7 apresenta, de maneira geral, o fluxo de monitoramento do repasse de incentivo financeiro do Saúde em Casa

Casa

Reunião com os gestores ASSINATURA DO de bancos de dados e CONTRATO E QUADRO Definição dos Início definição da peridicidade indicadores DE INDICADORES E recomendada para as METAS POR MUNICÍPIO avaliações Encaminhamento das planilhas Preparação dos dados para Encaminhamento por de resultados à GAPS, com dados facilitar a avaliação e ofício com AR aos parciais (mensalmente) e de encaminhamento por email municípios avaliação (quadrimestralmente) às GRS Reunião CAA e análise das justiciativas/peculiadridades e deferimento ou não da(s) justificativas SMS solicitou recurso no prazo de 3 dias úteis? Pagamento de acordo com o Fim Homologação do resultado resultado homologado

Figura 7: Fluxo do monitoramento e avaliação do Programa Estruturador Saúde em

Fonte: SAPS/SESMG 2012

O fluxo inicia-se com a definição dos indicadores, seguido da assinatura do contrato de gestão, em que os indicadores e metas são detalhados para cada município, processo já analisado nesta seção. A partir daí, em tese, inicia-se o acompanhamento (envio de planilhas organizadas pela área técnica responsável da SES, mensal ou quadrimestralmente, à Superintendência de Atenção Primária à Saúde) Procedimentos adotados para cada indicador pactuado no Termo de Compromisso:

a) Indicador 1: Cobertura do Estratégia Saúde da Família

Cada município deve enviar mensalmente ao Núcleo de Atenção Primária à Saúde-NAPRIS de sua GRS um "Atesto Mensal", conforme ANEXO, com o número de ESF em funcionamento no mês anterior. Os NAPRIS consolidam as informações e encaminham à SAPS no dia 10 de cada mês. Após recebimento das informações encaminhadas, os técnicos da SAPS/DAPS conferem e consolidam todas as informações, utilizando planilha eletrônica do Microsoft Excel.

b) Indicador 2: Cobertura de exames Pré-Natal

Para apuração do percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de pré-natal, a Diretoria de Inteligência Epidemiológica da SES/MG deve encaminhar planilha eletrônica com as informações à SAPS/DAPS até o dia 15 dos meses de avaliação.

c) Indicador 3: Tetravalente

Para apuração da proporção de crianças menores de um ano de idade vacinadas com a 3ª dose da vacina DTP+Hib, a Diretoria de Inteligência Epidemiológica da SES/MG deve encaminhar planilha eletrônica as informações à SAPS/DAPS até o dia 15 dos meses de avaliação (janeiro, maio e setembro).

d) Indicador 4: Citopatológico

Para apuração da produção de exames citopatológicos do colo do útero realizados na população alvo do rastreamento, a área técnica responsável importa os dados referentes ao período a ser avaliado e os envia para a SAPS/DAPS até o dia 15 dos meses de avaliação (janeiro, maio e setembro).

A etapa seguinte consiste na consolidação eletrônica das informações sobre cada indicador por técnicos da SAPS, encaminhadas posteriormente às Gerências Regionais de Saúde, obedecendo a periodicidade das avaliações do cumprimento das metas. Na planilha há a opção de disponibilizar os resultados de cada município (Atesto de Resultados – exemplo na FIGURA 8), que é enviado pelas GRS aos municípios para comunicar o desempenho apurado naquele quadrimestre.

Figura 8: Atesto de Resultados enviado aos municípios participantes do Saúde em Casa - Minas Gerais

SELECIONE O MUNICÍPIO ABAIXO										
Informamos que o município de	Aiuruoca	atingiu 3	Indicadores cumpridos							
INDICADOR	META	RESULTADO ALCANÇADO	SITUAÇÃO							
Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família	100,00	100,00	CUMPRIDO							
% de recém nascidos com a cobertura de 7 ou mais consultas pré-natal	80,00	86,21	CUMPRIDO							
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade	95,00	116,67	CUMPRIDO							
Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população- alvo,:	0,30	0,29	NÃO CUMPRIDO							

Fonte: SAPS/SESMG (2011)

Os municípios que não atingiram uma ou mais metas têm um prazo de três dias úteis para impetrar recurso à Comissão de Acompanhamento (CA). Caso este procedimento não seja solicitado, tem-se a homologação do resultado. Se o município, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, decide pelo recurso, a CA processa análise da justificativa apresentada, em reuniões especificas. Se o recurso é deferido considera-se a meta cumprida, se indeferido, mantém-se o resultado inicial. Após a homologação de todos os resultados, finaliza-se o fluxo realizando-se o pagamento do incentivo financeiro de cada município participante.

5.2.3 A implementação do processo de monitoramento e acompanhamento do cumprimento das metas

A análise realizada aqui examinará cada etapa prevista no fluxo esquematizado na FIGURA 7: recebimento dos dados sobre os indicadores; procedimentos adotados nas Comissões de Acompanhamento; consolidação e utilização dos dados pela SES.

Desde o início da pactuação de metas até o final do ano de 2011 já foram realizadas seis avaliações e todas seguiram os procedimentos detalhados no fluxograma. A TABELA 9 apresenta as datas de realização e os períodos cobertos em cada avaliação.

Tabela 9: Períodos de avaliação das metas pactuadas no Programa Estruturador Saúde em Casa

Avaliação	1ª	2ª	3ª	4 ^a	5ª	6ª
Realização	Janeiro	Maio	Setembro	Janeiro	Maio	Setembro
	2010	2010	2010	2011	2011	2011
Período de	Setembro,	Janeiro,	Maio,	Setembro,	Janeiro,	Maio,
referência	Outubro,	Fevereiro,	Junho,	Outubro,	Fevereiro,	Junho,
	Novembro,	Março,	Julho,	Novembro,	Março,	Julho,
	Dezembro	Abril	Agosto	Dezembro	Abril	Agosto
	2009	2010	2010	2010	2011	2011

Fonte: SAPS/SESMG (2011)

Elaboração própria

Em entrevista com Diego Pereira, técnico da SAPS responsável pelo recebimento das planilhas com as informações sobre os indicadores, ficou evidente a dificuldade no cumprimento dos prazos estabelecidos. De acordo com ele, os prazos não são cumpridos pelas demais áreas técnicas conforme esperado, geralmente o envio acontece apenas após insistência. Com isto, resta pouco tempo para trabalhar os dados recebidos.

Após o retorno das informações para as GRSs, fica a cargo de cada uma definir como será o envio do "Atesto de Resultados" para os seus municípios. Algumas optam por email, outras por ofício. A SAPS não tem controle de como cada GRS estabelece esta comunicação, nem mesmo quando cada GRS inicia o procedimento.

Para orientar as equipes regionais nas primeiras avaliações, a SES organizou vídeo conferências para explicar a Resolução e os procedimentos de consolidação de dados sobre os indicadores, e de verificação de metas e as responsabilidades das GRS.

O Superintendente de Atenção Primária à Saúde, Wagner Fulgêncio, aponta que as vídeo reuniões foram mais frequentes no período inicial (primeira e segunda avaliação). A partir daí esta capacitação das equipes das GRS foi descontinuada. Sobre este ponto, a atual Gerente do Saúde em Casa, Camilla Silveira, destaca que as orientações gerais são emitidas por telefones, email ou mesmo reuniões, mas reconhece a importância de realizar capacitações mais específicas, especialmente sobre aspectos qualitativos. Diego Pereira SAPS, corrobora este ponto ao observar que algumas GRS ainda apresentam dúvidas sobre o período a que se refere cada avaliação ou sobre os cálculos dos indicadores, algo que poderia ser facilmente resolvido com instruções escritas da SAPS

5.2.3.1 O papel das comissões de acompanhamento

Todos os entrevistados reconhecem importância das Comissões de Acompanhamento enquanto instância que possibilitaria um contato mais próximo com o gestor municipal, no qual ele teria a oportunidade de justificar o não cumprimento e até mesmo expor algum problema quanto ao cumprimento das metas acordadas.

Como já foi explicitado, cada reunião das Comissões de Acompanhamento deve ser registrada em um relatório padronizado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 672/2010), em que se faz um breve resumo das justificativas apresentadas, seguido do resultado (deferido/indeferido) de cada uma delas. Além disto, há também um espaço em que a Comissão deve sugerir ações para a melhoria do desempenho daquele município.

No levantamento realizado junto à SAPS para esta monografia, não foi localizado o arquivo com todos os relatórios, principalmente dos referentes às 4ª, 5ª e 6ª avaliações, apesar da previsão existente no Regimento Interno. Aparentemente, a obrigatoriedade de armazenamento dos relatórios na SAPS foi flexibilizada informalmente, pois não foi localizada documentação oficial com novas instruções a respeito. Os relatórios continuam armazenados e disponíveis nas GRS.

O GRAFICO 1, elaborado a partir dos dados das planilhas disponíveis⁵ na SES (FIGURA), apresenta a porcentagem de municípios que recorreram às Comissões de Acompanhamento para cada indicador, considerando como base o número total de municípios que não conseguiram cumprir a meta pactuada. De modo geral, entre a 2ª e a 6 ª avaliação é possível

⁵ Não há como saber se os relatórios arquivados obedecem a algum critério.

perceber que aumenta a proporção de municípios, independente do tipo de indicador: todos mais de 50% na 6ª avaliação.

100% 90% 80% 70% Indicador Cobertura ESF 60% Indicador Consultas Pré Natais 50% Indicador Cobertura 40% Tetravalente Indicador Exames 30% Citopatológico 20%

Gráfico 1: Porcentagem de recursos dos municípios mineiros junto às Comissões de Acompanhamento do Saúde em Casa pelo não cumprimento de metas**

2ª Avaliação 3ª Avaliação 4ª Avaliação 5ª Avaliação 6ª Avaliação

Fonte: relatórios encontrados na SAPS/SESMG

Elaboração própria

10%

0%

Devido à grande dimensão do universo analisado, é difícil estabelecer uma conclusão para este fato. Dai a necessidade de partir para análise mais especificas das GRS.

Primeiramente, uma análise realizada a partir dos dados disponíveis na SES (FIGURA 9) permitiu observar que a frequência de reuniões das Comissões de Acompanhamento não obedecem a um único padrão: em algumas GRS, como Montes Claros, Varginha, Alfenas, é frequente que quase, se não todos, os municípios que não cumprem a meta optem por recorrer às Comissões de Acompanhamento, ao passo que em outras, como Januária e Unai, a % de recursos é bem menor.

A comparação entre a porcentagem de municípios que impetraram recurso à Comissão de Acompanhamento, considerando o número de municípios que não conseguiram cumprir a

^{*}Considerando o número total de municípios que não cumpriram as metas pactuadas referente a cada indicador.*

^{*} Considera-se a partir da 2 avaliação, quando as metas foram repactuadas.

meta pactuada, nas GRS de Januária e a GRS de Montes Claros é um exemplo que evidencia esta situação (TABELA 10 e TABELA 11).

As duas GRS pertencem à região norte e possuem diferentes índices de solicitação de recursos às Comissões de Acompanhamento. Enquanto na GRS de Januária apenas 16%, 17% e 13% dos municípios que não atingiram uma ou mais metas fizeram o recurso, na 4^a, 5^a e 6^a avaliação respectivamente, na GRS de Montes Claros este valor atinge 100% na 5 avaliação.

Tabela 10: Número de municípios que não cumpriram a meta pactuada e porcentagem que impetrou recurso às Comissões de Acompanhamento do Saúde em Casa - Gerência Regional de Saúde de Januária - 4ª, 5ª, 6ª avaliações

	Total de municípios	N de municípios que não cumpriram uma ou mais metas	Porcentagem de municípios que solicitaram recurso*
4ª Avaliação	26	19	16%
5ª Avaliação	26	18	17%
6ª Avaliação	26	16	13%

^{*} Referente ao número de municípios que não cumpriram uma ou mais metas

Fonte: SAPS/SESMG 2011 Elaboração própria

Tabela 11: Número de municípios que não cumpriram a meta pactuada e porcentagem que impetrou recurso às Comissões de Acompanhamento do Saúde em Casa - Gerência Regional de Saúde de Montes Claros

	Total de municípios	N de municípios que não cumpriram uma ou mais metas	Porcentagem de municípios que solicitaram recurso
4ª Avaliação	53	39	97%
5ª Avaliação	53	40	100%
6ª Avaliação	53	37	97%

^{*} Referente ao número de municípios que não cumpriram uma ou mais metas

Fonte: SAPS/SESMG 2011

Elaboração própria

Em entrevista, a coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da GRS de Januária aponta que em sua GRS os municípios são orientados a solicitar a reunião apenas quando possuírem justificativas fundamentadas e documentadas. Destaca que utiliza as CIB Microrregionais para reforçar as datas e prazos para a solicitação, além de enviar emails perguntando a cada um sobre os resultados, mas que a "consciência" dos municípios de que

não possuem justificativas para o descumprimento das metas é o que faz com que poucos recorram com recursos.

Já a coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da GRS de Montes Claros aponta que o alto índice de recursos impetrados pelos municípios que não cumpriram as metas refere-se ao fato de que o NAPRIS realiza uma "sensibilização" de todos os municípios que não cumpriram indicadores quanto à necessidade de participarem das Reuniões da CA. Ela aponta que programa as reuniões da CA para todos os municípios que não cumpriram indicadores, sem aguardar a solicitação prévia dessas reuniões por parte dos municípios, apresentando tal programação nas reuniões de CIB Microrregionais. Orienta os municípios a comparecerem e apresentarem justificativas embasadas especialmente no que se refere ao monitoramento de dados/situações. Ainda de acordo com a coordenadora, tais procedimentos permitem discussões produtivas, identificação de problemas de âmbito micro e macrorregional e a orientação dos municípios para enfrentamento dos problemas identificados.

Os dados gerais demonstram que as Comissões de Acompanhamento são amplamente utilizadas pelos municípios mineiros. No entanto, o Superintendente de APS, Wagner Fulgêncio, aponta que existem pelo menos dois motivos que fazem com que o funcionamento das Comissões de Acompanhamento não seja homogêneo em todo o estado: diferenças regionais e baixa padronização. Isto é, ele aponta que as Comissões de Acompanhamento funcionam em GRS que são bastante heterogêneas quanto à capacidade técnica instalada. Além disto, cada comissão tem ampla liberdade para acatar ou nãoas justificativas apresentadas. A excessiva autonomia possibilita que as particularidades de cada município possam ser incorporadas, mas, por outro lado, abre a possibilidade para comportamentos discricionários e pouco transparentes de cada comissão.. Para corrigir esta situação, o superintendente sugere uma normalização mais efetiva dos procedimentos. A gerente do Saúde em Casa, Camilla Silveira, destaca também que a GRS é a responsável por entender a realidade de cada município e, por isto, é sempre importante que elas tenham autonomia na análise das justificativas. Contudo ela entende que deveria haver diretrizes mais claras para regular a atuação das comissões de acompanhamento. Atualmente, percebe-se que justificativas frequentemente aceitas por uma GRS podem ser indeferidas por outra.

Um dos princípios da administração pública moderna é o da isonomia. No caso, poderia ser traduzido por "tratamento igual em situações semelhantes". Outro é o da transparência, ou seja, explicitação de critérios que orientarão a tomada de decisões e clareza

sobre aplicação dos critérios. As GRS são as instâncias regionais responsáveis por viabilizar a implementação de um programa em um estado com grande número de municípios caracterizados por inúmeras diferenças. Neste sentido, realizar capacitação das GRS no que se refere ao entendimento dos indicadores, os processos que se esperam que sejam realizados nos municípios e a importância dos resultados almejados deve ser a base essencial da atuação. Estabelecer diretrizes para o funcionamento das Comissões de Acompanhamento é, sem dúvida, uma opção para evitar a fragmentação de todo processo, garantir que todos os municípios tenham as mesmas possibilidades de terem um tratamento igual em situações semelhantes, diminuindo, inclusive, a probabilidade de aspectos políticos, ou pior, do tráfico de influência afetarem as decisões. Contudo, é essencial preservar uma certa margem de autonomia para as GRS fazerem ajustes justificáveis.. Assim , por um lado, a definição de diretrizes e dos procedimentos ou critérios aceitáveis para os ajustes devem ser negociados, nas CIBs, por exemplo. Por outro, podem ser introduzidos sistemas de acompanhamento ou de auditagem permanentes e regulares das decisões das comissões de acompanhamento.

O técnico da SAPS aponta que atualmente não há um fluxo claro para análise das informações qualitativas obtidas nas Comissões de Acompanhamento. Ele aponta que durante a 1ª. e 2ª. avaliações, havia um grupo dentro da SAPS encarregado de debater as principais justificativas apresentadas a fim de conhecê-las melhor. O procedimento, no entanto, foi interrompido sob o argumento de que ocupava muito tempo na rotina dos funcionários.

O que se percebeu é que, embora algumas informações cheguem ao nível central, a SAPS não possui meios institucionalizados para processar ou, mesmo, organizar tais informações. O Sistema GEICOM, quando for implantado de fato, será responsável por armazenar as justificativas. Mas para que elas sejam úteis no processo de realimentação do programa⁶ ou de correção de rotas terão que ser analisadas e transformadas em orientações ou diretrizes, não apenas para a gestão da ação do incentivo financeiro, mas para todo o Programa Saúde em Casa e outras áreas da SES.

⁶ Se, por exemplo, as justificativas apontam para uma falha em algum dos bancos de dados de onde se mensuram os indicadores, trata-se de um problema que pode ser resolvido pelo nível central. Por outro lado, se apontarem uma dificuldade específica na realização de exames citopatológicos, pode dar ensejo a ações intensivas e em conjunto com as outras áreas da SES a fim de sanar tais problemas.

5.2.3.2 Consolidação dos dados

Após recebimento dos resultados das Comissões de Acompanhamento, os técnicos da SAPS consolidam os dados utilizados em cada avaliação por indicador (cumprido/ não cumprido, justificativa deferida/ justificativa indeferida), o número final de indicadores cumpridos e o valor repassado por equipe em cada município do estado. Abaixo segue um modelo destas planilhas (FIGURA 9).

Trata-se de uma planilha muito bem organizada e que reúne de forma simplificada os resultados finais. As entrevistas com os atores envolvidos na gestão do programa aponta, no entanto, que os dados obtidos em todo processo de monitoramento e acompanhamento das metas não têm sido utilizados para o que seria sua função primordial: fornecer insumos para evidenciar eventuais desvios e adotar procedimentos corretivos.

Diego, técnico da SAPS, aponta que não obstante os dados estejam disponíveis e organizados, certamente "não se trabalha com os dados" de forma adequada. No inicio da implantação os dados eram analisados, pois havia a necessidade de testar a eficiência. Atualmente, a coleta dos dados é parte da rotina necessária para cálculo do valor do incentivo financeiro, mas sem uma repercussão aparente no exame mais detido dos processos gerenciais.

A gerente do Saúde em Casa, Camilla Silveira, entende hoje a principal finalidade da compilação dos dados tem sido subsidiar a organização das planilhas de pagamento. Não são feitas as análises que seriam importantes para traçar ações para corrigir eventuais desvios ou mesmo novas políticas dentro da própria SES, unificando, inclusive, as outras áreas.

Uma das possibilidades, dentre as análises consideradas importantes pelos gestores do programa, seria procurar captar se as metas continuam factíveis e desafiadora. Um dos exercícios de análise seria, por exemplo, examinar a evolução do desempenho dos municípios em cada indicador quanto ao cumprimento das metas pactuadas. Utilizando unicamente os dados já disponíveis nas planilhas da SAPS da SES/MG referentes à 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª avaliações, este exercício foi feito no estágio na SAPS. Foram construídos gráficos que possibilitassem comparações que poderiam auxiliar na identificação das tendências.

Figura 9: Planilha de cumprimento de metas baseadas nos relatórios das Comissões de Acompanhamento

Planilha Consolidada de Cumprimento de Metas Baseada nos Relatórios das Comissões de Acompanhamento - CA

1 - Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família

- 2 % de recém nascidos com a cobertura de 7 ou mais consultas pré-natal
- 3 Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade
- 4 Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alv

Período de Avaliação 2º Quadrimestre/2011 Julho de 2010 a Junho de 2011



N-	GRS	MUNICÍPIOS	FA	Incentiv o por ESF (R\$)	Termo de Compromiss O	Soma de Indicadoes Cumpridos ANTES da reunião	HOUVE REUNIÃO CAA?	ANÁLISE Indicador 1 (PSF)	ANÁLISE Indicador 2 (Pré- Natal)	ANALISE	ANÁLISE Indicador 4 (Cito)	Soma de Indicadores Cumpridos DEPOIS da reunião CAA	Valor a receber (por ESF)
114	Coronel Fabriciano	Jaguaraçu	3	1.750,00	114/2009	3	não	CUMPRIDO	NÃO CUMPRIDO	CUMPRIDO	CUMPRIDO	3	R\$ 1.531,25
115	Coronel Fabriciano	Joanésia	3	1.750,00	115/2009	2	sim	CUMPRIDO	Justificativ a deferida/ CUMPRIDO	CUMPRIDO	Justificativ a deferida/ CUMPRIDO	4	R\$ 1.750,00
116	Coronel Fabriciano	Marliéria	3	1.750,00	116/2009	2	sim	CUMPRIDO	Justificativ a deferida/ CUMPRIDO	CUMPRIDO	Justificativ a deferida/ CUMPRIDO	4	R\$ 1.750,00
117	Coronel Fabriciano	Mesquita	3	1.750,00	117/2009	2	sim	CUMPRIDO	CUMPRIDO	Justificativ a deferida/ CUMPRIDO	ndeferida/ M∡∩	3	R\$ 1.531,25
118	Coronel Fabriciano	Naque	4	2.000,00	118/2009	3	sim	CUMPRIDO	CUMPRIDO	CUMPRIDO	Justicativa indeferida/ NÃO	3	R\$ 1.750,00

Fonte: SAPS/SESMG 2012

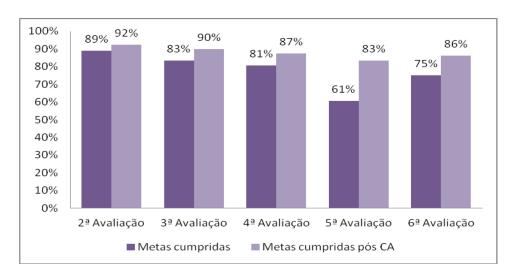
O GRAFICO 2 refere-se ao indicador de "Cobertura do Estratégia Saúde da Família". Pode-se perceber que desde a 2ª avaliação tem havido uma pequena redução no número de municípios que conseguem cumprir as metas definidas. A 6ª avaliação, no entanto, já apresenta uma melhora nos desempenhos.

A 5ª avaliação apresenta uma distorção em que o número de metas cumpridas antes das reuniões das CA era bem inferior ao resultado posterior. Não foi possível identificar o motivo desta variação, mas, percebe-se que deve ter ocorrido algum movimento das comissões de avaliação, pois a porcentagem de cumprimento das metas retornou a posições mais próximas dos períodos anteriores. Contudo, desconhece-se o que provocou a distorção, se o problema foi identificado e como, o que foi feito para corrigir as distorções.

Quando se considera os dados disponíveis sobre as avaliações, observa-se um avanço gradativo no cumprimento das metas referentes ao indicador "cobertura de consultas prénatal". Conforme indicado no GRAFICO 3, a cada período avaliatório, mais municípios melhoraram seu desempenho em relação à meta pactuada. De acordo com o Superintendente de Atenção Primária à Saúde, é exatamente este resultado que se espera em relação às metas

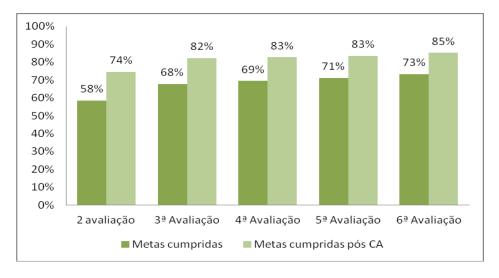
estabelecidas para que continuem sendo sempre factíveis e desafiadoras. Mas este tipo de análise não é feita pela SAPS.

Gráfico 2: Porcentagem de cumprimento das metas referentes ao Indicador de Cobertura do ESF



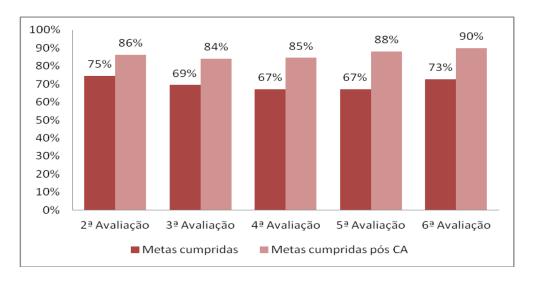
Fonte: SAPS/SESMG Elaboração própria

Gráfico 3: Porcentagem de cumprimento das metas referentes ao Indicador de cobertura de consultas pré-natal



Fonte: SAPS/SESMG Elaboração própria Em relação ao indicador "Cobertura vacinal por tetravalente", ⁷ (GRAFICO 4) observa-se a situação semelhante do indicador anterior: o desempenho vem melhorando ao longo das avaliações. Apesar de a porcentagem de municípios que cumpriram a meta pactuada ter sido mantida entre a 4ª e a 5ª avaliação, a 6ª. já apresentou aumento significativo que, em números absolutos corresponde a 46 municípios.

Gráfico 4: Porcentagem de cumprimento das metas referentes ao indicador cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade



Fonte: SAPS/SESMG Elaboração própria

Já o indicador "exames citopatológico" apresenta expressiva piora dos municípios no cumprimento das metas pactuadas ao longo das cinco avaliações. Na 6ª. avaliação, por exemplo, 348 municípios cumpriram, antes das reuniões das CA, a meta estabelecida, 35% menos que os 538 da 4 ª avaliação.

Percebe-se também que nas últimas avaliações tem crescido o número de municípios que conseguem atingir a meta após a reunião da CA.

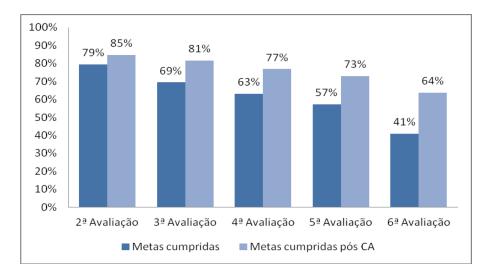
A comparação entre o cumprimento de cada indicador nas referidas avaliações indica que, em relação às metas referentes ao indicador Exames Citopatológicos, o desempenho dos municípios tem sido pior. Ou seja, além de haver clara redução na porcentagem de municípios capazes de cumprir as metas pactuadas, este valor é também muito baixo se comparado aos demais indicadores: enquanto na 6ª. avaliação os outros três obtiveram mais de 73% de

_

⁷ O Indicador "cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade" será substituído pelo indicador referente ao Protocolo de Manchester, da Rede de Urgência e Emergência, conforme Resolução N º 3.139 de Fevereiro de 2012.

cumprimento das metas antes da reunião das Comissões de Acompanhamento, no indicador "razão de exames citopatológico cérvico-vaginais" os municípios somente alcançaram 41%.

Gráfico 5: Porcentagem de cumprimento das metas referentes ao indicador razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo



Fonte: SAPS/SESMG Elaboração própria

Obviamente que outros insumos são importantes para que os dados sejam entendidos de forma mais completa, como as informações recebidas pelas Comissões de Acompanhamento, as reuniões com o COSEMS, as reuniões da CIB e até mesmo o contato informal estabelecido.

O importante aqui é sinalizar que se não houver trabalho analítico com as informações disponíveis na SAPS/SES, as atividades de monitoramento esvaziam-se, pois sequer se identificam tendências ou maior ou menor sensibilidade dos indicadores adotados. O diagnóstico de tendências, mesmo que descritivas, abre a possibilidade para o esforço explicitação dos nexos de causalidade, ou pelo menos, para a doção de indicadores mais adequados para captar mudanças nos resultados de programas. Analises poderiam sinalizar o quê merece atenção especial para que o programa seja aprimorado e os resultados mais satisfatórios.

5.3 Considerações

A trajetória percorrida pelo incentivo financeiro do Programa Saúde em Casa permitiu avanços no que se refere ao desenho proposto para esta ação, bem como um amadurecimento dos processos envolvidos. Sobre dificuldades na implementação, Jannuzzi (2009, p.103) expõe que, muita vezes, a capacidade de antecipação dos problemas de implementação é superestimada pelos técnicos do alto escalão e o que se observa na prática é um "tecnocratismo ingênuo" que ignora as dificuldades de articulação entre os três níveis de governo e esquece-se de considerar as desigualdades referentes à capacidade de gestão e às características socioeconômicas.

Se no primeiro momento o incentivo contava com metas genéricas e pouco definidas, o que prejudicou o monitoramento e tornou inviável a implementação da vinculação entre o desempenho dos municípios e o repasse do recurso financeiro prevista na legislação, em 2009 o processo já estava mais maduro. Os gestores tinham uma visão mais clara do que era o programa e como ocorreria sua gestão na ponta, ou seja, pelos municípios, e conseguiram definir indicadores e metas mais precisos e detalhados, seguindo critérios de consistência lógica com os resultados que esperados para a rede materna infantil, priorizada pelo estado, e com os procedimentos desenvolvidos na APS.

Percebe-se que a trajetória aponta um maior entendimento de que a adesão dos agentes implementadores à metodologia apresentada é essencial para obter uma maior coerência entre a implementação e a intenção dos formuladores. Isto é, nas palavras de Arretche (2001), de que a implementação consiste uma "cadeia de relações entre formuladores e implementadores" (ARRETCHE, 2011, p.49). Conforme relatado e documentado, desde 2005 os municípios participavam das decisões por meio das reuniões da CIB e do COSEMS. No entanto, fica claro que a nova contratualização de 2009 promove uma maior participação dos municípios, que são incluídos no processo de aceitação das novas regras, sendo inclusive necessário conceder uma estrutura de incentivos e concessões para obter uma ação cooperativa que viabilize os interesses dos formuladores.

O Assessor chefe da AGEI, Francisco Tavares, aponta que esta participação tende a aumentar à medida que aumenta o entendimento dos municípios sobre o seu papel nos serviços de atenção primária à saúde e sobre o próprio programa. É importante ressaltar, no entanto, que o registro da existência de instâncias deliberativas em toda a trajetória retratada não é suficiente para garantir a qualidade desta participação. Isto é, não há como afirmar que,

de fato, todos os municípios foram ouvidos e, muito menos, qual foi o grau de entendimento de cada um quanto à negociação que estava em pauta. Assinala-se também a complexidade em lidar com um grande número de municípios, que contam com características bastante heterogêneas. Ou seja, além de serem muitos, estes municípios possuem diferentes características, que tornam particulares suas necessidades.

Esta dificuldade é estendida também às Gerências Regionais de Saúde, que deveriam servir de apoio aos municípios. Conforme apontado pelo atual Superintendente da Atenção Primária à Saúde, Wagner Fulgêncio, e pelo gestor do Saúde em Casa no período da repactuação de metas, Fernando Schneider, as GRS possuem distintas capacidades de gestão e não raro são prejudicadas pelas trocas de pessoal. Isto implica que as capacitações oferecidas pelas SES/MG nem sempre são absorvidas de maneira uniforme e seus efeitos nem sempre alcançam o nível desejado.

O aperfeiçoamento dos mecanismos de acompanhamento e monitoramento do desempenho dos municípios depende justamente de um melhor compartilhamento das informações e capacitação dos agentes. Por um lado, o nível central da SES/MG deve garantir que todos os municípios tenham acesso às mesmas garantias e, por outro lado, é importante que este nível se apodere das informações geradas nas instâncias regionais. Atualmente, os dados obtidos nestes procedimentos não são utilizados como insumos que podem sinalizar os desvios em relação ao plano original, perdendo sua função primordial auxiliar os processos gerenciais e tomadas de decisão de uma gestão por resultados.

6. CONCLUSÃO

Este trabalho iniciou-se apresentando uma discussão sobre a descentralização e as políticas de saúde, evidenciando a dificuldade de estabelecer políticas nacionais em países com as características do Brasil (ampla extensão territorial, profundas desigualdades socioeconômicas, culturais e políticas)) que, por um lado, garantam o acesso universal de todos a bens e serviços públicos e, por outro, acomodem as tensões naturais de uma organização administrativa federativa em que os entes federados possuem autonomia para aderir ou às diretrizes nacionais ou para compartilhar as responsabilidades e o financiamento em seus territórios. Em cenários assim, é essencial que haja mecanismo de articulação e coordenação da ação dos três entes federados (união, estados e municípios) em prol de objetivos comuns. Apoia-se a tese de vários especialistas, portanto, especialmente no que se refere às políticas de saúde, que o governo central tem um papel central no exercício da coordenação e articulação de ações entre entes com diferentes capacidades de mobilização de recursos econômicos, políticos e técnicos.

O Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Constituição de 1988, é justamente a estratégia adotada para a reorganização e descentralização dos serviços de saúde no Brasil. O SUS incorporou, em sua forma de gestão, novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão, traduzindo-se em um modelo de alta complexidade.

Neste cenário, as redes de atenção à saúde surgem como uma configuração que permite ofertar serviços de saúde de forma contínua e integral a determinada população. Nas redes de atenção à saúde destaca-se a atenção primária à saúde. Evidências mostram que sistemas descentralizados de serviços de saúde organizados pela Atenção Primária estão associados a melhores condições de saúde e menores custos, cumprindo de forma mais satisfatória seus objetivos. No entanto, para que a atenção primária possa desempenhar seu papel como elo de comunicação das redes, ela deve ser fortalecida e com capacidade para garantir a oferta adequada de serviços em quantidade e qualidade. A estratégia principal do governo federal para esse fortalecimento está centrada no Programa Saúde da Família, atualmente já denominado Estratégia Saúde da Família, Esta estratégia depende de mudanças de paradigmas, que envolvem conteúdo e prática, transitando da lógica "hospitalocêntrica" para a lógica de práticas educativas, preventivas e curativas, mais próximas do cotidiano da população.

É neste contexto, portanto, que, em 2005, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais lança o Programa Saúde em Casa, com o intuito de aprimorar a oferta e qualidade dos serviços de atenção primária dentro do seu território a partir do fortalecimento do Estratégia Saúde da Família. O governo estadual exerce assim seu papel de apoio aos serviços de APS prestados pelos entes municipais

Classificado como estruturador, isto é, prioritário dentro da estratégia do governo, o Programa Saúde em Casa deve ter a capacidade de alavancar outras áreas de atuação a fim de levar à consecução dos resultados previstos no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, entre eles, os da área de resultado "Vida Saudável". Conforme análise anterior, ficou demonstrado que o Programa Saúde em Casa apresenta ações no intuito de fortalecer de forma quantitativa e qualitativa a atenção primária no estado. No período analisado, de 2005 a 2011, sofreu modificações, incorporando novas ações e desvinculando-se de outras que, iniciadas na atenção primária, acabaram ganhando notoriedade e se tornando projetos independentes dentro da SES/MG.

Entre as ações desenvolvidas, o repasse de incentivo financeiro às equipes de saúde da família dos municípios é considerada o "carro chefe" da atuação estadual. A reconstrução da trajetória desta ação permitiu perceber que houve um aprendizado sobre as dificuldades enfrentadas na implementação, mas que ainda existem muitos pontos a serem aprimorados.

A análise permitiu evidenciar que houve um amadurecimento dos processos envolvidos na formulação e na própria implementação da ação. Em um primeiro momento, ambos processos careciam de uma boa articulação, o que levou à distorções e consequências não esperadas. Obviamente que a implementação, por ser um processo que envolve interesses diversos, sempre levará a modificações no desenho original. Entretanto, na percepção de alguns atores, em 2005 a SES não dedicou o tempo necessário para tentar implementar as ações previstas: a natureza da intervenção que se desejava proporcionar, o momento político e própria preparação técnica e de recursos disponíveis levaram à necessidade de postergar algumas medidas. Neste sentido, entende-se que o lançamento do programa trouxe dificuldades por não levar em consideração requisitos mínimos de ajustamento entre o "timing" técnico e político. Como consequência, não se implementou o mecanismo de vinculação ao cumprimento de metas, elemento essencial para a consecução de um contrato voltado para resultados. Porém, ao não permitir que as suas falhas interferissem negativamente na execução do próprio programa, penalizando os municípios, a SES/MG demonstrou que entendeu e assumiu as dificuldades enfrentadas. Isto é, apenas no momento em que percebeu um amadurecimento dos processos, optou-se pela repactuação das metas e indicadores, operacionalizando a vinculação do desempenho.

Ao longo do processo, pode-se perceber que houve um crescimento na participação dos municípios nos processos decisórios. A repactuação metas de 2009 e 2010 mostra os avanços na construção de processos decisórios menos unilaterais. Embora, como já assinalado, por si só os registros desta participação não permitam concluir sobre o grau de envolvimento e a qualidade destas discussões, as entrevistas apontam para desigualdades na capacidade de negociação dos municípios com o governo estadual. Alguns municípios participaram ativamente e foram capazes, inclusive, de agregar informações importantes para rever o desenho do programa, já outros adotaram comportamentos mais passivos. Tais diferenças sinalizam para mais um dos componentes das diferenças de capacidades técnicas e políticas entre as administrações municipais. Mas o fortalecimento de processos mais democráticos de negociação implica que tais diferenças sejam incorporadas na interlocução entre os entes federados.

Outro ponto crucial observado ao longo da análise diz respeito ao compartilhamento de informações. Os depoimentos dos entrevistados demonstram a necessidade de se investir mais na capacitação dos atores, tanto a equipe técnica do nível central como das Gerências Regionais de Saúde (GRS). As Comissões de Acompanhamento são um exemplo crítico desta situação. Há um reconhecimento generalizado da fragilidade destas comissões⁸ que, apesar de previstas na legislação, carecem de diretrizes que garantam a adequação do seu funcionamento. Neste sentido, existem pelo menos dois pontos fundamentais que devem nortear o funcionamento de mecanismos que visam acompanhar o desempenho dos municípios: por um lado, a isonomia no tratamento, ou seja, definição de regras que estabeleçam garantias a todos municípios no acesso aos mesmos direitos e tratamentos; por outro lado, aponta-se a necessidade de transparência, ou seja, a forma de aplicação das regras e os procedimentos adotados devem ter critérios explícitos, que garantam a clareza das decisões. No entanto, por meio da análise dos dados disponíveis e das entrevistas realizadas, foi possível perceber que estes pontos estão comprometidos. As GRS não possuem um entendimento padronizado sobre a função de tais comissões e nem mesmo quanto aos procedimentos a serem adotados. Os critérios diferenciados geram distorções no funcionamento e no propósito de garantias isonômicas e transparentes. Aparentemente, próprio nível central da SES não apresenta definição clara sobre o grau de relevância deste instrumento: a dificuldade de acesso às informações e interrupção do trabalho de análise dos

-

⁸ A fragilidade destas comissões foi um dos pontos que levaram à definição, junto à Superintendência de Atenção Primária à Saúde, sobre o tema a ser trabalhado nesta monografia.

dados obtidos apontam a necessidade de se repensar o verdadeiro papel das Comissões de Acompanhamento e qual a sua prioridade dentro da gestão do programa.

Por isto, para o fortalecimento destas comissões sugere-se a retomada do papel que as mesmas exercem e, a partir daí, iniciar a realização de capacitação no que se refere ao entendimento dos indicadores, dos fluxos, processos e demais informações importantes para a consecução dos objetivos propostos no desenho do programa. Além disto, é central o compartilhamento de decisões e informações, pois a GRS é a área da SES que mantèm contato com os municípios, este setor é que poderia ser a base de apoio técnico para municípios menores e com menor capacidade técnica acumulada na administração. A definição, portanto, de diretrizes para padronizar o funcionamento das Comissões de Acompanhamento deve necessariamente envolver as equipes técnicas da GRS e a participação nos municípios nas CIBs e COSEMS, instâncias de negociação e pactuação para superação de problemas na área da saúde. Ademais, outro ponto importante seria estabelecer mecanismos periódicos de auditoria e revisão das justificativas apresentadas, para que o nível central seja o coordenador dos esforços, garantindo o tratamento isonômico e a transparência das decisões, afastando, inclusive, motivações políticas que poderiam influenciar os resultados.

Estabelecer este último ponto seria importante também para que as informações obtidas nas Comissões de Acompanhamento cheguem ao nível central e forneçam os insumos que ajudem a evidenciar eventuais desvios na execução do programa. Isto é, se atividades que envolvem monitoramento e acompanhamento apenas adquirem sentido se utilizadas com o objetivo de auxiliar os processos gerenciais e a tomada de decisão, funções centrais para o aprimoramento de programas, é importante estabelecer uma rotina que envolva o trabalho dos dados obtidos nestes procedimentos. As análises, no entanto, apontam que este trabalho praticamente não tem sido realizado no âmbito do Programa Saúde em Casa. Observa-se que os procedimentos de acompanhamento se tornaram mecanismos para subsidiar as planilhas de pagamentos, perdendo o intuito de ser um recurso gerencial para uma gestão por resultados.

Neste sentido, a recuperação das análises dos dados já consolidados, a exemplo do que foi feito com a evolução da porcentagem de município que cumprem as metas em cada avaliação, juntamente com as informações obtidas nas Comissões de Acompanhamento e até mesmo pelo contato informal, constituiriam insumos importantíssimos para identificar os desvios e alimentar as discussões que levem ao aprendizado não apenas sobre o futuro da ação de incentivo financeiro, como de todo o Programa Saúde em Casa e da atenção primária à saúde em Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. **A combinação entre federalismos e políticas públicas no Brasil pós 1988:** os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. Brasília. Caderno EIAPP, 2009. p. 101-138.

ARRETCHE, Marta. **O mito da descentralização:** maior democratização e eficiência das políticas públicas. 1996. Disponível em http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/RBCS_96.pdf Acesso em: 28 fev. 2012

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégia de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 455 - 479, 2002. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13025.pdf> Acesso em: 28 fev. 2012

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant (orgs). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo. IEE/ PUC-SP. 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. **Lei Nº 8080 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. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf > Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 545 de 20 de Maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica — SUS 01/93. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545 20_05_1993.pdf > Acesso em: 10 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95 de 26 de Janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e município. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095 26 01 2001.html>. Acesso em 11 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648 de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm Acesso em: 10 de abril. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488 de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488 21 10 2011.html > Acesso em: 10 de abril. 2012.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Intervenção com foco nos resultados: elementos para o desenho e avaliação de projetos sociais. In: CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. **Gestão Social**: o que há de novo?. v2. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

CASSIOLATO, Martha; GUERESI, Simone. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro formatar programas e organizar avaliação. Nota Técnica, 6. Brasília: IPEA, 2010

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÛDE. Atenção primária e promoção da saúde. **Para entender a gestão do SUS**. v3. Brasília. CONASS. 2011

FORTES, Fátima Beatriz et al. **Avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP) em Minas Gerais**.Belo Horizonte: 2011.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estudos de Politicas Publicas. **Avaliação do processo de implementação do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)**. Belo Horizonte: dezembro de 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 28 mar. 2012.

JANNUZZI, Paulo et al. Estruturação de sistemas de monitoramento e especificação de pesquisas de avaliação, os problemas dos programas públicos no Brasil são. Caderno EIAPP, Brasília, 2009. p. 101-138.

LELES. Fernando et al. Atenção Primária à Saúde - Saúde em Casa: melhorando a qualidade da atenção primária prestada aos mineiros. In: MARQUES et al. (Org). **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. v.1.

MARQUES, Antônio Jorge et al. O Sistema de Monitoramento e Avaliação: o caso da saúde em Minas Gerais. In: GUIMARÃES, Tadeu Barreto; PORDEUS, Iran; CAMPOS, Eder. (Org.). **Estado para Resultados:** Avanços no Monitoramento e Avaliação da Gestão Pública em Minas Gerais. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2010, p.59 a 76.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação do Estratégia Saúde da Família.** 1ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos:balanço e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Análise da situação de saúde: Minas Gerais 2010.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 -2011: Minas Gerais 2010.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Mônica Viegas Andrade *et al.* Belo Horizonte: 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 672, de 19 de Maio de 2010.** Aprova o Regimento Interno da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Resultados do Projeto Estruturador Saúde em Casa. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/resolucoes%20formatadas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 673, de 19 de Maio de 2010.** Aprova prazo para assinatura de Termo Aditivo ao Termo de Compromisso e prorroga o prazo da 2ª avaliação quadrimestral do Projeto Estruturador Saúde em Casa. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/resolucoes%20formatadas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 661, de 20 de Março de 2005**. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/resolucoes%20formatadas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 1935, de 08 de Julho de 2009**. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/resolucoes%20formatadas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúdes primários: Agora mais do que nunca**. Relatório Mundial de Saúde. 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em: 04 Mar. 2012

ROSA, Walisete; LABATE, Renata. **Programa Saúde da Família**: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em: 04 Mar 2012

SCHNEIDER. Fernando et al. Atenção Primária à Saúde - Saúde em Casa. In: MARQUES, Antônio Jorge; MENDES, Eugênio; LIMA, Helidéia. (Org). **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. v.2.

SOUZA, Renilson Rehen de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 2002. Disponível em < http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf> Acesso em: 27 fev. 2012

VIANA, Ana Luíza; LIMA, Luciana; OLIVEIRA, Roberta. **Descentralização e federalismo**: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, p. 493 - 507, 2002. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf > Acesso em: 28 fev. 2012

VILHENA, Renata et al. Experiência Mineira: o monitoramento intensivo de projetos e o sistema de M&A. In: GUIMARÃES, Tadeu Barreto; PORDEUS, Iran; CAMPOS, Eder. (Org.). Estado para Resultados: Avanços no Monitoramento e Avaliação da Gestão Pública em Minas Gerais. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2010, p.59 a 76.

APÊNDICE

Roteiro 1 - Entrevistados atuantes no momento inicial (2005-2009)

- 1) Em um contexto político-administrativo como o brasileiro, em que as políticas sociais, em especial as da área da saúde, são descentralizadas e dependem da atuação complementar dos entes federados, o papel da APS nas Redes de Atenção à Saúde torna-se muito relevante. Esse movimento, por si só, justifica a ação do governo estadual para apoiar os municípios mineiros. Contudo, gostaria de saber se naquele momento havia alguma demanda/pressão explícita do governo federal para uma ação estadual de fortalecimento da APS? Quais eram as principais demandas apresentadas pelos municípios ao governo estadual? Por que o governo estadual adotou a linha de ação que caracterizou o Programa Saúde em Casa na etapa inicial de implantação?
- 2) No início do Programa os compromissos pactuados entre os municípios e o governo estadual de MG não vinculavam o pagamento do incentivo financeiro a metas específicas. Em que momento foi tomada a decisão de fazer essa vinculação e instituir as metas? Como foi o processo decisório: origem da proposta? Justificativa? Decisão final?
- 3) Qual foi a participação dos governos municipais neste momento? Como foi a negociação da decisão de que haveria uma contratualização? Qual foi a participação do COSEMS e da CIB?
- 4) Como as metas foram estabelecidas e negociadas? Houve alguma negociação com os municípios? Poderia descrever o processo de negociação em linhas gerais.
- 5) Foi adotado um conjunto de indicadores para sinalizar se as metas estavam sendo alcançadas. Quais foram os critérios para selecionar os indicadores? Nesta seleção, como as diferenças de capacidade da rede em cada município foram contempladas? Como?

Roteiro 2- Entrevistados atuantes a partir de 2009

- 1) No início do Programa os compromissos pactuados entre os municípios e governo estadual não vinculavam o pagamento do incentivo financeiro a metas específicas. Em que momento foi tomada a decisão de fazer essa vinculação e instituir as metas? Como foi o processo decisório: origem da proposta? Justificativa? Decisão final?
- 2) Qual foi a participação dos governos municipais no momento da decisão de estabelecer os contratos em torno de metas? Houve alguma negociação com os municípios? Poderia descrever o processo de negociação em linhas gerais.
- 3) Foi adotado um conjunto de indicadores para sinalizar se as metas estavam sendo alcançadas. Quais foram os critérios para selecionar os indicadores e as respectivas metas? Nesta seleção, como as diferenças de capacidade da rede em cada município foram contempladas? Como?

- 4) Em 2009, os documentos consultados registram que as metas foram repactuadas. O quê levou à repactuação? Que problemas haviam sido identificados? Qual setor da Saúde identificou estes problemas?
- 5) Quais são os principais fundamentos da metodologia adotada em 2009? Em que ela se diferencia da anterior? Que problemas a nova metodologia pretendia superar ou contornar? Há uma relação clara e direta entre o que se está financiando no programa e o impacto disto nas metas estabelecidas?
- 6) Como foi a execução da repactuação? Que problemas ocorreram seja na execução do cronograma, seja na negociação nas CIBs (municípios)?
- 7) As equipes das regionais e dos municípios foram capacitadas para entender os novos critérios e como esses critérios iriam determinar a avaliação de cada município?

Roteiro 3 - Entrevistados que atualmente trabalham na SAPS

- 1) Qual é a avaliação da SAPs sobre a compreensão dos municípios sobre os novos critérios e sobre os efeitos dessas mudanças na avaliação dos resultados (desempenho) alcançados no município?
- 2) Existe ou existiu alguma capacitação das equipes das regionais e dos municípios para entender os critérios de avaliação e como esses critérios iriam determinar o desempenho de cada município?
- 3) Qual é o papel das Comissões de Acompanhamento (CA) neste processo? Quais orientações são repassadas às regionais para o funcionamento das CA?
- 4) Quais são as principais limitações identificadas nas CA? A SAPS tem acesso e utiliza as informações obtidas?
- 5) Na sua opinião, quais as principais fragilidades encontradas nos atuais procedimentos de monitoramento da ação de incentivo financeiro? Qual é hoje a principal função dos dados obtidos nestes procedimentos? Como eles são trabalhados e utilizados?

Roteiro 4 - Gerências Regionais de Saúde

- 1) As equipes das regionais e dos municípios foram capacitadas para entender os novos critérios de pactuação (metas e indicadores) e como esses critérios iriam determinar a avaliação de cada município?
- 2) Qual é a avaliação da GRS sobre a compreensão dos municípios sobre os novos critérios e sobre os efeitos dessas mudanças na avaliação dos resultados (desempenho) alcançados?

- 3) Você considera que muitos municípios da GRS recorrem à Comissão de Acompanhamento? Na sua percepção, por que isto acontece? Há uma orientação aos municípios para a utilização destas comissões?
- 4) Qual a sua percepção sobre o funcionamento (vantagens e limitações) da Comissões de Acompanhamento?
- 5) Qual é a avaliação da GRS no que se refere à capacitação dada pela SES para que a GRS realize os trabalhos com os municípios? É suficiente? O que poderia melhorar?

ANEXO I

RESOLUÇÃO SES N.º 661, DE 22 DE MARÇO DE 2005

Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa.

O Secretário de Estado de Saúde – Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 10, da Constituição Estadual e a Lei Estadual n. ° 13.317, de 24 de setembro de 1999 e, considerando:

- A Lei Federal n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- A Lei Estadual n.º 13.717/99;
- A visão sistêmica e estratégica do SUS Estadual;
- A transparência e parceria com gestores locais;
- O disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/02 e normas complementares emanadas pelo Ministério da Saúde;
- Os princípios norteadores do Governo do Estado de Minas Gerais para o Programa Saúde em Casa:
- Os princípios da eficiência, da transparência e da austeridade na Administração Pública;

RESOLVE:

- Art. 1º Fica instituído o incentivo financeiro de caráter suplementar, destinado aos Municípios do Estado de Minas Gerais habilitados nos termos da Norma Operacional Básica/NOB-SUS 01/96 e Portaria MS/2.023/2004, e adequados aos critérios estipulados nesta Resolução, bem como em seu Anexo II Termo de Compromisso, para o custeio das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa de Saúde em Casa.
- § 1º Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados direta e automaticamente do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, com base nos critérios e nos limites definidos nesta Resolução e em seus Anexos I e II.
- § 2º Os recursos financeiros e os municípios beneficiados de que tratam este artigo, encontram-se elencados no estudo realizado pela Fundação João Pinheiro, denominado Fatr de Alocação de Recursos Financeiros para Atenção à Saúde, disponível no site www.fjp.mg.gov.br H0.
- Art. 2º O valor global dos recursos financeiros desta Resolução é de R\$ 36.000.000,00 (trinta e seis milhões de reais), que correrão à conta da dotação orçamentária nº 4291.10.301.520.4335.0001 334041 10 e 4291.10.301.520.4335.0001 444042 10.1 e serão repassados na forma dos Anexos I e II deste instrumento.
- Art. 30 O apoio financeiro de que trata esta Resolução, deverá ser investido no melhoramento da qualidade dos serviços de Atenção Básica, devendo ser destinado principalmente para qualificação de pessoal, compra de equipamentos, obras e materiais de consumo, objetivando .
- I a descentralização da responsabilidade com a melhoria da saúde da população;
- II a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde de primeiro nível a todos os cidadãos;

- III a participação da comunidade na colaboração da saúde comunitária;
- IV a otimização dos recursos disponíveis;
- V o fortalecimento da autonomia da Atenção Primária à Saúde pelas ações das Equipes do Programa Saúde em Casa.
- Art. 40 A Secretaria de Estado de Saúde, por intermédio das Unidades Administrativas responsáveis pela coordenação das ações estabelecidas nesta Resolução e das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde DADS, irá acompanhar e supervisionar a execução financeira dos recursos destinados aos Fundos Municipais de Saúde, bem como verificar a validade das informações repassadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, no intuito de avaliar o cumprimento dos objetivos contidos nesta Resolução.
- § 1º O monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos pelo município realizarse-ão de acordo com o Termo de Compromisso assinado entre as partes. § 2º - No curso do monitoramento, se alguns dos compromissos não forem atingidos, as partes poderão promover um acordo de ajustamento.
- Art. 50 As Secretarias Municipais de Saúde devem encaminhar à Secretaria de Estado de Saúde, até o dia 20 (vinte) do mês subseqüente, ao final de cada 06 (seis) meses, relatório circunstanciado, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, contendo demonstrativo da execução das ações, da execução financeira e do alcance das metas estabelecidas.
- Art. 6° Os municípios, na realização das ações previstas nesta Resolução e na execução dos recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde transferidos ao Fundo Municipal de Saúde devem seguir, além das disposições legais pertinentes, as orientações e normatizações desta Secretaria de Estado de Saúde.
- Art. 7º Sem prejuízo das penalidades previstas em lei específica, a inobservância das obrigações estabelecidas nesta Resolução e Anexos I e II, bem como o emprego irregular dos recursos transferidos acarretará, alternativa ou cumulativamente, as seguintes penas:
- I devolução dos recursos transferidos ao Fundo Estadual de Saúde;
- II comunicação ao Conselho Municipal de Saúde;
- III -comunicação à Câmara Municipal;
- IV- comunicação ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais;
- V comunicação ao Ministério Público Estadual.
- Art. 8º O Município deverá informar ao respectivo Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo Municipal sobre as transferências realizadas identificando o valor repassado e a sua finalidade.
- Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
- Art. 10 Revogam-se as disposições em contrário.
- Belo Horizonte, 22 de março de 2005.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva - Secretário de Estado de Saúde

ANEXO I

(à Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005)

DO INCENTIVO FINANCEIRO

- 1 A Secretaria de Estado de Saúde disponibilizará recursos financeiros do tesouro estadual para os municípios que acordarem na implantação e implementação das equipes do Programa Saúde em Casa e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde, pela estratégia da saúde da família.
- 1.1– O município receberá mensalmente, por Equipe do Programa Saúde em Casa em funcionamento, de acordo com o fator de alocação de recursos financeiros para Atenção à Saúde, elaborado pela Fundação João Pinheiro, e disponibilizado no site da referida Instituição (www.fjp.mg.gov.br), o seguinte valor:
- a) Municípios incluídos no 10 grupo R\$ 1.000,00 (hum mil reais);
- b) Municípios incluídos no 20 grupo R\$1.250,00 (hum mil e duzentos e cinquenta reais);
- c) Municípios incluídos no 30 grupo R\$ 1.750,00 (hum mil e setecentos reais);
- d) Municípios incluídos no 40 grupo R\$ 2.000,00 (dois mil reais).
- 1.2 A Secretaria de Estado de Saúde autorizará, mensalmente, a transferência dos créditos contemplados, Fundo a Fundo, de acordo com o número de equipes existentes, mediante o atestado de funcionamento enviado pelas DADSs, observado o fator de alocação do município.
- 1.3 A Secretaria Municipal de Saúde deverá, necessariamente, ajustar seus compromissos de gastos, tanto em quantidade quanto em alocação de recursos de saúde, não podendo realizar, em nenhum caso, gastos com contratação de pessoal ou de serviços para finalidade fora da Atenção Primária à Saúde.
- 1.4 O repasse dos recursos ficará condicionado ao cumprimento das seguintes metas:
- I redução de 5 % (cinco por cento), em 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a partir dos dados do sistema de monitoramento das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial extraídos da base de dados do SIH/SUS;
- II cobertura de 95% (noventa e cinco por cento) as vacinas do calendário básico em crianças menores de 01 (um) ano e da Triviral nas crianças com 01 (um) ano de idade, a partir dos dados do SI-PNI:
- III ofertar, no mínimo, 06 (seis) consultas de pré-natal à gestante e 1 (uma) a puérpera, de acordo com o protocolo "Viva Vida", tendo como base os dados do SIS-PRENATAL;
- IV atender a 50% dos itens constantes no instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes, disponibilizado no site desta Secretaria Estadual de Saúde (www.saude.mg.gov.br H1), que será aplicado anualmente pelas DADSs, como vista a verificação da melhoria da qualidade da assistência prestada. 4

ANEXO II

(à Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005)

TERMO DE COMPROMISSO

O termo de compromisso deve estabelecer as metas qualitativas, quantitativas e gerenciais a serem atingidas, bem como compromissos a serem cumpridos pelos Gestores Municipais.

TERMO DE COMPROMISSO

Termo de Compromisso n.º/200 que entre si celebram o Estado de Minas Gerais através da
Secretaria de Estado de Saúde/Órgão Gestor do Sistema Único de Saúde/SUS-MG/Fundo
Estadual de Saúde, ora denominada SES/SUS/MG e o Município de, or
denominado Parceiro, CNPJ N.º visando estabelecer os compromissos do
municípios em face da Resolução SES n.º661 de 22 de março de 2005.

1 - COMPROMISSOS GERAIS:

São requisitos da Atenção Primária à Saúde a serem prestados à população e, portanto, direito dos usuários:

- 1.1– atendimento igualitário, não sendo aceito qualquer tipo de discriminação em razão da procedência, sexo, raça, religião ou qualquer outra condição;
- 1.2 pronta atenção dentro dos recursos necessários e disponíveis;
- 1.3 atenção digna em condições de confidencialidade;
- 1.4- informação e participação nas decisões diagnósticas e terapêuticas e manifestação do seu consentimento;
- 1.5 conhecimento do nome do médico ou profissional responsável pelo processo assistencial e bem como daqueles que lhes prestam os cuidados;
- 1.6 atendimento em lugar idôneo e com as tecnologias apropriadas de acordo com as condições de boas práticas terapêuticas, devendo ser encaminhado a serviços de maior complexidade quando a capacidade resolutiva da Unidade Básica de Saúde UBS não for suficiente;
- 1.7 continuidade do processo da assistência prestada, através de integração com os diferentes pontos da rede integrada dos serviços de saúde.

2 – COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO

- 2.1– atender ao disposto na Resolução SES n.º 661 de 22 de março de 2005 e seus Anexos;
- 2.2 assegurar, um aumento progressivo até atingir 70% (setenta por cento) de cobertura pela estratégia Saúde da Família no município, até o ano de 2006, para os municípios com população abaixo de 100 mil habitantes;
- 2.3 facilitar o acesso da população adstrita aos serviços de referência, para uma atenção de qualidade, humanizada e eficiente, coerente com os objetivos e metas estabelecidos para o módulo assistencial ao qual está inserido;
- 2.4 assegurar, em iguais condições, a responsabilidade quanto à atenção prestada de toda a população residente e cadastrada no município;
- 2.5– prestar todas as informações assistenciais e financeiras necessárias à Secretaria de Estado de Saúde ao longo do exercício e nos prazos e critérios estabelecidos para possibilitar o monitoramento dos compromissos assumidos no presente Termo, em particular quanto à alimentação de bancos de dados do SIAB, SIA, SIH, SINASC, SIM, SIS-PRENATAL, SI-PNI e SISCOLO, bem como os sistemas de informação de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica;
- 2.6 -ofertar, no mínimo, 06 (seis) consultas à criança menor de 01 (um) ano, de acordo com o protocolo do "Viva Vida";

- 2.7 realizar todas as funções de saúde pública e autoridade sanitária que lhe compete, assim como colaborar com a Secretaria de Estado de Saúde no âmbito geográfico municipal;
- 2.8 gerenciar os recursos financeiros para Atenção Primária à Saúde no âmbito de sua responsabilidade;
- 2.9 assegurar que a introdução do financiamento estadual não implicará na redução de recursos já investidos na atenção primária à saúde;
- 2.10 gerenciar os recursos destinados à Atenção Primária à Saúde, segundo as normas legais vigentes, em especial quanto à contratação pública, de pessoal, auditoria e prestação de contas;
- 2.11 implantar/implementar o "Processo de Melhoria de Qualidade da Atenção Primária à Saúde" com as equipes do Programa Saúde em Casa.
- 2.12 criar e manter atuantes os "Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil";
- 2.13 aderir o Programa Saúde na Escola da SES/MG, garantindo o compromisso das equipes de PSF, de pelo menos uma vez ao mês, a efetiva realização de atividades de promoção à saúde integradas à Escola;
- 2.14 possibilitar aos profissionais das equipes do Programa Saúde em Casa, dentro da carga horária laboral, disponibilidade para a realização das atividades de educação permanente organizadas nas microrregiões pela Secretaria de Estado de Saúde;
- 2.15 cumprir as metas estabelecidas no item 1.4 do Anexo I da Resolução SES n.º 661;
- 2.16 os resultados obtidos através das Equipes de Saúde deverão proporcionar mudanças nos indicadores de morbimortalidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica, firmado anualmente entre a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado de Saúde.
- 2.17 utilizar adequadamente o incentivo financeiro repassado e restituir ao Fundo Estadual de Saúde os recursos que não forem utilizados ou que forem utilizados de forma diversa daquela indicada na Resolução SES n.º 661/05, sob as penas Civis e Criminais

3 – COMPROMISSOS DA SES/SUS/MG

- 3.1 monitorar o termo de compromisso e estabelecer as medidas necessárias para assegurar seu cumprimento, através de suas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde DADS, que representarão a Secretaria e exercerão as funções de Coordenação Assistencial Regional;
- 3.2- desenvolver e ofertar, nas microrregiões, Programa de Educação Permanente para os profissionais das equipes do Programa Saúde em Casa;
- 3.3 controlar e regular o acesso da população para atenção à saúde, em particular para a garantia de serviços pactuados na Programação Pactuada Integrada PPI e para a organização dos fluxos de pacientes que superem o nível de resolutividade existente no município.
- 3.4 certificar anualmente as equipes do Programa Saúde em Casa para avaliar a melhoria da qualidade da assistência prestada.

	de	de 200
Secretaria Muni	cipal de Saúde de	
Sacrataria Estad	hal do Saúdo do M	lines Garais