

©Copyright, 2006. Todos os direitos são reservados. Será permitida a reprodução integral ou parcial dos artigos, ocasião em que deverá ser observada a obrigatoriedade de indicação da propriedade dos seus direitos autorais pela INTERFACEHS, com a citação completa da fonte. Em caso de dúvidas, consulte a secretaria: interfacehs@interfacehs.com.br

PACTOS DA SAÚDE E A GESTÃO DO SUS: EXPERIÊNCIA E AVALIAÇÃO NA MACRO-REGIÃO SUL DO ESPÍRITO SANTO

Francisco Senna de Oliveira Neto¹; Alice Itani²

¹Médico do Trabalho, Especialista em Medicina da Família e Comunidade, Mestrando em Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - Senac-SP.
cenna@terra.com.br

²Mestrado em Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente – Centro Universitário Senac
Av. Engenheiro Eusébio Estevaux, 823
04696-000 São Paulo – SP – Brasil
alice.itani@sp.senac.br

RESUMO

No modelo de gestão descentralizada do SUS, que atribui responsabilidades e compromissos a estados e municípios, exigiram-se agendas próprias e implementação de instrumentos que possibilitem dimensionar e gerenciar ações e serviços de saúde. O Pacto de Saúde, para onde convergem o Pacto da Atenção Básica e a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde, constitui uma das ferramentas principais de gestão, com momentos de articulação e discussão das políticas de saúde. Este artigo busca apresentar a experiência e a avaliação do processo de pactuação na Macro-região Sul do Espírito Santo. Busca-se contribuir para a compreensão dos processos de desenvolvimento de modelos de gestão do SUS. O processo acompanhado refere-se ao período 1999-2007, focalizando Oficinas de pactuação. Essa região responde por 23 municípios e teve 100% de adesão no processo de pactuação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); Pactos da Saúde; Gestão do SUS, Pactuação na Macro-região Sul do Espírito Santo.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) inaugura uma nova forma de produção de serviços de atenção e cuidados à saúde. Como parte de um processo de conquistas sociais, rompe com o modelo hegemônico médico-assistencial, fundado na concepção *inampsiânica*, para um modelo estruturado sobre princípios e diretrizes, associados a respostas das localidades aos problemas de saúde da população.

Entre as diretrizes do SUS destaca-se sua perspectiva descentralizada e democrática, que busca a participação da comunidade na saúde e fundamenta-se na universalidade, integralidade e equidade. Há também o panorama de uma gestão integrada e sistêmica da saúde, estruturada na proposição de práticas, dinâmicas e processos capazes de impactar positivamente a qualidade de vida da população.

No desenho estratégico que pautou a pavimentação desse processo, há avanços mas também dificuldades, como as inúmeras tensões, pela heterogeneidade presente entre municípios e técnicos, tanto no entendimento como nas estratégias de ações. A dificuldade surge na própria compreensão do conteúdo da saúde. Não faltam intensos debates em relação às questões conceituais de saúde, às maneiras de dimensioná-la, entendê-la e, por conseguinte, de produzi-la. E distintas são as formas de articulação de estratégias para consecução dos princípios e diretrizes do SUS. É nesse terreno que fertilizam, assim, os debates locais para a construção dessa perspectiva da Saúde Coletiva. Essa busca por capitanear modelos de gestão inovadores, com contornos democratizantes, resgatando, persistentemente, os ideais da Reforma Sanitária Brasileira (FEUERWERKER, 2005), merece acompanhamento e análise.

Compreende-se que esse novo modelo de gestão da saúde se configura como um projeto político-social da saúde, e que sua implementação constitui uma rica experiência de construção. Ao longo destes vinte anos de SUS, as experiências são múltiplas e diversas, fundadas nas necessidades e nos direitos da população que convive com modelos centrados na oferta de serviços (SANTOS, 2008). Os caminhos da descentralização representaram, nesse sentido, significativas alterações na forma de desenvolver as práticas de atenção à saúde, na medida em que alimentaram a perspectiva de um grande pacto federado, na co-responsabilização de todas as instâncias. Esse cenário foi norteado por instrumentos normativos, as Normas Operacionais (NOB e NOAS) e persistentes debates institucionais e colegiados. A operacionalização de instrumental de avaliação e acompanhamento do desempenho de

estados e municípios também foi implementada, tendo sido efetivada sua pactuação a partir de 1999.

O presente texto busca apresentar a experiência do desenvolvimento do modelo de gestão do SUS por meio dos 'Pactos da Saúde' no Espírito Santo, especificamente na Macro-região Sul. Buscou-se acompanhar a experiência desse processo por meio da compreensão de secretários, técnicos municipais e trabalhadores da saúde, no período 1999-2007.

CONSTRUÇÃO DA GESTÃO DO SUS

A perspectiva de gestão do SUS, descentralizada e municipalizada, possibilita a construção de um sistema de saúde a partir das realidades locais e regionais, apreendendo assim o contexto social, político e administrativo de cada lugar. E, com isso, cristalizam-se e consolidam-se compromissos das instâncias públicas gestoras rumo à garantia do direito pleno à saúde (SILVA, 2001; MENDES, 2003; UGÁ et al., 2003). Trata-se de um modelo que ousa "externar a ligação essencial: o direito à saúde tem como fundamento o direito à vida, e à vida em sua plenitude e abundância; ao bem-estar, o estar bem, a felicidade individual e coletiva" (CARVALHO, 2007, p.29).

Impulsionado com o estabelecimento do Piso de Atenção Básica (PAB), o processo de descentralização do SUS modifica "a face da gestão das ações e serviços no âmbito do setor saúde no Brasil" (BRASIL, 2003a, p.221). Transformando a lógica de financiamento, o Ministério da Saúde (MS) buscava plasmar mudanças estruturais e organizacionais para tornar mais eficiente a gestão do SUS. O processo de descentralização, com responsabilidades para cada um dos níveis do Executivo, implica a estruturação de papéis e ações com outras esferas do Estado, como o Legislativo e o Judiciário. O estabelecimento de modelos de gestão representa, também, novos compromissos, assumidos paulatinamente pelos estados e municípios. Também representa a organização de formas inovadoras de gestão, estruturando redes de ações e serviços. Ainda, significa aparatos normativos e institucionais.

No entanto, essa gestão envolve, sobretudo, uma construção coletiva, com propósitos persistentes e destemidos. Esse processo vem se pautando por desafios, demandando debates e estratégias cotidianas. O processo de construção de um modelo

de gestão do SUS não é uma tarefa de fácil realização, na medida em que compreende um processo a ser acompanhado, de longa duração, com um conjunto de variáveis envolvidas, incluindo o próprio processo de produção da saúde que se desenvolve de maneira desigual. Alguns processos demandam muito tempo para se transformarem em práticas que possam ser avaliáveis. Contudo, essa complexidade assemelha-se à discussão entre cultura e civilização realizada por Norbert Elias (1994) para discutir o processo civilizador no Ocidente. Pode-se efetuar um recorte no tempo e no espaço para que a análise se faça à luz da avaliação de processos como parte da cultura. A inserção do modelo SUS nas comunidades locais e regionais é tema relevante de estudo, na medida em que requer compreensão de um processo que envolve as culturas locais e regionais e a relação com os serviços de saúde. O próprio delineamento do modelo de gestão descentralizada faz parte do desenvolvimento do processo de construção das perspectivas desses serviços. Primeiro, porque se trata de um processo que envolve um conjunto de atores locais e regionais para um novo modelo de gestão. Segundo, porque trata de elaborar um modelo de gestão da saúde sobre uma experiência restrita, até então, em relação aos serviços coletivos do Estado. Terceiro, pela distância existente entre as necessidades locais e regionais e a infra-estrutura e os serviços prestados pelo Estado.

Compreende-se que a cultura local e regional expressa, também, a consciência que as comunidades possuem de si mesmas, de suas tecnologias, da natureza de suas maneiras e da sua visão de mundo, por exemplo. Norbert Elias (1994) elaborou a concepção de cultura que é também sobreposta pela de civilização. São conceitos distintos, mas, em determinadas sociedades, a compreensão de seus conteúdos se aproxima. Em alemão, civilização é *Kultur*, com o significado de consciência de si mesma de uma nação, que teve de construir suas fronteiras, tanto no sentido político como no espiritual. O conceito foi lançado, estabeleceu-se, e outros povos o captaram, desenvolvendo-o na escrita e na fala (ELIAS, 1994). Nesse processo, experimentaram o termo em comum, tornou-se palavra de moda até se tornar instrumento eficiente de expressão, na medida em que representa necessidades individuais e coletivas. Os termos sobrevivem enquanto essas experiências passadas e situações tiverem significado coletivo, enquanto retiverem um valor essencial.

Esse modelo de compreensão e difusão do termo *Kultur* – cultura/civilização entre os alemães – é interessante para refletir sobre a construção do modelo de gestão do

SUS. Não é o conceito de cultura ou civilização tal como discutido por Elias (1994), mas o processo tal como é compreendido. Não se questionam atitudes e comportamentos individuais, mas como se formam atitudes na base de experiências comuns e como crescem e mudam com o grupo do qual são expressões. São grupos que compartilham uma situação. Um modelo de gestão de saúde também pode ser analisado por meio da forma como se constroem Pactos de Saúde, e na medida em que estes representam realidades e necessidades comuns, individuais e coletivas. E, na medida em que estes se tornam instrumentos eficientes para representar as necessidades que se estabelecem como significados para as coletividades. O modelo pode ser analisado conforme é compreendido, e passa a ser captado e experimentado, estabelecendo-se como experiências comuns a cristalização de experiências. O modelo de gestão do SUS existe como tal já em seu processo de construção e se estrutura na medida em que as experiências com o processo de pactuação tiverem significado coletivo.

Com base no processo de construção do conceito cultura/civilização entre os alemães, pode-se analisar e avaliar o modelo de gestão do SUS pela experiência no processo de pactuação. Analisa-se a atitude diante de um modelo de gestão em seu processo de construção, ou no processo de pactuação dos Pactos de Saúde. Essa compreensão pode ser avaliada pelas respostas ou pela compreensão desse processo, e é avaliável em quatro pontos: a adesão ao processo de pactuação; a atitude em relação à realização das oficinas de pactuação; a compreensão da importância do processo de pactuação e a atitude de envolvimento no processo.

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, utilizando uma abordagem quali-quantitativa para analisar como as pactuações da saúde se desenvolveram e como são compreendidas pelos envolvidos diretos. O cenário de desenvolvimento da pesquisa é a região sul do Espírito Santo. Entre as quatro Macro-regiões administrativas de gestão (AZOURY, 2003), o estudo centra-se na Macro-região Sul, composta por 23 municípios. A Figura 1 apresenta a configuração espacial político-administrativa dessa região.

Para tanto, foi também aplicado um questionário semi-estruturado, com 15 questões fechadas e cinco abertas, buscando levantar a compreensão, participação e avaliações que são feitas do decurso de implementação dos Pactos da Saúde. Para essa última etapa da pesquisa, optou-se por selecionar a população diretamente envolvida nos processos de pactuação. Dessa população foram escolhidas, especificamente, duas categorias: a responsável pelas políticas de saúde – os secretários municipais de saúde –

e a responsável pela efetivação dessas políticas, pelas ações e atendimento no cotidiano de trabalho – os técnicos municipais e trabalhadores da ponta do sistema. A aplicação dos questionários deu-se por ocasião da realização das Oficinas de Pactuação, ocorridas nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí, no mês de março de 2007. Dentre os questionários respondidos e recolhidos foram considerados 45 questionários, 12 dos quais respondidos por secretários municipais de saúde e 33 por técnicos e outros trabalhadores das secretarias municipais.

PACTOS E PACTUAÇÕES: CONTEXTUALIZANDO CAMINHOS

O Ministério da Saúde (MS) iniciou, na década de 1990, a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), apresentados como caminhos para a reorientação da prestação do cuidado à saúde. Tais programas trouxeram como foco a mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e de organização geral dos serviços, realinhando as práticas em novas bases e conceitos (BRASIL, 1997). Fundada em outras iniciativas e experiências de organização da atenção à saúde desenvolvidos no país, bem como em influências internacionais, a institucionalização desses programas objetivou, primordialmente, ampliar a cobertura e facilitar o acesso da população a ações e serviços de saúde (SILVA; DALMASO, 2002; CORBO; MOROSINI, 2005).

Isso exige romper com o modelo da rede de atenção e cuidado vigente, suplantando os caminhos atuais, fragmentários, serviços focados sobre a doença e atendimento de condições agudas. Tal modelo já se mostrara pouco eficaz, criando uma espécie de 'bola-de-neve' do sistema de saúde brasileiro, analisado pela própria Organização Mundial da Saúde numa frase-síntese: "Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona" (OMS, 2003, p.34). Devem, portanto, ser desenvolvidos cuidados inovadores e medidas audaciosas para o enfrentamento das condições crônicas, que se avolumam, perfazendo um preocupante universo de cerca de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo (OMS, 2003; BRASIL, 2006a).

A publicação da Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, incrementou a estratégia de priorização da Atenção Básica (AB) para a reorganização do sistema de

saúde brasileiro (COLAIACOVO, 2006). Segundo o *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica* (BRASIL, 2003b, p.7), a terminologia AB tem sido adotada no país “para designar uma abordagem, que corresponderia ao que se tem chamado, na literatura internacional, de atenção primária à saúde”. Logo, para efeito deste estudo, considerar-se-á, também, tal interpretação do MS, apesar da opinião dos autores de que a terminologia AB traduz um sentido redutor, indicando menor complexidade ou baixa densidade tecnológica na produção dos serviços de saúde. O que não corresponde, na realidade, à dimensão que a expressão Atenção Primária à Saúde (APS) representa.

Reconhecida a partir da Conferência de Alma Ata como concepção e suporte filosófico para organização dos sistemas de serviços de saúde, a APS é definida por Starfield (2002) como estratégia que visa proporcionar atenção coordenada, integrada, generalizada, acessível e contínua, centrada nos indivíduos e não nas enfermidades, orientada para a família e a comunidade, traduzindo-se numa “abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” (p.28).

O *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica* (BRASIL, 2003b, p.7) complementa que AB:

é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

A avaliação e o acompanhamento de áreas estratégicas e programas relacionados à AB e de seus impactos sobre a saúde da população foram se desenhando no contexto da saúde pública brasileira de forma incipiente, pouco incorporados às práticas e com caráter burocrático e prescritivo (BRASIL, 2006b). Realçada de forma sistemática no final da década de 1990, tendo como base o cenário internacional, cujo debate circulava em

torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, a temática 'avaliação' emerge numa perspectiva de reorientação do processo de atenção à saúde, fundado na qualidade, eficiência e equidade (VIACAVA et al., 2004; BODSTEIN et al., 2006).

Com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instituído em 1998 pela Portaria GM/MS 3.925, que aprovou o *Manual para organização da atenção básica*, e a Portaria 476, de 1999, a avaliação da AB é incorporada às práticas de gestão em nível nacional, inserindo-se como esforço coletivo, estabelecido entre as três esferas de governo (BRASIL, 2003a). Composto essencialmente por um conjunto de indicadores, distribuídos em áreas estratégicas, explicitava pactuações anuais bem como revisão anual de metas, tendo como propósito servir de ferramenta para o monitoramento e avaliação do desempenho de estados e municípios na Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2003a; 2003b).

A Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), mais tarde denominada PPI da Vigilância em Saúde (PPI-VS) é também implantada com a descentralização da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), conseqüente à pulverização das ações então desenvolvidas por aquela entidade para os estados e municípios. Estabelecida através da Instrução Normativa nº 2 da Funasa, de 6 de dezembro de 2001, a PPI-ECD consistia em um elenco de indicadores e, também, de metas da Vigilância em Saúde, a ser pactuada e revisada anualmente, visando ao controle e à prevenção das doenças e à redução dos índices de morbi-mortalidade, e objetivando melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2001). São esses dois instrumentos, o conjunto Pacto da Atenção Básica e a PPI-VS, que dão origem ao que é denominado, neste artigo, como 'Pactos da Saúde'.

Desde o início de sua implementação, a Secretaria de Estado da Saúde e os municípios do Espírito Santo consolidaram a pactuação desses importantes instrumentos em momentos de expressiva articulação e discussão, ao longo do desenvolvimento de Oficinas Temáticas e de Pactuação. Muito embora tenham se apresentado inicialmente de forma segmentada, esses Pactos da Saúde foram, aos poucos, tomando uma forma cada vez mais integrada. Nesse processo contaram, especialmente, com a iniciativa e o empenho das áreas técnicas do Estado, também como forma de articular e viabilizar a reunião de todos os municípios.

A partir de 2006, surge em cena novo processo instrumental – o Pacto pela Saúde, apresentado nas suas três dimensões: “pela Vida”, “em Defesa do SUS” e “de Gestão”. Alicerçado nos princípios constitucionais do SUS, dando ênfase às necessidades da população, tem como preceito básico a

efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006c, p.9)

As prioridades do Pacto pela Saúde 2006 são expressas em objetivos e metas, detalhados no Termo de Compromisso de Gestão, operacionalizado de forma articulada e integrada pelos três entes federados. Em 2007 manteve-se no Espírito Santo a pactuação de dois diferentes elencos de indicadores: a Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS) e o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. A unificação de todos os pactos, portanto, conforme previsto, ainda não foi efetivada. Além disso, os Termos de Compromisso de Gestão, do estado e dos municípios, ainda não haviam sido homologados por ocasião da conclusão deste artigo, em razão da necessidade de correção de planilhas financeiras.

No cenário de pactos e pactuações, a proposta de avaliação e monitoramento para o SUS, inserida no contexto de institucionalização da avaliação da Atenção Básica e dirigida ao âmbito municipal, ganhou terreno com a implementação da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ). Despontou como instrumento de planejamento, auto-avaliação e gestão para a melhoria da qualidade das ações e serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF), centrado na promoção da cultura da qualidade nos diferentes atores do sistema de saúde (BRASIL, 2005b; CAZELLI, 2007). Em dezembro de 2007, o Espírito Santo havia atingido o patamar de 90% de adesão dos municípios na implementação desse instrumento. Importante ressaltar essa maciça adesão à proposta, na medida em que a ESF avança como eixo estruturante da

reorganização do SUS, com a expressiva ampliação do número de equipes (BRASIL, 2007a).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, discutindo a temática “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” (BRASIL, 2007b) reafirmou os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e, entre as propostas aprovadas, consolidou o Pacto da Saúde como instrumento estratégico do SUS, reafirmando desta forma, em caráter nacional, a importância da avaliação e do monitoramento sistemáticos das políticas de saúde, rumo à efetivação da saúde como direito realmente de todos os brasileiros.

É fato que não faltam formas de intervenção sobre esses problemas que, algumas vezes, são resolvidos “de maneira paliativa e outras tentando atingir a raiz dos problemas, indo até sua multicausalidade” (CARVALHO et al., 2000, p.72). Vale, contudo, avaliar os passos no sentido de alcançar as diretrizes de uma gestão em saúde. Compreende-se que atingir melhor qualidade de vida e saúde para indivíduos e coletividade, em toda a sua abrangência, constitui em si o processo de avaliação (CARVALHO et al., 2000). E avaliar compreende “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.31). E compreende também “a emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes”, como compreendido por Bosi e Uchimura (2007). A avaliação de condições de saúde, do trabalho em saúde e de resultados e impactos das ações e dos serviços de saúde, pode, ainda, decorrer fundamentalmente de atividades de acompanhamento e monitoramento, implementadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção e cuidado à saúde (STARFIELD, 2002). Nessa perspectiva, monitoramento corresponde, assim, ao acompanhamento sistemático, de forma contínua e/ou periódica, enquanto a avaliação refere-se ao julgamento pontual de determinada situação ou condição, em um espaço/tempo definido.

Tais atividades, embora consideradas insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. Enfim, ‘avaliar’ significa ‘medir’, utilizando-se determinados critérios e parâmetros, bem definidos, com função de possibilitar o dimensionamento do que se pretende entender e, desta forma, contribuir para o planejamento e o ajustamento de metas e princípios. Avaliar e monitorar, portanto,

subentende dar suporte ao processo decisório, de gestão do SUS, subsidiando a identificação e o reconhecimento dos problemas e a incorporação e reorientação das práticas sanitárias. Nesse sentido, no caso deste estudo, o termo 'avaliação' é abordado a partir da implementação de instrumentos: os Pactos da Saúde, constituídos por elencos diferenciados de indicadores selecionados e distribuídos em áreas estratégicas. O monitoramento é traduzido no acompanhamento sistemático durante o ano, na interpretação do desempenho dos indicadores e na implementação das estratégias e medidas necessárias para o alcance das metas pactuadas.

O Pacto da Atenção Básica foi instituído pelo Ministério da Saúde, portanto, com o significado maior de constituir-se num instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde. Medina (2002) amplia esse entendimento acrescentando outras importantes proposições:

- Permitir que gestores e trabalhadores da saúde possam identificar e priorizar uma série de situações;
- Articular setores, no intuito de ordenar ações e atividades necessárias para a mudança das situações identificadas como indesejáveis;
- Tornar possível o estabelecimento de metas que guardem relação com problemas identificados a partir da análise da situação de saúde;
- Orientar o desenvolvimento de ações articuladas a um processo contínuo de avaliação, apontar avanços e falhas no tocante à organização dos serviços, das práticas de trabalho e das condições de vida das populações.

Em 1999 os indicadores municipais do Pacto da Atenção Básica representavam um total de 41 indicadores, dos quais 24 eram para todos os municípios, e 17 eram específicos das áreas do PACS e PSF. Em 2000 tais indicadores foram reduzidos para trinta, 14 dos quais para todos os municípios e 16 para áreas do PACS e PSF. Em 2001, computaram-se 17 indicadores para os municípios. Os indicadores estaduais reproduziam, em geral, a relação de indicadores municipais, à exceção do ano de 2001, quando foram acrescentados dois indicadores exclusivos para os estados (BRASIL, 2003a).

Em 2002, foram definidos 25 indicadores principais, 22 complementares (de pactuação não obrigatória) e os de inclusão opcional (BRASIL, 2003c). Em 2003 e 2004,

a pactuação constava de vinte indicadores principais, 14 complementares e os de inclusão opcional, o que perdurou até o ano seguinte. Em 2006, novas modificações foram efetuadas no Pacto da Atenção Básica, com inclusão/exclusão de indicadores, até mesmo para atender ao período de transição da implantação do “Pacto pela Saúde 2006”.

Da mesma forma, a PPI-VS constituiu-se em importante instrumento de pactuação. Concentrando elenco de indicadores relacionados às Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, respeitadas as especificidades estaduais, teve como base fundamental a análise da situação epidemiológica de agravos específicos, e incluía, ainda, metas relativas a Sistemas de Informação e da Educação em Saúde. Durante o processo de pactuação, e nos anos que se seguiram à sua implementação, também ocorreram mudanças relacionadas a descrição e interpretação de alguns indicadores sem, no entanto, expressivas modificações. Apenas os indicadores relativos à Vigilância Sanitária sofreram grandes alterações: foram ampliados e, em outras vezes, reduzidos, tendo, ainda, sido suprimidos da pactuação durante dois anos consecutivos. A PPI-VS veio, portanto, consolidar atividades e metas que visavam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissa básica o aumento da capacidade do município em assumir as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde e ações básicas de vigilância sanitária (BRASIL, 2005a).

O processo de organização do SUS, aliado ao papel fundamental do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), bem como de setores técnicos do Ministério da Saúde, delineia-se como um cenário favorável para avançar na pavimentação de caminhos para a evolução do sistema de saúde brasileiro. A ousadia desses propósitos de uma nova institucionalidade evidencia-se num projeto que buscava agregar todos os pactos existentes e que fosse firmado com base em uma unidade de princípios e tivesse uma diversidade operativa que respeitasse as diferenças loco-regionais e de porte dos municípios. Era necessário, também, reforçar a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de co-gestão e de planejamento regional, de modo a promover ações de fortalecimento dos espaços de controle social, além do estabelecimento de financiamentos específicos para o processo de gestão e co-gestão.

Além disso, fazia-se necessário superar as excessivas regulamentações e normatizações, no sentido de se ampliar a autonomia da gestão local do SUS. A lógica de

habilitação em modelos de gestão, desenvolvida desde a NOB/SUS 93, também precisava ser suplantada, de modo a dar vazão a um novo caminho, fundado na adesão e compromisso com resultados, pautada em prioridades e metas integradas, construídas na responsabilidade solidária entre os gestores do Sistema.

Emerge, assim, o “Pacto pela Saúde 2006”, apresentado em suas três dimensões: “pela Vida”, “em Defesa do SUS” e “de Gestão”. Sob a égide da responsabilidade sanitária, apontava para a integração das ações de promoção da saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças e vigilância sanitária e ambiental (BRASIL, 2007c). Um conjunto de portarias estruturantes foi publicado pelo MS em 2006 e 2007, objetivando sua regulamentação e operacionalização (ANDRADE; BARRETO, 2007).

A unificação dos pactos existentes está ainda em gestação. A portaria nº 91, publicada em 10 de janeiro de 2007 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007d), apontava para a unificação do processo de pactuação, instituindo o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde congregando o Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da PPI-VS e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Mas o elenco de indicadores da Vigilância em Saúde foi mantido em documento separado, o que passou a ser denominado de Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS). Há, portanto, aperfeiçoamentos a serem implementados.

Os Termos de Compromisso de Gestão do estado e dos municípios, ainda em fase de aprovação e homologação por causa de irregularidades nas planilhas financeiras, deve consubstanciar os compromissos e responsabilidades da gestão. Uma vez aprovados pelos Conselhos de Saúde e formalizados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), traduzem-se em fundamentais instrumentos de gestão que devem ser verdadeiramente desenvolvidos e permanentemente avaliados, numa perspectiva de consolidação efetiva dos preceitos e diretrizes do SUS.

O PROCESSO DE PACTUAÇÃO NA MACRO-REGIÃO SUL DO ESPÍRITO SANTO

O processo de pactuação na Macro-região Sul do Espírito Santo é interessante na medida em que a adesão dos municípios foi de 100%. Vencendo as resistências, embates e preocupações iniciais quanto às novas (e muitas) responsabilidades, gestores, técnicos

e trabalhadores da saúde foram, aos poucos, compreendendo o processo e assimilando as múltiplas 'utilidades' dos Pactos.

Para verificar essa experiência, analisou-se entre os participantes das últimas oficinas a vivência e sua avaliação. As oficinas, coordenadas pelas áreas técnicas do estado, reuniram gestores, técnicos e trabalhadores municipais da saúde. Os dados do questionário mostram alguns pontos interessantes, relacionados ao processo de desenvolvimento dos Pactos da Saúde no Espírito Santo. Tais informações possibilitam evidenciar desde questões estruturais e operacionais até as facilidades e dificuldades encontradas pelos diversos atores. Analisa-se, também, o papel do estado e a participação da comunidade. Em se tratando de um período de transição para a implementação do Pacto pela Saúde, as expectativas diante desse processo também foram alvo do estudo.

Inicialmente vale pontuar a qualificação dos participantes das oficinas. Com base nos dados analisados, nota-se que os municípios mantêm um *staff* qualificado de profissionais, acompanhando as pactuações desde o seu início. Entre os participantes, pode-se notar um predomínio de profissionais de nível médio – segundo grau de escolaridade. São os ocupantes de cargos e funções de técnicos municipais. Os profissionais de nível superior vêm em segundo lugar na análise por formação profissional, notadamente os enfermeiros. Esses profissionais vêm assumindo papel de destaque, conforme demonstrado na Tabela 1. Entre os secretários municipais de saúde, não se observa predominância de uma categoria profissional. Interessante registrar que os secretários de saúde já não são, em sua maioria, médicos, como se verificou em períodos anteriores. Os dados mostram, ainda, que outros profissionais da área administrativa começam a despontar como importante segmento entre os gestores municipais da saúde.

Quanto ao vínculo empregatício dos entrevistados, verifica-se grande diversidade dentro do SUS. No Gráfico 1 pode-se notar maioria de participantes ocupantes de cargos comissionados. Vale registrar aqui que os secretários municipais de saúde ocupam, também, cargos comissionados, o que pode afetar o resultado quantitativo. No entanto, verifica-se que há 14 servidores municipais estatutários, o que pode ser interpretado como um avanço rumo à desprecarização das funções públicas dentro do SUS. Mas há, ainda, um grande registro de profissionais celetistas, o que traduz a necessária

implementação de concursos públicos municipais, objetivando o preenchimento dos cargos existentes.

Em termos de participação nas pactuações, verifica-se expressiva quantidade de profissionais que acompanharam todo o processo ao longo do período estudado, de 1999 a 2007. No entanto, vale destacar também que um número considerável participou pela primeira vez ou nos últimos dois anos, conforme podemos averiguar na análise da Tabela 2. Isso significa que os municípios capixabas vêm incorporando cada vez mais novos profissionais em suas equipes técnicas nos últimos anos, ampliando, assim, o número de profissionais envolvidos nos processos de avaliação e monitoramento das ações e serviços.

No tocante ao Executivo dirigente, verificou-se que a participação do prefeito municipal ainda é bem limitada. A grande maioria (27 participantes) constata que o prefeito só toma conhecimento dos pactos após sua efetivação junto ao estado. Ainda, 12 participantes relataram que o prefeito não participa e nem toma conhecimento do processo. Tal resultado traduz a persistência de certa fragmentação no processo decisório com que a gestão da saúde é desenvolvida, distanciada do conceito amplo e intersetorial de saúde definido na Carta Constitucional de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde.

Também em relação a outros atores de setores da sociedade no processo, verificou-se que sua participação é muito limitada. Esse nível de participação limitada de outros setores, conforme se observa no Gráfico 2, mostra, ainda, a necessidade de um trabalho de sensibilização nessa região. Essa participação dos demais setores da sociedade vem ocorrendo, aos poucos, em outras regiões do país. Isso deve ocorrer conforme a compreensão, por esses setores, dos diversos momentos de produção do cuidado à saúde, desde o planejamento e desenvolvimento das ações e serviços de saúde até sua avaliação e monitoramento.

Contudo, verifica-se que há necessidade de maior divulgação dos Pactos para a comunidade. Segundo os depoimentos, trinta participantes respondem que não há divulgação dos pactos em seus municípios. Apenas 12 entrevistados responderam que os Pactos são divulgados. Entre os instrumentos de divulgação, os mais utilizados são: Audiências Públicas, jornais, *outdoors*, reuniões do Conselho Municipal de Saúde, reuniões e palestras realizadas com a comunidade.

O mesmo não se observa na relação com os Conselhos Municipais. Já há compreensão dos técnicos e gestores municipais sobre a importância do papel desses conselhos. Os participantes indicam a importância da aprovação dos indicadores e metas pactuados pelos Conselhos Municipais de Saúde. Metade dos participantes indica essa necessidade de aprovação pelos conselhos – 24 participantes reconhecem sua importância. Quarenta participantes relataram que essa aprovação dos pactos pelos conselhos é de suma importância. Mas, há ainda os que não reconhecem essa necessidade – 21 participantes. Verifica-se certa distância entre proposições e práticas, o que aponta para a necessidade de revisão do processo de participação e aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Já a participação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos pactos mostrou-se expressiva. Consideradas como fundamentais, uma vez que estão na ponta do Sistema em suas ações de avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde (APS), essas equipes estiveram nas discussões dos Pactos da Saúde. Contudo, o fato de um número também expressivo de entrevistados ter respondido que não há participação da ESF no processo (14 profissionais) é ainda preocupante. A necessidade de participação de todas as equipes da ESF nas pactuações requer ainda um trabalho de planejamento das práticas de atenção, cuidado e avaliação das ações de saúde. Isso pode também se traduzir pelo fato de que o trabalho de avaliação e monitoramento está ainda sendo desenvolvido, em certa medida, por outras equipes. Ou seja, por uma equipe considerada como a 'inteligência técnica municipal'. Esse é um ponto que merece ainda ser acompanhado para garantir avaliação e monitoramento qualificados e contextualizados, com o dimensionamento de ações realmente estratégicas que possam impactar positivamente e com qualidade a saúde individual e coletiva.

Verificou-se que as Oficinas de Pactuação nos Municípios vêm sendo realizadas na maioria dos municípios. A discussão das metas pactuadas com outros setores das secretarias municipais de saúde, profissionais de saúde, Conselhos Municipais de Saúde, segmentos organizados da sociedade e comunidade em geral vem sendo realizada para 25 deles. Somente em 15 deles isso ainda não está ocorrendo. Há, portanto, que se avançar nesse quesito, buscando a promoção de mais eventos de divulgação e discussão dos Pactos da Saúde.

Em relação ao papel das equipes técnicas do estado no processo de pactuação, há ainda expectativas. Os participantes da pesquisa reconhecem que as equipes das

diversas áreas técnicas ainda não desempenham a contento o papel de acompanhamento e monitoramento dos pactos conforme as expectativas municipais. Os resultados apontaram que 35 participantes responderam que ainda não são realizadas visitas técnicas. Dentre esses, 31 classificaram que o monitoramento dos pactos realizado pelo estado é ainda razoável, ruim ou muito ruim. Há também expectativas quanto ao suporte técnico e à disponibilização de informações pelo estado para os profissionais. Cerca de metade dos participantes assinalam a necessária revisão dessas atividades por parte das equipes técnicas do estado, no sentido de atender melhor às expectativas e necessidades dos municípios.

No tocante à capacitação para o desenvolvimento dos Pactos da Saúde, os técnicos, profissionais de saúde e secretários municipais relatam dificuldades e mostram-se pouco seguros. A maioria dos entrevistados relatou dificuldades no processo de pactuação, sobretudo de acompanhamento e compreensão dos dados. Esse resultado, apontado na Tabela 3, mostra a expectativa de acompanhamento ou orientação em algumas atividades. Quanto às capacitações apontadas como importantes, foram registrados os treinamentos em áreas técnicas específicas relacionadas aos pactos, tais como: Sistemas de Informação em Saúde, Bioestatística, Epidemiologia, Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico e Planejamento em Saúde.

A expectativa de cobrança das metas por parte de autoridades superiores, tais como o Ministério da Saúde, não parece ser uma questão muito preocupante. Os técnicos, profissionais de saúde e secretários municipais consideram que o fato de aprovarem as metas e indicadores pactuados pode não ser alvo de cobrança por parte do Ministério da Saúde. As respostas afirmativas a esse item mostram que elas podem ser compreendidas pelo comprometimento desses municípios, tanto quanto do estado e da União, em relação às questões relacionados aos serviços de saúde. As respostas negativas apontam para problemas antigos na gestão da saúde: falta de recursos e de qualificação profissional e indicadores descontextualizados com as realidades loco-regionais.

Quanto às necessidades e carências para o processo de pactuação, as questões mais importantes indicadas referem-se a divulgação, comprometimento e formação e podem ser resumidas nestes cinco pontos:

1. Falta uma ação mais solidária entre estado e municípios, especialmente com a divulgação e o acompanhamento periódicos do desempenho dos municípios pelo estado;
2. Os municípios precisam assumir suas responsabilidades, com seriedade e comprometimento com resultados;
3. São necessárias mais capacitações e treinamentos para técnicos municipais;
4. O processo de pactuação precisa começar realmente no início do ano;
5. Os gestores devem comprometer-se com o fato de buscar atingir as metas e resultados pactuados.

Entre as necessidades, algumas condições podem ser dificultadoras e outras facilitadoras nas pactuações. As cinco condições facilitadoras desse processo, mais indicadas nos municípios, acentuam os itens desses pontos, quais sejam:

Condições facilitadoras

1. Dedicção, interesse e envolvimento dos profissionais e técnicos da saúde;
2. Evolução e aperfeiçoamento da organização e das equipes de trabalho dos municípios;
3. Boa cobertura de ESF nos municípios;
4. Apoio e comprometimento do gestor;
5. Oficinas realizadas nas Micro-regiões.

Entre as condições que dificultam o processo, as cinco mais indicadas referem-se a formação, informação e acompanhamento, como segue:

Condições dificultadoras

1. Atraso das informações repassadas pelas áreas técnicas do estado;
2. Falta maior qualificação dos técnicos e gestores municipais;
3. Precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais técnicos e da ESF;
4. Dificuldades na manipulação e acesso de dados dos Sistemas de Informação;
5. Falta monitoramento dos indicadores durante o ano.

A avaliação da realização das oficinas é altamente positiva. Todos os anos, nos períodos destinados à efetivação das pactuações, são realizadas, pelas equipes técnicas do estado, as Oficinas Temáticas e de Pactuação. Verificou-se que essas oficinas são consideradas importantes, pelos técnicos, profissionais de saúde e secretários municipais, conforme os dados apresentados nos Gráficos 4 e 5. Mais de 50% dos entrevistados caracterizaram os eventos como bons ou muito bons. Ainda, cerca de 80% dos participantes os consideram indispensáveis. Isso mostra que se vem trilhando um bom caminho nessa região do Espírito Santo, com a realização desses encontros. Valorizar essas oficinas, ampliando seus horizontes e ajustar alguns pontos, é tarefa a ser empreendida.

As expectativas de implementação do Pacto pela Saúde são marcantes, unificando todos os pactos existentes. Os participantes registraram cinco pontos fundamentais:

1. Construção de um pacto verdadeiramente contextualizado, considerando as realidades de cada município;
2. Avançar para a gestão plena e solidária da saúde, com o comprometimento real dos três entes federados;
3. Que o controle social desempenhe realmente seu papel;
4. Melhor distribuição de recursos para os municípios, de acordo com as necessidades de saúde;
5. Que o pacto seja realmente um compromisso de todos os atores da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da Macro-região Sul do Espírito Santo é singular na avaliação desse processo. São evidentes os pontos positivos que podem ser atribuídos aos ‘exercícios das pactuações’ desenvolvidos entre 1999 e 2007. São também inegáveis os avanços no reconhecimento das realidades epidemiológicas loco-regionais e na avaliação da eficácia, ou não, de medidas estratégicas implementadas para a mudança de comportamento de algumas doenças. Some-se a isso a evolução dos setores técnicos municipais, que passaram a trabalhar com instrumentos de monitoramento do desempenho municipal em saúde. Pode-se notar que, desde sua implantação, o processo de pactuação está em constante aperfeiçoamento, tanto na sua forma de condução como nos indicadores selecionados para avaliação. Isso representa um esforço na busca por indicadores mais representativos para avaliação da Atenção Básica.

Há muito a avançar, ainda, na pactuação dos níveis de comprometimento das instâncias públicas quanto às condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras rumo à garantia do direito pleno à saúde, pautado na universalidade, integralidade e equidade.

Com efeito, problemas de saúde não faltam no contexto brasileiro atual, bem como nas diversas regiões do estado do Espírito Santo. No entanto, o caminho efetivo se apresenta como uma indagação freqüente, e que faz parte das inquietações de gestores, técnicos e demais profissionais da saúde. A busca por respostas para essa questão demanda analisar, ponto a ponto, os passos que vêm sendo trilhados para atingir os objetivos e metas determinados. A construção e implementação de instrumentos de avaliação e monitoramento para o SUS é, assim, fundamental, uma vez que o conhecimento das realidades loco-regionais, e do desempenho e impacto das ações e serviços de saúde, permite traçar estratégias, planos e metas que visem ao atendimento das reais necessidades de saúde individuais e coletivas. Há uma recorrência na necessidade de intervenção dos setores competentes do governo estadual e federal, no sentido de viabilizar e institucionalizar instrumentos e capacitações para satisfazer tais necessidades.

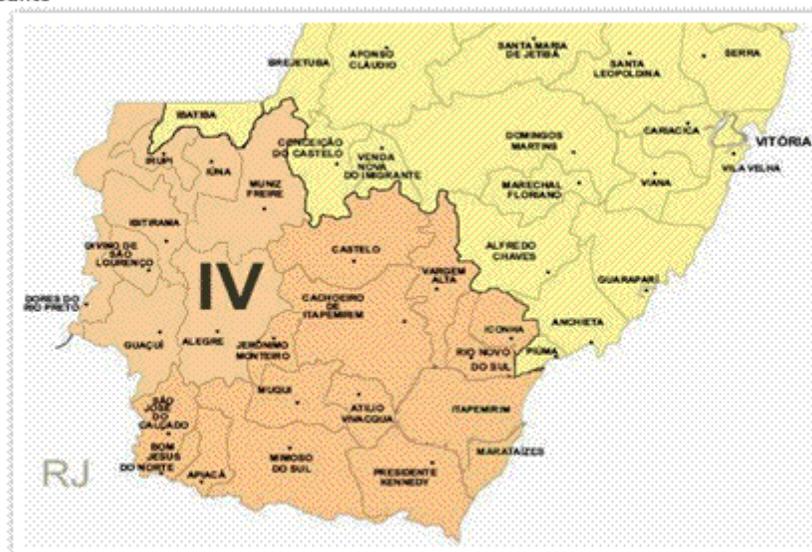
Há também expectativa dos munícipes no sentido de garantir maior visibilidade dos pactos. Ainda, uma necessidade de divulgação e transparência, de modo a possibilitar que outros atores possam emergir, envolvidos no processo. Faz-se necessário

rever o papel do estado no processo, no intuito de se avançar numa perspectiva de autonomia municipal, não tutelada, evitando, conforme abordado pelos municípios, tratamento diferenciado, e ampliando o suporte e acompanhamento destes, o que, segundo afirmado, ainda é deficitário. Verifica-se que os Pactos da Saúde são bons instrumentos de debate. Nos anos de sua implementação, eles vêm constituindo instrumentos de gestão para o SUS.

Há, ainda, necessidade de monitoramento e de ações cotidianas dos serviços de saúde, que devem fazer parte das atribuições dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na atenção à saúde. A idéia formal de um Pacto pela Saúde caminha para sistematizar compromissos, transcritos em normas, para avançar em dois pontos: primeiro, na apropriação do direito à saúde pela população; segundo, no envolvimento dos profissionais nesse mesmo amplo diálogo, permitindo a inserção da voz e das aspirações dos distintos atores que dão corpo ao SUS. Essa consolidação depende, ainda, da massa crítica que vem se construindo a cada dia como projeto de mais qualidade de vida para todos.

ANEXOS

Figura 1 – Composição político-administrativa da Macro-região Sul do Espírito Santo



Fonte: Mapa geopolítico do Espírito Santo. Adaptado por BARREIRA, 2008. Em destaque, os municípios componentes da Macro-região Sul do estado.

Tabela 1 – Cargos/funções e formação profissional dos entrevistados

Técnicos Municipais e Secretários Municipais de Saúde	Profissionais de Saúde
Nível Médio – 10	Nível Médio – 1
Enfermeiro – 8	Enfermeiro – 2
Médico – 2	Médico – 2
Odontólogo – 4	Odontólogo – 2
Area Administrativa – 3	Area administrativa – 3
Area Educacional – 2	Area educacional – 1
Analista de Sistemas – 1	Não respondeu – 1
Biólogo – 2	
Psicólogo – 1	

Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Tabela 2 – Participação dos profissionais nas pactuações

Participação – número de anos	Número de profissionais
1 ^a vez	5
1 ano	10
2 anos	6
3 anos	3
4 anos	4
5 anos	3
6 anos	1
7 anos	3
8 anos	10

Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Tabela 3 – Condições para as pactuações

Você se considera capacitado e seguro?	Número
Completamente	4
Muitas dificuldades	2
Algumas dificuldades	31
Não se sente capacitado e seguro	2
Que capacitações apontaria como importantes?	
Sistemas de Informação	23
Treinamentos em áreas técnicas específicas	29
Bioestatística	16
Epidemiologia	27
Monitoramento e Avaliação na APS	22
Outros – Diagnóstico e Planejamento	1

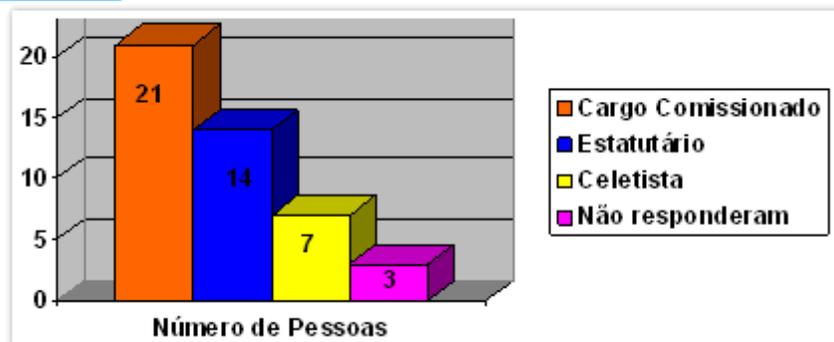
Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Quadro 1 – Compreensão sobre não cumprimento dos pactos

A atual fórmula está dando certo e não deve ser mudada?
Sim, porque:
<ol style="list-style-type: none"> 1- A saúde será tratada com maior seriedade 2- Vai forçar os municípios a justificarem e corrigirem as falhas 3- Vai desencadear maior comprometimento do Estado 4- As questões não são resolvidas quando não são cobradas 5- Vai melhorar a qualidade do trabalho dos municípios e do Estado
Não, porque:
<ol style="list-style-type: none"> 1- Faltam recursos e os profissionais não são qualificados 2- Os indicadores apontados nos pactos não estão contextualizados com as realidades loco-regionais 3- Há tratamento diferenciado aos municípios 4- O suporte e acompanhamento dos municípios não é adequado

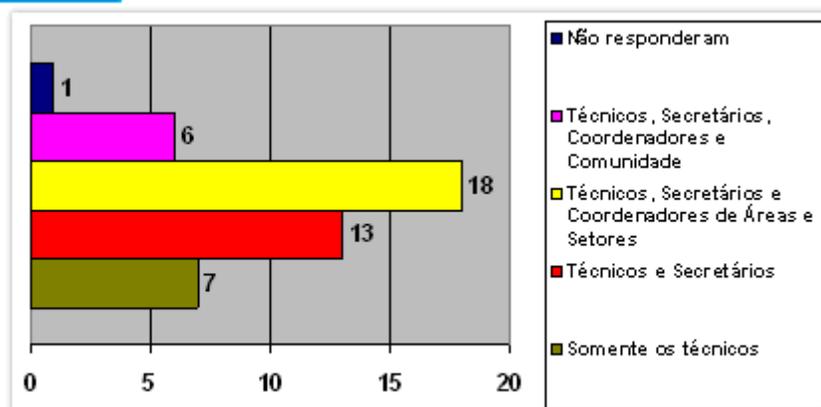
Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Gráfico 1 – Vínculo empregatício dos entrevistados



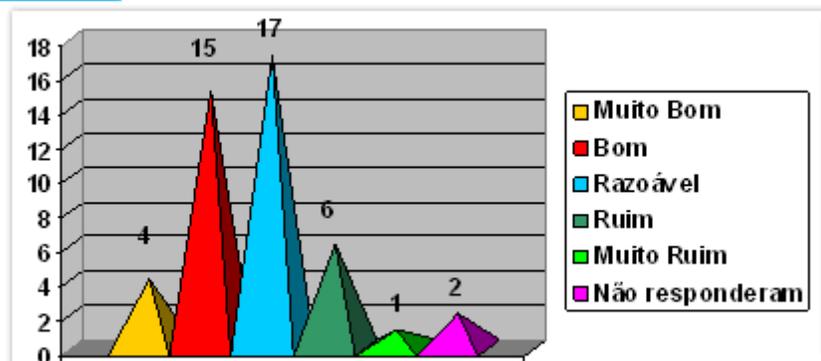
Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Gráfico 2 – Participação nas pactuações



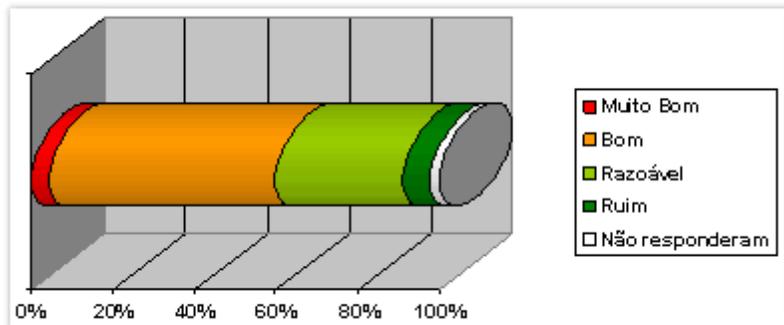
Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Gráfico 3 – Avaliação do suporte técnico e das informações



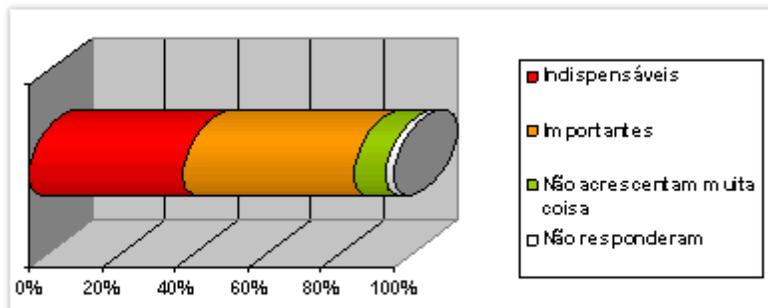
Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Gráfico 4 – Avaliação das oficinas



Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

Gráfico 5 – Avaliação da importância das oficinas



Fonte: Dados primários elaborados por OLIVEIRA NETO, 2007.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Org.). *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- AZOURY, E. B. *Curso básico em saúde da família: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.
- BODSTEIN, R. et al. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.*, s.l., v.11, n.3, p.725-731, 2006.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Públ.*, s.l., v.41, n.1, p.150-153, 2007.
- CARVALHO, G. C. M. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo (RS): Ifibe; Ceap, 2007.
- CARVALHO, G. C. M et al. Avaliação de ações e serviços de saúde. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v.24, n.1, p.72-88, jan.-fev. 2000.
- CAZELLI, W. A avaliação para a melhoria da qualidade na estratégia saúde da família no Espírito Santo. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – Saúde da Família, III. (Apresentação). Vitória, dez. 2007.
- COLAIACOVO, I. A. L. *Gestão descentralizada da atenção básica em saúde*. Dissertação (Mestrado) –Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.
- CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ELIAS, N. *O processo civilizador. Uma história dos costumes*, v.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunic., saúde, educ.*, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

MEDINA, M. G. *Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica*: 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MENDES, E. V. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02*. Disponível em: www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc. 2ª versão, de 24 out. 2002, publ. em 6 nov. 2003.

SANTOS, N. R. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: encruzilhada no rumos do SUS: considerações* (versão fev. 2008). Disponível em: www.cebes.org.br/anexos/ENCRUZILHADA%20DO%20SUS_mar%C3%A7o%2008_2a%20vers%C3%A3o.pdf.

SILVA, S. F. da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Ciên. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

Normas e documentos

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Instrução Normativa nº 2*, de 6 de dezembro de 2001, que estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.3, n.2, p.221-224, 2003a._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica*. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto de indicadores da atenção básica*. Informe da atenção básica. a.4, n.19, nov.-dez., 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a*

Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Seminário do Conass para entender o Pacto pela Saúde: legislação e notas técnicas do Conass*. Brasília: Conass, 2006c.

_____. Datasus. Ministério da Saúde. Acesso em 21 nov. 2007a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Consolidado nacional para discussão das propostas apresentadas para a 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 2007b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Conass 25 anos*. Brasília: Conass, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 91/GM*, de 10 jan. 2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Brasília, 2007d.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, 2003.