



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



**Ana Paula Nobre
Cynara Ramos
Kiwisunny Galvão Franzoi
Roseane da Silva Lemos**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DE
INDICADORES PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE IGARASSU - PE**

RECIFE
2008

**Ana Paula Nobre
Cynara Ramos
Kiwisunny Galvão Franzoi
Roseane da Silva Lemos**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES PARA A
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE IGARASSU - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Msc. Bernadete Perez Coelho

Recife
2008

**Ana Paula Nobre
Cynara Ramos
Kiwisunny Galvão Franzoi
Roseane Lemos**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES PARA A
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE IGARASSU - PE**

Data de Aprovação:

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em gestão de Serviços e Sistemas de saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Msc. Bernadete Perez Coelho

Banca Examinadora:

Profa. Msc. Bernadete Perez Coelho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Msc. Domício Aurélio Sá
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

*Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto
a evitar no futuro as causas da doença.*

Sócrates (Séc. VI a.C.)

AGRADECIMENTOS

A Deus, o absoluto.

Aos nossos pais, pelo exemplo de vida e de estímulo aos estudos como fonte de realização.

Às Secretarias de Saúde de Igarassu, Ipojuca e Paulista, pela oportunidade de realizar este curso e, especialmente, à Secretaria de Igarassu por proporcionar o campo de pesquisa.

Aos professores, especialmente, à Professora Bernadete Perez, pela orientação precisa e competente.

A Gesimário Baracho, pelo incentivo e autorização na realização desta pesquisa que contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência realizada.

RESUMO

O universo da saúde na atualidade vive uma forte mudança de paradigmas, baseada em um progresso técnico e científico que exige crescente especialização e concentração de atividades e competências para gerar a qualidade no atendimento desejada. A rapidez das mudanças aumenta a discrepância entre as características do exercício da assistência em saúde e a estrutura administrativa dos ambientes onde ela se desenvolve. Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, gerando um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. No texto constitucional, o sistema sanitário brasileiro foi estimulado a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social. Este estudo teve por objetivo analisar a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica oferecidos à população de Igarassu/PE, na perspectiva da análise do processo de pactuação das metas prioritárias, como forma de compreender os processos de gestão adotados e sua equivalência com os objetivos e resultados pretendidos pelo Município. A pesquisa se detém na análise sobre em que medida as ações pactuadas se aproximam da perspectiva do cuidado preconizada pelo SUS e das necessidades da população assistida, no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna em relação à meta alcançada na atenção básica, à cobertura de consultas médicas anuais nas especialidades básicas por habitante, a cobertura da primeira consulta odontológica programática e à razão de exames de prevenção do câncer de colo de útero realizados em relação à população alvo (25 a 59 anos), nas unidades de saúde do município. A simples análise comparativa dos indicadores revelou a necessidade de revisão da pactuação realizada, de modo que esta medida possa traduzir objetivos concretos nas ações pretendidas pelo município. Esta aparente estagnação conflita com a dinâmica das mudanças e necessidades do município, revelando uma clara dissociação entre o que se pretende realizar e a identificação das reais necessidades da população.

Palavras-chaves: Atenção Básica, Igarassu, Avaliação de Indicadores.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 Introdução..... | 8 |
| 2 Políticas Públicas de Saúde..... | 14 |
| 3 O Pacto pela Saúde | 19 |
| 4 O Município de Igarassu no Contexto da Atenção Básica | 33 |
| 5 Análise dos dados | 36 |
| 6 Conclusão | 39 |
| Referências | 41 |

1 INTRODUÇÃO

O universo da saúde na atualidade vive uma forte mudança de paradigmas, baseada em um progresso técnico e científico que exige crescente especialização e concentração de atividades e competências para gerar a qualidade no atendimento desejada. A rapidez das mudanças aumenta a discrepância entre as características do exercício da assistência em saúde e a estrutura administrativa dos ambientes onde ela se desenvolve.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, gerando um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Em 1998, o Ministério da Saúde iniciou um processo que desejava criar novos modos de produção da saúde no sentido de incrementar enfoques mais: humanizado, intersetorial, descentralizado, integral, democrático e participativo. No período de 1998 a 2002, trabalhou-se no intuito de fortalecer o componente da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde promoveu várias ações e investiu na formação dos trabalhadores e gestores da saúde no paradigma da promoção da saúde. Este processo teve como produto uma versão preliminar para uma política de promoção da saúde no SUS.

De acordo com Andrade, Pontes e Martins Júnior (2000), O Sistema Único de Saúde é responsável por uma população de cerca de 156 milhões de habitantes e convive com uma rede suplementar que atende 41 milhões de pessoas. Vale salientar que 80% da rede de atenção primária e secundária de saúde no Brasil está sob a sua responsabilidade, além de praticamente toda a rede de alta complexidade.

Nas unidades de atenção primária à saúde atualmente ocorre um grande número de consultas médicas e outros procedimentos assistenciais, o que significa importante

porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil. A esse papel assistencial, articulam-se ainda demandas sanitárias, como a vigilância e controle de doenças, bem como riscos de adoecimento, além da educação em saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde focalizou a promoção da saúde em vários espaços de discussão interna, com outros ministérios, demais níveis de gestão do sistema de saúde e instituições de ensino e pesquisa, fomentando o processo para a construção e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, (BRASIL, 2003).

O avanço desse processo levou à mudança de localização da coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde no regimento do Ministério da Saúde, que se transferiu da Secretaria Executiva para a Secretaria de Vigilância em Saúde. A coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde situa-se na Coordenação Geral de Doenças Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) no Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS), (BRASIL, 2005).

A coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde tem por objetivo construir projetos e diretrizes mais claros para Estados e Municípios quanto ao componente da promoção, integrando as várias direções e iniciativas dispersas no SUS. Diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde já implementam ações de promoção da saúde em seu cotidiano. O desafio constitui articulá-las e integrá-las de maneira a potencializar o seu impacto no SUS.

Nesse sentido, foi criado o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde constituído pelas áreas técnicas que possuem seus objetos de trabalho e atividades em interface com as estratégias de promoção da saúde no Brasil. Este Comitê, a partir de uma agenda de trabalho integrada, contribui para a efetividade e a qualificação da atenção integral à saúde da população.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-

responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a vida.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. No texto constitucional, o sistema sanitário brasileiro foi estimulado a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

Com base neste novo modelo, os processos de gestão da saúde nas diversas instâncias em que o serviço é oferecido tem sido objeto de estudo, de modo que a administração necessária ao sistema contemple uma estrutura gerencial que corresponda às políticas de saúde estabelecidas pelo Estado.

Em busca da melhoria na qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde do Município de Igarassu-PE, optou-se pela análise do processo de pactuação das metas prioritárias para a Atenção Básica, na perspectiva de observar as circunstâncias de pactuação das referidas metas e se estas estão sendo alcançadas, traduzindo o potencial da oferta de serviços compatível com a capacidade instalada do Município.

Este estudo tem como marco referencial algumas das metas prioritárias definidas no Pacto Pela Saúde, estabelecido em 22 de fevereiro de 2006, pela Portaria nº 399, do Ministério da Saúde, que corresponde a um conjunto de compromissos sanitários,

expressos em objetivos de processos e resultados focados em 3 linhas de ação – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Parte das autoras atua no sistema de saúde do Município; por esta razão, a convivência diária com as dificuldades enfrentadas no âmbito da gestão da saúde no Município de Igarassu e, por outro lado, o compromisso profissional com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, prevista no Pacto de Gestão, despertou o interesse em analisar o processo de pactuação das metas prioritárias da Atenção Básica, como forma de compreender os processos de gestão adotados e sua equivalência com os objetivos e resultados pretendidos pelo Município.

O significado cultural da atenção em saúde, embora considerado aspecto relevante ao tratamento do paciente que faz parte do Programa Saúde da Família (PSF), além de previsto na legislação, pode não ocorrer integralmente no que se refere ao alcance das metas pretendidas pelo Programa no Município de Igarassu/PE.

Considerando o exposto, questiona-se em que medida o processo de composição das metas pactuadas se aproxima da perspectiva do cuidado preconizada pelo SUS e das necessidades da população assistida, no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna em relação à meta alcançada na atenção básica, à cobertura de consultas médicas anuais nas especialidades básicas por habitante, a cobertura da primeira consulta odontológica programática e à razão de exames de prevenção do câncer de colo de útero realizados em relação à população alvo (25 a 59 anos), nas unidades de saúde do município de Igarassu/PE.

Esta questão remete à idéia de que é preciso investigar o que pode ser aperfeiçoado no sentido de garantir a eficácia da assistência prestada à referida comunidade, observando-se os resultados atuais apontados pelos indicadores em relação aos investimentos realizados.

De acordo com as diretrizes do SUS, em se tratando da Atenção Básica, a estratégia de saúde da família nos municípios necessita ser fortalecida, especialmente por representar uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, considerando desde as ações voltadas para melhoria da infra-estrutura de serviços, até a qualificação profissional e capacitação contínua dos profissionais envolvidos.

Neste sentido, tem destaque a implantação de um processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, respeitando-se as especificidades regionais, cujos mecanismos precisam ser bem compreendidos por aqueles que os executam, na tentativa de identificar, periodicamente, a qualidade dos serviços prestados e a eficiência no uso dos recursos materiais e humanos destinados ao cumprimento das metas pactuadas. Portanto, a avaliação é compreendida como um recurso fundamental para a orientação gerencial das ações de saúde realizadas no município.

Em função da problemática abordada como objeto de estudo, optou-se por realizar uma pesquisa descritiva, que, segundo Lakatos (2003), expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza.

A metodologia utilizada neste trabalho contemplou a pesquisa de referências bibliográficas sobre o assunto abordado, seguida da revisão conceitual dos diversos temas que envolvem o assunto principal.

As etapas observadas para a realização da pesquisa foram estruturadas da seguinte forma: revisão bibliográfica; definição do universo da pesquisa; definição da população referência; levantamento de dados; tratamento qualitativo dos dados; discussão dos resultados tendo como base o referencial teórico e elaboração das recomendações.

A amostra dos dados corresponde aos resultados obtidos com as metas prioritárias de saúde estabelecidas no Pacto pela Vida na Atenção Básica do Município de Igarassu, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

É importante salientar que a tentativa de realizar uma análise comparativa dos resultados obtidos pelas ações encampadas na Atenção Básica, levando-se em consideração os períodos anterior e posterior ao referido Pacto, foi limitada pela ausência de registros formais do que foi pactuado com dados condicionados historicamente, que pudessem ser comparados e traduzir a evolução dos indicadores no recorte de tempo previsto.

Esta limitação, embora tenha contribuído para o redirecionamento da análise, colaborou para comprovarmos que as evidências do processo de pactuação no município das metas prioritárias não obedece a diretrizes previamente estabelecidas, como resultado de uma construção lógica e compatível com os números resultantes. Trata-se da mera aplicação de uma decisão aleatória e burocrática, pautada na interpretação pessoal de quem gerencia o processo.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde e a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. No texto constitucional, o sistema sanitário brasileiro foi estimulado a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

Nesse sentido, foram definidas pelo Ministério da Saúde as seguintes diretrizes para a Política Nacional de Saúde no Brasil:

a) Integralidade - a promoção da saúde deve estar orientada para a consecução e a qualificação da atenção integral à saúde. Assim, compromete-se em acolher sujeitos e coletividades em todas as dimensões e momentos da sua vida e seus distintos modos de viver, trabalhando por sua crescente expressão de autonomia. A Política Nacional de Promoção da Saúde fortalece a perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde de modo que promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ocorram num processo articulado e coordenado;

b) Equidade – a promoção da saúde deve contribuir para o enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde, priorizando estratégias e ações que atendam aos sujeitos e coletividades mais vulneráveis e em situação de risco social e/ou sanitário a fim de diminuir a morbimortalidade por causas relacionadas a gênero, geração, renda, raça/etnia, região geográfica. Portanto, esta deve ser vista no contexto da necessidade e da justiça social;

c) Responsabilidade sanitária – a promoção da saúde deve se apresentar como operador possível das mudanças necessárias dos modelos de atenção e gestão no SUS (Sistema Único de Saúde), promovendo inovações no âmbito das relações de responsabilidade em sua perspectiva macro – definição da

competência de cada Estado e organização de processos de gestão articulada e regionalizada das demandas, necessidades e recursos através da elaboração, acompanhamento e avaliação de planos regionais - e micro - reorganização e reorientação dos serviços de saúde sob a égide da integralidade do cuidado, favorecendo a constituição de vínculo e de co-responsabilidade;

d) Mobilização e Participação Social – a promoção da saúde deve fazer-se na construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população, de modo que sujeitos e coletividades sejam partícipes e protagonistas no processo de planejamento, deliberação, gestão, acompanhamento e avaliação das políticas públicas;

e) Intersetorialidade – a promoção da saúde, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e os seus determinantes, deverá centrar-se no esforço de criar políticas públicas sinérgicas e integradas e na construção de diálogo e de ações intersetoriais. Nessa direção, é fundamental que a perspectiva intersetorial contemple o acompanhamento de debate, elaboração, pactuação e implantação de políticas públicas ligadas aos outros setores que provoquem impacto na saúde de sujeitos e coletivos de modo que a proteção da mesma seja considerada durante todo o processo de instituição de normas, legislações, programas e ações nos diferentes níveis de governo;

f) Informação, Educação e Comunicação – a promoção da saúde deve investir na produção e na divulgação de informações que propiciem a redução das desigualdades sociais e da vulnerabilidade de comunidades e ambientes. Cabe, portanto, superar práticas educativas e regulatórias marcadas pela culpabilização e estigmatização, estimulando iniciativas protetoras e promotoras da saúde e da qualidade de vida. Dessa forma, a Promoção da Saúde ratifica o compromisso com a autonomia de sujeitos e coletividades, enfatizando a importância de estratégias e práticas de redução de danos;

g) Sustentabilidade – a promoção da saúde busca superar a organização e o planejamento de estratégias, ações e atividades pontuais, fragmentadas,

descontínuas ou exclusivamente campanhistas. Desta forma, as ações de promoção da saúde devem contar com estratégias múltiplas e alianças com os diversos atores sociais que favoreçam o compromisso dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários com o desenvolvimento das mesmas no cotidiano dos serviços e dos diferentes espaços sociais onde estas se realizarão. Dentre as estratégias coloca-se a importância da institucionalização do campo da promoção da saúde nos diversos níveis de governo, a garantia de financiamento e da participação e controle social.

Baseada nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão determinado pelo SUS, foi desenvolvida a política nacional de atenção básica, de modo que funcionasse como a porta de entrada para o serviço de saúde no País.

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

Assim sendo, a Política Nacional de Atenção Básica tem como fundamentos os seguintes princípios:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Em se tratando da operacionalização destas diretrizes, cabe à Atenção Básica, como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Tendo suas responsabilidades compartilhadas entre os governos federal, estadual e municipal, as ações da Atenção Básica na esfera municipal são assim distribuídas:

- I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;
- III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;
- VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

- X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
- XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
- XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes;
- XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não-governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

Conforme apresentado, permeia em diversos aspectos a responsabilidade pela avaliação das ações como recurso para se garantir, a partir dos indicadores pactuados, a qualidade e a efetividade das políticas traçadas para a Atenção Básica.

De acordo com Felisberto (2004), investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões - da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (FELISBERTO, 2004).

3 O PACTO PELA VIDA

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASS – (2006), há já alguns anos, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são compelidas a formalizar pactos de indicadores para garantir os repasses financeiros relativos à Atenção Básica e à Vigilância à Saúde. Mais recentemente, a Portaria GM/MS 399/2006, em que foram estabelecidas as diretrizes do Pacto pela Saúde, determinou a pactuação de dois outros conjuntos de indicadores: um associado às metas do Pacto pela Vida, e outro de monitoramento do Pacto de Gestão.

Com isso, aproximadamente 100 indicadores passariam a ser monitorados anualmente, sendo alguns deles repetidos ou redundantes. Assim, por deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, foi decidida a sua unificação em um único pacto, decisão esta oficializada na Portaria 699/2006.

Em seu artigo 2º § 1º foi disposto que a unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos (BRASIL, 2006).

Em atendimento a essas disposições, as diversas áreas técnicas envolvidas, do Ministério da Saúde, fizeram uma proposta preliminar, amplamente debatida no Grupo Técnico Tripartite da CIT. Os principais critérios observados para a seleção deste conjunto foram a sua relevância para o setor e as fontes de dados para seu aferimento. Em relação a este segundo aspecto, vale ressaltar:

- a) Foram retirados da planilha todos os indicadores para os quais não foram localizadas fontes regulares.
- b) Foi acordado que os indicadores que envolvem os Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (SINASC) e outros sistemas que não

permitirem a elaboração de linha de base¹ relativa ao ano imediatamente anterior ao de referência do pacto a ser celebrado serão considerados, por sua relevância, como de “monitoramento de condições de saúde”, não podendo ser utilizados para avaliação do processo de gestão. Foi também acordado que os indicadores que conformam esse conjunto serão anualmente revistos, podendo ser propostas e implementadas inclusões, alterações e exclusões, sempre por consenso entre representantes das três esferas de governo.

Segundo o texto da Portaria no. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre o Pacto Pela Vida e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, no sentido de fazer valer, entre outros objetivos, os princípios da Reforma Sanitária do SUS e da definição do compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a saber:

a) O PACTO PELA VIDA: está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

- a) Saúde do Idoso: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral;
- b) Câncer de Colo de Útero e de Mama: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama;
- c) Mortalidade Infantil e Materna: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias;

- d) Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias;
- e) Promoção da Saúde: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo;
- f) Atenção Básica À Saúde: Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

b) O PACTO EM DEFESA DO SUS: O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- a) Implementar um Projeto Permanente de Mobilização Social: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;

-b) Elaborar e Divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

c) O PACTO DE GESTÃO DO SUS: o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte da constatação de que Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Também, esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

-a) **DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS:** federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;

-b) ESTABELECEM AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

No que se refere aos objetivos propostos pelo Pacto, de acordo com cada segmento definido, assim foram estabelecidas as diretrizes de atuação, quanto à:

a) SAÚDE DO IDOSO: para efeitos desse Pacto, será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. As ações estratégicas são:

-a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;

-b) Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

-c) Programa de Educação Permanente à Distância - implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das

repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;

-d) Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;

-e) Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;

-f) Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;

-g) Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

b) CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

-a) Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero: Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006. Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006;

- b) Metas para o Controle do Câncer de mama: Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo. Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo;

c) REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

-a) Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil
Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006. Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes. Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006;

-b) Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna
Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

d) FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA:

-a) Objetivos e metas para o Controle da Dengue: Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006; Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;

-b) Meta para a Eliminação da Hanseníase: Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006;

-c) Metas para o Controle da Tuberculose: atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

-d) Meta para o Controle da Malária: reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

-e) Objetivo para o controle da Influenza: implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

e) PROMOÇÃO DA SAÚDE

-a) Objetivos: elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores; enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros; promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável; elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

f) FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

No que se refere às responsabilidades dos municípios na gestão do SUS, o referido documento preconiza que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união.

Nesse sentido, todo município deve:

- a) garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;
- b) realizar ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- c) promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso

de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

-d) participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

-e) assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

-f) assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo Estado ou pela União;

-g) com apoio dos Estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

-h) desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

-i) formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

-j) organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

-k) pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito

Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

-l) garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

-m) garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

-n) promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

-o) assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

-p) elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

Outro instrumento regulador, a Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006, aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, Estados e Ministério da Saúde, definindo o teor e o significado destes indicadores em relação à qualidade dos serviços de saúde prestados à população, a saber:

a) Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade e coeficiente de mortalidade infantil:

Mortalidade infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período. O indicador utilizado para a sua mensuração é o coeficiente de mortalidade infantil, definido como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período. Para os municípios com população inferior a 80.000 habitantes, além do coeficiente definido acima, será utilizado o número absoluto de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado local e período.

A diferenciação dos municípios foi adotada porque o coeficiente de mortalidade infantil tem uma grande oscilação em populações pequenas, quando avaliado um período curto de tempo, como um ano. Nesses casos, em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações no coeficiente, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso do coeficiente, justificando o uso destes dois indicadores para municípios com menos de 80 mil habitantes.

É um dos principais indicadores de saúde pública utilizado como indicador geral e como específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

Os coeficientes de mortalidade infantil são classificados em altos (50 por 1000 ou mais), médios (20 a 49 por 1000) e baixos (menos de 20 por 1000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta

aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

b) Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer:

Este indicador é a expressa a proporção de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, dentre os nascidos vivos, em determinado local e período. Compreende o registro da primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida, constante da ficha do Sinasc.

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar 10%. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e de assistência materno-infantil.

c) Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária:

Este indicador reflete, em forma de razão, o número de exames de citopatologia realizados em mulheres de 25 a 59 anos em relação à população feminina da mesma faixa etária, em determinado local e período.

d) Razão de mortalidade materna:

Este indicador reflete o número de óbitos femininos ocorridos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Morte materna, segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias, após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A maioria das causas de morte materna na CID-10 está classificada no Capítulo XV, devendo ser excluídos os códigos O96, morte materna tardia (a morte que ocorre após 42 dias e em menos de um ano, após o parto) e O97, morte por seqüela de causa obstétrica direta (morte por qualquer causa obstétrica que ocorre um ano ou mais após o parto).

A mortalidade materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Em 1990, segundo a OMS, 95% dos óbitos maternos ocorreram nos países em desenvolvimento. Na América Latina, estima-se que 98% das mortes maternas seriam evitáveis se, nestes países, as mulheres tivessem condições de vida e saúde semelhantes às dos países desenvolvidos.

e) Cobertura de primeira consulta odontológica programática:

É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS),

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde.

Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc.

f) Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas:

Este indicador reflete a média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas, em determinado local e período.

4 O MUNICÍPIO DE IGARASSU NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Igarassu está localizado na mesoregião metropolitana de Pernambuco, ocupa uma área de 303 Km², a uma distância da capital de 34.9Km; limita-se ao norte com Goiana e Itaquitinga, ao sul com Paulista e Abreu e Lima a leste com Itamaracá, Itapissuma e Oceano Atlântico e a oeste com Nazaré da Mata, Carpina, Paudalho e Tracunhaém, tendo como acesso a BR – 101 e PE – 035.

Fundado em 27 de setembro de 1535, no município foi construída a primeira Igreja do Brasil, consagrada aos santos Cosme e Damião. Em 1893 passou a município autônomo. A população comemora o aniversário da cidade em 27 de setembro, dia dos santos Cosme e Damião.

Com a população de 93.991 habitantes conforme censo IBGE 2007, corrigido, é constituído pelos distritos de Igarassu, Nova Cruz, Três Ladeiras, Usina São José, Araripe, Guerere, Cueiras, Vila Rural, Nova Cruz II, Piedade, Trapiche de China.

O município tem suas atividades econômicas bastante diversificadas, onde 19% correspondem à atividade industrial, 41% ao comércio varejista, 26% a serviços e 7% à agropecuária, com um total de 328 empresas. O número de trabalhadores registrados, de acordo com a RAIS/97, corresponde a 9.916 - ou 13% da população. Os programas e projetos de saúde instalados no município visam oferecer as condições materiais para a mudança do perfil epidemiológico, que hoje ainda apresenta morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, decorrentes das condições sociais e sanitárias.

A rede de saúde municipal conta com a seguinte estrutura:

- a) Unidades de Saúde da Família: 23 equipes;
- b) Unidades Básicas de Saúde: 06 postos;
- c) Saúde Bucal no PSF: 15 equipes;

- d) Unidade Hospitalar: 01;
- e) Policlínica: 01;
- f) Centro de Fisioterapia e Reabilitação: 01;
- g) Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS: 01;
- h) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU: 01.

Sendo o principal objetivo da gestão em saúde identificar e potencializar informações estratégicas para a melhoria dos serviços, a análise das necessidades dos indivíduos através de critérios epidemiológicos desenha a real situação sanitária do município e reduz a incerteza na tomada de decisão sobre as medidas a serem adotadas para que se obtenha a qualidade pretendida.

O enfoque epidemiológico traz um salto considerável como critério para distribuição dos recursos, pois nos permite conhecer a situação de saúde no município, através da distribuição das doenças e dos agravos na população. A informação precisa ser produzida no município, permitindo identificar possíveis falhas existentes, promover subsídio para o processo de tomada de decisões e, ao mesmo tempo, desempenhar seu papel na formação do diagnóstico.

Entende-se que o monitoramento da situação de saúde é uma questão de gestão da informação da saúde da população.

Para isto, dados sobre nascimento, mortalidade e morbidade são de elevada importância na elaboração de ações de vigilância epidemiológica e de indicadores específicos que auxiliam no planejamento de saúde, especialmente em regiões cuja característica se assemelha ao município em estudo.

No âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, o SUS conta com Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (SINASC), de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), da

produção de Serviços de Atendimento Ambulatorial (SIA), das Internações Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (CARVALHO,1997).

O município de Igarassu vem operacionalizando o SIAB, SINASC, SIM, SINAN, SIA e SIH permitindo assim a geração de dados que possibilita a visualização dos problemas mediante análise destes dados. O processo de certificação vem implementando as vigilâncias em saúde e garantindo a execução das ações de controle.

A Vigilância à Saúde está organizada. A sua estrutura organizacional operacionaliza através dos estabelecimentos de saúde disponíveis em Igarassu, o desenvolvimento das atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Porém, a implantação de um Plano de Integração com a Atenção Básica e a consolidação de uma infra-estrutura de base garantirá assistência integral à saúde, de forma a contribuir para a promoção, prevenção e atenção à saúde de um maior contingente da população.

Com a avaliação do perfil epidemiológico de Igarassu, pretende-se subsidiar os gestores municipais e profissionais que atuam na saúde pública municipal a desenvolver atividades estratégicas mínimas de atenção básica ampliada, relacionadas à transformação da estrutura epidemiológica, com conseqüente melhoria na qualidade de vida aos residentes.

Nesse sentido, o direcionamento dos recursos disponíveis associados a este perfil, torna-se uma estratégia compatível com a necessidade de se promover as ações de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação pretendidas pelo município.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação, no âmbito das políticas públicas de saúde, significa mais do que uma simples reflexão sobre a prática, ou seja, representa também uma visão aprofundada sobre o funcionamento, os processos e todo o trabalho da gestão e do serviço, contribuindo para que os gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão, voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade e satisfação do usuário.

Neste sentido, analisar cenários nesse espaço deve ser compreendido como um movimento dinâmico, no sentido de identificar a relação nos processos utilizados na pactuação e seus reflexos nos resultados alcançados pelo município estudado.

Independentemente do segmento pretendido para avaliação da gestão de uma política pública, é consenso a percepção de que metas desafiadoras e passíveis de alcance sejam delimitadas, de modo que os resultados pretendidos apresentem uma evolução do fenômeno observado.

Voltada para a observação da evolução de alguns indicadores da Atenção Básica no Município de Igarassu-PE, esta pesquisa se propôs a observar o processo de pactuação das metas propostas para a Atenção Básica nos anos de 2006 e 2007, sob os seguintes aspectos: média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas; coeficiente de mortalidade infantil; razão entre exames preventivos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos; cobertura da 1ª consulta odontológica programática; razão de mortalidade materna.

A tabela seguinte apresenta o relatório dos indicadores alcançados e pactuados, no período, com os respectivos coeficientes. Na prática, observou-se que entre os

resultados alcançados em 2006 e as metas pactuadas e alcançadas em 2007 houve pequena diferença de dados, excluindo-se o coeficiente de mortalidade infantil que duplicou neste período, o que conduziu a pesquisa inicialmente a questionar o evento, tendo em vista que, no período estudado, houve incremento da oferta de serviços voltada à população descrita.

Tabela 1-Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde no município de Igarassu, 2006 e 2007.

| Indicador | Unidade de Medida | Resultado 2006 | Meta Pactuada 2007 | Resultado Alcançado em 2007 |
|---|--------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas | Média | 1,47 | 1,5 | 1,64 |
| Coeficiente de mortalidade infantil | /1000 | 5,2 | 5,0 | 11,62 |
| Razão entre exames preventivos do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária | Razão | 0,30 | 0,33 | 0,33 |
| Cobertura da 1ª consulta odontológica programática | % | 11,5 | 11,75 | 12,28 |
| Razão de mortalidade materna | Razão | 0 | 0 | 0 |

Fonte: Brasil (2008).

No entanto, ao realizar uma análise da série histórica deste coeficiente, em particular, a tendência do mesmo é compatível com a realidade nacional, à medida que apresenta uma linha contínua de decréscimo, revelando que o resultado registrado em 2007 representa um dado pontual e pouco expressivo.

Com relação aos demais indicadores, revelou-se uma similaridade que, numa análise preliminar, vai de encontro a uma proposta comprometida com a evolução dos resultados pretendidos para melhoria da saúde no município.

Embora exista a preocupação em implementar indicadores para monitoramento das ações e consolidações das políticas no município, este dado pode indicar a baixa percepção da necessidade de otimizar resultados para que os objetivos de melhoria contínua dos referenciais e dos serviços à população sejam obtidos.

Retomando os compromissos do município em relação a esta melhoria, conforme documento oficial, percebe-se que esta postura pode invalidar os compromissos de adequar a oferta às necessidades dos usuários, ampliando o acesso aos serviços, vez que a pactuação não acompanha a dinâmica de evolução do grupo social que ocorre a cada ano.

Sem que haja um tratamento consciente e objetivo da informação, questiona-se como será possível agir diante do compromisso de formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação, ou ainda organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica para o município estudado.

Neste sentido, avalia-se que o alcance dos resultados tem relação direta com os processos, mas esse conhecimento não basta para identificar indicadores

apropriados ou dimensioná-los de modo que sejam representativos. Esses indicadores terão que ter a capacidade de traduzir com fidedignidade a realidade complexa da saúde, apontando, quando necessário, aspectos de maior interesse para análise da realidade e gestão eficiente dos recursos e serviços de saúde pretendidos pela população.

6 CONCLUSÃO

A análise pretendida da pactuação de metas na atenção básica delimitadas para este estudo sugeria inicialmente a possibilidade de mapear em que medida as ações pactuadas contribuíam para a consecução dos resultados alcançados, na perspectiva de uma avaliação consistente da evolução dos serviços realizados pelo município nos exercícios de 2006 e 2007.

No entanto, a simples análise comparativa dos indicadores revelou a necessidade de revisão do processo de pactuação realizado, de modo que esta iniciativa possa traduzir objetivos concretos nas ações pretendidas pelo município. Esta aparente estagnação conflita com a dinâmica das mudanças e necessidades do município, revelando uma clara dissociação entre o que se pretende realizar e a identificação das reais necessidades da população.

É provável que este cenário seja conseqüência da escolha aleatória de referenciais, como resultado de interpretações pontuais de gestores que não tem elementos formais para estabelecer metas mais próximas da realidade, da evolução de dados historicamente construídos ou da necessária ousadia para fazer com que as metas revelem expressiva qualidade dos serviços ofertados.

Esta limitação se não invalidou o caráter investigativo deste estudo, foi útil para que se pudesse perceber claramente o procedimento que precisa ser adotado, com base em planejamento, como ponto de partida para a construção de indicadores em bases logicamente estruturadas, que gerem informações úteis para a avaliação dos serviços de saúde do município.

Espera-se que esta investigação possa oferecer uma contribuição ao município estudado, no sentido de favorecer a percepção e eventual correção de rumos na operacionalização dos serviços de saúde oferecidos. No âmbito acadêmico, espera-

se contribuir para despertar o interesse da comunidade científica em realizar novas pesquisas neste campo do conhecimento, tendo em vista que se trata de um tema recente e pouco explorado por estudos científicos.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização em Saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 1 mai. 2008

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____ **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Unificação do Processo de Pactuação de Indicadores**. Nota Técnica no. 25/2006. Disponível em <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT_25_indicadores_dos_pactos.pdf>. Acesso em 1 mar. 2008.

FELISBERTO, E. Monitoring and evaluation in primary health care: new perspectives. **Revista Brasileira de Saude Materno - Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, 2004. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Abr. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEMOS, S. M. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, n. 28, p. 38-44, 1994.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MERHY, E. E. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 5, p.187-192, São Paulo, 2000.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R.; Matos, R. A. **Construção da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco, 2003.