

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FERNANDA MELO PESSÔA**

**ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO E**  
**AVALIAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE**  
**DO SUL 2016-2019**

**Porto Alegre**

**2017**

FERNANDA MELO PESSÔA

ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO  
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL 2016-2019

Trabalho de Conclusão submetido ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Leite Lima

Porto Alegre

2017

Dados torturados confessam.

Paulo de Martino Jannuzzi (2009)

## AGRADECIMENTOS

Estudar na UFRGS sempre foi um sonho e foi um sonho pelo qual eu muito lutei! Quem me conhece sabe o quanto me preparei e estudei para conseguir. Entretanto nada se compara ao que tenho estudado nos últimos cinco anos e principalmente nestes últimos meses. Foram meses exaustivos, com muita leitura, muita escrita e muita pressão. Concluir uma faculdade não é tarefa fácil, mas além do meu esforço próprio, tive comigo as melhores, sem as quais nada disso teria acontecido. Elas merecem meu reconhecimento e eterna gratidão. Portanto, vamos aos agradecimentos!

Primeiramente quero agradecer as duas pessoas mais importantes na minha vida: meu pai e minha mãe. Eles foram meus maiores incentivadores e apoiadores em todo este período, acreditando nos meus sonhos. Meu pai sempre se esforçou para me dar uma educação de qualidade e foi a pessoa que mais me incentivou a estudar. Minha mãe sempre foi um porto seguro, um abraço nos momentos difíceis, um café naquelas noites de estudo. Faltam palavras para agradecer, amo vocês!

Quero agradecer aos meus irmãos - Arlete, Adriana, Alexandre, Andrea e Felipe - que como irmãos mais velhos, sempre foram meu espelho! Obrigada! Amo vocês! Através deles agradeço também toda minha família, meus avós, minha madrinha, meus primos e primas, meus sobrinhos e sobrinhas e minha afilhada, somos uma linda família e esta conquista também é de vocês.

No meu caminho acadêmico também conheci algumas pessoas que foram essenciais nesta caminhada, além de grandes companheiras e não poderia deixar de citar seus nomes aqui. Juliana e Sandra por terem sido as melhores e mais parceiras colegas de graduação, muito obrigada! Indira e Jacques, por todo o auxílio nos últimos meses, pelos debates e principalmente por aguentarem minhas crises de ansiedade com esta pesquisa. Obrigada! Vocês são demais!

Aos meus amigos e amigas, obrigada por terem entendido minha ausência nos últimos tempos. Vocês são os melhores! À minha orientadora, Luciana, por todo o apoio e dedicação nestes últimos meses! Através dela cumprimento também todos os meus professores do IFCH pelo conhecimento compartilhado nos últimos anos. E principalmente, quero agradecer a Deus e aos meus Anjos de Guarda por toda a proteção e luz nesta caminhada. Mais uma vez obrigada a todos e todas!

## RESUMO

A nova gestão pública com foco nos objetivos, no monitoramento e avaliação e na utilização de indicadores está tornando a gestão pública mais moderna. Estas mudanças no serviço público demonstram que aprimorar é um movimento constante e necessário. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo analisar estes instrumentos, que auxiliam na modernização e eficiência da gestão pública. Portanto, o objetivo geral deste trabalho é a análise dos instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019, com foco nos objetivos, metas e indicadores. Para tanto são utilizados os conceitos de Administração Pública Gerencial, Ciclo de Políticas Públicas, Monitoramento e Avaliação, Objetivos, Metas e Indicadores. A pesquisa utilizou dados qualitativos secundários e fez uma abordagem documental, com redução dos dados, seleção de informações relevantes para a pesquisa, apresentação dos mesmos em forma de tabelas, gráficos e imagens e após uma conclusão do que foi possível inferir sobre o assunto. Os resultados encontrados demonstram a fragilidade dos instrumentos de monitoramento e avaliação utilizados no plano.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública. Plano de saúde. Monitoramento e avaliação. Objetivos. Metas. Indicadores.

## **ABSTRACT**

The New Public Management with focus on the objectives, monitoring and evaluation and the use of indicators is making public management more modern. These changes in the public service show that improving is a constant and necessary movement. Therefore, this research aims to analyze these instruments, which assist in the modernization and efficiency of public management. Consequently, the general objective of this work is the analysis of the instruments of monitoring and evaluation of the State Plan of Health of Rio Grande do Sul 2016-2019, focusing on objectives, goals and indicators. For both the concepts of Managerial Public Administration, Public Policy Cycle, Monitoring and Evaluation, Objectives, Goals and Indicators are used. The research used secondary qualitative data and made a documentary approach, with data reduction, selection of information relevant to the research, presentation of them in the form of tables, graphs and images and after a conclusion of what was possible to infer about the subject. The results found indicate the fragility of the monitoring and evaluation instruments used in the plan.

Keywords: New public management. Health insurance. Monitoring and evaluation. Objectives. Goals. Indicators.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de Políticas Públicas.....	27
Figura 2: Indicadores Sociais classificados segundo Natureza do Indicador.....	33
Figura 3: Ciclo Anual de Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019.....	40

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Aderência dos Indicadores às Propriedades Desejáveis.....	47
--	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Base de Regulamentação do SUS.....	17
Quadro 2: Princípios do Planejamento do SUS.....	19
Quadro 3: Principais Leis, Decretos e Portarias sobre o Planejamento do SUS.....	22
Quadro 4: Avaliação da Aderência dos Indicadores às Propriedades Desejáveis.....	35
Quadro 5: Classificação dos Objetivos.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbicas, Gays, <i>Bissexuais</i> e Transexuais
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOB	Norma Operacional Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	15
2.1 PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	18
<b>2.1.1 Definições Legais do Planejamento do SUS</b> .....	20
<b>2.1.2 Plano de Saúde</b> .....	22
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	24
3.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL.....	25
3.2 CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	26
3.3 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	29
<b>3.3.1 Objetivos e Metas</b> .....	31
<b>3.3.2 Indicadores Sociais</b> .....	32
<b>4 ANÁLISE DOS OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PES 2016-2019</b> .....	37
4.2 ESTRUTURA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE .....	37
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	40
<b>4.3.1 Análise dos Objetivos e Metas</b> .....	41
<b>4.2.2 Análise dos Indicadores</b> .....	44
<b>4.2.3 Análise da Relação entre Objetivos, Metas e Indicadores</b> .....	48
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>ANEXO A – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PES 2016-2019</b> .....	57
<b>ANEXO B – METAS DE INDICADORES E INDICADORES DO PES 2016-2019</b> ...	67
<b>ANEXO C – TABELA DE ADERÊNCIA ÀS PROPRIEDADES DESEJÁVEIS DOS INDICADORES DO PES 2016-2019</b> .....	71

## 1 INTRODUÇÃO

A gestão pública brasileira passou por significativas mudanças nas últimas décadas. O declínio da administração pública burocrática e a implementação da administração pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1998) trouxe consigo novas concepções para a gestão. A administração pública gerencial, também conhecida como nova gestão pública, “preconizava, em termos gerais, uma redefinição do papel do Estado e a implantação de mecanismos de gestão oriundos da iniciativa privada na administração pública” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1274). Entre estes mecanismos estão o monitoramento e avaliação (RAMOS; SCHABBACH, 2012; RUA, 2004a), os objetivos, as metas e os indicadores (BRESSER-PEREIRA, 1998; JANNUZZI, 2005).

Para Ramos e Schabbach (2012) a avaliação e o monitoramento de programas consistem na verificação da adequação do desenho à sua finalidade e aos objetivos pretendidos, além da relação entre os serviços prestados e as metas definidas estrategicamente. Ainda para as autoras são processos complementares e fases imprescindíveis do planejamento estatal, ocupando também espaço crescente nas pesquisas acadêmica (RAMOS; SCHABBACH, 2012). A avaliação permite ao governante certo conhecimento dos resultados de um dado programa ou projeto, informação utilizada para melhorar a concepção ou a implementação das ações públicas e para fundamentar decisões e a prestação de contas (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Os indicadores, por sua vez, têm papel fundamental, pois quando bem utilizados, podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais clara e competente a análise, a formulação e a implementação de políticas sociais (JANNUZZI, 2002). Quando utilizados “[...] de forma responsável, inteligível e transparente podem estabelecer parâmetros concretos para a discussão da natureza, conteúdo e prioridades das políticas governamentais, dos programas públicos e dos projetos de ação social” (JANNUZZI, 2009, p. 35). Além disso, a utilização destas ferramentas torna a gestão pública mais moderna e os serviços públicos de maior qualidade.

Portanto, neste contexto, de afirmação da supremacia da administração gerencial, este trabalho almeja verificar a penetração desses princípios e instrumentos

no cotidiano da gestão pública estadual. Para isso, analisaremos os objetivos, metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com ênfase no processo de monitoramento e avaliação dos mesmos. Entre os objetivos específicos estão: descrever e classificar os objetivos e metas, descrever e sistematizar os indicadores; avaliar e classificar os indicadores segundo as propriedades desejáveis e analisar a relação entre os objetivos, metas e indicadores no PES/RS.

A escolha do tema está relacionada com a importância em analisar e estudar estes mecanismos de gestão, como o processo de monitoramento e avaliação e os instrumentos utilizados para tanto - objetivos, metas e indicadores. O monitoramento e avaliação são fundamentais para aprimorar a gestão pública. “O indicador social é, pois, o elo de ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados” (Jannuzzi, 2009, p.15), além de peça chave para que se possa realizar uma boa análise de governo (JANNUZZI, 2002).

A pesquisa realizada foi de abordagem documental e utilizou documentos públicos como objeto para a investigação. Um documento em um sentido mais geral é um texto escrito (SCOTT, 1990) e pode ser classificado como primário, secundário ou terciário, público ou privado, de fontes solicitadas ou não solicitadas. Para alguns pesquisadores, um documento representa um reflexo da realidade (MAY, 2004). Para Appolinário (2009) documento é qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova.

O método de análise foi a técnica interpretativa, fazendo uma comparação entre o referencial teórico e os documentos analisados. A pesquisa teórica foi realizada em livros, artigos e revistas para melhor apresentar o tema proposto e cumprir com os objetivos. A análise de conteúdo incluiu três estágios: estabelecer o problema da pesquisa, recuperar o texto e empregar métodos de amostragem, interpretação e análise (MAY, 2004).

Os dados utilizados são qualitativos e para analisá-los foi realizada uma seleção de dados e de informações relevantes para a pesquisa, apresentação dos mesmos em forma de tabelas, gráficos e imagens e após uma conclusão do que foi possível inferir sobre o assunto. Os dados utilizados foram secundários, retirados dos documentos analisados.

Sendo assim, o presente trabalho está organizado em cinco capítulos, sendo este o primeiro. O segundo capítulo faz uma breve contextualização do SUS, do planejamento e das principais legislações referentes a este, além do conceito de plano

de saúde e suas principais atribuições. O terceiro capítulo trata sobre o referencial teórico utilizado para esta pesquisa, com conceitos de administração gerencial, ciclo de políticas públicas, monitoramento e avaliação, objetivos, metas e indicadores. O quarto capítulo aborda a descrição de dados, com um resumo da estrutura do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019 e análise propriamente dita, utilizando a teoria pesquisada e a legislação do planejamento do SUS. E por último, o quinto capítulo com as considerações finais e com as principais constatações verificadas ao longo deste trabalho.

## 2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde – SUS surgiu como um modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012) na Constituição Federal de 1988 no artigo 196. Neste a saúde é decretada como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No artigo 198, também da Constituição Federal de 1988, fica determinado que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com um sistema único e com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade (BRASIL, 1988). Além disto, no Sistema Único de Saúde as ações e serviços são prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, mantidas pelo poder público e tem seus princípios e diretrizes válidos em todo território nacional (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Sua implementação iniciou nos anos 1990 com as Leis Orgânicas de Saúde n.8.080 e n.8.142. A lei n. 8.080 regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (SOUZA; COSTA, 2010). Para mais, advém da lei n.8.080 o planejamento do SUS, como trataremos em seguida mais detalhadamente. A Lei Orgânica de Saúde nº 8.142, por sua vez, discorre sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As leis orgânicas de saúde também estabelecem os princípios e diretrizes, que são norteadores do funcionamento do SUS, são eles: universalidade de acesso, em todos os níveis de assistência, para todos os interessados em obter ações e serviços de saúde; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios, não podendo haver discriminação no acesso; integralidade a assistência, com ações e serviços articulados e contínuos, focados na prevenção e cura; participação da comunidade, por intermédio das entidades representativas, para que todos possam

participar do processo de formulação; e descentralização político e administrativa (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No que se refere a descentralização do Sistema Único de Saúde, é importante ressaltar que as três esferas governamentais têm participação na gestão, formulação e implementação dos serviços. No âmbito federal a gestão fica a cargo do Ministério da Saúde e no âmbito estadual e municipal com as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes. A descentralização busca envolver todas as esferas do governo, para que juntas, funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população (SOUZA; COSTA, 2010).

A organização operacional do SUS, por sua vez, advém das Normas Operacionais Básicas (NOB) decretadas em 1991, 1993 e 1996. A NOB 1991 tem como principal ponto o estímulo a municipalização, consolidando o papel do município como o principal executor das ações de saúde (SOUZA; COSTA, 2010). A NOB 1993 criou a transferência de recursos fundo a fundo, com o repasse de valores, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Estados e Municípios. E por último a NOB 1996, que define o SUS como um instrumento de abrangência nacional, com ênfase nos municípios e com a participação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores.

Os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores foram criadas como instâncias de negociação e articulação intergovernamental. Os Conselhos de Saúde existem nos três níveis de governo e são imprescindíveis para o sistema, tanto para que as transferências sejam repassadas, como para que os programas e projetos sejam habilitados. Pode-se definir um conselho de saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da secretaria ou departamento de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2000b). As Comissões Intergestores são espaços de articulação e pactuação política e têm como objetivo orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde (BRASIL, 2005). Na esfera nacional são chamadas de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na esfera estadual de Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Outras legislações importantes para a regulamentação do SUS são os Pactos pela Saúde - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Estes pactos foram implementados em 2006, quando a política completava uma década e meia de existência e já parecia ser um modelo esgotado, pela dificuldade



de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual e pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (BRASIL, 2006a). A implementação destes pactos teve como objetivo promover inovações na gestão, visando maior eficiência e qualidade no SUS.

O decreto n. 7.508 de 2011, também considerado uma legislação importante para o fortalecimento do SUS, regulamenta a Lei Orgânica de Saúde n.8.080 e dispõe sobre a organização do sistema, planejamento de saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Em relação ao planejamento de saúde, pode-se ressaltar que é considerado um instrumento de extrema importância no SUS, porque é através dele que são observadas as necessidades da população, as mudanças necessárias e os avanços alcançados.

**Quadro 1: Base de Regulamentação do SUS**

<p>Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988</p> <p>Lei Orgânica de Saúde n.8.080 de 1990</p> <p>Lei Orgânica de Saúde n.8142 de 1990</p> <p>Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.1/1991</p> <p>Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.1/1993</p> <p>Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.1/1996</p> <p>Norma Operacional de Assistência à Saúde n.1/2002</p> <p>Pactos pela Saúde de 2006</p> <p>Decreto n. 7.508 de 2011</p>
---

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2012).

Estas são as principais legislações referentes ao SUS desde sua criação, na Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros (SOUZA; COSTA, 2010) e apesar de ainda estar em construção, é um sistema consolidado e segue em constante aprimoramento e modernização. No próximo tópico será analisado o planejamento do SUS, uma importante ferramenta de gestão, e suas principais legislações e instrumentos, como o Plano de Saúde, objeto de estudo desta pesquisa.

## 2.1 PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O planejamento do Sistema Único de Saúde é uma das ferramentas mais importantes da política e serve como mecanismo de gestão. Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar as condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998).

O planejamento do SUS possui sete princípios, que orientam os gestores das três esferas para a organização das atividades de planejamento. O primeiro princípio diz que o planejamento deve ser uma atividade obrigatória e contínua, desenvolvido de forma articulada com os três entes da federação, gerando complementaridade. As atividades de planejamento são obrigatórias nas três esferas para nortear a gestão pública em saúde e também para que ocorram as transferências intergovernamentais (BRASIL, 2016).

O segundo princípio diz que o processo de planejamento deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral. Os instrumentos de planejamento da saúde (PS, PAS e RAG) devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo - Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2016). Estas definições estão na Constituição Federal de 1988 que determina a integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro (BRASIL, 1988).

O terceiro princípio define que o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite. Todo o processo de planejamento deve ser integrado com a lógica federativa clássica, onde cada esfera tem sua responsabilidade e as decisões sobre o ciclo do planejamento são tomadas em consenso (BRASIL, 2016).

O quarto princípio define que todo o processo deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS, dado que estas ferramentas servem para contribuir com o aperfeiçoamento da gestão. O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão

(BRASIL, 2016). O quinto princípio determina que o planejamento deve ser ascendente e integrado, garantindo a unicidade. As diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos devem ser empregados nas três esferas de forma sincronizada e uniforme (BRASIL, 2016).

O sexto princípio define que o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, submetendo o processo de elaboração a análise do Conselho de Saúde e realização de audiências públicas. E por fim o sétimo princípio que delibera o planejamento a partir das necessidades da saúde da população para poder definir quais serão as diretrizes, objetivos, metas e indicadores elaborados para o planejamento (BRASIL, 2016).

<b>Quadro 2: Princípios do Planejamento do SUS</b>
O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua.
O planejamento do SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral.
O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite.
O planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS.
O planejamento deve ser ascendente e integrado.
O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde.
O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

Fonte: Brasil (2016)

Os instrumentos que dão dimensão ao planejamento do SUS são Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O Plano de Saúde versa sobre as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. A Programação Anual de Saúde operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação, bem como à gestão do SUS. E o Relatório Anual de Gestão registra os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessário (BRASIL, 2010).

Estes instrumentos possuem os seguintes elementos básicos: análise situacional com base no mapa de saúde e diretrizes, objetivos, metas e indicadores. A análise situacional é a identificação, formulação e priorização dos problemas e necessidades da saúde da população (BRASIL, 2016). As diretrizes, objetivos, metas e indicadores são os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde (BRASIL, 2016). Para mais, são as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que irão nortear o processo de planejamento e posterior monitoramento e avaliação. Abaixo segue a definição de cada um segundo Brasil (2016):

- a) Diretrizes: expressam ideias de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias;
- b) Objetivos: expressam resultados desejados, refletindo situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações;
- c) Metas: expressam a medida de alcance do objetivo, podendo um mesmo objetivo apresentar mais de uma meta em função de sua relevância;
- d) Indicadores: parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar de forma simples a evolução da intervenção proposta.

Portanto, todos estes elementos são de extrema importância para que o planejamento do SUS opere. O planejamento tem papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido, sem o planejamento as atividades são executadas por inércia e os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada (VIEIRA 2009).

### **2.1.1 Definições Legais do Planejamento do SUS**

A primeira lei a citar o planejamento como instrumentos de gestão do SUS foi a Lei Orgânica de Saúde n.8.080 em 1990, que no capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento - artigo 36, enuncia:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990a).

Para mais, no artigo 37 desta mesma lei, são atribuídos ao Conselho de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde. Sendo as diretrizes consideradas elementos importantes para os planos de

saúde, uma vez que, são as responsáveis pela orientação das escolhas estratégicas e prioritárias para a saúde durante o período de cada plano.

A Lei Orgânica de Saúde n.8.142 de 1990, em seu artigo 4º trata sobre os recursos da União, para que sejam repassados para os Estados e Municípios. Segundo Brasil (1990b), ambas as esferas devem contar com: I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde; III - Plano de Saúde; IV - Relatórios de gestão; V - Contrapartida de recursos para a saúde; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Todos estes instrumentos são para que o Ministério da Saúde esteja ciente de onde estão sendo aplicados os recursos e se estão de acordo com a programação aprovada pelo mesmo. A Emenda Constitucional n.29 de 2000, alguns anos depois, reforça esta norma instituindo obrigatoriedade da aplicação dos recursos fiscais previstos no planejamento em ações e serviços de saúde.

As portarias n.399 e n.699 de 2006 tratam respectivamente sobre o Pacto pela Saúde e sobre a regulamentação dos Pacto pela Vida e Pacto da Gestão. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto da Gestão, criados para a consolidação do SUS e para a aprovação das diretrizes operacionais. Também na portaria n.399 de 2006 foi criado o PlanejaSUS, após a revisão dos instrumentos de gestão pelo Ministério da Saúde.

O PlanejaSUS tem como objetivos: 1) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; 2) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; 3) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; 4) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e 5) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados (BRASIL, 2009).

Entre 2006 e 2008 foram aprovadas diversas portarias para regulamentar o planejamento, normas gerais, orientações para a elaboração Relatório Anual de Gestão e incentivos financeiros para a implementação do sistema de planejamento. São elas as portarias n.3.085 de 2006, n.3.332 de 2006, n.376 de 2007, n.1.229 de 2007, n.1.510 de 2007 e n.1.885 de 2008.

Por fim o decreto n.7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica de Saúde n. 8.080 e a portaria n.2.135 de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, definindo o Plano de Saúde, as Programações

Anuais e o Relatório de Gestão como instrumentos fundamentais para o planejamento e diz que os planos devem observar os prazos do Plano Plurianual para cada esfera.

**Quadro 3: Principais Leis, Decretos e Portarias sobre o Planejamento do SUS**

Lei Orgânica de Saúde n.8.080 de 1990
Lei Orgânica de Saúde n.8142 de 1990
Emenda Constitucional n.29 de 2000
Portaria n.399 de 2006
Portaria n.699 de 2006
Portaria n.3.085 de 2006
Portaria n.3.332 de 2006
Portaria n.376 de 2007
Portaria n.1.229 de 2007
Portaria n.1.510 de 2007
Portaria n.1.885 de 2008
Decreto n.7.508 de 2011
Portaria n.2.135 de 2013

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2012).

### 2.1.2 Plano de Saúde

O plano de saúde, além de ser uma exigência formal - como determinado pela Lei Orgânica de Saúde n. 8.142 - é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. Sua necessidade advém do sistema de saúde e a elaboração da rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990b).

De acordo com a Portaria n.2.135 de 2013 – a mais recente sobre os instrumentos de planejamento - o plano de saúde é:

O instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde em cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos e explicita os compromissos do governo para o setor saúde, refletindo a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013).

A elaboração do plano de saúde deve ser compatível com o plano plurianual, observando os prazos do mesmo. Além disto, o PS é base para execução, acompanhamento, avaliação da gestão e contempla todas as áreas de saúde,

garantindo integralidade e seus resultados serão utilizados na elaboração da Programação Anual de Saúde e posteriormente no Relatório Anual de Gestão.

Segundo o caput 3º da Portaria n.2.135 de 2013 a elaboração do Plano de Saúde é orientada pelas necessidades de saúde de população considerando: I) a análise situacional orientada por estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; II) a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III) o processo de monitoramento e avaliação. Estes elementos têm que estar presente na estrutura do Plano de Saúde (BRASIL, 2013).

A análise situacional, segundo o Brasil (2013), é o processo de identificação, formulação e priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população em um determinado território. As diretrizes, objetivos, metas e indicadores já foram supracitadas e definidas, mas é importante ressaltar que são os instrumentos que irão permitir o monitoramento e avaliação do plano de saúde.

Segundo Vieira (2009) os eixos de norteadores do plano de saúde devem ser: condições de saúde da população - vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde - planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura.

O plano de saúde é um instrumento estratégico para o funcionamento do planejamento do SUS. Para tanto devem ser elaborados através de um processo organizado, com participação e conexo. Outrossim, o plano de saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde, sendo base a execução do monitoramento, da avaliação e da gestão do sistema de saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A base teórica do presente estudo utilizará os conceitos de: Administração Pública Gerencial, Ciclo de Políticas Públicas, Monitoramento e Avaliação, Objetivos e Metas e Indicadores Sociais. Entretanto, antes de entrar na teoria que servirá de base para o trabalho, se faz necessário uma breve retomada da Reforma Administrativa, no âmbito mundial e brasileiro, e do modelo anterior a ela, a Administração Pública Burocrática.

As novas propostas da administração pública e a reforma administrativa surgiram no âmbito mundial nos anos 70, a partir da crise do petróleo. O tipo de Estado que começava a se esfacelar em meio à crise tinha três dimensões — econômica, social e administrativa —, todas interligadas (ABRUCIO 1996). A dimensão econômica era keynesiana, marcada pela forte intervenção estatal na economia; a dimensão social era o Welfare State (Estado de Bem-Estar) com objetivo de produzir políticas públicas para a área social; e a dimensão administrativa era o modelo burocrático weberiano, também conhecido como Administração Pública Burocrática (ABRUCIO 1996).

A Administração Pública Burocrática tinha três características principais: a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo (SECCHI, 2009). Era marcada por decisões centralizadas, hierarquia traduzida no princípio da unidade de comando, estrutura piramidal do poder, rotinas rígidas e burocracia estatal formada por administradores profissionais neutros (WEBER, 1922). Foi implementada como alternativa ao patrimonialismo, mas teve sua eficiência igualmente questionada (ABRUCIO 1996).

O modelo burocrático entrou em declínio por diversas razões, além da já referida crise do petróleo, o processo de globalização em foi um agravante para o descontentamento geral curso (BRESSER-PEREIRA, 1998). A escassez de recursos públicos, o enfraquecimento do poder estatal e o avanço de uma ideologia privatizante, fez com que o modelo burocrático entrasse em profunda crise no âmbito mundial (ABRUCIO, 1996).

Para Bresser-Pereira (1998), no Brasil a reforma administrativa surgiu alguns anos depois, após a posse de Fernando Henrique Cardoso em 1995. A crise de legitimidade, que iniciou no regime militar, e a crise moral, após o impeachment de Fernanda Collor de Mello, exigiu mudanças. O Estado brasileiro precisava de um



serviço público moderno, mais eficiente e voltado para o cidadão. Não eram mais aceitas as antigas práticas patrimonialistas e clientelistas, bases dos antigos governos. O antigo modelo, que já não tinha mais espaço no âmbito mundial, perdeu forças também no Brasil (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Sendo assim implementada a Administração Pública Gerencial “[...] que parte do pressuposto de que chegamos num nível cultural e político em que o patrimonialismo está condenado e que o burocratismo está excluído, porque é ineficiente” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 9). A Administração Pública Gerencial, também conhecida como Nova Gestão Pública, trouxe significativas mudanças para o país, como analisaremos abaixo.

### 3.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

O modelo de Administração Pública Gerencial surgiu como uma necessidade do Estado de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços (BRASIL, 1995), onde os cidadãos são tratados como clientes e suas necessidades devem ser satisfeitas pelo serviço público. Tem como base os valores de eficiência, eficácia e competitividade (SECCHI, 2009).

O modelo foi desenvolvido e implementado pelo ex-ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso. No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995, p. 8) estão definidas as estratégias da administração pública gerencial:

- (1) definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; (2) garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados; e (3) controle ou cobrança a *posteriori* dos resultados.

O modelo gerencial trouxe novas perspectivas para a gestão pública, seu pontos principais segundo Bresser-Pereira (1998) são: descentralização do ponto de vista político, com a transferência de recursos para os níveis locais; descentralização administrativa, com administradores públicos transformados em gerentes autônomos; organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal; organizações flexíveis com ideias de multiplicidade; pressuposto da confiança limitada; definição dos objetivos a serem atingidos pelas unidades descentralizadas com indicadores de

desempenho; controle por resultados, a posteriori; e administração voltada para o atendimento do cidadão.

As mudanças se intensificaram com a criação das agências reguladoras, com a elaboração de um regime de emprego público para os servidores do Estado, eliminando os privilégios, com a elaboração de contratos de gestão e com a definição do conceito de indicadores de desempenho para o controle de resultados (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Hood (1995) enumera o conjunto de prescrições operativas para a Administração Pública Gerencial: (1) desagregação do serviço público em unidades especializadas e centros de custos; (2) competição entre organizações públicas e entre organizações públicas e privadas; (3) uso de práticas de gestão provenientes da administração privada; (4) atenção à disciplina e parcimônia; (5) administradores empreendedores com autonomia para decidir; (6) avaliação de desempenho; e (7) avaliação centrada nos outputs.

A partir da reforma administrativa que surgiram os primeiros debates acerca de monitoramento e avaliação no Brasil, porque através da crise fiscal, pela qual o Estado brasileiro passou, que se percebeu a necessidade de maior controle, transparência, accountability e eficiência na gestão pública (ABRUCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 1998). Para mais, a avaliação de políticas públicas surge como necessidade de analisar os custos e as vantagens das intervenções (RUA, 2004a) e assume a condição de instrumento estratégico em todo o ciclo da gestão pública (KETTTL, 2000).

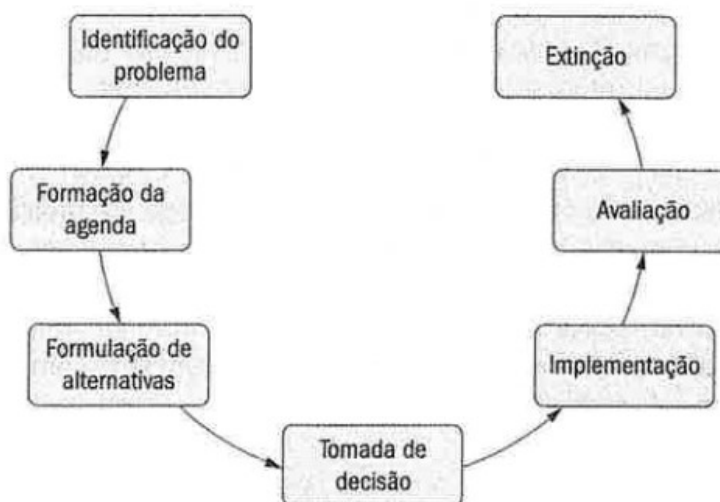
Entretanto, antes dos conceitos propriamente ditos de monitoramento e avaliação, realizar-se-á uma definição do ciclo de políticas públicas. Isto se deve a importância do ciclo para o processo de políticas públicas e também para que se possa compreender melhor sobre o monitoramento e avaliação e o momento que ocorrem dentro do processo.

### 3.2 CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

“Os ciclos ou processos de políticas públicas constituem um modelo de análise que decompõe a política pública em uma série de etapas que formam uma sequência lógica” (DIAS; MATOS, 2012, p. 63) com o intuito de organizar os conceitos e auxiliar na elaboração das políticas públicas. Alguns autores utilizam cinco fases neste processo, mas como referencial teórico desta pesquisa utilizaremos a

perspectiva de Secchi (2013), com sete fases principais: identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

**Figura 1: Ciclo de Políticas Públicas**



Fonte: Secchi (2013, p. 43).

A primeira fase é a identificação do problema e envolve a percepção do mesmo, ou seja, quando uma situação pública se torna insatisfatória. “Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2013, p. 44). A identificação do problema ocorre quando os atores – partidos políticos, agentes políticos, organizações não governamentais, entre outros – colocam o problema na lista de prioridades, também conhecida como agenda. “Delimitar um problema público é politicamente fundamental no processo de elaboração de uma política pública” (DIAS; MATOS, 2012, p. 69).

A segunda fase trata sobre formação de agenda e inicia após a identificação do problema. Segundo Secchi (2013) pode ser definida como um conjunto de problemas relevantes, que entraram ou entrarão para um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário e outros. A fase de formação de agenda pode ser dividida em dois tipos: agenda política e agenda formal. O primeiro é o “[...]conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública” (SECCHI, 2013, p. 46) e o segundo, são os temas que o governo se ocupa de forma contínua. É nesta fase que ocorre a composição da

agenda - quando um tema é inserido na pauta política ou excluído ou adiado para uma data posterior (DIAS; MATOS, 2012).

A terceira fase versa sobre a formulação de alternativas e permite resolver qual das diferentes alternativas existentes será mais apropriada para diminuir a tensão entre a situação atual e a situação desejada (DIAS; MATOS, 2012). Neste momento ocorre o estabelecimento de objetivos e estratégias e o estudo das potenciais consequências de cada alternativa de solução (SECCHI, 2013). Sendo assim, nesta fase que os analistas de políticas públicas e os atores envolvidos estabelecem os objetivos e os resultados esperados para as políticas, sendo a escolha dos objetivos de fundamental importância para verificar a eficácia das mesmas (SECCHI, 2013).

A quarta fase é tomada de decisão e “[...] representa o momento em que interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (SECCHI, 2013, p. 51). Nesta fase que os atores irão influir sobre o processo de decisão, defendendo seus interesses e recursos tanto materiais quanto ideológicos (DIAS; MATOS, 2012). Para mais, as decisões podem ser tomadas de três maneiras: quando os tomadores de decisão têm os problemas para resolver e vão em busca de soluções; quando os tomadores de decisão ajustam os problemas as soluções e as soluções aos problemas; e por último quando os tomadores de decisão já possuem as soluções para determinadas questões e vão em busca de problemas que precisam ser solucionados (DIAS; MATOS, 2012).

A quinta fase versa sobre a implementação da política pública, ou seja, quando as políticas produzidas, tornam-se resultados concretos e são executadas. Nesta fase, segundo Secchi (2013), quando as políticas são implementadas, duas perspectivas de análise podem ser escolhidas, são elas: o modelo *top-down* e modelo *bottom-up*. O primeiro é a visão tradicional do trabalho administrativo, quando as decisões são desenvolvidas de cima para baixo, ocorrendo uma separação clara entre o momento de tomada de decisão e o de implementação (SECCHI, 2013). O segundo trata de um modelo linear, que ocorre de baixo para cima, com maior liberdade dos burocratas e atores responsáveis pela implementação. No modelo *top-down* as políticas públicas são elaboradas e decididas pela esfera pública e os implementadores apenas realizam esforços administrativos (SECCHI, 2013). No modelo *bottom-up* os implementadores têm maior participação, ou seja, maior discricionariedade (DIAS; MATOS, 2012).

As duas últimas fases tratam sobre a avaliação e a extinção. A avaliação para Secchi (2013, p. 63) é “o processo em que a implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o Estado da política e o nível de redução do problema que gerou”. Nesta fase são definidos os critérios, os indicadores e os padrões que serão utilizados para a avaliação. No próximo tópico esta fase será analisada com maior ênfase. Já a fase de extinção, a última fase do ciclo, verifica-se quando os problemas são solucionados, quando são identificados como ineficazes ou quando perdem a importância, devendo ser extintos ou não (DIAS; MATOS, 2012).

### 3.3 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são instrumentos de gestão do Estado e encontram-se presentes no ciclo de políticas públicas, como já supracitado. Para Ramos e Schabbach (2012, p. 1273):

Além de aprimorar o processo de tomada de decisão, vislumbrar a alocação apropriada de recursos e promover a responsabilização por decisões e ações (accountability) dos governantes perante o parlamento, as agências reguladoras e fiscalizadoras e os cidadãos, a avaliação permite aos formuladores e gestores de políticas públicas desenharem políticas mais consistentes, com melhores resultados e melhor utilização dos recursos.

“O monitoramento é uma atividade gerencial interna, realizada sistematicamente durante o período de execução e operação, para se saber como uma intervenção evolui ao longo do tempo” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1279). Com o monitoramento é possível observar a implementação da política, os objetivos alcançados e se serão necessárias alterações. Um bom monitoramento para Ramos e Schabbach (2012, p. 1280) deve: identificar os objetivos que o programa ou a estratégia busca alcançar; elaborar indicadores que possam monitorar o progresso em relação às metas; e fixar metas quantitativas e temporais para cada indicador. A relação entre objetivos, metas e indicadores é a peça chave do monitoramento e avaliação, como será analisado no próximo subcapítulo.

Para mais, é através do monitoramento que a avaliação pode medir a eficiência, eficácia e efetividade dos programas. Os dois processos se complementam, uma vez que, o acompanhamento – monitoramento - gera informações que serão utilizadas na avaliação. São os dois instrumentos responsáveis pela análise do desenho da política,

como sua finalidade e seus objetivos, e se estes estão de acordo com o que está proposto (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

“A avaliação é um exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, implementação e resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos” (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 972). Ou seja, “[...] verifica se o plano originalmente traçado está, de fato, produzindo as transformações pretendidas” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1280). Para avaliar, também são atribuídos valores e estabelecidos critérios de avaliação que nos permitam dizer se e porque uma política é preferível à outra (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Na classificação de Costa e Castanhar (2003) encontramos três metodologias de avaliação: avaliação de metas, avaliação de impacto e avaliação de processos. A primeira compara o alcance das metas do programa com as estabelecidas anteriormente. A segunda analisa os efeitos produzidos sobre uma população-alvo de um programa. E a última investiga o desenvolvimento de programas sociais, medindo a cobertura, o grau de alcance na população beneficiária e acompanha os processos internos (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Para Ramos e Schabbach (2012) também existe a classificação da avaliação em relação ao agente que avalia e quem participa do processo de avaliação, podendo neste caso ser externa ou interna. Externa quando é realizada por especialistas fora da instituição responsável e interna quando executada dentro da instituição e conta com maior colaboração das pessoas que participam diretamente do programa. Referente ao momento da avaliação, as autoras também classificam como *ex ante* ou *ex post*, ou seja, realizada antes do início do programa e durante a implementação ou finalização do mesmo. A avaliação realizada antes do início do programa (*ex ante*) é utilizada para analisar se o mesmo deve ser implementado ou não. Já a avaliação realizada durante ou ao final do programa (*ex post*) auxilia na análise nas decisões com os resultados alcançados e se a mesma deve continuar (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Desta forma, a avaliação “[...] é a necessidade urgente de obter eficiência e ampliar a área de influência do governo com programas sociais e, ao mesmo tempo, dar retorno às autoridades quanto ao planejamento e à implantação de novas políticas (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1290). Mesmo que exista inúmeras dificuldades,

como programas não desenhados para serem avaliados, poucos dados disponíveis e limitados, além da resistência da administração pública, com pouca divulgação de informações, o monitoramento e avaliação são imprescindíveis para as políticas sociais e para o aperfeiçoamento das mesmas (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Segundo Jannuzzi (2005) o monitoramento e avaliação são processos analíticos organicamente articulados, sucedendo-se no tempo, com o propósito de subsidiar o gestor público com informações acerca do ritmo e da forma de implementação dos programas e dos resultados e efeitos almejados. Além do mais, todo tipo de monitoramento e avaliação se baseia no exame de indicadores (RUA, 2004). Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse, além de possibilitar o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e da sociedade civil (MILES, 1985), sendo ferramenta chave para uma boa avaliação.

Além dos indicadores, os objetivos e as metas são essências no processo de monitoramento, porque para medir a evolução de um projeto ou programas são utilizados os “[...] dados da gerência do projeto sobre metas iniciais, indicadores e resultados associados” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1279). Portanto, nos próximos tópicos, estes itens serão analisados.

### **3.3.1 Objetivos e Metas**

Objetivos e metas são ferramentas utilizadas tanto no planejamento, como no monitoramento e avaliação. Os objetivos expressam o que deve ser feito, “[...] é a situação que se deseja obter ao final do período de duração de um projeto, mediante a aplicação dos recursos e da realização das ações previstas” (COHEN; FRANCO, 2008, p. 88). As metas são a mensuração e a quantificação dos objetivos.

Segundo Cohen e Franco (2008) os objetivos podem ser classificados em: (1) resultado ou sistema; (2) originais ou derivados; (3) gerais ou específicos; (4) únicos ou múltiplos; (5) imediatos ou mediatos.; e (6) complementares, competitivos ou indiferentes. Os objetivos resultado modificam alguma parcela da realidade através do impacto do projeto e os objetivos sistema referem-se aos interesses específicos da organização. Os objetivos originais constituem o propósito central do projeto, já os derivados são decorrentes deles. Os objetivos gerais costumam ser vagos, de difícil execução e avaliação; em contraponto, os objetivos específicos são mais facilmente

avaliáveis. Objetivos únicos e múltiplos tratam sobre a quantidade de objetivos que tem um projeto e os objetivos imediatos ou mediatos versam sobre a natureza, características, escalas e fins do projeto. E por último os objetivos complementares, quando atingir um deles implica na obtenção dos demais; os objetivos competitivos, quando atingir um deles acarreta dificultar os outros; e os objetivos indiferentes quando a realização de um não altera o outro (COHEN; FRANCO, 2008).

As metas segundo a definição de Boisier (1976, p. 88) são “[...] um objetivo temporal, espacial e quantitativamente dimensionado”. Para Cohen e Franco (2009, p. 152), entretanto, são a “[...] dimensionalização operacional dos objetivos específicos, que traduzem o significado correto da operação que se realiza”. Metas são as etapas para se alcançar o objetivo e têm valor e data especificados (SERRA; TORRES; TORRES, 2003). Em alguns planos e projetos podem ser levados em consideração para sua elaboração os desempenhos anteriores dos objetivos.

Dado o exposto, é necessário ressaltar que para Cohen e Franco (2008) o processo de avaliação consiste em determinar o grau em que foram alcançadas as finalidades do projeto. Para tanto, dimensiona-se o “[...] objetivo geral em subconjuntos de objetos específicos, que por sua vez, determinarão as metas, cuja obtenção será medida através dos indicadores (COHEN; FRANCO, 2008, p. 152). Na avaliação, o indicador é que permite medir o alcance do objetivo e das metas. Sendo assim, analisaremos a seguir suas classificações e definições.

### **3.3.2 Indicadores Sociais**

Entende-se por indicador social “[...] uma medida quantitativa dotada de significado social substantivo, usada para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas)” (JANNUZZI, 2009, p. 15). Pode ser considerado um instrumento de monitoramento da realidade social, uma vez que, informa sobre as mudanças que estão ocorrendo nos fenômenos sociais observados e também um importante aliado nas atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas do governo (JANNUZZI, 2009).

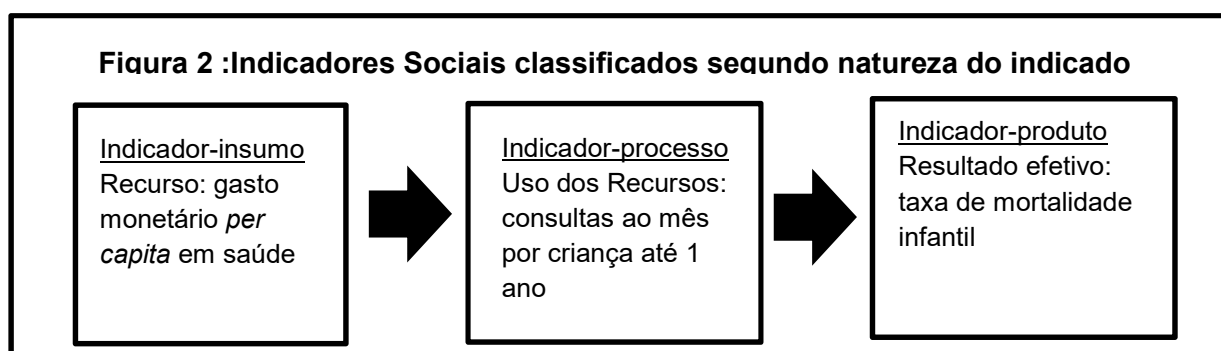
Para Jannuzzi (2002):

Um indicador social deve ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível a políticas públicas implementadas, específico a efeitos de programas setoriais, inteligível para



os agentes e públicos-alvo das políticas, atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, sócio demográficos e socioeconômicos e gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo.

O mesmo autor classifica os indicadores quanto à natureza do ente indicado: indicadores-insumo, indicador processo e indicador-produto. O primeiro refere-se às medidas disponibilizadas de recursos humanos, financeiros e equipamentos disponíveis para um processo ou programa. O segundo traduz em medidas quantitativas o esforço operacional de alocação dos recursos humanos, físicos e financeiros. E o último está relacionado com às dimensões empíricas da realidade social, indicando avanços ou retrocessos das políticas sociais formuladas (JANNUZZI, 2009). Em alguns contextos são conhecidos por indicador de esforço – indicador-insumo e indicador-processo – e indicador de resultado – indicador-produto.



Fonte: Jannuzzi (2009, p. 24).

Jannuzzi (2009) também classifica os indicadores como: (1) simples ou composto, (2) descritivos ou normativos, (3) quantitativo ou qualitativo, (4) objetivo ou subjetivo, (5) performance ou estoque e (6) eficiência, eficácia ou efetividade social. O (1) diz respeito a complexidade metodológica na construção, se foi utilizado uma estatística social específica (simples) ou se foi construído a partir da aglutinação de dois ou mais indicadores simples (composto). O (2) descreve características e aspectos da realidade empírica - descritivos - ou descreve juízo de valor ou critérios - normativos. O (3) e (4) estão relacionados, sendo o quantitativo/objetivo relacionado a ocorrências concretas e o qualitativo/subjetivo construído a partir da avaliação dos indivíduos em diferentes aspectos da realidade. O (5) trata sobre a temporalidade do processo analisado, sendo o estoque em momento específico e o performance em dois momentos distintos. E o (6) diz sobre a avaliação da eficiência dos meios e

recursos empregados, a avaliação da eficácia dos cumprimentos das metas e a avaliação dos efeitos do programa, respectivamente (JANNUZZI, 2009). No que se refere ao ciclo de políticas públicas, os indicadores são insumos básicos e indispensáveis em todas as fases, auxiliando no encaminhamento do processo. Segundo Jannuzzi (2009), na fase de diagnóstico, os indicadores-produto viabilizam retratar a realidade social, com uma caracterização empírica do contexto sócio espacial em questão. Na fase de formulação, os indicadores-insumo traduzem em termos quantitativos a dotação de recursos exigidos pelas diferentes opções de programas sugeridos, orientando objetivamente a tomada de decisão. Já na fase de implementação, os indicadores mais utilizados são de processo, permitindo monitorar a alocação operacional de recursos humanos, físicos e financeiros. E por fim na fase de avaliação, os indicadores mais utilizados são os indicadores-produto, para medir eficiência, eficácia e efetividade das soluções (JANNUZZI, 2009).

Rua (2004b) diz que os indicadores são sempre variáveis e podem assumir diferentes valores. Além disto, para que sejam viáveis e práticos são necessários alguns atributos, como: adaptabilidade, representatividade, simplicidade, rastreabilidade, disponibilidade, economia, praticidade e estabilidade. Entretanto, Jannuzzi (2009) nos traz outra classificação, denominada propriedades desejáveis, são elas: a) relevância social, b) validade, c) confiabilidade, d) cobertura, e) sensibilidade, f) especificidade, g) inteligibilidade na sua construção, h) comunicabilidade, i) factibilidade para sua obtenção, k) periodicidade na atualização, l) desagregabilidade e m) historicidade. Abaixo segue a explicação detalhada de cada um deles segundo Jannuzzi (2009).

- a) Relevância Social: pertinência para a produção e uso do indicador; está relacionado a agenda de discussão política e social em questão;
- b) Validade: grau de proximidade entre o conceito e medida, capacidade de refletir de fato o conceito abstrato que o indicador está substituindo ou operacionalizando;
- c) Confiabilidade: qualidade do levantamento dos dados utilizados.
- d) Cobertura: representação da realidade empírica em análise;
- e) Sensibilidade: capacidade de refletir mudanças significativas se as condições que afetam a dimensão social referida se alteram;
- f) Especificidade: capacidade de refletir alterações estritamente ligadas às mudanças da dimensão social de interesse;

- g) Inteligibilidade na sua construção: transparência metodológica na construção do indicador;
- h) Comunicabilidade: comunicação entre indicador selecionado e agentes envolvidos, se os mesmos entendem os critérios objetivos usados;
- i) Factibilidade para obtenção: possibilidade do emprego do indicador selecionado para os propósitos previstos;
- j) Periodicidade na atualização: regularidade do levantamento de dados para os indicadores selecionados;
- k) Desagregabilidade: representação dos grupos sociais de interesse e da população-alvo do programa, como grupos socio-demográficos ou grupos vulneráveis;
- l) Historicidade: propriedade de se dispor de séries históricas extensas e comparáveis para inferir tendências e avaliar efeitos.

Através destas propriedades desejáveis que Jannuzzi (2005) desenvolve a avaliação de aderência dos indicadores. “A escolha de indicadores sociais para a formulação e a avaliação de políticas públicas deve ser pautada pela aderência deles a um conjunto de propriedades desejáveis e pela lógica estruturante da aplicação, que definirá a tipologia de indicadores mais adequada” (JANNUZZI, 2002, p. 139). Estas (quadro 4) determinam o uso ou não de determinado indicador para os propósitos almejados.

**Quadro 4: Avaliação da Aderência dos Indicadores às Propriedades Desejáveis**

<i>Propriedades</i>	<i>Indicador x</i>	<i>Indicador y</i>	<i>Indicador z</i>
Relevância social			
Validade			
Confiabilidade			
Cobertura			
Sensibilidade			
Especificidade			
Inteligibilidade na sua construção			
Comunicabilidade			
Factibilidade para obtenção			
Periodicidade na atualização			
Desagregabilidade			

Historicidade			
Total de propriedades (+)			

Fonte: Jannuzzi (2005, p. 140)

Portanto, através das propriedades e classificações acima analisadas podemos selecionar e utilizar indicadores mais confiáveis e válidos na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Com o uso desta ferramenta e também dos diagnósticos sociais, monitoramento de ações e avaliações de resultados mais abrangentes podemos encontrar políticas com melhor respaldo e consequentemente melhores resultados (JANNUZZI, 2002).

## **4 ANÁLISE DOS OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PES 2016-2019**

O objeto de estudo desta pesquisa são os objetivos, metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019. Entretanto, para descrever estes dados e para que seja possível analisar, é necessário detalhar como encontramos estes dados e como o plano está estruturado.

### **4.2 ESTRUTURA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**

O Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul está dividido em três partes e possui na sua estrutura todos os elementos obrigatórios que um plano de saúde deve apresentar, sendo eles análise situacional, diretrizes, objetivos, metas e indicadores e monitoramento e avaliação, como já citado no Capítulo 2.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 é o principal instrumento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, com base nas necessidades de saúde da população gaúcha e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Sua elaboração é realizada a partir da análise situacional do território, de forma regionalizada, definindo as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados no referido período, além da estratégia para o monitoramento e avaliação das metas previstas no âmbito estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No primeiro capítulo, sobre análise situacional, estão identificados os problemas e as prioridades da saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Neste capítulo estão estabelecidas as necessidades de saúde da população, a organização e estrutura da rede de atenção à saúde e a caracterização das regiões de saúde. No primeiro item, necessidades de saúde da população, encontramos o panorama demográfico da população, os determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, além de perfil epidemiológico e situação de saúde dos grupos populacionais específicos e vulneráveis.

No panorama demográfico estão as informações sobre a população do Estado, além da distribuição por faixa etária e gênero. Nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença analisa-se as condições de vida e trabalho e como isto influencia a saúde da população. O perfil epidemiológico trata sobre os nascimentos do Estado, a morbidade, os agravos à saúde do trabalhador e a mortalidade. O último

subitem trata sobre a situação de grupos populacionais específicos e vulneráveis, como povos indígenas e população LGBT.

O segundo item, que trata sobre organização e estrutura da rede de atenção à saúde, debate sobre a necessidade de reorganizar os serviços e práticas visando a integralidade da atenção. A rede de atenção à saúde trata de organizar as ações e serviços de saúde com o uso da tecnologia da informação e também através da educação permanente e do trabalho multidisciplinar. Para tanto, são analisados neste item: atenção primária à saúde, atenção secundária e terciária à saúde, redes temáticas, transversalidade de vigilância em saúde, assistência farmacêutica, apoio e diagnóstico e terapêutico, governança da rede de atenção à saúde e educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde. O terceiro e último item deste capítulo, trata sobre a caracterização das trinta regiões de saúde do Estado, construídas em conjunto com as coordenadorias regionais de saúde e as comissões intergestores.

No segundo capítulo estão as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores definidos para o período. Além de priorizar os problemas identificados na análise situacional, as medidas estabelecidas nesta parte, foram compatibilizadas com o Plano Plurianual e o Mapa Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde, visando harmonizar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral do governo (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

As diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul são: 1) Qualificação da Rede de Atenção à Saúde consolidando a regionalização da saúde; 2) Consolidação da governança da Rede de Atenção à Saúde na Gestão do SUS; e 3) Fortalecimento das ações de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Para cada diretriz são elencados os objetivos e as metas, sendo o primeiro uma expressão do que deve ser feito e o segundo um compromisso para alcançar os objetivos. As diretrizes, os objetivos e as metas estão completas no anexo A, a seguir está um resumo dos objetivos de cada diretriz.

Na diretriz 1 são propostos os seguintes objetivos: 1) Fortalecer a Atenção Primária em Saúde como coordenadora de cuidados e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde; 2) Implementar e consolidar as Redes de Atenção à Saúde; 3) Organizar Atenção à Saúde secundária e terciária sob a lógica das RAS; 4) Fortalecer os sistemas de apoio e logísticos da Rede de Atenção à Saúde; 5) Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas RAS; 6) Fortalecer as ações no âmbito coletivo de

vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde e 7) Ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio das RAS.

Na diretriz 2 são relacionados como objetivos: 8) Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde; 9) Fortalecer a infraestrutura do nível central e regional da SES; 10) Consolidar a Governança da Informação em Saúde; 11) Fortalecer a auditoria do SUS; 12) Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS; 13) Fortalecer a ouvidoria do SUS; 14) Qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde; e 15) Promover a prática do Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS. E por último na diretriz 3 com os objetivos: 16) Fortalecer a Política de Educação em Saúde; 17) Fortalecer a Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e 18) Promover a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde.

Ainda no capítulo II são apresentadas quinze metas de indicadores de resultado (anexo B), que tem o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo Estado na área da saúde, de acordo com as diretrizes, objetivos, metas estabelecidas no PES, mensurando resultados para a sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Estas metas de indicadores serão monitoradas e avaliadas periodicamente, conforme descrito no capítulo III, que versa sobre o monitoramento e a avaliação do plano.

No terceiro e último capítulo do plano, são apresentados o monitoramento e avaliação como ferramentas para promover melhorias na gestão pública e efetividade na gestão (RIO GRANDE DO SUL, 2016). O monitoramento está descrito no plano como um acompanhamento contínuo de uma política pública através da coleta e análise sistemática de dados sobre sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. Já a avaliação fundamenta-se na análise dos efeitos da política para determinar a capacidade de gerar as mudanças planejada, gerando uma relação de causa e efeito (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

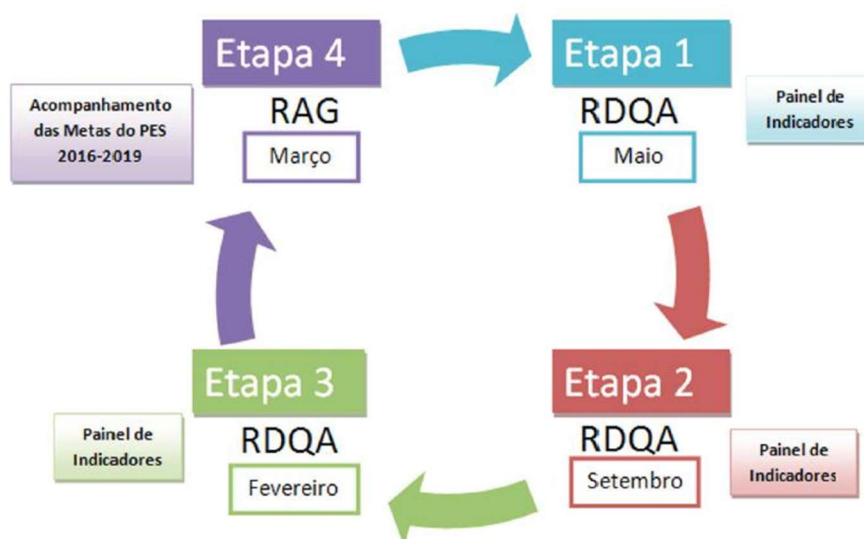
Sendo assim, o processo de monitoramento e avaliação no nível estadual deve privilegiar a utilização das ferramentas de apoio legalmente instituídas pelo SUS (Rio Grande do Sul, 2016), como a Programação Anual de Saúde, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e o Relatório Anual de Gestão. O primeiro contempla todas as ações e recursos para atingir as metas propostas, o segundo possibilita que o Estado monitore a oferta e a produção de serviços públicos, além dos indicadores de saúde e os financeiros, e o último possibilita que as ações propostas sejam avaliadas

e redirecionamentos possam ser feitos no Plano de Saúde. Na figura 3 segue o Ciclo Anual de Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019.

Ainda no capítulo III estão as informações sobre a transparência do PES através das legislações do SUS. A Secretaria Estadual de Saúde entende que transparência da gestão é um compromisso com a sociedade e deve estar atrelado aos valores éticos, à competência e à responsabilidade da instituição na implementação de suas ações (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Sendo assim, através dos dados acima citados e dos anexos A e B que realizar-se-á a análise para esta pesquisa. Os dados aqui citados pertencem ao Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019 e podem ser encontrados na página da internet da Secretária de Saúde do Estado<sup>1</sup>.

**Figura 3: Ciclo Anual de Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019**



Fonte: Rio Grande do Sul (2016, p. 210).

#### 4.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise desta pesquisa foram levados em consideração o proposto por Cohen e Franco (2008), Jannuzzi (2002; 2005; 2009) e Ramos e Schabbach (2012) no que se refere a objetivos, metas, indicadores e monitoramento e avaliação de políticas sociais. Sendo assim, foram cruzadas as informações encontradas no Plano

<sup>1</sup> <http://www.saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>



Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019, que estão no anexo A e B, com a teoria destes autores para que seja possível analisar os objetivos, as metas e os indicadores do plano. As diretrizes serão citadas para a contextualização, mas não serão consideradas para a análise.

#### **4.3.1 Análise dos Objetivos e Metas**

Os objetivos e as metas analisadas, encontram-se no capítulo II do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, como mostra o anexo A. Na análise destes foi utilizada a teoria de Cohen e Franco (2008), no que se refere a avaliação de políticas sociais. Para os autores, objetivo é a situação que se deseja obter ao final do período de duração de um projeto e meta é a mensuração e a quantificação deste (COHEN; FRANCO, 2008). Entretanto, antes da análise conforme a teoria, é necessário um breve resumo das diretrizes, objetivos e metas e o que se compreende a partir deles.

A primeira diretriz tem como foco a qualificação da Rede de Atenção à Saúde e versa sobre a ampliação e consolidação da mesma, integrando as ações de saúde e serviços da atenção primária, secundária e terciária. Por conseguinte, os objetivos desta diretriz têm como foco consolidação, fortalecimento, organização, implementação e ampliação dos sistemas que envolvem a Rede de Atenção à Saúde. As metas, em sua maioria, estão focadas em mensurar estes objetivos, mas em alguns objetivos esta relação fica confusa, causando certa dúvida. Como exemplo o objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde como coordenadora de cuidados e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde – que tem metas relacionados com questões de saúde pública, como deter o crescimento da taxa de prevalência de excesso de peso, na população adulta no percentual de 67,5% e metas relacionadas a política e suas organizações, como ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família de 56% para 68% e construir a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

A segunda diretriz visa a consolidação da governança da Redes de Atenção à Saúde na gestão do SUS, consolidando o papel do gestor estadual na tomada de decisão. Seus objetivos são direcionados para a qualificação da gestão, fortalecimento da infraestrutura, da auditoria, das instâncias de participação e a promoção da prática de planejamento, monitoramento e avaliação. Suas metas, por sua vez, estão de acordo com os objetivos propostos, mas são moderadas se

considerarmos os objetivos pretendidos. Por exemplo o objetivo 15 – Promover a prática do Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS - que tem como metas: qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito da SES/RS e apoiar o processo de elaboração dos planos municipais e regionais de saúde nas 30 regiões de saúde.

A terceira e última diretriz tem como foco o fortalecimento das ações de educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde, através de uma educação permanente. Seus objetivos tratam sobre fortalecer a política de educação, a tecnologia e a inovação em saúde, assim como promover a integração entre pesquisa, atenção e gestão. Suas metas estão de acordo com os objetivos propostos, mas assim como supracitado, são moderadas e não deixam claro como pretendem alcançar os objetivos visados. Para mais, a maioria dos objetivos tem conceitos mais genéricos, permitindo várias interpretações e suas metas, por consequência, não ficam claras.

Sobre a análise teórica dos objetivos foi utilizado a classificação proposta por Cohen e Franco (2008), que distinguem os objetivos em seis tipos: resultado ou sistema, originais ou derivados, gerais ou específicos, únicos ou múltiplos, complementares, competitivos ou indiferentes e imediatos ou mediatos. Aplicando esta abordagem aos objetivos do plano conclui-se que todos os objetivos se encaixam na mesma classificação, com exceção da classificação entre resultado ou sistema e gerais ou específicos. Portanto, todos os objetivos do plano são: originais, múltiplos, indiferentes e mediatos. Originais porque integram o propósito central do plano - a saúde pública; múltiplos pela quantidade de objetivos por diretriz; indiferentes, pois o alcance de um não compromete a execução de outro; e mediatos pelo tempo de duração do plano que é de quatro anos.

No que se refere a classificação entre resultado ou sistema e gerais ou específicos, segue a quadro abaixo. Os objetivos foram numerados de 1 a 18 e seguem a numeração do plano, como consta no anexo A.

**Quadro 5: Classificação dos Objetivos**

Classificação Objetivo	Resultado	Sistema	Geral	Específico
<b>1</b>	x		x	
<b>2</b>	x		x	

<b>3</b>	x		x	
<b>4</b>	x		x	
<b>5</b>	x			x
<b>6</b>	x			x
<b>7</b>	x		x	
<b>8</b>		x	x	
<b>9</b>		x	x	
<b>10</b>		x	x	
<b>11</b>		x		x
<b>12</b>		x		x
<b>13</b>		x		x
<b>14</b>		x		x
<b>15</b>		x		x
<b>16</b>	x			x
<b>17</b>	x		x	
<b>18</b>	x		x	

Fonte: Elaboração própria (2017)

Sendo assim, os objetivos de 1 a 7 são de resultado, porque procuram modificar alguma parcela da realidade através do impacto do projeto (COHEN; FRANCO, 2008). Sendo neste caso, a implementação, qualificação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, nos diferentes níveis de atenção - primária, secundária e terciária -, da assistência farmacêutica e da vigilância em saúde. Já os objetivos de 8 a 15 são de sistema, porque expressam os interesses da organização, neste contexto a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e o Sistema Único de Saúde. E os objetivos de 16 a 18 são de resultado, mas diferente dos primeiros, buscam o impacto do fortalecimento das políticas de educação em saúde e da ciência e inovação.

Sobre a classificação entre gerais e específicos, os objetivos gerais costumam ser incompletos e, por isso, de difícil execução e avaliação (COHEN; FRANCO, 2009). Os objetivos específicos são executados com maior facilidade e sua avaliação, conseqüentemente, torna-se mais acessível. Dentre os objetivos analisados foram encontrados dez objetivos gerais e oito objetivos específicos, ou seja, mais de 50% dos objetivos do plano são incompletos. Esta definição vai de encontro ao já posteriormente citado, quando os objetivos foram percebidos como genéricos.

Isto posto, ainda é necessário abordar a análise das metas. Estas cumprem com os propósitos previstos, uma vez que, mensuram e quantificam os objetivos do plano. Entretanto, como já citado anteriormente, em alguns casos a relação entre as metas e os objetivos não está clara. Em outros, seu uso é moderado, deixando questionamentos sobre como os objetivos mensurados serão alcançados.

Normalmente, em instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, como os planos de saúde, após a quantificação das metas, são elaborados indicadores para o monitoramento e avaliação das mesmas. No plano analisado, os indicadores não estão relacionados as metas e aos objetivos, como analisaremos mais adiante. Antes disso, será realizada a análise dos indicadores em relação a teoria proposta. Analisar indicadores consiste em extrair dos dados e resultados o seu mais amplo significado, para apoiar a avaliação do progresso e as tomadas de decisões (TAKASHINA, 1999).

#### **4.2.2 Análise dos Indicadores**

Na análise dos indicadores foi utilizado os conceitos de Jannuzzi (2002; 2005 e 2009) tanto na avaliação de aderência dos indicadores às propriedades desejáveis, quanto na análise da natureza do indicado. A primeira análise utilizou o quadro elaborado por Jannuzzi (2005) em relação as propriedades desejáveis, acrescentando aderência (+) ou não às propriedades encontradas nos indicadores analisados - relevância social, validade, confiabilidade, cobertura, sensibilidade, especificidade, inteligibilidade na sua construção, comunicabilidade, factibilidade para obtenção, periodicidade na atualização, desagregabilidade e historicidade -, determinando assim o uso para os propósitos almejados. O quadro elaborado encontra-se no anexo C.

Entretanto, antes de iniciar a análise propriamente dita, é necessário ressaltar que os indicadores do plano de saúde analisado estão organizados em um quadro, já no final do capítulo II, como mostra o anexo B. Juntamente com eles, estão elencadas quinze metas de indicadores de resultado que foram construídas com o intuito de mensurar resultados para a sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Na abordagem analisada não foi encontrado nenhuma referência a este tipo de meta, mas para fins de análise e contextualização dos indicadores, as metas de indicadores serão utilizadas.

A primeira propriedade analisada foi a relevância social, que trata sobre a pertinência da produção do indicador. No plano de saúde analisado todos os indicadores são relevantes para a agenda política e social, uma vez que, tratam sobre assuntos de saúde pública. Como exemplo, a taxa de mortalidade infantil (décimo indicador) que tem sido empregada tradicionalmente como um indicador social representativo das condições gerais de vida ou saúde (JANNUZZI, 2009).

A segunda propriedade – validade - aborda a proximidade entre conceito e medida, ou seja, se o indicador representa o conceito abstrato que está operacionalizando. Entre os indicadores analisados e também considerando as metas de indicadores de resultado, a propriedade se aplica a todos os indicadores do plano e de maneira muito similar. Como exemplo a décima quinta meta de indicador, reduzir o índice de óbitos por suicídio no Estado de 9,86 para 8 por 100.000 habitantes, que possui como indicador equivalente o índice de óbitos por suicídio.

A terceira propriedade trata sobre a confiabilidade na medida e sobre a qualidade dos dados levantados. Os indicadores analisados utilizam como fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano – SISAGUA, Sistema de Informação sobre Nascido Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Estas fontes pertencem aos Ministério da Saúde e podem ser acessadas mediante solicitação e aprovação dos responsáveis. Sendo assim, os indicadores do plano têm confiabilidade por terem suas pesquisas amostrais realizadas por agências públicas, que estão entre as medidas mais confiáveis (JANNUZZI, 2009). A propriedade sobre cobertura populacional - quarta propriedade - também é contemplada por todos os indicadores, já que representam a realidade empírica analisada – saúde pública.

Sobre a quinta propriedade – sensibilidade - Jannuzzi (2009, p. 28) aborda como “[...] a capacidade em refletir mudanças significativas, se as condições que afetam a dimensão social referida se alteram. Nesta propriedade, encontramos indicadores com aderência e outros não. Os indicadores com aderência são indicadores sensíveis e utilizados com maior frequência em questões de saúde pública, sendo assim possível concluir as mudanças significativas que poderiam ocorrer. Já os indicadores sem aderência são mais complexos e não sendo possível

inferir quais mudanças significativas poderiam ocasionar. A sexta propriedade, especificidade, é contemplada em todos os indicadores do plano, uma vez que, trata sobre as mudanças que ocorrem apenas na dimensão social de interesse analisada e neste quesito todos os indicadores analisados são bem específicos e relacionados com a saúde pública.

A sétima propriedade, sobre a inteligibilidade na construção e transparência metodológica, é uma das propriedades analisadas que possui ambiguidade. A boa prática da pesquisa social recomenda que os procedimentos de construção dos indicadores sejam claros e transparentes, que as decisões metodológicas sejam justificadas, que as escolhas subjetivas – invariavelmente frequentes – sejam explicitadas de forma objetiva (JANNUZZI, 2005). Nos indicadores analisados, a forma de cálculo, a fonte de dados, data de apuração estão empregadas de forma bem objetiva, entretanto para ter acesso a algumas das fontes de dados, é necessário solicitar acesso e aguardar aprovação dos responsáveis. Portanto, foi acrescentado aderência nesta propriedade, uma vez que, a construção dos indicadores está descrita de forma transparente no plano. Entretanto, é necessário ressaltar que o acesso à fonte de dados ocorre mediante solicitação e confirmação.

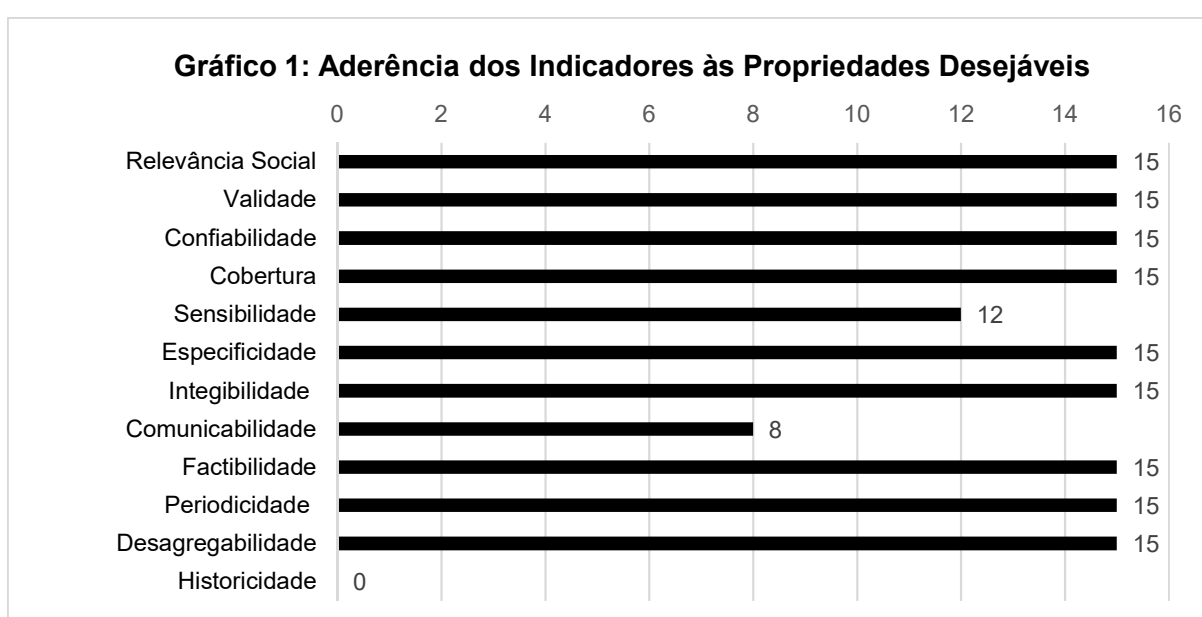
A comunicabilidade - oitava propriedade - versa sobre o entendimento dos critérios objetivos utilizados, ou seja, se informações contidas nos indicadores são compreensíveis para o público e para os agentes envolvidos. Esta propriedade tem aderência em alguns indicadores, como a já citada taxa de mortalidade infantil, que está inclusa na lista dos indicadores sociais mais facilmente compreendidos (JANNUZZI, 2005); e não tem aderência em outros. Um exemplo a ser citado é o primeiro indicador - Percentual de amostras de água com presença de *Escherichia coli*, em Soluções Alternativas de Coletivas - que sem uma pesquisa ou conhecimento prévio não é de fácil entendimento.

A factibilidade operacional, periodicidade na atualização e desagregabilidade, respectivamente nono, décima e décima primeira propriedade, são encontradas em todos os indicadores analisados. Factibilidade operacional diz respeito a execução e realização do emprego do indicador para os propósitos previstos e nestes indicadores a factibilidade está de acordo com as questões de saúde pública. Periodicidade na atualização se faz necessária para que se possa acompanhar a mudança social, avaliar o efeito de programas sociais implementados e corrigir eventuais distorções de implementação (JANNUZZI, 2005). Os indicadores do plano são atualizados

quadrimestral e anualmente, sendo acrescentado aderência nesta propriedade. E por último a desagregabilidade está presente, porque os indicadores selecionados se referem a grupos sociais de interesse e população-alvo dos programas, como exemplo gestantes, crianças e idosos.

A última propriedade analisada é a historicidade, que trata sobre “[...] a propriedade de dispor de séries históricas extensas e comparáveis do mesmo, de modo a poder cotejar o valor do presente em situações do passado, inferir tendências e avaliar efeitos” (JANNUZZI, 2009, p. 31). Esta propriedade não pode ser analisada, uma vez que, a fonte de dados dos indicadores exige solicitação de acesso e aprovação dos responsáveis. Logo não foi possível inferir sobre as séries históricas extensas através destas fontes de dados. No gráfico 1 segue a análise das propriedades.

Portanto, a partir do conceito de avaliação de aderência dos indicadores, pode-se inferir que os indicadores do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul são indicadores adequados para os propósitos almejados. “Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível” (JANNUZZI, 2009, p. 31). Logo, mesmo que os indicadores não tenham sido aplicados a todas as propriedades, devem ser considerados bons indicadores e estão aptos para serem utilizados no monitoramento e avaliação deste plano no que se refere a qualidade dos mesmos.



Fonte: Elaboração própria (2017).

A segunda avaliação realizada nos indicadores diz respeito a natureza do indicado, ou seja, se os indicadores do plano são indicadores-insumo, indicadores-processo ou indicadores-produto, também conforme a teoria de Jannuzzi (2005; 2009). Esta avaliação permite aferir sobre o tipo do indicador e se sua natureza está de acordo com o proposto para o processo de políticas públicas, uma vez que, os indicadores sociais são insumos básicos e indispensáveis em todas as fases do processo de formulação e implementação das políticas públicas (JANNUZZI, 2009).

No PES os indicadores analisados são indicadores-produto, também conhecidos como indicadores de resultados, como são descritos no plano. Os indicadores-produto são aqueles mais propriamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, referidos às variáveis resultantes de processos sociais complexos (JANNUZZI, 2009). São os indicadores utilizados para diagnóstico da realidade e para a avaliação de programas, sendo no primeiro caso utilizados para caracterizar a realidade empírica e as necessidades que os serviços têm para atender e no segundo caso utilizado para medir a eficiência, eficácia e efetividade das políticas (JANNUZZI, 2009). Os indicadores utilizados nos planos de saúde têm como função o monitoramento e a avaliação destes, portanto, os indicadores do PES analisado estão de acordo com a sua finalidade.

Entretanto, apesar dos indicadores analisados estarem de acordo com o proposto para indicadores sociais e serem considerados bons indicadores para monitoramento e avaliação, é necessário levar em consideração o fato de apenas quinze indicadores cumprirem este papel em um plano de saúde com a complexidade e a responsabilidade que este representa. Para mais, os indicadores não estão relacionados com as diretrizes, objetivos e metas do plano, como analisaremos no próximo tópico, em uma comparação entre estes instrumentos, a teoria e a legislação de planejamento do SUS.

#### **4.2.3 Análise da Relação entre Objetivos, Metas e Indicadores**

Após a análise individual dos objetivos, metas e indicadores, faz-se necessário uma análise da relação entre estes instrumentos e a maneira como foram dispostos no PES/RS, além da sua relação com as definições de monitoramento e avaliação.

Como já citado anteriormente, os objetivos e metas estão na primeira parte do capítulo II e os indicadores na segunda parte deste mesmo capítulo, após as metas



de indicadores de resultado. Os objetivos e metas do plano, assim como os indicadores, tratam sobre a saúde pública, mas o enfoque é diferente em cada um deles. Os objetivos versam sobre questões mais gerais e até mesmo sobre a organização e a educação em saúde. Os indicadores, por sua vez, abordam dados mais usualmente utilizados quando o assunto é saúde pública, como mortalidade infantil e razão de mortalidade materna.

No texto que apresenta a meta de indicadores é informado que “com o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo Estado na área da saúde, de acordo com as Diretrizes, Objetivos e Metas estabelecidos no PES, foram elencadas quinze metas que visam mensurar resultados para a sociedade” (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 202). Entretanto, estes indicadores não estão de acordo com os objetivos e metas do plano, uma vez que, tratam de diferentes enfoques da saúde pública, não existindo complementaridade. Ainda, é necessário ressaltar que foram elaborados quinze metas de indicadores e quinze indicadores para um plano com dezoito objetivos e mais de cem metas. Portanto, não fica determinado como estes indicadores poderiam mensurar para a sociedade um plano de saúde tão complexo e com uma duração de quatro anos.

A teoria analisada destaca que um bom monitoramento deve identificar os objetivos que o programa busca alcançar e elaborar indicadores que possam monitorar o progresso em relação às metas (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Ainda menciona que na avaliação é preciso determinar o grau em que foram atingidos os objetivos do projeto, isto requer dimensionar o objetivo geral em objetivos específicos, que terão metas, cuja obtenção será medida através dos indicadores (COHEN; FRANCO, 2008).

No entanto, no plano analisado, os objetivos possuem metas, mas não possuem indicadores para medir seu alcance, como pode ser observado no anexo A. E os indicadores de resultado elaborados possuem metas de indicadores, mas não estão relacionados a nenhum objetivo, como mostra o anexo B. O planejamento do SUS, segundo Brasil (2016) prevê o monitoramento como o acompanhamento regular das metas e indicadores que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período. Entretanto, ao analisar o PES/RS é nítido que esta relação não existe. Logo como serão realizados o monitoramento e a avaliação do plano a partir destes objetivos, metas e indicadores?

Os objetivos do plano, assim com as metas, estão de acordo com a legislação de planejamento do SUS, na qual objetivos expressam resultados desejados e metas expressam a medida de alcance do objetivo. Os indicadores também cumprem com seus propósitos, uma vez que, identificam, mensuram, acompanham e comunicam de forma simples a evolução da intervenção proposta (BRASIL, 2016), neste caso mensuram as metas de indicadores. Contudo, como não foi identificada a relação entre os objetivos, as metas e os indicadores, o impacto da qualidade dos elementos torna-se fragilizado e o monitoramento e avaliação prejudicado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos verificar nesta pesquisa o monitoramento e avaliação são ferramentas imprescindíveis para a gestão pública, sendo considerados o exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, implementação e resultados (COSTA; CASTANHAR, 2003). Além disso, são ferramentas de gestão fundamentais e auxiliam para medir a eficiência, eficácia e efetividade dos programas públicos e ainda o desempenho e a accountability (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Esta pesquisa tinha por objetivo analisar os instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019 verificando se estes cumprem com os propósitos almejados. Os instrumentos analisados foram os objetivos, as metas e os indicadores, considerados instrumentos essenciais para o monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Sendo assim, os objetivos e metas do plano estão de acordo com os requisitos básicos. Os objetivos, segundo Brasil (2016, p. 104), declaram e comunicam aspectos da realidade que serão submetidos as intervenções diretas e as metas expressam o alcance destes e os desafios a serem enfrentados (BRASIL, 2016). Entretanto, como foi concluído na análise, os objetivos e as metas foram elaborados, na sua maioria, de maneira mais geral, o que dificulta a avaliação destes instrumentos.

Os indicadores, por sua vez, possuem aderência às doze propriedades desejáveis elencadas por Jannuzzi (2009), além da natureza do indicado estar de acordo com os propósitos de monitoramento e avaliação. No entanto, ao ser levado em consideração que estes são os indicadores responsáveis pelo monitoramento e avaliação de um plano de saúde, com toda a complexidade que este representa, pode-se concluir que além de ser um número insuficiente de indicadores, estes não estão de acordo como os objetivos, como considera o monitoramento e a avaliação.

Ainda a teoria destaca que a avaliação não pode ser concebida com uma atividade isolada, uma vez que, faz parte do processo de planejamento de qualquer política pública e permitem escolher entre diferentes projetos (COHEN; FRANCO, 2008). Para Rua (2004) a avaliação representa um potente instrumento de gestão na e deve ser utilizada durante todo o ciclo da gestão, subsidiando desde o planejamento e formulação de uma intervenção, o acompanhamento de sua implementação e os consequentes ajustes a serem adotados. Deste modo, no processo de elaboração de

um plano de saúde, a avaliação deve ser levada em consideração e incluída no processo de uma maneira factível. No plano analisado, entretanto, como os objetivos, metas e indicadores não estão diretamente relacionados, o o monitoramento e a avaliação acabam sendo prejudicados.

Portanto, levando em consideração que nova gestão pública preza pela qualidade e modernização dos serviços públicos e a importância do monitoramento e avaliação para estes processos, o plano de saúde analisado deveria ter utilizado estes recursos de maneira mais objetiva. Estes recursos permitem uma gestão pública mais eficiente, eficaz e efetiva, além de melhores resultados e controle para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L. *Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente*. ENAP: MIMEO, 1996.
- ABRUCIO, Fernando L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista da Administração Pública*, v. 41, Rio de Janeiro, 2007.
- APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2009.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. Brasília, Distrito Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional n.29, de 13 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União*. Brasília, Distrito Federal, 2000a.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, Distrito Federal, 1990b.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República, Casa Civil. Decreto n.7.508 de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília, Distrito Federal, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, Distrito Federal, 1995.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Manual de Planejamento no SUS*. Fundação Oswaldo Cruz, 1ª edição, p. 104-106, Brasília, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.699, de 30 de março de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.3.085, 1º de dezembro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.3.332, 28 de dezembro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.376, de 30 de março de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.1.229, de 24 de maio de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.1.510. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.1.885, de 9 de setembro de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.2.135, de 25 de setembro de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientação de operacionalização*. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS*. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *SUS: princípios e conquistas*. Brasília, 2000b.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma Gerencial Do Estado De 1995. *Revista da Administração Pública*, v. 34, p. 55-72, Rio de Janeiro, 2000.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 49, n. 2, p. 5-42, Brasília, 1998.

BOISER, S. *Diseño de Planes Regionales Métodos y Técnicas de Planificación Regional*. Madrid: Colegio Oficial de Ingenieros de Caminos, 1976.

CHORNY, A. H. *Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes*. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Vozes: Petrópolis, 2008.

COSTA, Frederico L. da; CASTANHAR, José C. *Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos*. Atlas, São Paulo, 2012.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, 2 edição, p. 365-394, Rio de Janeiro, 2012.

FIGUEIREDO, Marcus Faria & FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. *Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica*. Textos IDESP, n 15, MIMEO, 1986.

GRAU, N. C; BOZZI, S. O. *Fortalecimento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) em América Latina*. Banco Mundial e CLAD. Documentos Estudos de Casos del CLAD, n. 3. 2008.

JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública*, p. 51-72, Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_, P. M. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações*. Alínea, Campinas, 2009.

\_\_\_\_\_, P. M. Indicadores Sociais na Formulação e Avaliação de Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Administração Pública*, v.36(1), p. 51-72, Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista do Serviço Público*, n. 56, v. 2, p. 137-160, Brasília, 2005.

JANNUZZI & PASQUALI, F. A. Estimação de demandas sociais para fins de formulação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 33(2):75-94, março/abril 1999.

KETTLE, D. (2000). *The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance*. Disponível em: <http://www.brookings.edu/scholars>

MAY, Tim. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Artmed, 3ª edição, p. 205-230, Porto Alegre, 2004.

MILES, I. *Social indicators for human development*. St. Martin's Press, New York, 1985.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. *O Sistema Único de Saúde – SUS. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, Editora Fiocruz, 2 edição, p. 365-394, Rio de Janeiro, 2012.

PAIM, Jairnilson da Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte*. Revista de Saúde Pública, v. 40, p. 73-78, São Paulo, 2006.

RAMOS, Marília. *Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais*. Planejamento e políticas públicas, v. 1, n. 32, 2009.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M.. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. *Plano Estadual de Saúde*. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016.

RUA, Maria das Graças. *A Avaliação No Ciclo De Gestão Pública*. MIMEO, 2004a.

RUA, Maria das Graças. *Desmistificando o problema: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores*. ENAP, Brasília, 2004b.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista da Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 347-369, Rio de Janeiro, 2009.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. Cengage Learning, São Paulo, 2013.

SERRA, Fernando A; TORRES, Maria C.; TORRES, Alexandre P. *Administração Estratégica: conceitos, roteiro prático e casos*. Reichmann & Affondo Editores, Rio de Janeiro, 2003.

SCOTT, J. *A Matter of Record: Documentary Sources in Social Research*. Cambridge: Polity, 1990.

SOUZA, Georgia C. de Araújo; COSTA, Iris do C. Clara. *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças*. Saúde Soc., v. 19, n. 3, p.509-517, São Paulo, 2010.

TAKASHINA, N. T. *Indicadores da qualidade e do desempenho*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

VIEIRA, Fabíola S. *Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

WEBER, Max. *Economy and Society*. Berkeley. University of California Press, 1978. First German Edition, 1922



## ANEXO A – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PES 2016-2019

### Diretriz 1 - Qualificação da Rede de Atenção à Saúde consolidando a regionalização da saúde

Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção, incentivando a integração das ações e dos serviços de saúde a partir da atenção primária, fortalecendo a prevenção e a promoção, aprimorando o acesso, promovendo a equidade e consolidando a regionalização da saúde.

Os objetivos e as metas abaixo visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre o direito à saúde, garantia do acesso, atenção de qualidade, financiamento e gestão do SUS, assim como Modelos de Atenção à Saúde.

<b>Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)</b>
1. Ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família de 56% para 68%.
2. Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal de 47,7% para 52%.
3. Ampliar a cobertura de equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional de 67,1% para 80%.
4. Construir a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.
5. Ampliar o número de famílias atendidas pelo Primeira Infância Melhor de 36.000 para 40.000.
6. Estender o processo das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde para 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde.
7. Ampliar o número de equipes de atenção primária que utilizam as teleconsultorias do Telessaúde Brasil Redes (0800-6446543) de 1.131 para 1.583.
8. Deter o crescimento da taxa de prevalência de excesso de peso, na população adulta no percentual de 67,5%.
9. Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde de 643.664 para 700.000.
10. Ampliar a proporção de crianças menores de um ano com teste do pezinho realizado de 93,2% para 100%.
11. Implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente nas 30 Regiões de Saúde.
12. Ampliar o percentual de municípios com cobertura da vacina Tríplice Viral (1ª Dose ≥ 95%) de 53% para 80%.
13. Ampliar a proporção de contatos intradomiciliares examinados, de casos novos de hanseníase, de 78,9% para 90%.
14. Ampliar o percentual de Tratamento Diretamente Observado em tuberculose de 25% para 50%.

**Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

15. Ampliar o número de municípios que realizam as testagens rápidas de hepatites B e C de 357 para 497.
16. Ampliar os municípios habilitados para a implantação do testes rápidos de HIV e sífilis na APS de 445 para 497.
17. Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família de 67,7% para 70%.
18. Ampliar a razão do indicador de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária de 0,47 para 0,66.
19. Ampliar a cobertura da Vacina Pentavalente em menores de 1 ano (3ª dose) de 91,28% para 95%.
20. Atingir cobertura vacinal  $\geq 80\%$  contra a gripe para o total dos grupos prioritários.

**Objetivo 2 - Implementar e consolidar as Redes de Atenção à Saúde**

1. Ampliar o número de Ambulatórios de Gestante de Alto Risco de 12 para 20.
2. Habilitar o número de leitos em hospitais de referência à gestante de alto risco de 49 para 254.
3. Ampliar o número de serviços especializados para atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei de 5 para 7.
4. Ampliar o número de Unidades de Pronto Atendimento 24h de 15 para 30.
5. Ampliar a cobertura populacional do SAMU no Estado de 90,4% para 95%.
6. Implantar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências nas 5 Macrorregiões de Saúde restantes (Centro-Oeste, Norte, Missioneira, Serra e Vales).
7. Implantar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas.
8. Ampliar os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial de 851 para 3.009.
9. Manter 1.997 leitos de Saúde Mental Integral na Rede de Atenção Psicossocial.
10. Ampliar a oferta de primeiras consultas por ano nos serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de 21.840 para 26.863.
11. Ampliar a oferta de tratamento em Estimulação Precoce nos serviços de reabilitação intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de 59.685 para 71.622.
12. Ampliar o percentual de cobertura da Triagem Auditiva Neonatal de 78% para 95%.
13. Ampliar o número de serviços especializados para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual de 16 para 20.
14. Implementar a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

**Objetivo 3 - Organizar Atenção à saúde secundária e terciária sob a lógica das RAS**

1. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas de 32 para 42.
2. Ampliar o número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária de 121 para 134.
3. Ampliar os leitos clínicos em hospitais gerais para pessoas privadas de liberdade no sistema prisional de 54 para 74.
4. Ampliar o percentual de amostras coletadas nas Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal de 56% para 66% em relação ao preconizado.
5. Ampliar o número de leitos de internação pediátrica, em hospitais com mais de 50 leitos, nas Regiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
6. Ampliar o número de leitos de internação clínico adulto nas Região de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da necessidade estimada no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
7. Ampliar o número de leitos de internação cirúrgico adulto, em hospitais com mais de 50 leitos, nas Regiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 2 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
8. Implantar leitos de UTI Adulto, nas Macrorregiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
9. Implantar leitos de UTI Pediátrica nas Macrorregiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 4 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
10. Implantar leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional nas 7 Macrorregiões de Saúde (Metropolitana, Sul, Norte, Centro-Oeste, Vales, Serra e Missioneira) de 200 para 297.
11. Implementar o funcionamento do Hospital Regional de Santa Maria.
12. Implementar a Política de Desinstitucionalização.
13. Ampliar o acesso no Ambulatório de Dermatologia Sanitária ao aconselhamento e diagnóstico do HIV, sífilis, hepatites B e C (testes rápidos), favorecendo segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade de 3.630 para 4.356 ao ano.
14. Ampliar o atendimento da população, em especial as pessoas em situação de vulnerabilidade, em relação às estratégias de prevenção combinadas para HIV (teste rápido, tratamento e Profilaxia Pós- Exposição) no Ambulatório de Dermatologia Sanitária de 134 para 188 atendimentos.
15. Ampliar o atendimento de usuários HIV+ no Serviço de Apoio Terapêutico do Hospital Sanatório Partenon e em uso de primeiro esquema de antirretrovirais com carga viral indetectável ou menor que 50 cópias/ml de sangue de 83% para 90%.
16. Apoiar os municípios no processo de assunção da gestão do sistema de saúde.
17. Apoiar a implantação do Hospital Público Regional de Palmeira das Missões.

**Objetivo 4 - Fortalecer os sistemas de apoio e logísticos da Rede de Atenção à Saúde**

1. Reestruturar a Rede Estadual de Laboratórios.
2. Ampliar a cobertura hemoterápica nos estabelecimentos da rede SUS de 71% para 80%.
3. Ampliar o número de análises de monitoramento de drogas de abuso em apoio à Rede de Atenção Psicossocial de 2.000 para 3.000.
4. Ampliar o número de teleatendimentos de exposições tóxicas provenientes de Unidades de Pronto Atendimento de 2.000 para 3.000.
5. Atender 100% dos diagnósticos complementares às doenças relacionadas no teste do pezinho, encaminhados a FEPPS.
6. Implantar a Política Estadual de Laboratórios de Vigilância em Saúde.
7. Implantar o Plano Estadual do Sangue.

**Objetivo 5 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas RAS**

1. Aprimorar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.
2. Avaliar 90% dos expedientes administrativos de solicitação de medicamentos em até 30 dias a partir da data de abertura.
3. Instituir o Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

**Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde**

1. Ampliar a investigação dos óbitos infantis e fetais de 94,9% para 100%.
2. Ampliar a proporção de casos de dengue encerrados oportunamente de 83,8% para 85%.
3. Encerrar 80% ou mais dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata registrados no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.
4. Ampliar o percentual de municípios que notificam casos de Lesão Autoprovocada de 47% para 95%.
5. Ampliar o percentual de municípios que notificam casos de Violência Sexual de 34% para 95%.
6. Ampliar a identificação dos sorogrupos dos casos de doença meningocócica de 84,4% para 92%.
7. Ampliar as conformidades das imagens mamográficas no Programa Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma no Estado do Rio Grande do Sul de 56,6% para 75%.
8. Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico de 30% para 80%.
9. Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção do trato urinário e infecção primária de corrente sanguínea laboratorial de 44% para 80%.

**Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde**

10. Ampliar o percentual de hospitais com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária de 38% para 95%.
11. Ampliar as Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho de 37 para 40 por 10.000.
12. Ampliar a Notificação das Intoxicações por Agrotóxicos de 1,33 para 6 por 100.000.
13. Ampliar as Investigações dos Óbitos por Acidentes de Trabalho de 20% para 100%.
14. Ampliar a investigação de queixas técnicas de medicamentos produzidos por indústrias farmacêuticas, farmoquímicas, importadoras de medicamentos e fracionadoras de insumos no RS por meio do Sistema de Notificações em Vigilância de Sanitária de 50% para 85%.
15. Ampliar o percentual de municípios que atinjam, pelo menos, quatro ciclos de visitas bimestrais, dentre os infestados por *Aedes aegypti*, de 22% para 40%.
16. Ampliar o percentual de visitas semanais em Pontos de Armadilhas e quinzenais em Pontos Estratégicos em municípios não infestados por *Aedes aegypti* de 71% para 90%.
17. Ampliar o número de municípios atendidos através do Sub Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água do PROSAN/RS de 13 para 45.
18. Ampliar o percentual dos Postos de Informação de Triatomíneos que recebem insetos de interesse de saúde pública de 50% para 80%.
19. Ampliar o número de amostras biológicas de animais suspeitos de Raiva enviadas para diagnóstico laboratorial de 60 para 600 por ano.
20. Ampliar o percentual de municípios com coleta de insetos vetores da Leishmaniose Visceral, dentre os de fronteira com a Argentina e municípios limítrofes daqueles com identificação do vetor, de 80% para 100%.
21. Ampliar o percentual de busca ativa dos casos de abandono de tratamento do atendimento antirrábico humano de 64% para 80%.
22. Implantar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária para monitoramento e qualificação das ações de regulação e fiscalização sanitária de produtos e serviços de interesse à saúde em 70% dos municípios.
23. Ampliar o percentual de serviços de hemoterapia que informam sobre doações e transfusões de sangue/hemocomponentes no Sistema de Controle Geral do Sangue, Outros Tecidos, Células e Órgãos de 65% para 100%.
24. Ampliar o número de inspeções sanitárias nos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de 100 para 3.187 ao ano.
25. Ampliar o percentual de análises em amostras de água para consumo humano pelos municípios de 79,3% para 95% conforme a diretriz nacional.
26. Ampliar o percentual de inspeções das Estações de Tratamento de Água de 47% para 100% por ano.

**Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde**

27. Ampliar a investigação dos surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar notificadas de 41% para 80%.
28. Implementar a Política Estadual de Gestão de Riscos à Saúde relacionados a desastres ambientais.

**Objetivo 7 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio das RAS**

1. Ampliar o número de regulações médicas dos chamados realizados através do link 192 para a Central Estadual de Regulação do SAMU de 277.000 para 312.000 por ano.
2. Ampliar o número de potenciais doadores de órgãos notificados à Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul de 650 para 681 por ano.
3. Ampliar o número de transplantes realizados no estado de 2.275 para 2.500 por ano.
4. Monitorar a totalidade dos leitos de UTI contratualizados pela SES, em tempo real, através de sistema informatizado.
5. Ampliar o número de consultas especializadas e exames com acesso regulado de 650.000 para 750.000 por ano.
6. Ampliar o número de protocolos de regulação de 73 para 126.
7. Reduzir o absenteísmo de consultas e exames registrado no sistema de regulação utilizado nas Centrais Regionais de Regulação de 29% para 25%.
8. Repactuar referências de 5 especialidades de alta complexidade (neurologia/ neurocirurgia, oftalmologia, cardiologia, nefrologia e traumatologia-ortopedia).
9. Atualizar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, conforme os valores financeiros no Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade e pactuação de gestão dos prestadores, para integrar a Programa Geral de Ações e Serviços de Saúde.
10. Pactuar as referências especializadas de média complexidade nas 30 Regiões de Saúde.
11. Implementar a Política Estadual de Regulação.

## Diretriz 2 - Consolidação da governança da Rede de Atenção à Saúde na Gestão do SUS

Visa aprimorar a gestão de todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde como sistema transversal, consolidando o papel do gestor estadual do SUS no compartilhamento do processo de tomada de decisão entre os entes federados e, assim, fortalecendo as instâncias de participação e pactuação do SUS. Busca garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS no estado.

Os objetivos e as metas apresentados a seguir visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre a participação social, financiamento e gestão do SUS, relação público-privado, informação do SUS e valorização do trabalho.

### Objetivo 8 - Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde

1. Cumprir os 12% orçamentários, conforme a Lei Complementar nº 141/2012.
2. Garantir o cofinanciamento estadual para a realização das ações municipais.
3. Implantar nova política de cofinanciamento para os prestadores de serviços ao SUS no RS.
4. Otimizar o gasto decorrente das demandas judiciais.
5. Implementar nova metodologia de fiscalização dos instrumentos normativos firmados pela SES.

### Objetivo 09 - Fortalecer a infraestrutura do nível central e regional da SES

1. Investir na infraestrutura física e organizacional da SES.

### Objetivo 10 – Consolidar a Governança da Informação em Saúde

1. Ampliar ambientes colaborativos/ferramentas web para o SUS no estado de 1 para 3.
2. Manter a proporção dos registros de óbitos no SIM e nascidos vivos no SINASC em até 60 dias do final do mês de ocorrência acima de 85%.
3. Ampliar o quantitativo de usuários que utilizam o portal Business Intelligence de 207 para 750 usuários.
4. Implantar 4 sistemas informatizados.
5. Diminuir o tempo médio de respostas aos chamados de incidentes do suporte técnico de TI na SES/RS de 4 para 2 dias úteis.
6. Instituir a Política Estadual de Informática e Informação em Saúde.

### Objetivo 11 - Fortalecer a auditoria do SUS

1. Implementar a Auditoria Estadual em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde.
2. Implantar o Sistema de Auditoria do SUS.

**Objetivo 12 - Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS**

1. Implementar 4 Comitês Técnicos de Saúde para Populações específicas (LGBT, em Situação de Rua, Negra e Campo, Florestas e Águas) na SES.
2. Fortalecer a participação dos gestores nas instâncias de pactuação regional e estadual.
3. Analisar e deliberar sobre 26 instrumentos de gestão e peças orçamentárias.
4. Realizar 94 eventos para o fortalecimento do controle social.
5. Deliberar sobre 1 proposta de nova lei para o Conselho Estadual de Saúde e buscar sua aprovação junto ao Legislativo.
6. Regularizar e reestruturar 7 Conselhos Regionais de Saúde como instâncias descentralizadas do Conselho Estadual de Saúde.

**Objetivo 13 - Fortalecer a ouvidoria do SUS**

1. Ampliar o número de Ouvidorias do SUS Municipais implantadas de 28 para 53.
2. Ampliar a Taxa de Resposta da Ouvidoria de 70% para 85%.

**Objetivo 14 - Qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde**

1. Formular Política Estadual de Recursos Humanos no âmbito da SES.
2. Ampliar as ações de atenção e valorização aos servidores.

**Objetivo 15 - Promover a prática do Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS**

1. Qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito da SES/RS.
2. Apoiar o processo de elaboração dos planos municipais e regionais de saúde nas 30 Regiões de Saúde.



## Diretriz 3 - Fortalecimento das ações de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Fortalecer a política estadual de formação e educação permanente em saúde de acordo com a Rede de Atenção à Saúde. Busca promover ações de ciência, tecnologia e inovação em saúde, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do SUS no estado, considerando as especificidades regionais e a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde.

Os objetivos e as metas abaixo visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre ciência, tecnologia e inovação do SUS, assim como a valorização da educação em saúde. Contempla a necessidade de formulação de políticas que visem a modernização administrativa e tecnológica no SUS, bem como a produção disseminação do conhecimento científico.

### Objetivo 16 - Fortalecer a Política de Educação em Saúde

1. Ampliar o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva de 79 para 100.
2. Promover 242 ações de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e Controle Social, descentralizadas para as Regiões de Saúde.
3. Desenvolver 40 cursos de qualificação para trabalhadores da saúde nas temáticas das Redes de Atenção em Saúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Planejamento e Gestão coordenados pelos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva.
4. Garantir anualmente a destinação de bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública.
5. Implementar a Rede de Educação em Saúde Coletiva: Colegiado e Escola de Apoiadores.
6. Formar trabalhadores em nível de pós-graduação Lato Sensu em Saúde Pública e Gestão do Trabalho.
7. Realizar curso Técnico em Saúde Bucal, curso Técnico em Vigilância em Saúde, curso Introdutório de Estratégia Saúde da Família e curso de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde.
8. Certificar o Curso de Especialização em Saúde Pública e os cursos técnicos junto ao Conselho Estadual de Educação/RS.
9. Realizar 1 Curso de Educação à Distância por meio de suporte pedagógico instalado.
10. Capacitar 100% dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva sobre os fluxos e regulamentos do Comitê de Ética em Pesquisa da ESP.

**Objetivo 17 - Fortalecer a Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**

1. Implementar a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
2. Implementar a Política de Pesquisa da SES.

**Objetivo 18 – Promover a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde**

1. Disseminar as pesquisas científicas em saúde aos usuários, gestores, pesquisadores e profissionais de saúde através de 4 eventos.
2. Divulgar as produções científicas visando a potencialização da pesquisa alinhada às necessidades do SUS através de 33 publicações.

Fonte: Rio Grande do Sul (2016)

## ANEXO B – METAS DE INDICADORES E INDICADORES DO PES 2016-2019

202

Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do RS

### Metas de Indicadores de Resultado

Com o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo estado na área da saúde, de acordo com as Diretrizes, Objetivos e Metas estabelecidos no PES, foram elencadas 15 metas que visam mensurar resultados para a sociedade. Estas serão monitoradas e avaliadas periodicamente, conforme descrito no capítulo de Monitoramento e Avaliação.

Metas de Indicadores de Resultado
1. Reduzir o percentual de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> , em Soluções Alternativas Coletivas, de 12,78% para 2%.
2. Ampliar o percentual de parto normal de 39,05% para 45%.
3. Reduzir a proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer de 1,42% para 1,40%.
4. Reduzir a proporção de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7 (método que mede a saúde do recém-nascido) de 1,10% para 1,06%.
5. Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade de 1.675 para 1.099.
6. Reduzir o número de casos novos de Aids em menores de 5 (cinco) anos de 37 para 24 casos.
7. Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 27,05% para 24%.
8. Reduzir a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas de 29,2 para 27,20 por 10.000 habitantes.
9. Ampliar o percentual de cura de casos novos de tuberculose de 62,5% para 75%.
10. Reduzir a taxa de mortalidade em menores de 1 ano de 10,66 para 9,5 por 1.000 nascidos vivos.
11. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce de 5,25 para 4,9 por 1.000 nascidos.
12. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal tardia de 2,14 para 2,0 por 1.000 nascidos.
13. Reduzir a razão de mortalidade materna de 35,09 para 30,37 óbitos por 100.000 nascidos vivos.
14. Reduzir a taxa de mortalidade precoce (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas) de 382,62 para 345,86 por 100.000 habitantes.
15. Reduzir o índice de óbitos por suicídio no Estado de 9,86 para 8 por 100.000 habitantes.

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> , em Soluções Alternativas Coletivas	Percentual	12,78	10/04/2016	2	SISAGUA	Quadrimestral	Numerador: Total de Amostras com presença de <i>Escherichia coli</i> Denominador: Total de Amostras Analisadas Fator de multiplicação: 100
Proporção de parto normal	Percentual	39,05	31/12/2015	45	SINASC	Quadrimestral	Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano. Denominador: Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano. Fator de multiplicação: 100
Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer	Percentual	1,42	31/12/2015	1,4	SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas. Denominador: número total de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100
Proporção de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7 (método que mede a saúde do recém-nascido)	Percentual	1,10	31/12/2015	1,06	SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida <7, em determinado local e período. Denominador: total de recém-nascidos, em determinado local e período. Fator de multiplicação: 100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Nº absoluto	1.675	31/12/2015	1.099	SINAN Acesso em: 02/09/16	Anual	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.
Número de casos novos de Aids em menores de 5 (cinco) anos	Nº absoluto	37	31/12/2015	24	SINAN SISCEL/ SICLOM SIM Acesso em: 02/09/2016.	Anual	Nº de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	Percentual	27,05	31/12/2015	24	SIH	Anual	Numerador: número de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período. Denominador: total de internações clínicas, em determinado local e período. Fator de multiplicação: 100
Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas	Razão 1/10.000 habitantes	29,2	31/12/2015	27,2	SIH	Quadrimestral	Numerador: número de internações hospitalares por fratura de fêmur na faixa etária de 60 anos ou mais. Denominador: total da população com 60 anos e mais. Fator de multiplicação: 10.000
Percentual de cura de casos novos de tuberculose	Percentual	62,5	31/12/2015	75	SINAN	Anual	Numerador: total de casos novos de tuberculose curados. Denominador: total de casos novos de tuberculose diagnosticados. Fator de multiplicação: 100
Taxa de Mortalidade Infantil	Razão 1/1.000 nascidos vivos	10,66	31/12/2015	9,5	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano. Denominador: número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano. Fator de multiplicação: 1.000
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Razão 1/1.000 nascidos	5,25	31/12/2015	4,9	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de residentes de zero a seis dias de vida. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 1.000
Taxa de mortalidade neonatal tardia	Razão 1/1.000 nascidos	2,14	31/12/2015	2	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de residentes de sete a 27 dias de vida Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes Fator de multiplicação: 1.000

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Razão de mortalidade materna	Razão 1/100.000 nascidos vivos	35,09	31/12/2015	30,37	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100.000.
Taxa de mortalidade precoce (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)	Razão 1/100.000 habitantes	382,62	31/12/2015	345,86	SIM	Anual	Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; I30-I98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000
Índice de óbitos por suicídio	Razão 1/100.000 habitantes	9,86	31/12/2015	8,03	SIM	Anual	Numerador: número de óbitos por suicídio, em determinado local e período. Denominador: total da população residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000

Fonte: Rio Grande do Sul (2016)

## ANEXO C – TABELA DE ADERÊNCIA ÀS PROPRIEDADES DESEJÁVEIS DOS INDICADORES DO PES 2016-2019

Tabela de Aderência às Propriedades Desejáveis

### Legenda dos Indicadores:

- 1) Percentual de amostras de água com presença de Escherichia Coli, em Soluções de Alternativas Coletivas
- 2) Proporção de Parto Normal
- 3) Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer
- 4) Proporção de recém-nascidos com APGAR de 5ª minuto de vida < 7 (método que mede a saúde do recém-nascido)
- 5) Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade
- 6) Número de casos novos de Aids em menos de 5 (cinco) anos
- 7) Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
- 8) Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas
- 9) Percentual de cura de casos novos de tuberculose
- 10) Taxa de mortalidade infantil
- 11) Taxa de mortalidade neonatal precoce
- 12) Taxa de mortalidade neonatal tardia
- 13) Razão de mortalidade materna
- 14) Taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)
- 15) Índice de óbitos por suicídios

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Propriedades</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Relevância Social	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Validade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Confiabilidade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cobertura	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sensibilidade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Especificidade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Integridade na sua construção	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Comunicabilidade		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Factibilidade para obtenção	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Periodicidade na atualização	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Desagregabilidade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Historicidade															
<b>Total de Propriedades (+)</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaboração Própria (2017)