

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS EM
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

CLEDIS MARIA SANGIOVO OTTONELLI

**QUAL A CONTRIBUIÇÃO DA PACTUAÇÃO DE INDICADORES
PARA A GESTÃO LOCAL?**

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 3316.3840 - Fax: (51) 3316.3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Ijuí

2004

Sys: 431531
GS 2004/038

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS EM
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

CLEDIS MARIA SANGIOVO OTTONELLI

**QUAL A CONTRIBUIÇÃO DA PACTUAÇÃO DE INDICADORES
PARA A GESTÃO LOCAL?**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Equipe Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: MSc. Maristela Borin Busnello

Ijuí

2004

A Banca Examinadora abaixo-assinada aprova a Monografia:

**QUAL A CONTRIBUIÇÃO DA PACTUAÇÃO DE INDICADORES
PARA A GESTÃO LOCAL?**

elaborada por

CLEDIS MARIA SANGIOVO OTTONELLI

como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas
e Serviços de Saúde.

Ijuí (RS), 27 de setembro de 2004.

MSc. Maristela Borin Busnello
Orientadora

Examinador

Examinador

Ao meu amor Luiz, esposo, companheiro dedicado e motivador; aos meus filhos queridos, Aline, Alano e Anaí; estimados Diego, Pâmela e Leonice – vocês que compartilharam de meus ideais, vocês que me amaram o suficiente para compreender minha ausência, com certeza me encorajaram e me ajudaram a alcançar mais esta vitória. Os melhores momentos são quando estou com vocês.

Obrigada pelo apoio e dedicação.

Amo vocês!

RESUMO

Este estudo busca identificar a contribuição da Pactuação de Indicadores de Saúde para a Gestão local, considerando a percepção dos Gestores locais/Secretários Municipais de Saúde. A implantação desta estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) iniciou no ano de 1999 e renova-se a cada ano, envolvendo atores dos setores públicos da saúde a nível federal, estadual e municipal. Todas as portarias e orientações publicadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) que dispõem sobre o pacto de indicadores, sejam elas referentes à pactuação da Atenção Básica (SISPACTO) ou da Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) referem-se à pactuação como instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde. O referencial teórico aborda um breve histórico da Saúde no Brasil, na seqüência a gestão e o Sistema de Saúde; a pactuação de indicadores e a legislação; a avaliação e o planejamento na área de saúde, finalizando com os conceitos de informações, dados e indicadores suas características e classificação. Esta pesquisa realizou-se no período de julho a agosto de 2004, possui caráter qualitativo, descritivo e exploratório em sua trajetória de construção. Os resultados desta pesquisa mostram que a implementação da pactuação de indicadores teve relevante contribuição para a gestão local. O conhecimento da realidade da saúde da população através de números influenciando no planejamento/replanejamento das ações contribuiu para a tomada de decisão. As discussões para avaliar o trabalho desenvolvido em relação às metas pactuadas aconteceram com a participação das equipes, gestores, Conselhos Municipais de Saúde e a comunidade. A atuação do gestor e da equipe na busca das metas pactuadas ficou evidente. A pactuação contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a saúde da população, conhecer parâmetros para avaliar os serviços e a construção da série histórica. Ampliação do conhecimento sobre informação em saúde e a construção dos indicadores. Houve qualificação e humanização dos dados informados pelo município nos diversos sistemas de informação. A ampliação dos conhecimentos contribuiu para que as metas fossem definidas com mais segurança. Os gestores locais de saúde estão preocupados com a vinculação do repasse de recursos financeiros com o atingir das metas e consideram que o contexto socioeconômico influencia diretamente sobre o resultado dos indicadores de saúde, principalmente em municípios de pequeno porte (menores que 5.000 habitantes). A pactuação de indicadores resultou na utilização de indicadores para o planejamento e avaliação dos serviços locais de saúde. Os atores envolvidos neste processo foram estimulados a buscar continuamente os melhores resultados; as metas pactuadas nortearam as ações, contribuíram para a tomada de decisão e introduziram mudanças nos serviços e avanços no sistema. Esta pesquisa confirmou o entendimento de que o planejamento fundamentado em indicadores cria a possibilidade de implantação e condução de ações com mais objetividade e permite a mensurar o desempenho das equipes e do gestor.

Palavras-chave: Pactuação – Indicadores de saúde – Gestores – Atenção Básica.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
LISTA DAS TABELAS	7
INTRODUÇÃO.....	8
1 REFERENCIAL TEÓRICO	10
1.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	10
1.2 A GESTÃO E O SISTEMA DE SAÚDE	17
1.3 A PACTUAÇÃO DE INDICADORES E A LEGISLAÇÃO	20
1.4 O PLANEJAMENTO E A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
1.5 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE	24
2 JUSTIFICATIVA.....	28
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	30
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	31
4.3 POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO.....	32
4.4 COLETA DE DADOS	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	53
Anexo I - TERMO DE CONSENTIMENTO.....	54
Anexo II - QUESTIONÁRIO	55

LISTA DAS TABELAS

01	Distribuição dos municípios segundo a participação dos gestores na pactuação	32
02	Distribuição dos gestores segundo o tempo de permanência na função	36
03	Número de gestores em relação ao número de habitantes/município	37
04	Distribuição dos participantes nas reuniões de pactuação	45

INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa nos mobiliza frente a indagações e descobertas da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação entre teorias e práticas. Com atitudes e práticas de constante busca, a pesquisa é um processo intrinsecamente inacabado e permanente.

Incluir-se no processo, sentir-se ator é uma tendência, principalmente no setor saúde, pela inclusão na agenda geral de temas como universalização, participação social, qualidade, descentralização, pactuação, cidadania, integridade, acolhimento, humanização, financiamento, vigilância, reformas, inovações, planejamento e avaliação.

Esta monografia é uma oportunidade de reconstrução do conhecimento, discussão do processo do fazer na gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, na questão de pesquisa e considerando a implementação de novas estratégias pelas esferas federais e estaduais, registrar a contribuição da pactuação de indicadores para a gestão local, considerando a percepção dos Gestores Locais ou Secretários Municipais de Saúde da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Pactuar indicadores desafia constantemente a todos os atores envolvidos neste processo, sejam eles profissionais, gestores ou usuários, uma vez que na sua rotina não estava posto o planejamento e replanejamento de ações, nem a avaliação com objetivos e metas a serem atingidas em determinado período.

Considera-se que os indicadores de saúde são medidas que servem para avaliar uma situação de saúde e a execução das ações de saúde. No caso do processo de pactuação embriam-se resultados das ações de cada ator individualmente e da equipe, existindo uma zona nebulosa que gera questionamentos quanto às responsabilidades coletivas desse processo. Afloram assim questionamentos, gerando conflitos que, muitas vezes, exigem mudanças na cultura individual e coletiva.

Um conjunto de fatores deve ser considerado quando se desenvolve avaliação da situação de saúde de uma população. Assim, considerar o envolvimento dos diferentes atores no processo, a disponibilidade de informações com qualidade e em grande número deve contribuir para que dados/indicadores de saúde sejam sempre analisados num contexto global.

Nesse estudo apresenta-se a primeira parte do referencial teórico, considerações sobre Sistema Nacional de Saúde, servindo como histórico para a introdução do tema pactuação de indicadores de saúde. Na seqüência discute-se a legislação relacionada à pactuação de indicadores, gestão e transferências de recursos, e apresentam-se considerações sobre os conceitos de informação, indicadores de saúde, dados e sua interligação com o campo da epidemiologia.

A seguir, descreve-se o percurso metodológico desenvolvido para a realização desta pesquisa que teve como base a leitura, a reflexão, a aplicação de entrevista semi-estruturada, somando-se a prática do fazer da pesquisadora como Enfermeira Sanitarista que participou desde a implantação da estratégia de pactuação de indicadores, iniciada em 1999, fazendo parte da Secretária Municipal de Saúde e a partir de 2001 como integrante da equipe de pactuação da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Finalizando, são apresentadas as categorias emergentes da pesquisa, suas análises e as considerações finais.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A realidade de hoje e o futuro do Sistema de Saúde não está descolada dos acontecimentos históricos que envolveram o setor saúde no Brasil e no mundo.

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade.

As inquietudes geradas pelos conflitos entre prática/teoria, entre fazer o mesmo e o desafio de mudar o fazer, sem um espelho para olhar, desafiam os profissionais, usuários e gestores na estruturação de sistemas locais de saúde, criando novas estruturas e organizando novos serviços na periferia do sistema, com características mais próximas do sonhado, não como ilha mas como projeto de mudança.

O texto Constitucional aprovado em 1988, contemplando as expectativas de sanitaristas e usuários que se mobilizavam de norte a sul do país, foi o resultado concreto do processo de mudança, de democratização, caracterizado pelo deslocamento do poder praticamente exclusivo por várias décadas centralizado no Estado. Esta trajetória levou ao renascimento da sociedade civil que teve a capacidade de se articular num movimento social amplo e impactante, pela motivação e expressão dos diversos atores sociais envolvidos.

Os atores sociais agem movidos pela convergência entre interesse e valor. O interesse indica a posição ou intenção do ator. O valor por sua vez, considera a importância que um ator confere ao tema, tendo em vista os objetivos que persegue. O valor depende também do impacto da inclusão do tema na agenda política, e dos desenvolvimentos decorrentes, sobre o patrimônio (ou a distribuição de poder) político e econômico, cognitivo e organizativo do ator e dos seus aparentes. A motivação, por sua vez, resulta da convergência do interesse e do valor. (MISOCZKI, 2002, p. 46).

Antecedendo a aprovação do texto constitucional, que foi construído no seio da VIII Conferência Nacional de Saúde, forte crise permeava o setor saúde, e se manifestou pela ineficácia, iniquidade e descontentamento popular em relação aos serviços de saúde.

A ineficácia dos serviços de saúde nessa época pode ser observada, acompanhando-se o crescimento dos custos, chegando ao equivalente de 8% do produto mundial, determinada pelo crescimento incontrolável dos custos da atenção médica alicerçado no modelo médico hegemônico. Os serviços de saúde se tornaram ineficientes ao concentrar seus gastos em ações (procedimentos) que resultavam em baixo impacto sobre a saúde da coletividade.

A ineficácia é percebida também na falta de correspondência entre o crescente aumento dos gastos e o impacto sobre as condições sanitárias das populações.

Trabalhos feitos por Sandier e Schieber & Poullier em países desenvolvidos, demonstram que os gastos per capita em Saúde no período de 1960-1986, em média mais que duplicam. Enquanto isso, a esperança de vida ao nascer, no mesmo período à exceção do Japão, não cresceu proporcionalmente ao incremento destes gastos. (MENDES, 1996, p. 16).

A iniquidade é um fenômeno mundial e vai se manifestar na forma como se distribuem os recursos da saúde, que se concentram mais nas regiões onde estão localizadas os recursos materiais, humanos, e a tecnologia (centralizada) e destinando às regiões pobres (periféricas) um menor volume de recursos.

Em 1990, o Ministério da Saúde repassa recursos às macroregiões para atenção ambulatorial da seguinte forma: Norte, 4,1%; Nordeste, 17,0%; Sudeste, 59,3%; Sul, 14,8% e Centro-Oeste, 4,8 %. A região pobre do Vale Jequitinhonha em Minas Gerais teve em 1994 um gasto *per capita* de R\$ 0,80 em atenção ambulatorial e a região Sul rica teve R\$ 8,00, isto é, dez vezes mais. (MENDES, 1996, p. 17).

O descontentamento popular generalizado é demonstrado por pesquisas de opinião realizadas em 1990, em 10 países do primeiro mundo, demonstrando não ocorrer correlação entre satisfação do usuário e gastos *per capita* em saúde, e que em quase todos os países a satisfação situava-se abaixo de 50%, atingindo valor de 10% nos EUA e 12% na Itália.

A crise da saúde, notadamente universal e de grande consenso, é permeada pela trajetória e dimensões focalizadas em cada país, mas também pelo modo de atenção médica que era hegemônico a nível mundial. O que nos desafia é reconhecer a complexidade que se impõe ao percorrer esta trajetória com olhar multidimensional.

Considera-se que os modelos de saúde em suas trajetória têm como pano de fundo a determinação econômica e a concepção de saúde que permeia a sociedade naquele momento, e determinam a forma das organizações que são construídas para dar sustentação ao modelo.

No final do século XIX, no contexto do Brasil Colônia, as questões relacionadas à saúde eram tratadas pela Polícia Médica, na qual o doente era condenado à exclusão, e o caos na organização das cidades, somando-se às precárias condições sanitárias, resultavam em altas taxas de mortalidade infantil e geral, além de uma baixa expectativa de vida. As doenças infecto-contagiosas caracterizavam-se como epidemias, atingindo um conjunto importante de populações.

O Brasil, no século XX, construiu políticas de saúde que se caracterizaram basicamente pelo Sanitarismo de Campanha na década de 60, pelo modelo Médico-Assistencial Privativista na década de 70, e no final da década de 80 pelo modelo vigente até hoje, SUS/Sistema Complementar (Privativo).

O Ministério da Saúde é criado em 1953, quando as teorias que davam sustentação ao modelo de saúde baseavam-se na unicausalidade, e as organizações criadas nesta época tinham por objetivo quebrar a relação agente/hospedeiro, com inspiração militarista para gestão com forte concentração de decisões e com intervenção nos corpos individuais e sociais.

O sistema de saúde era voltado ao saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis, ao controle e à erradicação das doenças que poderiam prejudicar a exportação para entender às necessidades da economia brasileira que estava baseada predominantemente na monocultura do café voltada à exportação. Progressivamente ocorre o deslocamento das ações campanhistas para o modelo médico-assistencial centrado no atendimento do indivíduo, com ações curativa, especializada e assistencialista. A teoria que dava sustentação a este modelo continuava sendo a da medicina curativa.

O modelo médico-assistencial alicerçado na teoria da Medicina Curativa tinha como características principais: o privilegiamento das práticas médicas curativas, individualizadas, assistencialistas e especializadas, orientada para a lucratividade, articulado com a indústria internacional de medicamentos e equipamentos, levando ao privilegiamento do produtor privado e à capitalização dos grupos prestadores deste serviço.

O acirramento da crise social no início da década de 80 deteriorou as condições de vida, ocorrendo uma queda acentuada do poder aquisitivo da população, somado a esta realidade de descontentamento popular. A redemocratização e rearticulação dos Sindicatos, as eleições para prefeitos e governadores e o advento das Diretas Já ampliam os espaços de disputa no campo das propostas e idéias.

O Brasil, na década de 80, foi palco de grandes cenários políticos e de participação social marcante, tais como a luta pelas Diretas Já, escola/universidade pública, direito à previdência para trabalhadoras rurais, saúde pública, eleição da Assembléia Nacional Constituinte, encontros e manifestações de mobilização nacional de trabalhadores e trabalhadoras rurais, lutas estas que permeavam por todos os Estados, classes sociais, chegando às ruas em manifestações públicas gigantescas.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com propostas estruturantes para a formação do Sistema Único, período no qual atores sociais se articulam, debates ocorrem em palcos espalhados por todo o território nacional, formados por sindicalistas, profissionais, militantes políticos, estudantes e universitários, religiosos, trabalhadores, agindo motivados pela convergência de interesse e valor que o tema e o evento significavam naquele determinado momento, ou seja, a inclusão do tema na agenda política nacional.

O Movimento Sanitário ganhou corpo e expressão sendo muito significativo do ponto de vista político, de mobilização e de articulação nacional que, na contramão da história mundial, aprovou na Constituição de 1988, ocorrendo mudanças estruturantes para o sistema de saúde.

A Constituição de 1988 foi escrita e aprovada no esgotamento das forças dos movimentos sociais, resultante das propostas reestruturantes aprovadas na plenária da VIII Conferência Nacional de Saúde, “representativa e que culminou com mais de 4.000 participantes dentre os quais 1.000 delegados.” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986).

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: - descentralização na gestão dos serviços; - Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo–curativo; - unidade na condução das políticas setoriais; - regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço; - participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na

gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; - fortalecimento do papel do município; - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida. de suas entidades sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986).

O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1989, representou a forma institucional com um novo padrão de proteção social, pois além da universalização do acesso, o SUS propôs descentralização, gestão única, participação da população e integralidade da atenção, antes assegurada apenas aos segmentos da população incorporada ao mercado formal de trabalho.

Segundo Misoczki (2002), um conjunto de medidas foi apresentado aos países pobres e com dívidas externas, reformas do Estado baseadas no Consenso de Washington, e sob a égide de que as reformas são necessárias para minimizar a crise, muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima às privatizações. Nos Estados Unidos e na Inglaterra, Reggan e Thatcher se elegem e no Brasil inicia-se a era de Collor.

No início da década de 90, as medidas relacionadas à reforma do Estado são colocadas em prática com demissões de funcionários públicos, caça aos marajás, privatizações, corte de 30% dos recursos das políticas sociais, denúncias por vários setores da sociedade, de que os representantes do Estado estavam servindo aos interesses internacionais das políticas de reajuste econômico e minimização do Estado, objetivando pagar a dívida externa, os movimentos sociais novamente se articulam e manifestações públicas no país levam o congresso a votar pelo *impeachment*.

O SUS se manteve nesta década por estar garantido na Constituição. Neste período, várias foram as investidas para retirar do texto constitucional a universalidade, que é uma das questões estruturantes do Sistema de Saúde. Justificativas diversas eram utilizadas, problematizadas sob os aspectos de não dispor de recursos para atender a todos, criando critérios de vulnerabilidade, permeabilizados por superficiais e isoladas discursos de que os recursos destinados estavam privilegiando o setor complementar e os cortes no orçamento das políticas sociais. No final da década as reformas continuavam direcionadas para o estado mínimo, voltado às privatizações, quando o Estado recuperava as empresas e as repassava por leilões ao setor privado.

A forte mobilização política que caracterizou a década passada, associada aos avanços na organização popular e a reiteração de eleições democráticas e livres explicam grande parte destes avanços e a manutenção de espaços já conquistados.

O Estado necessita de grandes investimentos para modernização de seus setores, sob a égide de que as mudanças nos primeiros anos trariam tempos difíceis e após haveria recuperação e crescimento. Um problema adicional foi o aumento vertiginoso da pobreza neste final de século, em que a concentração da riqueza permeia a sociedade e problematiza ainda mais o campo das políticas sociais, que aumenta a demanda.

Deve-se ressaltar que o novo contexto econômico lesa a política social, mas não necessariamente a destrói. As maneiras diversas pelas quais os Estados têm enfrentado as dificuldades mostraram que a necessidade é encontrar caminhos adequados à realidade singular de cada um, o que pode ocorrer na esfera da política e mediante acordos entre os interessados.

Em 1993, o BIRD lança a política de ajuste (segunda geração) como uma “face humana” e os governos têm que apresentar uma agenda social com uma política centralizada na pobreza com distribuição de cestas básicas, atenção básica, clínica básica. É neste cenário que surge o PACS/PSF que, para muitos estudiosos, está sendo interpretado com a minimização do Estado na saúde. Porém, não se pode esquecer que no Brasil, em muitos municípios, Agentes Comunitários de Saúde (voluntários) atuavam sob as estruturas dos movimentos populares o que, para a época, foi uma forma de romper com o modelo vigente (MISOCZKI, 2002).

A agenda social resultante desse processo é regida pela privatização, focalização e descentralização, entendida como repasse de atividades e responsabilidades aos municípios e não na justa medida de recursos financeiros.

Estudos desta época mostram que 6,5% da renda média das famílias eram gastos em saúde, e a expectativa da medicina privada era de que consumidores do setor público migrariam para o setor privado, na proporção de 32 milhões em 1989 para 60 milhões em 2000. Porém, em 2000, os consumidores da medicina privada eram 33 milhões, observando que o SUS manteve a sua demanda e que a população não migrou para o setor privado (PASCHE, 1999).

O caráter universal da crise na saúde é originário do esgotamento do modelo médico privatista, assistencial e desconcentrado, caracterizado pela centralização normativa, desconcentração para órgãos regionais e para os municípios de atividades pré-definidas, eliminação ou diminuição do poder decisório dos departamentos e programas em nível central, permanência de ações campanhistas, isolamento institucional.

A complexidade de construir um Sistema Nacional de Saúde tem dimensões políticas que se apresentam no ambiente democrático em embate constante, no qual diferentes atores sociais participam e são portadores de projetos diversificados.

As dimensões ideológica e tecnológica também estão presentes. A dimensão tecnológica abrange a concepção ampliada do processo saúde-doença, com nítido caráter de mudança de paradigma sanitário. A dimensão tecnológica exige a utilização do conhecimento e de técnicas da produção para sua implementação coerente com pressupostos que o referencie.

Segundo Negri e Giovanni (2001), as funções revitalizadas da Saúde Pública advêm do reconhecimento de que os serviços médicos têm um impacto muito limitado em determinadas situações de saúde que dependem de políticas públicas intersetoriais como educação, habitação, geração de empregos, agricultura.

Os desafios e exigências estão desencadeando um processo de descobertas de novas formas de gestão que já não estão limitadas às unidades mais complexas. Várias experiências no campo da atenção primária estão em curso no contexto da Municipalização da Saúde, que são formas de flexibilização administrativa conduzidas pelos municípios, como terceirização (cooperativas), co-gestão comunitária (Associação de Mercadores, Fundação Municipal de Saúde), e inicia-se um processo de discussão sobre realização de parcerias, público/público, público/privado.

As novas formas de gestão podem constituir-se em focos identificáveis de mudança com um viés administrativo de gestão colegiada. Estão surgindo de forma aleatória e ganhando espaço e vão, possivelmente, se incorporar dentro do aparelho do Estado.

O século XX está marcado pela primazia da heterogenicidade e da diferença, com progressivas mudanças e redefinições de funções do Estado, permeadas pela disputa de

múltiplos atores. Também está marcado pelas novas formas de organização e mobilização dos diversos grupos sociais na luta em defesa dos seus interesses coletivos voltados para a melhoria de condições de vida, trabalho, educação, saúde, lazer, etc.

Hoje, o desafio está em todos os atores assumirem o “pertencimento” ao sistema. Observa-se que os brasileiros que ganharam com o SUS estão destituídos de vez política e social, não estão organizados, o que conta pouco no jogo político e na formação de opinião, alcançaram cidadania na saúde mas permaneceram sub-cidadãos políticos, poucos lhes escutam e lhes dão ouvidos, portanto, os ganhadores são na sua maioria silenciosos.

Desenha-se o futuro como um importante exercício que ajuda a pensar melhor no que fazer hoje, a situar-se diante das tendências construídas no passado e dos desafios colocados no presente.

Atualmente, trabalha-se com cenários e construção de alternativas com levantamentos de hipóteses a serem rejeitadas ou não pela sucessão de fatos e processos econômicos, políticos e sociais.

1.2 A GESTÃO E O SISTEMA DE SAÚDE

A descentralização política e administrativa das ações e serviços públicos de saúde com direção única em cada esfera de governo é uma das diretrizes mais importante do SUS, sendo considerada o princípio norteador deste sistema. Ela gera mudanças estruturais para o setor e surgem os gestores locais/Secretários Municipais de Saúde, com competência pública de operacionalização do setor, mas até hoje com autonomia limitada, principalmente por não ter acontecido a reforma tributária, mantendo os recursos centralizados.

A descentralização significa também distribuir competências públicas entre diversas entidades administrativas com âmbito próprio de atribuições territoriais e funcionais e com diversos graus de autonomia de gestão.

A publicação da Lei 8.689, de 27/07/93, que dispõe sobre a extinção do INAMPS, desencadeia a retomada da estratégia de descentralização que fortalece o Ministério da Saúde a nível federal, e as Secretárias Estaduais de Saúde a nível estadual. Essas instâncias passam a

ter mais poder e o comando único mais força, também muitas Secretarias Municipais de Saúde são criadas.

A Constituição aprovada em 1988 concretizou legalmente SUS. No artigo 196, capítulo III, art. 9º, há o registro de que a direção do SUS é única exercida em cada esfera do governo. No âmbito da União pelo Ministério da Saúde, nos Estados e no Distrito Federal pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e no âmbito municipal pelas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 1988).

A publicação da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, no seu artigo 18 descreve sobre ações de controle e avaliação do gestor municipal. Enfatiza ainda no parágrafo 1º, artigo 36, que o gestor municipal é o principal responsável pela execução dos serviços e ações de saúde, dispõe que o planejamento e os planos de saúde, com suas programações que devem ser ascendentes. Estes artigos são suporte à proposta da Pactuação Regional dos Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 1990).

A publicação da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e cria critérios como o perfil epidemiológico, a programação dos serviços e a participação orçamentária dos municípios, dispõe sobre as instâncias colegiadas que são as Conferências de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera do governo. Esta lei, juntamente com a Lei 8.080/90, se transforma em referencial estruturante do SUS (BRASIL, 1990).

Em 1991, a publicação da primeira Norma Operacional Básica (NOB) tem por objetivo colocar em operação as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, e cria critérios para transferência de recursos federais, para os Estados e municípios; cria as Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA), cria também o Conselho Municipal de Saúde (COMUS) e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), e estipula a apresentação do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão Local anualmente.

A criação da UCA representa a continuidade de pagamento aos municípios por produção de serviços independente da qualidade. Na avaliação eram considerados a quantidade de procedimentos executados e o acesso à população.

A NOB 01/93 teve por objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Nela o Governo Federal propõe três modalidades de gestão: a **incipiente**, a **parcial** e a **semiplena**, cada uma dessas formas de gestão traz especificadas competências de planejamento, controle e avaliação a nível municipal. Pode-se afirmar que esta norma trouxe instrumentos e procedimentos com vistas a ampliar as questões de gestão e efetivar o comando único do SUS (BRASIL, 1993).

Através da NOB 01/93, ao habilitar municípios, a condição de gestão semiplena proporcionou ao gestor local maior autonomia para a organização do Sistema local de Saúde e ao mesmo tempo maior responsabilidade com os resultados de suas ações. Também foi retomado o processo de descentralização (BRASIL, 1993).

Em 1996, é publicada a NOB 01/96, com o objetivo principal de promover e consolidar o exercício da função do gestor da Atenção à Saúde dos Municípios, por parte do poder Público Municipal e do Distrito Federal. Esta NOB dispõe sobre habilitação dos Municípios a dois tipos de gestão, considerando os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal perante o Gestor Estadual e Federal, sendo elas: a Plena da Atenção Básica (PAB) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996).

Mediante a habilitação a uma destas modalidades de gestão o município receberá a transferência regular, a autonomia dos recursos do PAB fixo, e PABVS (PAB), a vigilância sanitária, as ações básicas de Vigilância Epidemiológica e do controle de doenças será o PAB variável. Registre-se que os municípios são incentivados através do repasse financeiro pelo PAB variável em forma de incentivo a implantar em seus territórios programas do Ministério da Saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) dispõe sobre a habilitação ao Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA) e à Gestão Plena do Sistema Municipal Ampliada (GPMSA). Essas habilitações ampliam a responsabilidade do município em relação aos serviços de Atenção Básica prestados para a sua população. Destaca-se, nesta

norma, três estratégias articuladas, que podem ser assim resumidas: o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, a regionalização e organização da assistência, e a revisão de critérios para a habilitação nos dois tipos de gestão propostos.

Todos os entrevistados para efetivação deste trabalho são Gestores Locais/Secretários Municipais de Saúde de municípios habilitados à modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Motta registra que os gestores

[...] exercem uma função tensa e estafante, que tem menos a ver com construir uma estrada em terreno firme e, mais com buscar uma trilha a beira da areia movediça ou com atravessar um rio cheio de piranhas. Vivem pressionados para adotar ações de curto prazo na busca de recursos e soluções de problemas, porém os resultados de seu trabalho só podem ser avaliados a longo prazo. (2000, p. 21).

1.3 A PACTUAÇÃO DE INDICADORES E A LEGISLAÇÃO

A pactuação de indicadores introduz no final da década de 90 a utilização da epidemiologia como instrumento de avaliação e monitoramento dos sistemas locais, sendo que a legislação já contemplava a sua utilização, como se pode observar a seguir.

A Lei nº 8.080, capítulo 2, art. 7º, item VII, dispõe sobre uma das diretrizes do SUS, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

Todas as Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, desde 1999 até 2004, que dispõem sobre o pacto de indicadores da atenção básica (SISPACTO), epidemiologia e controle de doenças (PPI), e da vigilância em saúde, referem-se à pactuação como o instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde.

O referido pacto é a base para avaliação dos Municípios e Estados quanto à adequação da condição de gestão. Busca-se avançar no sentido de uma pactuação articulada, onde a concepção de integralidade da atenção permeia o planejamento das ações e intervenções de saúde (BRASIL, 2001).

Em 1999, a Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 832 registra as instruções para pactuações dos indicadores da Atenção Básica da Saúde referente aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Esta pactuação foi realizada com municípios que já desenvolviam estes programas ou que tinham interesse de iniciar ou ampliar o processo. Os gestores foram orientados para que participassem da pactuação iniciando no ano a execução das ações previstas. Nessa Portaria consta uma lista de 17 indicadores relacionados ao PACS/PSF, ressaltando-se ainda que o não cumprimento das metas pactuadas poderia dificultar a pactuação no ano 2000.

Em 2000, a pactuação de indicadores apresentou como inovadora a inclusão de 15 indicadores relacionadas à Atenção Básica e foi estendida a todos os municípios habilitados a condição de Gestão da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. O processo de pactuação na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde compreendeu a avaliação da pactuação do ano anterior e a realização com representantes dos municípios da pactuação, definindo metas a serem atingidas durante o ano, considerando os indicadores propostos.

Para o ano de 2001, a Portaria nº 723 do GM/MS registra que o pacto dos indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referente à Atenção Básica e serve como base para a construção do processo de qualificação da Gestão municipal (BRASIL, 2001).

A Nota Técnica sobre a pactuação que acompanha a portaria anterior registra que o pacto expresso em termos de compromisso servirá de base para o processo de avaliação de Atenção Básica com vista à implementação da NOAS / SUS / 01 / 2001, e também localiza o indicador no tempo e no espaço, conceitua-o e registra o método de cálculo, interpreta e informa referenciais e parâmetros, orienta sobre o uso e as limitações quanto ao indicador, indica a fonte de informação e agrupa os indicadores em seis eixos, sendo eles: redução da mortalidade infantil e materna; controle de doenças e agravos; melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços; reorientação do modelo assistencial e descentralização; capacitação dos trabalhadores de saúde das equipes da atenção básica e a implementação de instâncias regionais de controle social.

As Portarias sobre as pactuações desde 2001 registravam indicadores chamados de principais, os quais indiscriminadamente deveriam ser pactuados pelos municípios, os

complementares ou opcionais eram pactuados quando de interesse do município, também havia espaço para que o município incluísse indicadores de seu interesse.

Percebe-se que a utilização de indicadores epidemiológicos está fazendo parte do elenco de requisitos nominados para as transferências de recursos das instâncias federais para as estaduais e municipais.

O processo de pactuação de indicadores é realizado anualmente, sendo que na 17ª Coordenadoria Regional da Saúde no ano de 2001 houve mudanças na operacionalização do processo de pactuação, entre as quais podemos citar: organização de uma equipe para operacionalizar a pactuação, capacitação da equipe regional para discussão sobre os indicadores e suas várias interfaces, construção de uma série histórica regional e de cada município, deslocamento da equipe da CRS para os municípios para realizar a pactuações, a transformação da pactuação num momento de avaliação e replanejamento com a participação dos atores envolvidos no sistema local como os membros do Conselho Municipal de Saúde, equipe de profissionais, gestor de saúde, autoridades municipais em assembléia.

A avaliação da pactuação do ano anterior e a definição de metas a serem atingidas eram construídas em Assembléia, as dificuldades e potencialidades eram questionadas. Os indicadores a cada ano eram mudados e o número de indicadores a serem pactuados e acompanhados, bem como a dificuldade de acesso à série histórica, a falta de parâmetros para a pactuação, eram fonte de questionamentos pelos diversos atores envolvidos no processo.

1.4 O PLANEJAMENTO E A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Estado ampliou sua atuação nas áreas sociais, principalmente ligada à educação e saúde após a Segunda Guerra Mundial.

Segundo Tancredi, Barrios e Ferreira (1993), o planejamento é um instrumento para apoiar e promover o desenvolvimento e a satisfação administrativa das organizações e dos sistemas, considerando que o gestor atua como facilitador do processo e que ele deve ser feito por todos os atores envolvidos na ação.

As informações, para Matus (1993), quando obtidas regulamente e analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuável dos serviços, também chamada de monitoramento, ou num estágio mais avançado de organização/reorganização dos serviços de saúde, ou como uma sala de situação para o planejamento.

Avaliar, segundo Contrandriopolus et al. (1992), significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes (objetivos, metas, recursos, serviços bens ou atividades efeitos e contextos preciso e num dado momento), com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Para Hartz (1992), a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, é fonte de poder para os atores que a controlam.

As informações obtidas em uma avaliação devem ser consideradas como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como verdade absoluta, elas podem dar respostas parciais aos problemas que eles enfrentam.

Os métodos desenvolvidos por economistas para avaliar as vantagens e os custos dos programas públicos que estavam se ampliando visavam encontrar meios para que os recursos fossem aplicados de forma eficaz. Com o passar dos anos esses métodos foram se revelando insuficientes quando aplicados a programas sociais.

Na década de 70, o crescimento econômico estagnou e o financiamento pelo Estado dos serviços de saúde cresceu rapidamente, impulsionado pelo desenvolvimento rápido de nova tecnologia, somada à ampliação da atuação do Estado nas áreas sociais e a expectativa crescente da população. Fez-se necessário, então, o controle de gastos e a proposta de encontrar uma solução sem que o acesso e a qualidade fossem questionados.

A avaliação passou por estágios, como registra a literatura disponível. Inicialmente, o avaliador é um técnico que sabe construir instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados; no estágio seguinte se fortalece a identificação e a descrição de como os programas vão atingir seus resultados; no terceiro estágio a avaliação deve permitir aos atores envolvidos emitir um julgamento sobre uma intervenção e, mais recentemente, a avaliação é feita como processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Para Silva e Formighi (1994), a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos sistemas de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para definição de estratégias de intervenção.

Os atores que se propõem a trabalhar com estratégias de avaliação devem considerar como pressuposto básico que ela proporciona uma relação de probabilidade e não de certeza e que nem as práticas de saúde e nem as necessidades a ela referidas existem em abstrato, possuindo historicidade a ser buscada por quem pretende investigá-las.

A melhor estratégia para avaliação da qualidade requer uma seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, do processo e dos resultados, somando-se a satisfação dos usuários e profissionais.

À primeira vista, a caracterização de saúde de uma população em um determinado momento ou em período de tempo não seria difícil. A preocupação de quem aborda a questão da situação sanitária nem sempre é tão somente aquela informação referente à existência ou não mas também de fatos que eles poderiam interpretar por si mesmo e não dentro de um contexto global.

Avaliar a situação de saúde somente pelos indicadores de saúde poderá provocar equívocos. É preciso levar em conta também um conjunto de outros componentes relacionados ao nível de vida. As informações obtidas pela avaliação darão maior concretude se no momento do planejamento de uma ação forem definidos os objetivos, metas, parâmetros, prazos e critérios a serem usados na avaliação e após a execução prática por um período de tempo.

O sucesso inequívoco de uma avaliação planejada é avaliado como positivo quando infinitamente são questionados seus resultados e diminuírem as incertezas de dúvidas dos atores envolvidos sobre os resultados obtidos naquela ação.

1.5 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Atualmente, a informação é considerada uma ferramenta essencial e constitui-se no fator desencadeante da tomada de decisão e implementação de ações. A qualidade das

informações é fundamental pois elas orientam a implementação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças.

Informação para a saúde é entendida como conhecimento obtido a partir dos dados ou o resultado da análise e da combinação de vários dados, o que implica em interpretação. Também se pode registrar que informação é descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático (WALDMAN, 1998).

Os dados referentes a uma determinada situação de saúde são coletados em valores absolutos. Em geral há pouca utilidade prática, pois dificilmente dão uma idéia real da magnitude ou da gravidade de um problema de saúde da coletividade em uma determinada região (BRASIL, 1999).

As informações em saúde estão intimamente ligadas à epidemiologia e sua aplicação, este entrelaçamento fica mais explícito quando se conceitua epidemiologia. Para Gonçalves (1998), epidemiologia é o estudo da distribuição das doenças e de seus determinantes em populações humanas.

Bassanesi (2004) registra que epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisa a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, os danos à saúde coletiva, e propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças.

Registra-se que ao trabalhar informação em saúde e epidemiologia é preciso abordar outros conceitos, como indicadores de saúde que, consensualmente, são considerados como medidas que servem para avaliar uma situação de saúde e ou a execução de ação de saúde. Os indicadores de saúde caracterizam-se por serem capazes de medir, de forma sistemática, os aspectos relevantes do estado de saúde da população e a sua correlação com fatores condicionantes e determinantes. Cada indicador deve ter seus atributos claramente expressos para que os usuários compreendam o significado dos dados produzidos e suas limitações (BRASIL, 2003).

As características de um bom indicador de saúde estão condicionadas à resposta de algumas questões fundamentais: ele mede realmente o fenômeno de interesse? Ele é válido, por exprimir dados exatos e com precisão? Ele é reproduzível em qualquer situação? Ele é

representativo ou abrangente? Ele é ético pois não prejudica ninguém? Ele aceita as questões culturais? Ele é simples? Ele é de fácil obtenção? Ele é barato? (FERREIRA, 1997).

As características dos indicadores de estrutura são estáveis e referem-se a todos os recursos envolvidos (humanos, materiais e financeiros). Pode-se que influenciam na qualidade da atenção à saúde, mas não lhe são determinantes. Esses indicadores complementam as avaliações de processos e resultados, em que a questão relevante é a existência de pessoal em quantidade e qualidade necessária, as tecnologias disponíveis, as condições físicas de manutenção e infra-estrutura, entre outras, sendo suficientes para dar condições de os serviços serem desenvolvidos.

Os indicadores que avaliam o processo dizem respeito ao rendimento das atividades realizadas e compõem a atenção à saúde, os serviços operacionalizados e sua adequação, envolvendo ainda a relação dos profissionais e da organização da população. O estabelecimento de critérios faz com que as formas de trabalho sejam conhecidas, propiciando o uso de práticas mais racionais e efetivas.

Os indicadores de resultados/impacto abrangem as mudanças no estado de saúde da população e correntes do cuidado recebidos, seus determinantes e fatores de risco, medindo os efeitos a longo prazo. Um bom processo de assistência à saúde pressupondo que exista uma estrutura adequada para efetuar a desencadeia uma mudança da qualidade de vida de uma população, isto é, existe um elo entre elementos e resultados, ou seja quanto mais determinantes forem os elementos, maior será a capacidade de influir nos resultados.

Os indicadores de saúde estão classificados em epidemiológicos e operacionais, de acordo com o que medem: epidemiológicos medem a magnitude e a transcendência dos fenômenos, enquanto os operacionais medem o trabalho realizado em função da quantidade e da qualidade (FERREIRA, 1997).

Indicador de saúde epidemiológico mede a magnitude e a transcendência de um problema, fornecendo informações sobre a frequência com que ocorrem os fenômenos de saúde, doença e morte, e a valorarão cultural que se dá ao sofrimento e perdas, respectivamente (FERREIRA, 1997).

Os indicadores de saúde operacionais de quantidade medem a extensão com que os objetivos e metas programadas foram realizados, isto é, fornecem informações sobre as atividades desenvolvidas. É preciso considerar que o valor está na dependência do conteúdo com que se estabelecem as metas programadas, o ideal é definir as metas considerando a quantidade de ações necessárias para impactar no problema da saúde pública. Já os indicadores de saúde operacionais que medem qualidade podem ser de três tipos: de produtividade, de custo médio e de qualidade técnica (FERREIRA, 1997).

Os indicadores de saúde operacionais que medem qualidade e produtividade relacionam trabalho com tempo, expressando a produção média por unidade de tempo; os de custo médio relacionam trabalho com custos, expressando o custo médio de cada unidade de trabalho; os de qualidade técnica relacionam trabalho com trabalho, expressando, em geral, que proporção do trabalho foi realizada dentro de determinado padrão (FERREIRA, 1997).

2 JUSTIFICATIVA

Há existência de poucos estudos relacionados à pactuação de indicadores entre gestores, sendo esta uma estratégia implantada recentemente, que subsidia os diversos atores que atuam no setor, com informações que já estão disponíveis e que possam a ser utilizadas.

A pactuação exige de todos os atores a reconstrução e aprimoramento dos conhecimentos a partir dos indicadores de saúde selecionados (a cada ano são incorporados indicadores novos e que abrangem várias áreas de ação) e o sistema local e os serviços são avaliados, bem como o desenvolvimento de ações individuais e coletivas.

Há necessidade de registrar a contribuição da pactuação de indicadores para a gestão local de saúde a partir da “fala” dos gestores municipais de saúde, e investigar se a estratégia está contribuindo para o planejamento e na tomada de decisões.

Sentir-se desafiada a contribuir sobre um tema que é um desafio constante tanto para gestores como para profissionais e usuários das instâncias regionais e locais, exige dos atores envolvidos conhecimentos específicos, abrangentes e, ao mesmo tempo, acompanhamento e monitoramento detalhado dos indicadores.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a contribuição da pactuação dos indicadores para a gestão local, considerando a percepção dos gestores locais de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, a partir da fala dos gestores, a contribuição da pactuação dos indicadores de saúde como instrumento para a tomada de decisão e planejamento.

- Identificar a metodologia de trabalho mais adequada para desenvolver o processo de pactuação, considerando a fala dos gestores.

- Identificar se houve acúmulo/novos conhecimentos sobre os serviços e o sistema de saúde, construído nas pactuações, e para que contribuíram ou se provocaram mudanças.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O caminho percorrido para a realização desta pesquisa é apresentado a seguir e descrito como delineamento do estudo, caracterização do local do estudo, população de estudo, coleta de dados, e aspectos éticos.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado durante o período de junho a agosto de 2004.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que busca conhecer e registrar qual a contribuição da pactuação de indicadores para a gestão local, considerando a percepção dos gestores locais, no caso os Secretários Municipais de Saúde.

No processo de construção deste trabalho, a literatura consultada desvela pouco a pouco as zonas de nebulosidade que dificultavam a sua realização, como se pode observar a seguir.

A pesquisa, para Minayo (1992), é atividade básica da ciência na sua indagação e descoberta da realidade; é uma atitude e prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota.

Sobre a abordagem qualitativa na pesquisa, Minayo (1992) registra que as hipóteses na sua dinâmica formal comprobatória servem de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica.

A abordagem da cientificidade na pesquisa, baseada em dados quantitativos e qualitativos, é registrada por Minayo de forma clara:

[...] quando for possível qualificar, qualifiquemos mas não coloquemos aí científicidade do trabalho [...] os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e também eles podem permitir o início de uma teoria ou sua formalização, refocalizar ou classificar abordagens já consolidadas, sem que seja necessária a comprovação formal quantitativa. O princípio geral é que todos os dados devem ser articulados com a teoria. (1992, p. 96).

Ainda, Minayo (1992, p. 99) registra que a investigação qualitativa requer atitudes fundamentais, como a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação, a interação com o grupo de investigados e com os atores sociais envolvidos.

Segundo Gil,

[...] a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, o estudo descritivo implica na recompilação e apresentação sistemática de dados para dar uma idéia de uma determinada situação. (2002, p. 32).

Já a pesquisa exploratória “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideais este tipo de pesquisa é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato.” (GIL, 2002, p. 44).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo foi a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, que tem como sede o município de Ijuí, localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Sua área de ação abrange 20 municípios, sendo eles: Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Inhacorá, Ijuí, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Marinho, São Valério do Sul e Sede Nova.

Os municípios desta Regional, com exceção de Panambi, estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a NOAS 01/2002. O município de Panambi está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Todos os municípios da área de abrangência da 17ª CRS realizaram as pactuações desde 1999, mas cabe aqui ressaltar que os municípios de Bozano e Campo Novo

participaram das pactuações a partir de 2001, o primeiro por se emancipar naquele ano e o outro por pertencer à área de abrangência de outra Coordenadoria. O mesmo aconteceu com os municípios de Crissiumal, Humaitá, São Martinho e Sede Nova, que passaram a fazer parte da área de abrangência da 17ª CRS somente a partir de 2002.

4.3 POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO

A escolha desses gestores ocorreu a partir de levantamento realizado nas listas de presença com assinaturas dos participantes dos diferentes processos de pactuação realizados junto à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. O critério de inclusão do participante no estudo foi participação em no mínimo metade dos encontros desenvolvidos desde 1999, para a efetivação das pactuações.

Na tabela 1 são apresentados os municípios vinculados à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, de acordo com a participação dos gestores na pactuação.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios segundo a participação dos gestores na pactuação

MUNICÍPIOS	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ajuricaba	Y	X	X	O	XX	XXX
Augusto Pestana	Y	X	XX	XXX	XXXX	XXXXX
Bozano	#	#	X	XX	XXX	XXXX
Campo Novo	Y	O	O	X	O	X
Catuípe	Y	X	X	XX	X	XX
Chiapetta	Y	X	X	O	O	O
Condor	Y	O	X	XX	XXX	XXXX
Coronel Barros	Y	X	XX	XXX	XXXX	XXXXX
Crissiumal	Z	Z	Z	O	X	X
Humaitá	Z	Z	Z	X	XX	XXX
Ijuí	Y	X	X	XX	XXX	XXXX
Inhacorá	Y	X	XX	XXX	XXXX	XXXX
Jóia	Y	X	X	O	O	XX
Nova Ramada	Y	X	XX	XXX	XXXX	XXXXX
Panambi	Y	O	X	XX	XXX	O
Pejuçara	Y	O	X	XX	XXX	XXXX
Santo Augusto	Y	X	X	XX	XXX	XXXX
São Martinho	Z	Z	Z	X	O	O
São Valério Do Sul	Y	O	X	XX	O	O
Sede Nova	Z	Z	Z	O	O	X

Fonte: Documentação arquivada na 17ª CRS – Ijuí.

Em que:

- X - Gestor local participou do encontro da pactuação
- O - Gestor não esteve presente no encontro da pactuação
- Z - Município não fazia parte da área de abrangência da 17ª CRS
- # - Município novo
- Y - Dados não disponíveis

Como se pode observar foram 9 os gestores que participaram em mais de metade dos encontros realizados para pactuação de indicadores de saúde nos municípios da área de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Definida população participante do estudo, manteve-se contato via telefone, com exposição sobre o estudo e os objetivos que norteavam a pesquisa, solicitando sua colaboração descrevendo-se ainda como seria desenvolvida a mesma.

4.4 COLETA DE DADOS

Após disponibilidade e aceitação foram agendadas as entrevistas. Antes da realização da entrevista, foi solicitado o consentimento aos colaboradores por escrito (Anexo I), obedecendo aos requisitos da ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96 do MS). A entrevista semiestruturada (Anexo II) foi gravada para posterior transcrição.

De acordo com Minayo (1992), a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos, relatados pelos autores, enquanto sujeitos, objetos da pesquisa que vivência uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A entrevista foi dividida em duas partes: a primeira englobando a identificação do entrevistado, a saber: o tempo de atuação como Secretário Municipal de saúde/ Gestor local e quantidade de pactuações de indicadores de que já participou; a segunda parte constou de questões que abordam o tema do estudo. Neste item o entrevistado foi questionado sobre a percepção do gestor local quanto à pactuação dos indicadores. Na seqüência foram realizadas as outras perguntas: como se desencadeava a pactuação, como acontecia o processo de

acompanhamento e avaliação do sistema e serviços de saúde? As informações da pactuação foram utilizadas? Quando? Como? Por quem? Houve modificações nas discussões? Como o processo de pactuação foi incorporado na gestão municipal?

Para Minayo (1992), mediante a entrevista podem ser obtidas informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”, os quais só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Para esta pesquisa também foi utilizada a análise documental existente junto a arquivos da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde para definição da população participante; a literatura e a legislação e orientação a nível federal e estadual sobre o tema, somando-se a experiência da autora desta monografia que atua junto à Coordenadoria Regional de Saúde e participou da equipe da realização das pactuações desde 2001, e atenciosamente desde 1999 quando iniciou a implementação desde estratégia atuava no município.

Todas entrevistas foram todas gravadas para que não se perdessem informações fornecidas pelos entrevistados. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e realizou-se a leitura e releitura do material. Após foram realizadas a identificação e agrupamento das categorias que serão incluídas na análise.

De acordo com Minayo (1992), a palavra categoria em geral se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com característica comuns ou que se relacionam entre si, as categorias são empregadas para se estabelecer classificações.

As categorias para análise foram definidas como: 1ª - contribuição da pactuação dos indicadores de saúde como instrumento para a tomada de decisão e planejamento; 2ª - o processo de pactuação e a metodologia de trabalho; 3ª - a produção de mudança e acúmulo de novos conhecimentos sobre os serviços e sistemas de saúde.

Para Minayo (1992), a análise do conteúdo é um conjunto de técnica de análise de comunicação visando obter indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência do conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Obedecendo à Resolução 196/96 do CNS, que rege sobre os requisitos da ética em pesquisa com seres humanos, os entrevistados foram convidados a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento lido pelo entrevistado.

O Termo de Consentimento contém informações sobre objetivos da pesquisa e a garantia de que as informações somente serão realizadas para a construção do trabalho de Conclusão do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas de Saúde.

Uma cópia do Termo de Consentimento foi colocada à disposição do entrevistado e a outra cópia permaneceu com a autora do trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

Na realização das entrevistas, uma das questões do bloco de identificação questionava os gestores locais sobre o período que exerceu a função de Gestor Local/Secretário Municipal de Saúde.

Pode-se observar na tabela 2, o tempo de permanência na função como Gestor Local/Secretário Municipal de Saúde que participaram desta pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição dos gestores segundo o tempo de permanência na função

Anos de Permanência na Função	Número de Gestores
1 a 3 anos	3
4 a 6 anos	-
7 a 9 anos	3
10 a 12 anos	3
13 anos e mais	-
Total	9

Fonte: dados da pesquisa, 2004.

Analisando os dados da tabela 2 pode-se registrar que mais de 66% dos gestores permaneceram na função por mais de 7 anos, ao contrário do conhecimento empírico disponível, isto significa que permaneceram na função por mais de um período administrativo. Os mais de 33% restantes permaneceram no cargo desde o início da atual gestão até o início do atual processo eleitoral.

Essa permanência na função pode ser indicativo de bom trabalho desempenhado, envolvimento com a comunidade, trabalho desenvolvido com continuidade e a contento na Secretária Municipal de saúde, mas também pode significar continuísmo e vícios na gestão local, não criando possibilidade para mudança e inovação.

A tabela 3 demonstra o número de habitantes dos municípios nos quais os gestores desenvolvem suas funções.

Tabela 3 – Número de gestores em relação ao número de habitantes/município

Número de habitantes	Nº de municípios
Até 5.000 hab.	5 municípios
De 6.000 a 10.000 hab.	2
De 11000 a 15.000 hab.	1
De 16.000 a 20.000 hab.	-
De 20.000 hab. A mais	1 município

Fonte: IBGE, Censo 2000.

Observa-se que os entrevistados são gestores de municípios em sua maioria de pequeno porte, mas que os de médio porte também estão contemplados, isto se assemelha à realidade estadual, contemplando diversidade nos serviços e sistemas locais, exigindo organização regional tornando o município maior um polo regional (NOAS/02).

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e posteriormente foi iniciado o processo de análise, que passou pela leitura e releitura de todas elas. Em seguida foram organizadas, identificadas e agrupadas as falas em três categorias, que foram incluídas na análise e discussão.

Observou-se que cada ator social entrevistado vem percebendo a contribuição da pactuação de indicadores de forma diferente. Ao analisar todas as falas percebe-se que as contribuições foram positivas para a gestão local, mas que também existem preocupações em relação à vinculação dos indicadores, como o repasse de recursos e restrições, pois os indicadores são definidos pela esfera nacional.

Os gestores locais nominaram suas percepções em relação à pactuação de indicadores de saúde e dentre elas pode-se destacar que elas possibilitaram conhecer melhor a real situação de saúde da população local, troca de informação entre gestor municipal e estadual, discussão e definição de metas pelas equipe de saúde juntamente com os gestores e o Conselhos Municipais de Saúde e a Coordenadoria Regional, discussão entre gestores (estadual e municipal), acompanhar a evolução do sistema através de indicadores, conhecer os indicadores e a construção dos indicadores, priorizar ações visando atingir metas pactuadas.

No agrupamento e identificação surgiram as seguintes categorias de análise: contribuição da pactuação de indicadores de saúde como instrumento para a tomada de decisão e planejamento; o processo de pactuação e a metodologia de trabalho; e a produção de mudanças e acúmulo de novos conhecimentos sobre os serviços e sistemas de saúde.

1ª Categoria: contribuição da pactuação de indicadores de saúde como instrumento para a tomada de decisão e o planejamento

Durante as entrevistas identificou-se que um dos pontos elencados pelos entrevistados foi a importância de trabalhar com indicadores de saúde para conhecer a realidade do município. O processo de pactuação exige dos atores envolvidos acompanhamento e avaliação das metas de forma sistemática e a implementação de novas ações no decorrer do período.

O Gestor Local 1 percebeu que a pactuação de indicadores de saúde permitiu conhecer com números a situação de saúde da população.

Então eu vejo assim a partir de 1999 a gente conseguiu trabalhar em cima de dado real, concreto é claro que em 1999 a gente ainda não tinha e a própria CRS não tinha conhecimento e eram alguns indicadores que eram pactuados e agora são bem mais indicadores e hoje como gestora avalio que foi uma das melhores coisas que podia acontecer? Por que só a partir do indicador tu podia quantificar e saber qual a real situação da população.

Também, o Gestor Local 2 percebeu que a pactuação possibilitou conhecer a realidade.

[...] a gente tem que ter essa realidade com dados reais daquilo que está acontecendo em nosso município, em Termos de por exemplo internação hospitalar [...] isso está fazendo que a gente avançar lentamente [...] possibilitou a discussão com os profissionais médicos com mais consistência com dados reais.

Reiterando as falas anteriores registradas, o Gestor Local 7 também percebeu que a pactuação possibilitou conhecer a realidade e acompanhar as mudanças.

[...] antes de iniciar as pactuações o município trabalhava muito sem ter números, sem ter informações a partir das pactuações isso mudou e gente começou perceber em alguns determinados pontos a importância disso e de perceber a evolução do sistema que começamos a abordar com mais cuidado aqueles indicadores.

Como foi abordado no referencial teórico, a informação para a saúde é entendida como conhecimento obtido a partir dos dados ou o resultado da análise e da combinação de vários dados. Também se pode registrar que informação é descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático (WALDMAN, 1998).

O conhecimento da realidade é fundamental para a realização do planejamento. A pactuação de indicadores de saúde foi decisiva para que os gestores, profissionais e usuários conhecessem a através de dados a real situação da saúde da população, inclusive parâmetros para avaliação, e tornou possível a utilização das informações já disponíveis.

De acordo com Matus (1987), as informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação e num estágio mais avançado de organização e reorganização dos serviços de saúde, ou como uma sala de situação para o planejamento.

Os municípios, desde a criação do Sistema Nacional de Informações em saúde, e atualmente através da Rede Interagencial de informações para a saúde (RIPSA), fornecem dados para construir indicadores, e os têm à disposição através do sistema de comunicação *on line*. Também podem dispor de informação em tempo real através dos sistemas de informações implantados no município.

De acordo com o Gestor Local 1, antes das pactuações, os indicadores foram utilizados de forma incipiente às informações disponíveis:

[...] Uma das coisas que eu lembro, assim quando eu entrei na secretaria 1997 a gente tinha mais ou menos em torno de 30 programas implementados no município. Então a partir daí nós começamos a trabalhar com questões de metas e objetivos de qualificar as coisas.

Pode-se dizer que, apesar dos dados e indicadores disponíveis e em grande número, isso não foi suficiente para que fossem utilizados pelos gestores, e em apenas uma das entrevistas foi identificada a utilização das informações disponíveis ainda que de forma incipiente para conhecer a realidade de saúde da população, antes da implementação das pactuações de indicadores.

Nas falas dos entrevistados também esteve presente que a pactuação de indicadores possibilitou troca de informações e maior integração entre as instâncias municipal e estadual e gestores com a equipe, o que está claro na fala do Gestor Local 3:

É um momento aonde os profissionais de Saúde Pública do Município junto com a CRS puderam discutir esses indicadores de saúde, que eles possam se aproximar e ter as possíveis metas a ser alcançadas pelo gestor municipal e pela equipe de saúde, então o que eu pude perceber que era um momento de muita discussão e de troca de informações entre os gestor público Estadual e Municipal e conseqüentemente uma melhor integração entre os trabalhos, programas e projetos já desenvolvidos que para poder pactuar esses indicadores no município.

De acordo com Bortolanza (2001), a formação dos indicadores sociais mais específicos na área de saúde representa uma contribuição para a elaboração dos planejamentos municipais e que a seleção adequada de indicadores permitirá que a gestão municipal possa avaliar o seu desempenho.

As oportunidades geradas pela estratégia da efetivação da pactuação de indicadores na área de saúde vêm contribuindo para que as diversas esferas governamentais de forma integrada busquem a realização das metas pactuadas. A partir de 2003 a pactuação entre gestores também é realizada pelas Coordenadorias Regionais e os Estados.

Os gestores apontam ainda como contribuição da pactuação a definição de prioridades, conforme a fala do Gestor Local 4, a seguir:

[...] na verdade quando começamos junto com o município tudo era novo e ficamos em dúvida para fazer isso ou aquilo, para mim foi valiosa a pactuação de indicadores pois nos deu uma linha de trabalho que a gente batia em cima para alcançar aquelas pactuações, eu acredito que era muito valioso.

Já o Gestor Local 5 registra:

[...] a gente nota também que a partir de 2001 foram mais resolutivas dentro da realidade do município principalmente nos municípios mais pequenos, que tem uma realidade diferente então essa pactuação vem de encontro ao trabalho, ela nos ajuda, pois coloca com indicadores aonde precisa mais trabalhar com os nossos servidores, com o pessoal da Saúde, exemplo sala de vacinas, pré-natal enfim, setores que nos mostraram o caminho direto de se trabalhar com indicadores é muito importante, acha válido, por que nas reuniões que a gente faz com o grupo, principalmente que a gente trabalha, avalia realmente os indicadores feitos nas pactuações melhoria da qualidade das ações de saúde que se oferece no município.

Para o Gestor Local 6,

[...] foi como um marcador pra gente saber por onde começar e durante esse tempo a gente trabalhou procurando sempre melhorar os índices, aquilo que a gente pactuou para o município e para se estabelecesse no município um parâmetro em que se pudesse atingir o índice máximo.

A definição de prioridades sempre produziu angústia nos diversos atores do setor saúde, pois tudo é importante. A utilização de indicadores para avaliar a situação de saúde da população contribui para diminuir as incertezas.

A implantação da estratégia de pactuação de indicadores está contribuindo para que as informações disponíveis sejam utilizadas para análise da situação de saúde, colaborando na definição de prioridades e reorientação das práticas.

Trabalhar com indicadores de saúde nos reporta à epidemiologia que analisa a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades e que propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças, agilizando a tomada de decisão para a ação.

O Gestor Local 8 percebeu as pactuações com restrições e vantagens:

[...] que os indicadores muitas as vezes já vem fechados não deixando espaço para os municípios decidir suas ações e sim elas já vem com programas federais ou estaduais estabelecidos muitas vezes pactuados acredito em até com órgãos internacionais então ele vem fechados, porque não abre espaço para os municípios se posicionar, isso eu vejo assim com pouco de restrição com relação as pactuações.

De acordo com Bortolanza (2001, p. 14), “[...] relação entre o município e esferas superiores de governo têm sido marcadas predominantemente, pela penalização dos interesses próprios do municípios em favor de interesse de outras esferas de governamentais.” Esse fato que atravessa a história político-administrativo do país resultou em municípios com grande carência na sua capacidade de gestão administrativa e de participação popular nas decisões de interesse social.

O Gestor Local 9 registra com preocupação os aspectos relacionados à vinculação de indicadores ao repasse de recursos:

[...] um município novo e pequeno tem indicadores que no meu ponto de vista assim, volto a dizer que são desfavoráveis eu cito pra ti, um exemplo a questão dos indicadores de mortalidade infantil né [...] a gente só tem um centro municipal de saúde avançado, tem mais um posto de saúde no interior, a gente tem que trabalhar intensamente para que nenhuma criança morra, a gente não quer isso né [...] então é um indicador assim que no meu ponto de vista deveria ser reavaliado para os pequenos municípios.

A publicação da Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e cria critérios como o perfil epidemiológico, a programação dos serviços e a participação orçamentária dos municípios, dispõe sobre as instâncias colegiadas, que são as conferências de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera do governo.

Na fala dos entrevistados foi identificado claramente que as pactuações de indicadores exigem acompanhamento e avaliação das metas atingidas de forma sistemática e periódica, e a implementação de novas ações no decorrer do período avaliado.

O Gestor Local 1 percebeu que a pactuação de indicadores exige avaliação periódica e implementação de novas ações:

Estamos na metade do ano, inclusive hoje eu estou com a pasta da pactuação de indicadores e o plano municipal de saúde está na minha mesa, por que eu já estou reavaliando, então nós temos que avaliar e ver até aqui como estamos, ver qual é o trabalho, ver aonde que nós estamos, quanto foi nossa meta do ano e o que nós precisamos fazer para chegar ao final do ano. Não adianta nós querermos fazer lá em novembro ou quando chegar lá em novembro atingir estes indicadores, então não vai mais ter tempo da gente voltar atrás e rever nossas ações. Então é justo na metade do ano onde a gente consegue reavaliar, até que a gente caminhou em 6 meses, qual a meta que a gente atingiu a partir daí, ver o que e fazer para conseguir atingir.

Também o Gestor Local 4, na sua fala, registrou a necessidade de avaliação periódica:

Antes das pactuações na verdade não havia muito acompanhamento naquela época nem avaliação, na verdade veio as pactuações e facilitou naquela época. A gente se reunia 2x mês basicamente para discutir isso, se reunia com a equipe analisava estes dados e a gente discutiria forte sobre o que estamos fazendo que não alcançamos isso ou aquilo, muitas vezes se discutia forte, mas depois a gente se acertava também com o Conselho se discutia isso ai, por que no Relatório de Gestão (RG), então quando a coisa é boa quando a gente consegue atingir há que coisa boa, é um alívio então a gente até comenta mais. Então foi valioso.

O Gestor Local 7 percebeu que a pactuação de indicadores exige avaliação constante, e também registra como era a avaliação antes das pactuações:

[...] para avaliar a evolução acabava que fazendo uma avaliação superficial através de manifestação ou indicação mas sem critério, percebia as mudanças mais na questão financeira, nesse sentido que havia um acompanhamento, então se percebia a evolução pela estrutura financeira acabava ampliando cada vez mais e pela equipe que se ampliava.

[...] As pactuações lá a gente tem assim quase que na mesa da gente, quase, que principalmente nós avaliamos com a equipe mensal com toda equipe nem sempre se avalia só as pactuações, mas a geralmente 2 a 3 x por ano a gente senta com os dados das pactuações e a gente avalia o que aconteceu até aquele momento.

Devemos ter presente que os atores que se propõem a trabalhar com estratégias de avaliação devem considerar como pressuposto básico que ela nos proporciona uma relação de probabilidade e não de certeza e que nem as práticas de saúde e nem as necessidades a elas referidas existem em abstrato, possuindo historicidade a ser buscada por quem pretende investigá-las.

Para Matus (1993), informações obtidas regularmente, se analisadas podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuável dos serviços também chamada de monitoramento, ou num estágio mais avançado de organização/reorganização dos serviços de saúde, ou como uma sala de situação para o planejamento.

As informações obtidas em uma avaliação devem ser consideradas como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como verdade absoluta, elas podem dar respostas parciais aos problemas enfrentados.

Também está presente nas falas dos entrevistados a contribuição da pactuação de indicadores para a tomada de decisão. De acordo com Gestor Local 1:

[...] então nós temos que avaliar e ver até aqui como estamos, ver qual é o trabalho, ver aonde que nós estamos, quanto foi nossa meta do ano e o que nós precisamos fazer para chegar ao final do ano. Nem sempre a gente consegue atingir os indicadores que pactuou mas pelo menos a gente sabe, qual é o "Norte" a gente sabe onde quer chegar, é lá.

O Gestor Local 8 afirma que:

[...] ela é muito válida no momento que ela nos permite colocar ao pé no chão e ver em que situação está o município para poder fazer um planejamento a nível municipal.

Reiterando as falas anteriormente registradas, o Gestor Local 4 percebeu a necessidade de avaliação periódica:

Ela foi como um marcador pra gente saber por onde começar e durante esse tempo a gente trabalhou procurando sempre melhorar os índices, aquilo que a gente pactuou para o município e para se estabelecesse no município um parâmetro em que se pudesse atingir o índice máximo.

Para o Gestor Local 8:

[...] onde são discutidas as estratégias daqueles índices que por ventura não foram alcançados e são discutidas as estratégias para alcançá-las.

Para o Gestor Local 5:

[...] por que está acontecendo e qual o motivo, acho muito importante e a gente trabalha em cima disso e a gente faz esse tipo de discussão.

Segundo Contrandriopolus et al. (1992), avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes (objetivos, metas, recursos, serviços bens ou atividades efeitos e contextos preciso e num dado momento), com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

A contribuição da pactuação de indicadores para o conhecimento da realidade está posta à utilização dos dados, indicadores e índices pelos gestores locais, profissionais e Conselho Municipal de Saúde nas discussões, acompanhamento, avaliação e planejamento dos serviços de saúde é evidente.

A pactuação de indicadores como o instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, exige dos gestores criatividade para que todos os atores envolvidos desenvolvam o “pertencimento” ao sistema local manifestem essa prática na definição de metas factíveis de realização.

Percebe-se claramente na fala dos gestores locais que a pactuação de indicadores contribuiu para a introdução da avaliação através do acompanhamento periódico dos indicadores pactuados pelos gestores locais, profissionais e Conselho Municipal de Saúde e fornecendo informações que influenciaram na tomada de decisão e planejamento.

2ª Categoria – O processo de pactuação e a metodologia de trabalho

A pactuação de indicadores é um processo que vem sendo aperfeiçoado. A metodologia de trabalho aprimorou-se e a participação foi se ampliando de forma perceptível.

A metodologia de trabalho utilizada marcou de forma importante, pelas suas formas totalmente diferentes. Primeiro, representantes de municípios participavam na sede da regional e em grupo dos encontros. Após, a equipe da regional fez discussões internas, organizou uma série histórica regional e municipal, sensibilizou gestores e se deslocou até os municípios para os encontros.

A tabela 4 demonstra o número de participantes nas reuniões de pactuação.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes nas reuniões de pactuação

Ano	Número de Participantes
1999	*
2000	43
2001	457
2002	546
2003	518
2004	576

Fonte: documentação arquivada na 17ª CRS – Ijuí.

(*) Dados não disponíveis.

A mudança da metodologia de trabalho também contribuiu para a pactuação de indicadores se tornar significativa e contribuir para a melhoria da gestão local. As falas dos entrevistados registram esta mudança, como se pode ver a seguir.

Para o Gestor Local 2:

Eu percebi que a forma como foi realizada, as pactuações a equipe da CRS indo até os municípios e levando mais informações sobre indicadores tendo possibilidade de juntos fazer uma análise dos últimos anos como eles aconteceram no município, foi importante.

Já o Gestor Local 8:

[...] com as pactuações feitas no município isso naturalmente analisando em conjunto com a equipe de Saúde e também em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde onde são discutidas as estratégias daqueles índices que por ventura não foram alcançadas e são discutidas as estratégias para alcançá-la.

Para o Gestor Local 9, com esta metodologia foi envolvida a comunidade,

O Conselho Municipal de Saúde também participava, né, tivemos os representantes dos colégios municipais [...] tentamos envolver as crianças para que elas repassassem aos seus pais a questão da importância dos indicadores.

A incorporação de conhecimento pelos diversos atores, tais como: gestores, profissionais, Conselheiros Municipais e usuários, tornou a pactuação de indicadores como um momento esperado por todos.

3ª Categoria – A produção de mudanças e o acúmulo de novos conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde

A processo de pactuações de indicadores possibilitou aos diversos atores envolvidos aumentar e aprofundar conhecimentos sobre a situação de saúde da população do município. Contribuiu para que os diversos atores se envolvessem no planejamento dos serviços e para ampliar o trabalho de equipe.

O Gestor Local 9 percebeu que as pactuações de indicadores serviram para rever, redimensionar e qualificar o trabalho:

Em torno de 15 a 30 dias se fazia uma reunião geral e se cobrava né, e se colocava também quanto a posição de cada um se tava conseguindo atingir na sua área ou se não tava, porque se não tava conseguindo atingir né, exemplo, que eu coloco assim é a questão da saúde bucal né, que contra a

extração de dentes né, a gente lá nesse período tentou o máximo em não se fazer a extração e sim em se recuperar todos os dentes e temos um dentista capacitado que ele é favorável a extração e nós conseguimos trabalhar com ele e mudar esse ponto de vista dele e melhoramos significativamente a questão desse problema dentário, hoje nós temos lá 86% da população passou pelo dentista, já dentro do município em três anos e meio a gente quer ver se atinge 100% até o final de 2004.

Já o Gestor Local 8, em sua fala registra que a pactuação foi utilizada por toda a equipe e coloca a inter-relação com outros instrumentos de gestão:

Então elas são utilizadas sim, por toda a equipe de Saúde inclusive com a participação conselho de Saúde Nós temos os Relatórios de Gestão (RG) trimestrais onde são avaliadas e colocadas as atividades desenvolvidas pelo município no transcorrer do trimestre e certamente nesses sempre aparecem as atividades que o município desenvolveu também.

O Gestor Local 2 percebeu que a pactuação de indicadores possibilitou subsidiar o gestor para articular atuação da equipe, como se pode ver a seguir:

[...] foi utilizada para todo o município mais para principalmente questões de internações hospitalar, possibilitou a discussão com os profissionais médicos com mais, consistência com dados reais, daquilo que está acontecendo em nosso município em termos de internação e que não condiz com o que estamos desenvolvemos na rede básica e isso está fazendo que a gente possa avançar lentamente, mas de forma que esta estruturada a Secretária e com o trabalho que esta sendo desenvolvido tem um campo que se avance muito mais colocar também em termos de internação colocar indicadores de resultados mais próximos da realidade.

O Gestor Local 7 também destaca a contribuição da pactuação para o trabalho de equipe:

[...] e também a gente optou por pactuar aquilo que a gente possa atingir e com a equipe que participou das pactuações a gente avalia com eles basicamente e toda equipe de PSF no mínimo por 3 a 4 vezes por ano a gente avalia esta pactuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de pactuação de indicadores está sendo uma prática que potencializou o planejamento e a avaliação do sistema local de saúde, interferindo na tomada de decisão.

Na prática, a pactuação de indicadores validou as informações registradas rotineiramente pelos serviços de saúde a nível local, e a coleta de dados em forma de números absolutos é importante para o microplanejamento. Já para o macroplanejamento os dados em forma de indicadores são os mais indicados. Estes dados têm significado humano e ganham significado quando trabalhados pelos atores que conhecem detalhadamente o contexto que os gerou.

Trabalhar com planejamento e avaliação de forma sistemática não faz parte da cultura organizacional no setor público, é preciso avançar para a construção de novas oportunidades de pesquisa e na construção de sujeitos com percepção e sentimento de pertencimento ao sistema.

Os resultados desta pesquisa mostram que a implementação da pactuação de indicadores teve relevante contribuição para a gestão local. O conhecimento da realidade da saúde da população através de números influenciou no planejamento/replanejamento das ações e contribuiu para a tomada de decisão.

As discussões para avaliar o trabalho desenvolvido em relação às metas pactuadas aconteceram com a participação das equipes, gestores, Conselhos Municipais de Saúde e a comunidade. A atuação do gestor e da equipe na busca das metas pactuadas ficou evidente.

A pactuação contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a saúde da população, conhecer parâmetros para avaliar a construção da série histórica e o conhecimento sobre informação em saúde e a construção dos indicadores. A ampliação do conhecimento contribuiu para que a definição das metas a serem pactuadas ocorresse com mais segurança.

Os gestores locais de saúde estão preocupados com a vinculação do repasse de recursos financeiros para atingir as metas e consideram que o contexto socioeconômico influencia diretamente sobre o resultado dos indicadores de saúde, principalmente em municípios de pequeno porte (menores que 5.000 habitantes).

A pactuação de indicadores resultou na utilização de indicadores para o planejamento e avaliação dos serviços e da gestão de saúde.

Os atores envolvidos neste processo foram estimulados a buscar continuamente os melhores resultados, as metas pactuadas nortearam as ações e contribuíram para a tomada de decisão e introdução de mudanças nos serviços e avanços no sistema.

Esta pesquisa confirmou o entendimento de que o planejamento fundamentado em indicadores cria a possibilidade de implantação e condução de ações com mais objetividade e permite mensurar o desempenho das equipes e da gestão.

Não poderia deixar de questionar se foi impactante ou suficiente para interferir na cultura das organizações, no caso as Secretarias Municipais de Saúde e Estaduais, para que fosse mesmo que parcialmente incorporada. Será que seria ousadia demasiada registrar que este processo tem possibilidade de alavancar novas propostas de pactuação entre gestores?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco; NADANOVSKI, Paulo. Avaliação dos Serviços de Saúde. Avaliar o quê? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 8 : 361-365, out/dez, 1992.

BASSANESI, Sergio Luis. **Demografia e saúde**. Departamento de Medicina Social da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, 2004 (apostila de aula).

BORTOLANZA, Juarez. **Uso de Indicadores de Saúde da População** (uma contribuição ao planejamento municipal que propicie o desenvolvimento sustentável). Disponível em <<http://www.topos.com.br/dica/uso-indicadores-saude.htm>>. Acesso em: 08/04/2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Portaria 896, de 29 de junho de 1990**. Dispõe sobre o funcionamento do SAI/SUS e SIH/SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 02/jul./1990.

_____. **Publicações do Ministério da Saúde**. 88. ed. Brasília, jul./2003.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Nacional da Saúde**. NOB/01 SUS/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Portaria 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 02/out./1995.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Nacional da Saúde**. NOB/01 SUS/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Portaria 476, 22 de junho de 1999**. Dispõe sobre a pactuação de indicadores para o ano de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Portaria 393, de 29 de março 2001.** Dispõe sobre Agenda Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional da Assistência à Saúde. SUS/NOAS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria 723, de 10 de maio de 2001.** Dispõe sobre a pactuação de indicadores para o ano de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria 1.121, de 17 de junho de 2002.** Dispõe sobre a pactuação de indicadores para o ano de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria 456, de 16 de abril de 2003.** Dispõe sobre a pactuação de indicadores para o ano de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Relatório da VI Oficina Nacional do Pacto da Atenção Básica, de 21 a 24 de abril de 2003.** Dispõe sobre o pacto integrado entre Atenção Básica, Epidemiologia e Controle de Doenças Transmissíveis e a Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONTRANDRIOPOULOS, Andre-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira. M. A (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a práticas na análise da implementação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 29-47.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE. **Documentos das Pactuações de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004** (material digitado e arquivado em pastas). Ijuí, 17^a CRS.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, Sueli Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In : MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FERREIRA, Jair. Indicadores de saúde e vigilância epidemiológica em Hanseníase. In: TALHARI, S.; RENÉ, G. **Hanseníase.** Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Ernesto Lima (Coord.). **Administração de saúde no Brasil.** São Paulo: Pioneira, 1998.

HARTZ, Zulmira. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a práticas na análise da implementação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 29-47.

JOVCHELOVIC, Marlava. **Municipalização de saúde: possibilidades e limites.** Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1993.

KUNRATH, Angela A.F.; KANTORSKI, Iara C.; BORGES, Rosana dos Anjos. Organização Regional da Coordenação da Atenção Integral à Saúde. In: FERLA, Alcindo; FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2003.

LABRA, María Eliana; BUSS, Paulo Marchiori **Sistemas de saúde - continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 1995.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. 3. ed. São Paulo: Ed. da USP, tomo II, 1993.

MEDICI, André Cezar. **Indicadores básicos e políticas governamentais**. Disponível em <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saúde/apresent/apresent.htm>>. Acesso em: 08/06/04.

MENDES, Eugenio V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento em pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

_____; MIRANDA, Ari Carvalho. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro, 2002.

MISOCZKI, Maria Ceci Araújo. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Da Casa/PDGSaúde, 2002.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di. **Brasil, radiografia da saúde**. Campinas, 2001.

PASCHE, Dário Frederico. **Estado de Bem-Estar: algumas concepções e tipologias**. Campinas: Unicamp/IE, 1999.

RINALDI, Lourdes Beatriz; DEGRANDRI, Maria Lúcia; SPEROTTO, Sandra Denise de Moura; CALLAI, Rejane Luisa Richter. **Qual a autonomia municipal na Gestão da Saúde?** Porto Alegre: Da Casa, 1997.

SILVA, Ligia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jan/fev 1994. p. 80-91.

TANCREDI, Francisco Bernardi; BARRIOS, Suzana Rosa Lopes; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo, 1993.

URSS. **Declaración da Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra, 6-12 de septiembre de 1978.

VIANA, Maria L. W. **Miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância em saúde para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: IDS NAMH/USP, 1998.

WEISS, Carol H. **Evolution methods for studying programs and policies**. In: STENZEL, Ana Cecília Bastos. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2003. p. 1-3.

ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO

Ilmo(a) Sr(a): _____

Venho através deste, solicitar sua participação na pesquisa que desenvolvo, com visitas à construção do trabalho de conclusão de Curso de Pós Graduação em Sistemas e Serviços de Saúde.

O título do trabalho é: ***“Qual a Contribuição da Pactuação de Indicadores para a Gestão Local”***, sob orientação da Professora Ms. Maristela Borin Busnello.

Possui o objetivo de saber se a pactuação de indicadores contribui para o planejamento e na tomada de decisão, através de entrevistas semi-estruturadas e pesquisa em documentação existente na Coordenadoria Regional de Saúde.

Serão mantidos em todos os momentos da pesquisa, a ética profissional e o respeito ao ser humano.

Responsável pela pesquisa:

Cledis Maria Sangiovo Ottonelli

Pós-Graduanda em Gestão de Serviços e Sistemas

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Fone (55) 3333-7316 ou 3332-7815, ramal 24.

_____, _____ de _____ de 2004.

Local e data

Assinatura do participante

Anexo II

QUESTIONÁRIO

1 . DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome

1.2 Município

1.3 Há quanto tempo o Sr.(a) desenvolve a função de gestor local ou secretário municipal de saúde?

1.4 De quantas pactuações de indicadores o Sr.(a) participou?

2 DADOS ENGLOBALANDO O TEMA DA PESQUISA

2.1 Como o Sr.(a) percebeu o processo de pactuação de indicadores?

2.2 Como se desencadeava o processo de acompanhamento e avaliação do Sistema e Serviços (ações) de Saúde?

2.3 As informações da pactuação foram utilizadas ? Quando ? Como? Por quem?

2.4 Houve modificação nas discussões? Como o processo de pactuação foi incorporado na gestão municipal?