

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL MESTRADO

Eduardo dos Santos Barcellos

CONTRIBUIÇÕES DOS APONTAMENTOS DO PROGRAMA DE  
FISCALIZAÇÃO DE MUNICÍPIOS A PARTIR DE SORTEIOS PÚBLICOS  
DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO PARA A AVALIAÇÃO DA  
ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

São Leopoldo,

2011

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL MESTRADO

Eduardo dos Santos Barcellos

CONTRIBUIÇÕES DOS APONTAMENTOS DO PROGRAMA DE  
FISCALIZAÇÃO DE MUNICÍPIOS A PARTIR DE SORTEIOS PÚBLICOS  
DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO PARA A AVALIAÇÃO DA  
ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos  
Co-Orientador: Prof. Marcos Pascoal Pattussi, PhD

São Leopoldo,

2011

Eduardo dos Santos Barcellos

CONTRIBUIÇÕES DOS APONTAMENTOS DO PROGRAMA DE FISCALIZAÇÃO DE  
MUNICÍPIOS A PARTIR DE SORTEIOS PÚBLICOS DA CONTROLADORIA-GERAL  
DA UNIÃO PARA A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE

Aprovado em: 31 / 03 / 2011

BANCA EXAMINADORA

---

Nêmora Tregnago Barcellos – UNISINOS

---

Vera Maria Vieira Paniz – UNISINOS

---

Fabíola Sulpino Vieira – Ministério da Saúde

Dedico esta dissertação a todos os dirigentes da Controladoria-Geral da União e do Serviço Público Federal que ousam acreditar na palavra “capacitação”; ao povo brasileiro, merecedor de uma melhor aplicação dos recursos públicos e à minha mãe, Cinara “*in memoriam*” que, dentre outros, ensinou-me o valor da persistência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Controladoria-Geral da União que, ao implantar seu programa de capacitação, permitiu tornar realidade este projeto.

Agradeço à minha orientadora Nemora Tregnago Barcellos, pela presteza e atenção dispensadas. Ao co-orientador Marcos Pascoal Patussi e à Andrea Bertoldi por terem acreditado nas possibilidades deste projeto.

Agradeço a Paula Sandrine Machado e à Vera Maria Vieira Paniz pelas valiosas contribuições por ocasião da banca de qualificação do projeto.

Agradeço a todos os colegas da CGU-R/RS (os que aqui estão e os que por aqui passaram) pela contribuição direta a este trabalho, seja por meio do trabalho na execução das ordens de serviço que originaram os apontamentos aqui estudados, seja pela troca de idéias e debates acerca desta fascinante tarefa de “zelar pela regular aplicação dos recursos públicos.”

Agradeço a todos os colegas de mestrado pela companhia, pelas idéias, pelos debates e sugestões neste percurso e, principalmente, pela paciência e interesse com que ouviram esta voz dissonante.

Por fim, agradeço ao meu pai pelo companheirismo e apoio nos momentos difíceis de nosso viver e à Rita, minha esposa, pelo carinho sempre dedicado e pela concepção dos dois grandes tesouros da nossa vida, Érika e Sofia.

*“Sugam o sangue do povo para proveito deles próprios e ainda exigem que o povo se mate por eles. Como se fosse possível morrer duas vezes...”*

Maurício Barcellos *“in memoriam”* (escrito muito tempo antes do escândalo denominado “sanguessugas”).

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) está composta por 3 partes:

- I) Projeto de Pesquisa
- II) Relatório de Pesquisa

## SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>9</b>
1.	INTRODUÇÃO.....	9
2.	JUSTIFICATIVA.....	11
3	TEMA.....	13
4.	OBJETIVOS.....	14
4.1	Geral.....	14
4.2	Específicos.....	14
5	METODOLOGIA.....	15
5.1	Delineamento.....	15
5.2	Amostragem.....	18
5.3	Instrumentos e coleta de dados.....	19
5.4	Variáveis .....	19
5.4.1	Variável principal.....	19
5.4.2	Variáveis explanatórias.....	20
5.5	Análise dos dados.....	20
6	REFERENCIAL TEORICO .....	22
6.1	A Controladoria-Geral da União.....	22
6.2	O Programa de Fiscalização a Partir de Sorteios Públicos.....	23
6.3	O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus .....	25
6.4	A Avaliação em Saúde.....	30
6.5	Breve Histórico da Avaliação em Saúde.....	32
6.6	Epidemiologia e Avaliação em Saúde.....	35
6.7	Avaliação e Controle, limitações e intersecções.....	37
6.8	A Abordagem de Donabedian.....	39
6.9	Outras Abordagens.....	42
6.10	A Descentralização pela Municipalização.....	43
6.11	Fatores em Estudo.....	45
6.12	Metodologias quantitativas e qualitativas, algumas considerações.....	48
7	CRONOGRAMA .....	50
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
<b>II</b>	<b>RELATÓRIO DE PESQUISA .....</b>	<b>57</b>
1	Introdução.....	57
2	Escolha do tema.....	57
3	A aproximação acadêmico-institucional.....	59
4	A construção do banco de apontamentos.....	59
5	Peculiaridades e dificuldades encontradas.....	65
6	Apresentação dos Resultados.....	66
7	Discussão dos Resultados.....	68
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79



## **I) PROJETO DE PESQUISA**

### **1. INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde é uma política pública que engloba uma complexidade de sistemas, serviços, programas e ações de saúde e que foi criado com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à saúde em nosso país. A adoção de uma Estratégia de Saúde da Família, iniciada com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e hoje consolidada em bases conceituais e operacionais no que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil; é uma estratégia de reorganização de todo o sistema e vem permitindo a expansão e a qualificação do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta estratégia adotada pelo Ministério da Saúde tem por base os princípios da universalidade, equidade, integralidade, a participação popular e a descentralização e vem aumentando progressiva e irreversivelmente as responsabilidades das prefeituras municipais na efetivação dos cuidados em saúde.

Esta estratégia no âmbito da saúde foi consolidando-se a partir da edição da Constituição de 1988, bem como pelas edições da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990; da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96; da Portaria MS/GM nº 95 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. A consolidação do SUS teve seqüência a partir do Pacto pela Saúde (conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado pela Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006). Com objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão o Pacto pela Saúde deu origem a pactos específicos como o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão do SUS.

A estratégia do SUS caracteriza-se por visar à regionalização a assistência à saúde e o aprofundamento da descentralização com equidade no acesso. Além do SUS, outras Políticas Públicas, como por exemplo, a Política Nacional de Educação, com programas descentralizados na sua execução, tais como: o Programa Nacional da Alimentação Escolar e o Programa Nacional do Transporte Escolar, por exemplo, resultaram em uma exigência cada vez maior por parte da União, esfera repassadora de grande parte dos recursos, na

utilização de mecanismos de fiscalização e controle cada vez mais qualificados e que permitissem monitorar a regular aplicação dos recursos públicos repassados aos municípios. Neste contexto, no ano de 2003, foi desenvolvido pela Controladoria-Geral da União – CGU/PR, o *Programa de Fiscalização de Municípios a partir de Sorteios Públicos*.

O presente estudo irá realizar uma sistematização e análise exploratória das constatações realizadas pelas equipes de fiscalização da Controladoria-Geral da União/RS, no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” com relação à Atenção Básica, mais precisamente, das constatações relacionadas aos programas PSF/PACS e Farmácia Básica.

Este projeto pode ser considerado uma pesquisa de caráter básico, tendo em vista que trata de tema pouco desenvolvido no meio acadêmico; pesquisa estratégica, na medida em que visa à apropriação de um saber acadêmico e governamental acerca da área de saúde para disseminação no âmbito institucional da Controladoria-Geral da União, visando a iluminar e apontar possibilidades quanto à contribuição da ação governamental da CGU na avaliação da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, pode ser considerado ainda, como uma pesquisa aplicada, pois pretende direcionar seus resultados de forma socialmente relevante e operacional.

## 2. JUSTIFICATIVA

Estudos apontam para as vantagens do planejamento e da institucionalização da avaliação dos sistemas de saúde,<sup>1,2,3,4,5</sup> subsidiando o processo decisório e contribuindo, por exemplo, para a otimização na utilização de sistemas de informação, para a consolidação de um processo adequado de planejamento e de aplicação dos recursos públicos, bem como para a construção de padrões avaliativos das diferentes dimensões da área de avaliação.

Os estudos no campo da avaliação dos serviços de saúde em geral têm demonstrado sua aplicabilidade prática tendo em vista que à medida que são implantados procedimentos e protocolos de avaliação, a prática tende a adquirir compatibilidade com estes, fato que também corrobora a importância da avaliação na área de administração de saúde<sup>5</sup>.

Por outro lado, o financiamento da saúde no Brasil é uma questão controversa e um tema ao qual têm sido dedicados inúmeros debates, estudos e edições de instrumentos legais. Gilson Carvalho<sup>6</sup> em trabalho referencial acerca do tema demonstra que, embora a Constituição Federal tenha definido saúde em sua maior amplitude, foram muitas as etapas e os problemas enfrentados para a definição do objeto do financiamento na área. Conforme Carvalho, “há um consenso entre aqueles que pensam saúde, neste país, que a saída para a crise setorial passa, necessariamente, por determinação legal de fontes de financiamento da saúde definidas, definitivas e suficientes.”

A criação do denominado bloco da “Atenção Básica em Saúde”, objeto do presente estudo, contribui para esta definição. Os recursos de financiamento do bloco são repassados por meio da modalidade de transferência fundo a fundo, ou seja, transferidos diretamente do Fundo Nacional da Saúde aos Fundos Municipais e Fundos Estaduais de Saúde. A Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, constituídos por componentes conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Consoante o Relatório de Gestão do Fundo Nacional da Saúde–2007<sup>7</sup> foram transferidos para o bloco da Atenção Básica, no ano de 2007, R\$ 6.964.685.090,18 (Seis bilhões, novecentos e sessenta e quatro mil, seiscentos e oitenta e cinco mil e noventa reais). Além destes, foram transferidos para o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, recursos no valor de R\$ 512.275.029,21 (quinhentos e doze milhões de reais, duzentos e

setenta e cinco mil, vinte e nove reais e vinte e um centavos), justificando-se, portanto, plenamente do ponto de vista da relevância e da materialidade, a realização do presente estudo.

O Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos é uma iniciativa do governo federal que, ao visar inibir a corrupção, efetua um levantamento contendo apontamentos e constatações acerca da utilização dos recursos públicos federais aplicados por gestores de qualquer esfera da administração pública, no âmbito territorial dos municípios sorteados. Cabe ressaltar, portanto, que não se trata de fiscalizar, especifica e exclusivamente, a atuação do gestor municipal da localidade sorteada, mas sim, os recursos públicos federais aplicados naquela unidade territorial, repassados em um determinado período, podendo o gestor dos mesmos, ser político, gerente de banco, presidente de organização não-governamental, diretor de hospital, ou qualquer outro membro da sociedade civil, legalmente investido.

A análise exploratória das constatações realizadas pelas equipes de fiscalização da Controladoria-Geral da União/RS, no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” com relação à Atenção Básica, mais especificamente com relação aos programas PSF, PACS e Farmácia Básica, representa uma possibilidade de contribuição relevante à construção e institucionalização do processo de avaliação em saúde. Representa, ainda, uma possibilidade de promoção desta constante, e necessária, aproximação entre a complexidade de uma práxis da administração pública e a relevância do conhecimento acadêmico.

### **3. TEMA**

Análise e sistematização dos apontamentos de 104 Relatórios de Fiscalização da Controladoria-Geral da União-CGU, efetivados com relação à Atenção Básica, mais especificamente, com relação aos programas PSF, PACS e Farmácia Básica, produzidos no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”. Os Relatórios são referentes ao período compreendido entre o 8º sorteio público (realizado em 30/03/2004) e o 30º sorteio público (realizado em 05/10/2009), no Estado do Rio Grande do Sul.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral:**

4.1.1 Identificar contribuições para a avaliação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS RS (especificamente com relação aos programas PSF, PACS e Farmácia Básica) a partir dos apontamentos contidos em Relatórios de Fiscalização produzidos pelas equipes da Controladoria-Geral da União, no âmbito do Programa de Fiscalização de municípios a partir de Sorteios Públicos para a saúde pública no Rio Grande do Sul

### **4.2 Específicos:**

4.2.1 Mensurar os valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde por conta dos programas PSF e Farmácia Básica, verificando o escopo fiscalizado e a representação percentual dos valores fiscalizados pela CGU, com relação aos valores repassados pela União aos municípios do país, bem como com relação aos municípios do RS.

4.2.2 Quantificar os apontamentos da CGU na área da Atenção Básica, em cada um dos relatórios produzidos.

4.2.3 Categorizar quanto à natureza (estrutura, processo e resultados), bem como com relação à gravidade (falha formal, impropriedade ou irregularidade), os apontamentos da CGU na área da atenção básica.

4.2.4 Estudar a associação entre as características socioeconômicas, demográficas e geográficas dos municípios com a quantidade, a natureza e a gravidade dos apontamentos encontrados pela CGU/RS;

4.2.5 Estudar a associação entre alguns indicadores de saúde dos municípios e a quantidade, a natureza e a gravidade dos apontamentos encontrados pela CGU/RS;

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Delineamento

Estudo de caso de caráter exploratório, observacional, descritivo e histórico-institucional com abordagem quantitativa, a partir de levantamento de dados, análise e sistematização dos apontamentos contidos em Relatórios de Fiscalização efetivados em municípios do RS, no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”.

A partir dos dados descritivos o estudo visa também avaliar a associação destes apontamentos com o indicador de desenvolvimento humano (IDH-M) de cada município, obtido a partir de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD é um programa global de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU) presente em 166 países e que tem como objetivo central o combate à pobreza, estando presente no Brasil há mais de 40 anos.

O IDH foi criado para oferecer um contraponto ao indicador Produto Interno Bruto (PIB) per capita, indicador amplamente utilizado em análise econômica e de políticas públicas, mas que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH além de computar o PIB per capita, corrige-o pelo poder de compra da moeda de cada país, levando em conta, também dois outros componentes: a longevidade (utilizando a expectativa de vida ao nascer) e a educação (avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino). Estas 3 dimensões têm a mesma importância na composição do índice, que varia de zero a um, onde 0 (nenhum desenvolvimento humano) e 1 (desenvolvimento humano total), sendo que IDH até 0,499 é considerado desenvolvimento humano baixo; índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e IDH maior que 0,800 representa um desenvolvimento humano alto.

Portanto, adicionalmente, poderão ser verificadas, também, as associações dos apontamentos da CGU com estas 3 dimensões específicas que compõe o IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano do Município, que será o utilizado no presente estudo) e que, no caso do índice municipal, são compostas: Educação (taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade e a taxa bruta de frequência à escola); Longevidade (expectativa de vida ao nascer) e Renda (renda municipal per capita).

A verificação da associação dos apontamentos com dados demográficos dar-se-á a partir dos dados de “Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em

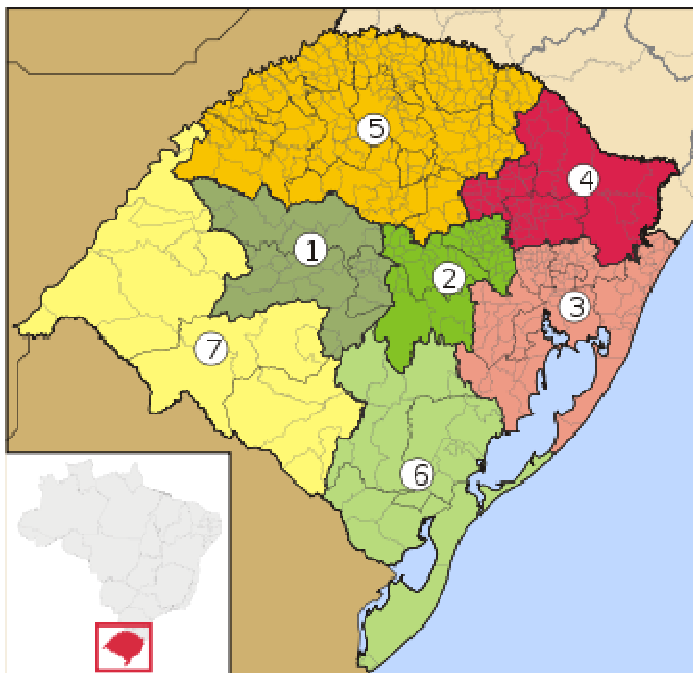
01.07.2009”<sup>8</sup> que apresenta as estimativas anuais de população dos municípios brasileiros, utilizado para o cálculo das cotas do Fundo de Participação dos Estados e Municípios. Estes dados foram enviados ao Tribunal de Contas da União em 29 de outubro de 2009 e, além de serem utilizados para o cálculo das cotas, fornecem estimativas para expansão dos resultados das diversas pesquisas amostrais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE.

Com relação ao aspecto geográfico, conforme consulta à página eletrônica do IBGE<sup>8</sup>, verifica-se que os estudos da Divisão Regional do IBGE tiveram início em 1941. O objetivo principal do trabalho foi de sistematizar as várias "divisões regionais" que vinham sendo propostas, de forma que fosse organizada uma única Divisão Regional do Brasil para a divulgação das estatísticas brasileiras. Foi aprovada, em 31/01/42, através da Circular nº 1 da Presidência da República, a primeira Divisão do Brasil em regiões, a saber: Norte, Nordeste, Leste, Sul e Centro-Oeste. O IBGE subdivide, ainda, geograficamente, para fins estatísticos, os estados brasileiros em mesorregiões. Mesorregião é uma subdivisão dos estados que congrega diversos municípios, partindo de determinações mais amplas, buscando identificar áreas individualizadas em cada uma das Unidades Federadas, definidas com base nas seguintes dimensões: o processo social como determinante, o quadro natural como condicionante e a rede de comunicação e de lugares como elemento da articulação espacial.

Cabe ressaltar que esta subdivisão é utilizada para fins estatísticos, não constituindo-se, portanto, em uma entidade ou unidade administrativa. Esta classificação será utilizada para verificação da associação dos apontamentos com características geográficas (em seu sentido ampliado, qual seja, características geofísicas, econômicas e sociais). O estado do Rio Grande do Sul, conforme o IBGE<sup>8</sup> é dividido geograficamente em sete mesorregiões:



Figura 1



1 – Mesorregião do Centro Ocidental Rio-grandense.

2 – Mesorregião do Centro Oriental Rio-grandense.

3 – Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre.

4 – Mesorregião do Nordeste Rio-grandense.

5 – Mesorregião do Noroeste Rio-grandense.

6 – Mesorregião do Sudeste Rio-grandense.

7 – Mesoregião do Sudoeste Rio-grandense.

Por fim, além do estudo destas associações, serão efetuados estudos de análise com relação à associação dos apontamentos da CGU com alguns indicadores de saúde extraídos do Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os apontamentos da CGU serão associados a 5 indicadores na área da saúde coletados para cada um dos municípios a partir dos Cadernos de Informações de Saúde do DATASUS, disponíveis para cada Unidade da Federação e para cada município. O Caderno consiste de uma planilha (em formato Excel®), contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde.

Os Cadernos de Informações de Saúde (CIS-DATASUS), disponibilizados no link <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm> foram gerados em junho/2009. Os indicadores em saúde com os quais serão realizados os testes de associação serão:

- Número de procedimentos básicos por habitante - Número de procs básicos realizados no município no exercício de 2007, dividido pelo nº de habitantes;
- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2.500 gramas) dentre os nascidos vivos, (geral, incluídos cesáreos e vaginais) em cada município no ano de 2006;
- Número de óbitos por 1.000 habitantes, em cada um dos municípios no exercício de 2006.
- Coeficiente proporcional de mortalidade infantil (% óbitos infantis do total de óbitos), em cada município no exercício de 2006.
- Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos-vivos, em cada município no exercício de 2006.

## **5.2 Amostragem**

Apontamentos da CGU/RS contidos em 104 Relatórios de Fiscalização, realizados em 100 municípios do RS (consoante Tabela 1), na área da Atenção Básica, produzidos em 23 dos 30 sorteios realizados até o momento, mais precisamente do 8º Sorteio (realizado em 30/03/2004) até o 30º sorteio (realizado em 05/10/2009). Foram descartados da amostra os relatórios referentes aos sete primeiros sorteios efetivados durante o primeiro ano do programa, o ano de 2003, tendo em vista ter sido este um ano de consolidação da nova sistemática de fiscalização.

Os apontamentos foram realizados por equipes de fiscalização da Controladoria-Geral da União do Rio Grande do Sul, no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”, sendo que serão utilizados os dados e os apontamentos referentes aos recursos aplicados na “Atenção Básica” (somente com relação aos programas PSF/PACS e Farmácia Básica).

Os apontamentos, coletados a partir de cada um dos relatórios disponíveis na

página eletrônica da CGU <http://www.cgu.gov.br/>, perfazem 2 tipos de registro. Um de tipo geral, totalizando 208 registros, que indica a quantidade de apontamentos em cada município, para cada um dos 2 programas da Atenção Básica analisados. O outro, de tipo específico, que será coletado a partir da manchete de cada um dos apontamentos, com expectativa de aproximadamente 800 registros.

### **5.3 Instrumentos e coleta de dados**

A coleta dos dados quantitativos será efetivada pelo pesquisador e coordenador do trabalho, com a utilização de planilha eletrônica de dados Excel® (Microsoft), com lançamento dos dados selecionados a partir dos Relatórios de Fiscalização, disponíveis no formato PDF (Adobe Reader®), na página eletrônica da Controladoria-Geral da União da Presidência da República (CGU/PR) <http://www.cgu.gov.br/>.

Os dados dos indicadores e desenvolvimento humano, municipais, (IDH-M) serão coletados a partir de banco de dados disponível na página eletrônica do PNUD <http://www.pnud.org.br/atlas/> denominado “Ranking dos municípios do Brasil – IDH-M”.

Os dados referentes aos indicadores de saúde serão coletados a partir Cadernos de Informações de Saúde do DATASUS, contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.

Os dados referentes à estimativa populacional e à definição das regiões geográficas serão coletados a partir da página eletrônica do IBGE <http://www.ibge.gov.br>.

### **5.4 Variáveis**

#### **5.4.1 Desfecho - Variável principal**

A variável dependente (o desfecho do presente estudo) será coletada a partir das “manchetes” (descrição sumária das constatações/apontamentos) constantes nos relatórios de fiscalização de cada um dos 104 municípios sorteados e fiscalizados (vide exemplos do projeto piloto contidos Tabelas 2 e 3). Esta variável, aglutinada em caráter geral resultará em outra variável de desfecho, que irá indicar a quantidade de apontamentos da CGU, em cada um dos municípios, para cada um dos 2 programas.

### **5.4.2. Variáveis explanatórias**

Conforme já citado, serão utilizadas para fins de análise e correlação com os apontamentos da CGU, como variável socioeconômica, o Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH-M) do PNUD, como variável demográfica, o dado referente a estimativa do contingente populacional do município constante no site do IBGE e como variável geográfica, a região do Estado do RS a qual pertence o município sorteado. Por fim, serão efetuadas análises em relação a 5 indicadores de saúde extraídos dos bancos de dados do DATASUS, Número de procedimentos básicos por habitante: 1) Número de procs básicos realizados no município no exercício de 2007, dividido pelo nº de habitantes; 2) Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2.500 gramas) dentre os nascidos vivos, (geral, incluídos cesáreos e vaginais) em cada município no ano de 2006; 3) Número de óbitos por 1.000 habitantes, em cada um dos municípios no exercício de 2006; 4) Coeficiente proporcional de óbitos infantis do total de óbitos; 5) Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos.

Os indicadores foram escolhidos pelo fato de serem indicadores de reconhecida relevância em trabalhos e pesquisas na área da saúde. Com relação ao indicador do nº de procedimentos básicos, em que pese o fato de não ser este, ainda, um indicador bastante utilizado na área acadêmica, este foi escolhido por sua direta e intrínseca relação como medidor da área estudada, qual seja, a área da Atenção Básica. Além disso, pesou para a decisão final de escolha e inclusão das variáveis dependentes, o fato de serem estas variáveis disponíveis para o maior número de municípios integrantes do estudo, minimizando-se as perdas quanto ao poder da amostra utilizada.

### **5.5 Análise dos dados**

Os dados lançados no programa EXCEL, serão, posteriormente, transferidos para o Programa SPSS 17.0. A análise será constituída da freqüência simples da variável principal de interesse (o número de apontamentos da CGU/RS, por cada um dos programas, em cada município). Esta variável será categorizada e reclassificada, a fim de que manchetes semelhantes (ou seja, descrições que sumarizam fatos similares) sejam agrupadas como um único tipo de apontamento. Também será realizada uma hierarquização destes apontamentos

em cada um dos municípios, separando os apontamentos em falhas formais (descumprimento de norma burocrático-formal do programa), impropriedades (descumprimento de norma essencial à operacionalização e ao atingimento dos resultados do programa) e irregularidades (conjunto de indícios ou evidências de desperdício ou desvio de recursos do programa).

Por fim, estas recategorizações e reclassificações, serão utilizadas para verificar-se a associação dos desfechos (número de apontamentos brutos, número de apontamentos categorizados e número de apontamentos hierarquizados) com cada uma das variáveis explanatórias, a fim de estudar-se a correlação entre as características socioeconômicas, demográficas, geográficas dos municípios e alguns indicadores de saúde dos municípios com a quantidade, a natureza e a gravidade dos apontamentos encontrados pela CGU/RS.

## 6. REFERENCIAL TEÓRICO

### 6.1 A Controladoria-Geral da União <sup>9</sup>:

A Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão do Governo Federal responsável por assistir direta e imediatamente ao Presidente da República quanto aos assuntos que, no âmbito do Poder Executivo sejam relativos à defesa do patrimônio público e ao incremento da transparência da gestão. Esta assistência efetiva-se por meio das atividades de controle interno, auditoria pública, correição, prevenção, combate à corrupção e ouvidoria.

A CGU compete, também, como órgão central, o exercício da supervisão técnica dos órgãos que compõem o Sistema de Controle Interno e o Sistema de Correição e das unidades de ouvidoria do Poder Executivo Federal, prestando a orientação normativa necessária.

A Controladoria-Geral da União (CGU) foi criada no dia 2 de abril de 2001, pela [Medida Provisória nº 2.143-31](#), tendo sido, inicialmente denominada Corregedoria-Geral da União (CGU/PR) e como órgão vinculado diretamente à Presidência da República. Quase um ano depois, o [Decreto nº 4.177](#), de 28 de março de 2002, integrou a Secretaria Federal de Controle Interno (SFC) e a Comissão de Coordenação de Controle Interno (CCCI) à estrutura da então Corregedoria-Geral da União. A Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro de 2003, convertida na [Lei nº 10.683](#), de 28 de maio de 2003, alterou a denominação do órgão para Controladoria-Geral da União, assim como atribuiu ao seu titular a denominação de Ministro de Estado do Controle e da Transparência.

Mais recentemente, o [Decreto nº 5.683](#), de 24 de janeiro de 2006, alterou a estrutura da CGU, conferindo maior organicidade e eficácia ao trabalho realizado pela instituição e criando a Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas (SPCI), responsável por desenvolver mecanismos de prevenção à corrupção. Assim, a CGU passou a ter a competência não só de detectar casos de corrupção, mas de antecipar-se a eles, desenvolvendo meios para prevenir a sua ocorrência.

As competências da CGU foram definidas pela [Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003](#), sendo que, dentre estas principais competências, estipuladas entre os artigos 17 e 20 da referida lei, destacam-se:

- À Controladoria-Geral da União compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à

auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal.

- À Controladoria-Geral da União, no exercício de sua competência, cabe dar o devido andamento às representações ou denúncias fundamentadas que receber, relativas à lesão ou ameaça de lesão ao patrimônio público, velando por seu integral deslinde.

- À Controladoria-Geral da União, por seu titular, sempre que constatar omissão da autoridade competente cumprir requisitar a instauração de sindicância, procedimentos e processos administrativos outros, e avocar aqueles já em curso em órgão ou entidade da Administração Pública Federal, para corrigir-lhes o andamento, inclusive promovendo a aplicação da penalidade administrativa cabível.

Em suma, a Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão do Poder Executivo Federal que possui, dentre outras funções, realizar auditorias e fiscalizações para verificar como o dinheiro público está sendo aplicado. Essa atribuição é exercida pela CGU por meio da sua Secretaria Federal de Controle Interno, área responsável por avaliar a execução dos orçamentos da União, fiscalizar a implementação dos programas de governo e fazer auditorias sobre a gestão dos recursos públicos federais sob a responsabilidade de órgãos e entidades públicos e privados, entre outras funções.

Dentre as ações de controle realizadas pela CGU, destacam-se:

- Auditorias Especiais
- Avaliação da Execução de Programas de Governo
- Auditorias Anuais de Prestação de Contas – Unidades Gestoras Federais
- Auditoria sobre os Contratos de Recursos Externos
- Demandas Externas

## **6.2 O Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos<sup>9</sup>:**

A partir da edição da Portaria nº 247 de 20 de junho de 2003, o Ministro do Controle e da Transparência, instituiu, em caráter permanente, o mecanismo de sorteio público para definição das unidades municipais objeto de fiscalização da aplicação de recursos públicos federais, sob a responsabilidade de órgãos federais, estaduais, municipais, ou de entidades legalmente habilitadas.

Estes sorteios são realizados no ambiente da Caixa Econômica Federal–CEF, utilizando-se os mesmos mecanismos (globos e bolas) usados para os sorteios lotéricos daquela instituição. Estes sorteios são públicos, sendo garantido o acesso da população, com a possibilidade da presença direta ou por intermédio de seus representantes no Congresso Nacional, de organizações da sociedade civil

e dos meios de comunicação.

Até o final do ano de 2008 a CGU por meio da sistemática inovadora adotada a partir de abril de 2003 (mês de realização do primeiro sorteio (sorteio-piloto realizado com 5 municípios) sendo um em cada região do Brasil), realizou por meio do Programa de Fiscalização em Pequenos e Médios Municípios a partir de Sorteios Públicos 27 edições, com 1.461 municípios fiscalizados, correspondendo a 26,25% do total de municípios brasileiros (5.564 municípios).

Esta atividade de fiscalização até o final do exercício de 2008 desenvolveu um montante de recursos públicos federais da ordem de R\$ 10,3 bilhões de reais. O Programa de fiscalização de municípios, foi estendido, a partir do ano de 2004, também à fiscalização da aplicação de recursos federais pelos Estados, tendo sido realizadas até 2008, 8 edições do Sorteio de Estados, resultando 77 fiscalizações conduzidas pela CGU, que contemplaram recursos da ordem de R\$ 8,2 bilhões .

A atuação da CGU perpassa a avaliação de políticas públicas voltadas para Saneamento Básico, Qualificação Profissional, Assistência Social, Turismo, Alfabetização de Jovens e Adultos, Habitação e Urbanismo, Atenção Básica à Saúde, por exemplo. Ocorre tanto em programas e ações cujos recursos são repassados diretamente às Prefeituras Municipais, como também na execução de políticas públicas em que os recursos são aplicados diretamente por órgãos federais (manutenção da malha rodoviária executada pelo DNIT); repassados a órgãos estaduais (projetos de turismo), a famílias (Bolsa Família) e a entidades não governamentais (Alfabetização de Jovens e Adultos e Qualificação Profissional) sediadas na localidade municipal ou estadual sorteada.

Os relatórios, contendo os resultados dos sorteios, são encaminhados aos Ministérios gestores das políticas públicas, possibilitando a adoção de providências para a correção de desvios verificados, bem como subsidiando a avaliação dos programas de governo e a implementação de melhorias eventualmente identificadas como necessárias. Os relatórios são também encaminhados aos demais órgãos de controle e combate à corrupção, tais como os Ministérios Públicos, Federal e Estadual, e a Polícia Federal. Além disso, os Relatórios produzidos encontram-se disponíveis aos cidadãos, à imprensa, aos órgãos governamentais e não governamentais, bem como às demais instituições, na página eletrônica da CGU, na rede mundial de computadores, no endereço:

<http://www.cgu.gov.br/AreaAuditoriaFiscalizacao/ExecucaoProgramasGoverno/Sorteios/index.asp>

A tabela 1 apresenta a síntese de 23, dos 30 sorteios realizados até o momento, mais precisamente do 8º Sorteio (realizado em 30/03/2004) até o 30º sorteio (realizado em 05/10/2009) e que serão objeto de análise no presente trabalho.



**Tabela 1**

<b>Nº do Sorteio e Data de Realização</b>	<b>Nº de muns. Sorteio</b>	<b>Município 1</b>	<b>Município 2</b>	<b>Município 3</b>	<b>Município 4</b>	<b>Município 5</b>
30º Sorteio realizado em 05/10/2009	4	Cerro Grande do Sul	Gaurama	Itaqui	Tucunduva	
29º Sorteio realizado em 17/08/2009	4	Igrejinha	Ronda Alta	Não-me-Toque	São Francisco de Assis	
28º Sorteio realizado em 12/05/2009	4	Vespasiano Correa	Caiçara	Tapes	Viamão	
27º Sorteio realizado em 29/10/2008	4	Charqueadas	Nova Palma	Três Arroios	Santa Cecília do Sul	
26º Sorteio realizado em 30/04/2008	4	São Nicolau	Entre-Ijuís	São Domingos do Sul	Santo Antônio da Patrulha	
25º Sorteio realizado em 09/10/2007	4	São Jerônimo	Centenário	Manoel Viana	Candelária	
24º Sorteio realizado em 24/07/2007	4	Guaíba	Cerro Grande do Sul	Taquari	Herveiras	
23º Sorteio realizado em 09/05/2007	4	Cachoeirinha	Sentinela do Sul	Porto Xavier	Vista Alegre	
22º Sorteio realizado em 19/07/2006	5	Novo Hamburgo	Chувиска	Itatiba do Sul	São João da Urtiga	Benjamin Constant do Sul
21º Sorteio realizado em 02/06/2006	5	Santo Antônio do Palma	Boa Vista do Buricá	Nicolau Vergueiro	São José do Herval	Saldanha Marinho
20º Sorteio realizado em 23/03/2006	5	Eugênio de Castro	Paraíso do Sul	Osório	Arroio do Sal	Braga
19º Sorteio realizado em 07/11/2005	5	Paim Filho	Nova Santa Rita	Monte Belo do Sul	Paverama	Jacuzinho
18º Sorteio realizado em 27/09/2005	5	Xangri-lá	Salvador do Sul	Mormaço	Nova Pádua	Roca Sales
17º Sorteio realizado em 16/08/2005	5	Novo Machado	Tupanci do Sul	Caçapava do Sul	Santo Augusto	Vitória das Missões
16º Sorteio realizado em 09/06/2005	5	Três Cachoeiras	Vista Alegre do Prata	Rolante	Bom Progresso	Santa Cruz do Sul
15º Sorteio realizado em 14/04/2005	5	Mata	Putinga	Tramandaí	Santiago	Alvorada
14º Sorteio realizado em 17/11/2004	5	Hulha Negra	Ametista do Sul	Linha Nova	Severiano de Almeida	Relvado
13º Sorteio realizado em 27/10/2004	5	Seberi	Sobradinho	São Luiz Gonzaga	Canela	Júlio de Castilhos
12º Sorteio realizado em 11/08/2004	5	Cerro Branco	Ernestina	Nova Esperança do Sul	Porto Vera Cruz	Santa Bárbara do Sul
11º Sorteio realizado em 30/06/2004	5	Nonoai	Venâncio Aires	Garibaldi	Sananduva	Arroio dos Ratos
10º Sorteio realizado em 26/05/2004	5	Boqueirão do Leão	Tunas	São Pedro do Sul	Gramado dos Loureiros	Muitos Capões
9º Sorteio realizado em 29/04/2004	4	Guaporé	Ijuí	Antônio Prado	Fontoura Xavier	
8º Sorteio realizado em 30/03/2004	3	Roque Gonzales	Barros Cassal	Rodeio Bonito		
<b>Total de Municípios Sorteados</b>	<b>104</b>					

### 6.3 O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus

Carlos Matus foi Ministro da Economia do Chile e um dos principais pensadores mundiais acerca de planejamento governamental. Matus desenvolveu uma proposta de

planejamento denominada Planejamento Estratégico Situacional a partir de sua experiência como ministro, administrador público, fundador e consultor do Instituto Latino Americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES / CEPAL). Matus criticou o dito Planejamento Governamental tradicional em que o planejador é apenas um técnico cuja função consiste em dominar a “técnica de fazer planos”<sup>10</sup>. O planejamento tradicional não considera outras forças sociais além do Estado e, portanto, não incorpora a dimensão política na construção do plano.

No Planejamento Situacional (PES), o planejamento é realizado por atores com interesses e explicações diferentes da realidade, marcando-se as diferentes perspectivas. Para Matus planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos a vontade humana, não deixando-nos levar, sendo condutores de nosso próprio futuro. Planejar é uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, referindo-se, portanto, a um processo social, no qual se realiza um ato de reflexão coletivo, planejando quem e como se deve atuar na indução de projetos<sup>78</sup>. Portanto, conforme Matus, no planejamento não se pode recusar a idéia de que existem conflitos, que se contrapõem ao nosso desejo de mudança. Esta oposição é realizada por outros indivíduos com diferentes visões e opiniões, indivíduos estes que podem aceitar ou não a proposta de futuro proposta pelo planejador.

Conforme Azevedo<sup>11</sup> esta concepção de planejamento de Matus parte de uma articulação planejamento e governo, que visa a resgatar o planejamento como método de governo. A idéia de Governo, em Matus é, portanto, uma idéia ampliada que se refere ao comando de processos, não somente do Estado, mas também de um ministério, sindicato ou unidade de saúde, não havendo separação entre direção e planejamento<sup>12</sup>. O planejamento situacional de Matus coloca a ênfase no momento da ação e usa a exploração do futuro como recurso para dar racionalidade à ação. Matus aponta como produto do plano, o cálculo que precede e preside a ação no presente (sendo este o ponto de encontro entre governo e planejamento), devendo prever como alterar, conduzir e orientar as ações presentes<sup>13</sup>.

Há quatro momentos do planejamento situacional de Carlos Matus<sup>10</sup>:

- Momento explicativo, onde se indagam as oportunidades e os problemas;
- Momento normativo, desenho de como deve ser a realidade;
- Momento estratégico, relacionado à questão da viabilidade;
- Momento tático-operacional, o fazer, o momento decisivo do planejamento situacional.

O momento tático operacional é dividido ainda em 2 movimentos, quais sejam, a avaliação da situação na conjuntura (instância de conhecimento) e o de decisão sobre problemas e operações (instância de ação). O primeiro, a análise situacional conforme Matus<sup>10</sup> representa o juízo que permite captar e avaliar a realidade e o desenvolvimento de novos problemas. O segundo movimento dirige-se à resolução de problemas e de operações, de forma dinâmica, ou seja, ajustando-se o plano e a realidade, por meio de ações e decisões. Conforme Matus, o processo de planejamento pressupõe articulação dos 4 momentos, explicativo (apreciação situacional), normativo (direcionalidade), estratégico (viabilidade) e tático-operacional (cálculo que precede e preside a ação).

Para Azevedo<sup>11</sup>, as reflexões que procuram uma saída para a crise de eficácia tanto na área de planejamento quanto na de administração, apontam de imediato, como ponto comum, a identificação da realidade como complexa e mutante e do elemento político e de poder como recurso crítico a ser considerado.

O Programa de Fiscalização de Municípios a partir de Sorteios Públicos é uma das formas de acompanhamento sistemático exercido pela CGU. A CGU utiliza em seus acompanhamentos sistemáticos toda uma metodologia, baseada no Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, para a construção e elaboração das suas ações de controle. Esta metodologia pressupõe uma lógica voltada a selecionar o foco de uma atuação mais intensa e sistematizada, a partir de um ciclo de fases que prevê, basicamente:

- Identificação do universo de atuação
- Detalhamento, análise, organização e ponderação dos elementos do universo
- Definição dos focos e formas de exames
- Ações de controle definidas/executadas c/base no processo de planejamento
- Realização de todas as etapas da metodologia

As fases do método utilizado no âmbito da CGU são:

- Mapeamento (Levantar, conhecer e identificar);
- Hierarquização (Analisar, organizar e classificar);
- Priorização (Selecionar e optar);
- Elaboração de Documentação Básica (RS, PE, PO, PAC)

A documentação básica consiste em:

- Relatório de Situação (RS): Levantamento de informações que visam consubstanciar o melhor conhecimento possível sobre ação/módulo-tipo, subsídio às subsequentes análises e definições;

- Plano Estratégico (PE): Panorama geral da estrutura de atuação pretendida e das opções de abordagem adotadas, a partir da análise do RS.

- Plano Operacional (PO): Detalhamento da estrutura de atuação do PE, caracterizando as ações de controle previstas. Cabe ressaltar que para cada divisão do Plano Estratégico (PE) haverá um Plano Operacional (PO), sendo que cada Plano Operacional (PO) poderá ser ainda dividido em Etapas.

É desta forma que são gerados os PEDIDOS DE AÇÃO DE CONTROLE (PACs) que materializam toda ação de controle, sendo estes instrumentos em que constam as informações que têm como objetivo a caracterização da ação e o seu objeto de exame, as orientações para a realização da ação de controle, os procedimentos a serem executados, os questionários a serem aplicados e as sínteses acerca das constatações efetivadas.

Os procedimentos descritos na ação solicitada devem corresponder exatamente ao procedimento gerador de ação (PO). Desta forma, a CGU mantém um nível de detalhamento e de padronização necessários para garantir uniformidade nos trabalhos e no alcance de resultados.

No entanto, em que pese a sistemática adotada pela CGU constituir-se de sistemática padronizada, baseada no Planejamento Estratégico-Situacional de Carlos Matus, sistemática esta que visa à geração de Ordens de Serviço, padronizadas e distribuídas para a execução de forma equânime em todo o país, visando objetivar as análises efetivadas pelos servidores, é fato que existem diversos componentes que escapam a esta sistematização. De fato, ao fiscalizar um serviço de saúde, por exemplo, cada fiscal da CGU, ou cada avaliador ou pesquisador, irá perceber as situações de modo distinto, focando suas lentes para aspectos distintos do serviço analisado dada a subjetividade inerente aos sujeitos, apreendendo o objeto de estudo de forma distinta, tendo em vista as múltiplas faces envolvidas em um serviço de saúde.

Silva & Formigli<sup>14</sup> destacam como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação. No entanto as autoras ressaltam que esta “é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões”, destacando que vêm se observando modificações neste quadro nas últimas décadas. As autoras destacam que existe uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, tampouco para a reorientação de práticas. Destacam ainda que estas informações, analisadas, podem se constituir em matéria-

prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde como uma “sala de situações”<sup>10</sup>, para o planejamento. É neste sentido que se percebem possibilidades de aproximação entre o conteúdo dos apontamentos dos relatórios produzidos pela CGU, na sua missão constitucional de controle da aplicação dos recursos públicos, como contribuição ao processo necessário e constante de avaliação do Sistema Único de Saúde.

## 6.4 A Avaliação em Saúde

A conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação em termos gerais data de 1967 e considera avaliação como o “processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento”<sup>15</sup>. A American Public Health Association define a avaliação como o processo de determinação do valor ou volume de sucesso na consecução de um objetivo preestabelecido<sup>4</sup>.

Conforme o boletim da X Reunião do Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) de 1957, restou definido como objetivo da avaliação "determinar em que medida foram obtidos resultados preestabelecidos, verificando se foi ou não alcançada a finalidade do conjunto do programa no prazo e com os meios previstos". Um dos propósitos subsidiários da avaliação conforme o boletim da citada Reunião é o de “reorientar o programa quando se desvia de seus objetivos, ou quando for conveniente aplicar técnicas e conhecimentos novos, ou modificar os existentes por não terem dado os resultados esperados”<sup>16</sup>. "Outras definições de avaliação, reunidas por Fernández and Biocca<sup>17</sup> foram apresentadas, por Ramos<sup>4</sup> em seu clássico artigo, conforme transcrito abaixo:

"Avaliação é a aplicação do método científico para saber que mudanças têm lugar durante e depois de um programa, e que parte dessas mudanças se deve ao programa".

"Avaliar é um processo de medição e este, por sua vez, é um processo de comparação (comparar o que sucede onde se implantou ou se está implantando um programa, com o que sucede onde nada se realizou)"

“Avaliar é a apreciação sistemática dos progressos realizados para a consecução de um objetivo previamente fixado".

A avaliação, portanto, é um processo que está bastante ligado à fase de planejamento, onde são formulados os objetivos e identificados parâmetros e critérios que deverão ser usados na fase de avaliação. Além disso, é a partir da avaliação que se pode identificar os progressos alcançados em determinada direção com relação aos objetivos traçados, bem como é a partir dela que poderão ser elaboradas recomendações e correções de rumos, que serão reincorporadas ao planejamento, sendo, portanto a avaliação, bem como todo o ciclo PDCA (Planejamento, Direção, Controle, Avaliação) um processo com retro-alimentação que possibilita que os achados da avaliação sejam reincorporados ao programa, sistema ou serviço avaliado.

A avaliação que pode ser denominada também, conforme Ramos<sup>4</sup>, de controle de resultados físicos, representa inegavelmente o meio ideal de controle, posto que permite determinar se as metas propostas estão sendo alcançadas. Mediante a avaliação o administrador tomará de forma integral o pulso de sua organização. Sua importância consiste em permitir ao administrador saber se os procedimentos estão sendo seguidos, mas muito mais do que isto, permite saber a qualidade dos resultados alcançados pela organização, instituição, programa, sistema ou serviço avaliado.

Ramos lembra que por ocasião de simpósio realizado na Europa, em novembro de 1967, os técnicos da Organização Mundial da Saúde tratando do tema “métodos de avaliação dos programas de saúde pública” ressaltaram que o dilema dos administradores sanitários, tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, está ligado à melhoria dos serviços existentes, combinado com a obtenção de recursos para novos programas. A conclusão do grupo de técnicos foi de que: “A avaliação, por indicar o melhor modo de utilização dos recursos disponíveis em dinheiro, pessoal e material, representa a única solução para o problema”<sup>15</sup>.

Anos mais tarde, ocorre, em função do envelhecimento da população e do surgimento de doenças degenerativas e agravos como a AIDS (que consumiram significativos recursos da área da saúde) uma mudança de foco das ações de saúde; deslocando-as da busca de soluções de problemas médicos para aquelas de apoio e sobrevivência dos doentes<sup>18</sup>, tornando cada vez mais verdadeira e necessária a afirmação dos técnicos da OMS.

Azevedo<sup>5</sup> em outro clássico artigo destaca a importância da questão dos custos na avaliação em saúde, lembrando que há setores como o de laboratório clínico em que já se chegou a definições muito racionalizadoras, com relação a alguns tipos de exame, com grande economia em sua realização, bem como com ganhos com relação à eliminação de procedimentos desnecessários. Estes ganhos e eliminações foram desencadeados pelo aperfeiçoamento do sistema de controle de qualidade. Azevedo ressalta, no entanto que tanto no Brasil, como na América Latina, as propostas de avaliação de desempenho e de qualidade de serviços têm-se limitado aos indicadores tradicionais e hospitalares, como taxa de ocupação de leitos, média de permanência, índice de renovação, taxa de cesareanas, entre outros.

Conforme ainda Azevedo<sup>5</sup>, a avaliação pode ser conduzida segundo critérios implícitos (por exemplo, a avaliação por pares) ou explícitos, ou seja, pré-determinados.

Este aspecto está relacionado, também, ao tipo de instrumento utilizado, podendo ser instrumentos abertos (com maior componente de subjetividade) ou fechados e objetivos (mas com limitações de alcance). Os critérios podem ainda ser de determinação normativa ou empiricamente estabelecidos, ou seja, resultantes do estudo das características observadas numa determinada realidade, podendo ser exógenos à entidade avaliada, endógenos (estabelecido dentro da organização) e por fim, autógenos, quando envolverem o universo de decisão de um único indivíduo.

### **6.5 Breve Histórico da Avaliação em Saúde**

Conforme Reis<sup>19</sup>, a análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, sendo estes mecanismos tão antigos quanto esses serviços<sup>20</sup>. No entanto, foi a partir da escala crescente dos custos<sup>21</sup> da atenção médica e do aumento do uso da tecnologia e de procedimentos médicos que tornaram esta atenção médica mais complexa, que ocorreu uma expansão de trabalhos e pesquisas na área de avaliação, tanto tecnológica<sup>22</sup>, de programas<sup>23</sup>, acerca da importância da qualidade<sup>24</sup>, bem como do custo efetividade<sup>25</sup>.

Notoriamente, existem 2 principais vertentes quando falamos de história da avaliação de serviços de saúde. Uma delas inicia ligada ao “National Health Service” da Inglaterra, que em face do atendimento gratuito teve um crescimento na demanda por serviços de saúde, tendo tido necessidade de buscar otimizar a aplicação dos recursos e passado a incentivar estudos acerca da eficácia e da eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos<sup>26</sup> e de avaliação do desempenho de suas diferentes áreas de saúde<sup>27, 28, 29, 30</sup>.

A Avaliação em Saúde, em sua vertente americana teve início e consolidação a partir das preocupações com a avaliação da Assistência Médica a partir do trabalho pioneiro, em 1933, de Lee e Jones<sup>31</sup>, conforme nos ensina Donabedian<sup>24</sup>. Antes disso, a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino e da prática médica, foi o Relatório Flexner<sup>32</sup>. Publicado em 1910, o Relatório ressalta a necessidade de controle do exercício profissional ao avaliar o ensino e denunciar as precárias condições da prática profissional. Outro trabalho clássico sobre avaliação de serviços de saúde é o



trabalho de Codman<sup>33</sup> que publicado em 1916 apresentou proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes. Foi este estudo que influenciou o Colégio Americano de Cirurgiões a assumir responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais e a realizar avaliações que, em 1928, levaram a criação do Hospital Standartization Program, o embrião da Joint Comission of Accreditation of Hospitals. (JCAH)<sup>19,34</sup>.

Nos Estados Unidos, com a implantação de programas sociais federais de atenção à saúde como o Medicare e o Medicaid e com o conseqüente crescimento dos custos de reembolso, aumentou a necessidade da avaliação do cuidado médico, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar<sup>35</sup>. Assistência médica de qualidade seria aquela que atendia a algumas características (denominadas por Donabedian como “características de fé”) e que incluíam: ser limitada à medicina científica; possuir ênfase na prevenção; cooperação inteligente entre o público leigo e os médicos; tratamento do indivíduo como um todo; relação próxima entre o médico e seu paciente; visar ao bem estar social; coordenação de todos os serviços médicos e envolver os recursos da medicina científica a serviço da população<sup>24</sup>. Com o aumento dos custos da assistência à saúde e também com a crescente pressão de demandas judiciais sobre a prática médica e hospitalar nos EUA<sup>36</sup> aumentaram os estudos da comunidade técnica e acadêmica acerca da avaliação da qualidade.

Os estudos acerca da avaliação da qualidade nos EUA deslocaram-se da atividade médica, o foco inicial, estendendo-se aos demais profissionais de saúde, aos estabelecimentos de saúde e, por fim, à avaliação da qualidade do sistema como um todo. Os aumentos dos custos de saúde não foram uma preocupação adstrita aos EUA, mas atingiram a todos os países e sistemas, tanto aqueles cujos financiadores são privados (seguradoras, cooperativas, etc.), quanto àqueles cujo financiador é público, o governo, sejam de países industrializados, em desenvolvimento e até dos países subdesenvolvidos<sup>5</sup>.

Conforme Reis <sup>19</sup>, nos países centrais, o desenvolvimento da avaliação qualitativa deu-se sob o impulso das corporações médicas na busca do controle das más práticas e do resguardo profissional, inicialmente, e após como forma de busca de racionalização dos gastos pela existência de seguro privado e/ou controle da sociedade. Conforme o autor, no Brasil, a forma de organização da corporação médica, a demora no desenvolvimento do seguro privado, o repasse de recursos públicos à iniciativa privada com tardio desenvolvimento de mecanismos de controle pela sociedade e as dificuldades do brasileiro

para com o efetivo exercício da cidadania, foram fatores que influenciaram, decisivamente, na qualidade dos serviços de saúde prestados.

Para Reis<sup>19</sup>, no Brasil, a inexistência de mecanismos sociais de controle do Estado e a desigualdade na distribuição da riqueza limitavam o papel do paciente como consumidor de serviços de saúde. Felizmente, desde então, muito temos avançado em termos de mecanismos sociais de controle do Estado, com a criação e o fortalecimento dos controles sociais, em que pesem os problemas de efetividade conforme fartamente observado nos Relatórios de Fiscalização do Programa de Sorteios da CGU. Além disso, a própria criação e o fortalecimento institucional da CGU, bem como o fortalecimento institucional da Polícia Federal e dos Ministérios Público Estadual e Federal, têm contribuído para mudanças no que tange ao exercício da cidadania em nosso País. Cabe aqui ressaltar, conforme depreende-se da leitura da página eletrônica da Controladoria-Geral da União: <http://www.cgu.gov.br/AreaPrevencaoCorrupcao/AreasAtuacao/ControleSocial.asp>, que o controle social deve ser entendido como a participação do cidadão (individualmente, ou reunido em conselhos ou associações civis) na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública, contribuindo para a verificação da regular utilização dos recursos públicos. O controle social poderá agir, assim, complementarmente aos controles exercidos pelos órgãos os órgãos de controle interno ou externo (supracitados) e que fiscalizam os recursos públicos. Somente deste modo, com a participação cidadã, existirão melhores condições de acompanhar a aplicação do dinheiro público, pois são estes que utilizam os serviços, conhecem de perto os eventuais problemas que acontecem no dia-a-dia e estão presentes em todos os pontos onde estão aplicados os recursos públicos, onipresença esta que jamais poderá ser exercida por estes órgãos de controle.

No Brasil, conforme Azevedo<sup>5</sup> seguiu-se a vertente de estudos americana, a partir da recomendação da avaliação dos profissionais e dos hospitais com base nos indicadores mais facilmente obteníveis, sendo a maioria de processo e alguns de resultados. Indicativos de produção e de produtividade, como por exemplo, cirurgias por sala, partos por leitos obstétricos e taxa de necrópsias, taxa de cesareanas, proporção de cirurgias suspensas. Conforme Halal<sup>37</sup> existiam poucos estudos no Brasil, em meados da década de 90, acerca da avaliação de serviços de saúde do ponto de vista dos pacientes. Esta realidade é, ainda, uma constante em nosso país. No entanto, cabe ressaltar que a pequena produção que em meados dos anos 90 restringia-se a avaliações quantitativas dos serviços de saúde, foi incrementada

com estudos que passaram a valorizar e a analisar, também, informações acerca da resolutividade e da satisfação dos pacientes.

### **6.6 Epidemiologia e Avaliação em Saúde**

Conforme Medronho<sup>38</sup>, independentemente da sofisticação ou da complexidade dos estudos epidemiológicos, assim como dos métodos empregados, as respostas produzidas pela ciência epidemiológica baseiam-se em algum tipo de medida de frequência com que os problemas de saúde ocorrem em populações humanas a partir de medidas de incidência e prevalência tais como mortalidade, letalidade, sobrevida, por exemplo. O interesse maior da epidemiologia repousa sobre taxas que expressem a variação do número de casos de uma doença por unidade de tempo e do risco de adoecimento de uma população, sendo que risco significa a probabilidade de um indivíduo adoecer durante um intervalo de tempo determinado.

A epidemiologia não era (e provavelmente, ainda não o seja) utilizada na amplitude que seu potencial permitia na avaliação dos programas de saúde pública. Conforme Castiel<sup>39</sup>, apesar de dispor de instrumental apropriado para aferir resultados e avaliar o impacto das medidas, tendo em vista que é possível, por exemplo, verificar se um programa de imunização está atingindo seus objetivos através do registro da diminuição da incidência da doença em questão, há casos que não se apresentam de forma a permitir este tipo de inferência. Com efeito, em muitas ocasiões não é possível estabelecer com clareza um nexo de causa e efeito entre os supostos resultados de um programa de saúde e a saúde de uma população.

Conforme Molinert et al apud Castiel<sup>39</sup>, para se poder usar a epidemiologia na avaliação de saúde, é necessário terem sido resolvidas as seguintes premissas:

- existência de um sistema nacional de saúde extenso e profundo;
- funcionamento de um grupo de programas de saúde;
- implementação de um sistema de vigilância, baseado na estrutura do sistema nacional de saúde;
- bons registros e notificação estatística de casos e outros dados necessários;
- vontade política para encarar e solucionar de forma resoluta os problemas de saúde.

Algumas restrições devem ser ressaltadas quando falamos de utilização da epidemiologia na avaliação de sistemas de saúde. É fato que a mensuração de qualquer fator relacionado à saúde está diretamente relacionada à sensibilidade dos instrumentos utilizados. Indicadores tradicionais (como mortalidade e morbidade) podem não servir para avaliar programas voltados para doenças crônico-degenerativas tendo em vista que o sucesso de um programa deste tipo pode ser o aumento da prevalência da doença em questão, devido ao prolongamento da sobrevivência do paciente.<sup>19</sup>

Goldberg et al apud Castiel<sup>39</sup> apontam que existe uma complexidade crescente na mensuração dos fenômenos vitais, sendo o óbito, o mais facilmente detectável; a doença, possuindo maiores dificuldades de diagnóstico e a quantificação da saúde, a mais complexa, uma vez que implica ter-se claro o que se entende por "saúde" para se poder medi-la.

Além disso, existem inúmeras outras variáveis que interferem nas condições sanitárias da população, que escapam ao sistema de saúde, tais como habitação, alimentação, vestuário e que possuem efeitos que não devem ser subestimados.<sup>39</sup> Portanto, é fato que não é fácil considerar o status de saúde como resultante da eficácia de um programa de saúde, devendo-se levar em conta muitas outras variáveis envolvidas no processo, a fim de evitar-se atribuir relação de causalidade entre programas ou serviços de saúde e efeitos sobre a saúde da população.

Neste diapasão, a partir da crítica e da indagação acerca da limitação dos métodos de avaliação quantitativa da epidemiologia tradicional surgiram as propostas que consolidam e embasam a denominada "epidemiologia social", deslocando a ênfase dos aspectos de medição ligadas a (tempo, lugar, pessoa) para uma ênfase no processo como um todo<sup>40</sup>.

Todavia, Castiel<sup>39</sup> já alertava que as propostas ensejadas pela denominada epidemiologia social não se mostravam tão facilmente operacionalizáveis. Resta, portanto, um vasto campo aberto para o desenvolvimento de ferramentas metodológicas e técnicas que contribuam para o desenvolvimento teórico do campo da epidemiologia e a avaliação de sistemas de saúde, tanto pela diversidade dos casos e fatores envolvidos, não abrangidos pela epidemiologia tradicional, quanto pelas dificuldades metodológicas enfrentadas pela epidemiologia social.

## 6.7 Avaliação e Controle, limitações e intersecções

O controle, conforme Ramos<sup>4</sup> pode ser conceituado como um processo ou mecanismo informativo e comprobatório dos planos e decisões formulados e tomados pela direção em seus diferentes níveis e também nos próprios cargos executivos. Logo, pressupõe a existência de um sistema adequado que forneça os dados necessários para julgar as realizações e as correções que a execução demande. O controle, portanto, constitui-se em processo indispensável em todas as fases dos trabalhos e em todos os níveis hierárquicos e funcionais, estando presente nas diferentes etapas, representando a ligação entre o planejado e o executado.

A avaliação originou-se do controle. De fato, para Fayol<sup>41</sup> controle corresponde a vigiar para que ações e operações efetuem-se de acordo com o planejado. Essa forma de conceber o controle que, infelizmente, ainda possui o apoio de muitos estudiosos, gestores e teóricos, direciona o controle para a necessidade de uma vigilância das atividades, prevendo erros e correções e até a aplicação de sanções, tratando-se, portanto, de uma concepção de controle baseada numa atitude negativa, conforme o clássico artigo de Ramos<sup>4</sup>. Ramos elenca diversos conceitos de autores (que aqui denominaremos de discípulos de Fayol) que ilustram esta forma de controle com sentido fiscalizador, definindo controle como “medição das ações dos subordinados”<sup>42</sup>, “corrente de ordens e instruções”<sup>43</sup>, “técnica de por em marcha planos, dando ordens e observando, inspecionando e registrando os progressos”<sup>44</sup>. Fazendo distinção entre avaliação e controle, ressalta que o controle pode ser exercido de forma direta, ou seja, “verificando se as atividades estão sendo executadas de acordo com o estabelecido nas normas e regulamentos da organização” e de forma indireta, ou seja, “aquele que é realizado no que se refere às atividades e aos resultados.” Para Ramos, a avaliação diz respeito ao controle indireto exercido através dos resultados. "

Ramos ressalta ainda que desde Follet<sup>45</sup> iniciou-se um movimento renovador dessas concepções de Fayol e de seus discípulos, concepções qualificadas pelo autor de contraproducentes pelo temor psicológico que despertavam no pessoal, carregando de sentido e temor, inclusive (e até mesmo) a própria palavra "controle". Com efeito, se um dos propósitos básicos do controle é fornecer a informação necessária à tomada de decisões estratégicas ou operativas, parece bastante lógico que esses dados sejam mais facilmente obtidos em um ambiente de cooperação em lugar de temor.

Para Ramos, o controle indireto através dos resultados medido em termos de produção, eficiência e efeito é o que constitui a avaliação, onde:

- Produção - ou seja, a quantidade de trabalho realizado (nº de vacinações; nº de consultas médicas etc);

- Eficiência - que pode ser avaliada através de medidas como cobertura, custo, rendimento, concentração, grau de utilização;

- Efeito - considerado em relação ao impacto proporcionado pela ação de saúde específica (ex.aspersão de inseticidas para o controle de mosquitos transmissores do dengue).

Conforme Castiel<sup>39</sup>, a partir desta abordagem é possível visualizar que a participação da epidemiologia no processo de avaliação ocorre essencialmente no que diz respeito à verificação do "efeito" das ações de saúde. No entanto, Castiel alerta-nos acerca de um problema que se faz notar ao ler-se a literatura sobre avaliação e que persiste nos tempos atuais: a confusão entre os termos e conceitos empregados. Com efeito, não existe homogeneidade na utilização do vocabulário nesta área. Persiste, vinte anos depois da publicação do artigo de Castiel, o exemplo notório utilizado por ele, qual seja a difusa distinção entre "eficácia", "efetividade" e "eficiência", demonstrando as dificuldades passíveis de serem encontradas ao se deparar com o problema da avaliação dos serviços de saúde. Conforme Gremy<sup>46</sup> a confusão do vocabulário reflete a diversidade dos pontos de vista de todos aqueles que se sentem ligados com a avaliação dos sistemas de saúde: epidemiologistas; administradores; economistas; médicos, enfermeiros, técnicos; o paciente individual; a população.

Silva e Formigli<sup>14</sup>, tratando do tema da avaliação em saúde, reforçam este aspecto quando referem que o primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. As autoras recomendam um esforço coletivo de gestores e pesquisadores da área para equacionar os problemas referentes à diversidade terminológica, bem como às inadequações e insuficiências metodológicas, problemas que indicariam, não só desenvolvimento teórico insuficiente do campo, como também a ausência de "acordos de grupo" visando a uma uniformização conceitual.

No mesmo artigo Silva e Formigli<sup>14</sup> nos ensinam que a avaliação da disponibilidade e da distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade) é

um pré-requisito para a avaliação dos demais atributos, tendo em vista que, para se discutir qualidade, impacto e satisfação, é preciso que as ações de saúde sejam preliminarmente oferecidas à população usuária. Esta verificação possui um valor social relevante, na medida em que “avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de equidade no acesso ao mesmo, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde.” Já quando falamos em satisfação do usuário, entramos num aspecto referente à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer de relações interpessoais, relacionar-se com aspectos da infraestrutura material dos serviços ou ainda com as representações do usuário acerca do processo saúde-doença.

É fato que a Avaliação de Serviços de Saúde apresenta inúmeras dificuldades. No entanto, em que pese sua complexidade, suas dificuldades conceituais e sua diversidade metodológica, é um instrumento fundamental para a construção de um sistema de saúde efetivo e eficaz. A avaliação é também fundamental para a manutenção deste sistema com um grau de economicidade e de custo-efetividade que não onere excessivamente aos contribuintes (sistema público) ou financiadores (no caso dos sistemas privados).

Como nos ensina Castiel<sup>39</sup>: “É fundamental que as instituições do Sistema de Saúde considerem a avaliação como um elemento essencial no planejamento de ações de saúde e, mais importante, que proporcionem condições para a sua efetiva realização. Somente assim poderemos ter programas de saúde que correspondam, de fato, às necessidades em saúde dos grupos para os quais tais programas são dirigidos.”

## **6.8 A Abordagem de Donabedian**

Indubitavelmente, ao falarmos em “avaliação dos serviços de saúde” temos como referência mais acatada e citada no meio acadêmico, especialmente no Brasil e na América do Norte, o delineamento estabelecido por Donabedian<sup>47, 48</sup>.

Donabedian<sup>49</sup> ressalta que a avaliação somente poderá ser conduzida dentro de critérios, padrões e normas preestabelecidas, em face da variabilidade das práticas de saúde. Dentre suas muitas e importantes contribuições para a área de avaliação em saúde, elaborou um sistema avaliativo lastreado em 3 classificações essenciais.<sup>47,48</sup>

a) a estrutura, que dá conta dos recursos físicos e materiais na ação, programa ou unidade avaliada;

b) o processo, que se refere ao desenvolvimento das operações/atividades no âmbito da ação, programa ou unidade avaliada;

c) e o resultado, que está relacionado aos efeitos buscados pela ação, pelo programa ou unidade de saúde, correspondendo às conseqüências da atividade do estabelecimento de saúde ou dos profissionais para a saúde dos indivíduos ou das populações<sup>49</sup>.

Donabedian discute a importância do contexto na definição da qualidade do cuidado e considera quatro níveis de organização do cuidado médico: a) o profissional individual; b) vários profissionais; c) uma equipe de profissionais; d) um plano, uma instituição e um sistema. Dependendo do nível de organização da realidade avaliada, mudam os problemas metodológicos e teóricos a serem enfrentados<sup>49</sup>. Além disso, Donabedian nos lembra que toda metodologia envolve componentes subjetivos, sendo fato que, determinada metodologia desenvolvida para avaliação da atividade médica em um hospital de determinada complexidade, não deve ser utilizada para avaliar o desempenho, por exemplo, de práticas alternativas para a saúde<sup>5</sup>.

A avaliação em saúde, portanto, é uma área de estudos, com elevado grau de complexidade e de heterogeneidade, em constante processo de produção de conhecimentos e que vem consolidando-se, principalmente, a partir dos estudos de Donabedian<sup>47,50</sup> publicados a partir do final da década de 60 do século passado, nos Estados Unidos. Conforme inúmeros estudos e artigos publicados na área de saúde<sup>2,19,47</sup>, os textos e trabalhos do Prof. Avedis Donabedian representam referência fundamental na área de avaliação em saúde.

Em seus ensinamentos e discussões acerca de cada um dos 3 componentes, Donabedian<sup>52,53</sup> transmite que ao avaliarmos a estrutura, estamos avaliando as características e a qualificação dos recursos humanos empregados na atenção à saúde; a área física onde se encontra instalada a unidade avaliada, logo, também a área e os recursos físicos empregados para a execução de um programa avaliado; os recursos financeiros e os equipamentos disponíveis para a execução da ação, programa ou da unidade avaliada, além de todo o aparato normativo e administrativo envolvido. Segundo Donabedian, a característica destes recursos influencia na qualidade da atenção à saúde prestada. Donabedian destaca que a estrutura, é extremamente importante para o desenvolvimento dos processos,



conseqüentemente dos resultados, uma vez que vários aspectos estruturais influenciam o processo, e até o controle do processo é uma das partes da estrutura<sup>52</sup>.

É fato, no entanto, que por ter realizado seus estudos em sistemas de saúde de países desenvolvidos. Donabedian abordou a questão da estrutura, com uma importância diversa da realidade que encontramos em países como o Brasil. Conforme Azevedo<sup>5</sup>, a análise de estrutura que se constitui na ênfase dos sistemas brasileiros de classificação e análise de hospitais, foi sempre tratada com relativa superficialidade pelos autores americanos, desde os critérios da JCHA até os trabalhos de Donabedian e outros autores que tratam do problema da avaliação dos serviços. De fato, Donabedian<sup>24,49,54</sup> considera a estrutura útil no sentido de que uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados. Azevedo<sup>5</sup> interpreta, em que pese a existência de trabalho anterior a Donabedian em que o aspecto da estrutura era um pouco mais valorizada<sup>55</sup>, que a pouca consideração da estrutura, na avaliação de serviços em países industrializados, deve-se ao fato de que nestes, desde seus primórdios, os estabelecimentos de saúde apresentaram níveis de qualidade de planta física, recursos humanos e de equipamentos, bastante razoáveis.

No que tange à avaliação de processos, Donabedian ensina-nos que estes descrevem as atividades do serviço de atenção médica, ou da operacionalização de um programa/ação de saúde, para adequar-se ao presente projeto. A ênfase dos estudos de Donabedian, bem como os primórdios dos estudos de avaliação em saúde, está vinculada às análises e avaliações da atenção médica nos problemas de saúde, mas seus estudos foram expandindo-se (bem como sendo expandidos por diversos estudiosos no mundo todo), portanto, a avaliação dos processos está relacionada aos procedimentos operacionais e normativos empregados pelos gestores e profissionais de saúde na execução das ações ligadas à saúde. Donabedian lembra ainda que a metodologia de avaliação de processos se divide em observação prática direta da práxis em saúde, bem como em estudos baseados nos registros efetuados pelos profissionais de saúde. Donabedian considera o componente processual como o melhor acesso para a avaliação da qualidade do cuidado<sup>52</sup>.

Quanto aos resultados Donabedian, inicialmente, considera como as mudanças no estado de saúde dos pacientes que possam ser relacionadas causalmente aos cuidados efetivados<sup>48</sup>. Mais tarde, em artigo de 1992, Donabedian acrescentaria que poderiam ser considerados como resultados outras mudanças além daquelas relacionadas ao estado de saúde, tais como a satisfação do usuário e as alterações de hábitos e de conhecimentos, que

também pudessem ser atribuídas aos cuidados prestados<sup>53</sup>. Para Donabedian, o estado de saúde de um indivíduo ou de uma determinada população é resultante da presença ou ausência de diversas relações interativas com os profissionais e os serviços de saúde. Portanto, é a mensuração do atingimento de resultados o que há de mais aproximado ao que denominamos de avaliação da atenção em saúde, uma vez que os resultados refletem os efeitos de toda a cadeia, servindo como uma espécie de avaliação indireta da estrutura e também do processo<sup>53</sup>.

Por fim, cabe destacar que Donabedian considera que os 3 componentes vistos de forma isolada, apresentam peculiaridades, problemas e incompletudes, defendendo a tese de que a melhor maneira de avaliar a qualidade é uma abordagem que consiga incluir, de forma significativa e representativa, os 3 componentes<sup>53</sup>.

### **6.9 Outras Abordagens**

A abordagem de Donabedian enfoca a qualidade como aspecto central. O autor, reconhecendo os problemas atinentes à complexidade do termo e à natureza da concepção de qualidade, bem como a importância do contexto no estudo da qualidade, elaborou sua própria definição e construiu toda uma teoria acerca da avaliação alicerçada neste atributo. Conforme Silva e Formigli<sup>14</sup>, outros autores propuseram variações ou agregaram outros componentes à tríade original (estrutura, processo, resultados) de Donabedian, elegendo um ou mais aspectos adicionais como objeto de análise, tais como: os “sistemas de cuidado ambulatorial” e a inclusão da acessibilidade, a continuidade do cuidado e o componente psicossocial como elementos do processo<sup>56</sup>; variações relacionadas com o objeto da avaliação<sup>57</sup>; cruzamento dos atributos de eficácia, eficiência e aceitabilidade com a matriz de processo e resultados (uma vez que a estrutura é considerada como parte do processo)<sup>58</sup>.

Além destas abordagens mais fortemente influenciadas por Donabedian, o campo de estudos da avaliação contempla muitas outras, em face das inúmeras críticas dirigidas às limitações inerentes ao arcabouço teórico de Donabedian, bem como às pesquisas avaliativas balizadas por resultados<sup>59</sup>. Existem autores que, por exemplo, defendem uma abordagem metodológica com estudos de caso com múltiplos níveis de análise<sup>60</sup>; estudos que defendem as vantagens das avaliações baseadas em modelo teórico<sup>59, 61, 62</sup>, estudos que defendem a avaliação sistemática dos achados de pesquisa, constituindo-se como evidências (best practices)<sup>63</sup>, etc.

### 6.10 A Descentralização pela Municipalização

Em que pese o fato de que desde 1960, a partir da III Conferência Nacional de Saúde, a descentralização das ações de saúde vem sendo um dos componentes relevantes para a gestão dos serviços de saúde<sup>64</sup>; foi somente a partir da incorporação do processo de descentralização, como diretriz para a organização do SUS, na Constituição de 1988, que houve o deslocamento da ênfase das políticas públicas de saúde no Brasil em direção à municipalização das ações e serviços de saúde. A incorporação oficial do processo de descentralização, apesar da promulgação da constituição em 1988, deu-se somente a partir da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992<sup>65</sup>.

Conforme Bodstein<sup>66</sup>, portanto, foi a década de 1990 que ficou marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Inicialmente, sob o rótulo de municipalização, a maioria das situações de descentralização ocorria reproduzindo o modelo assistencial dominante à época, qual seja o da compra de serviços<sup>67</sup>. A esfera municipal passa, a partir de um lento e gradual processo de reestruturação, a ter maior participação e responsabilidade na gestão da rede de serviços de saúde no país. Costa & Pinto<sup>68</sup>, apontam que a década de 1990 teve como característica a fragmentação municipal, ou seja, o crescimento do número de novos municípios instalados em todas as regiões do país, em aproximadamente 1.000, entre 1992 e 1999. Houve um maior crescimento dos municípios com até 5 mil habitantes que apresentaram incremento de 73%, enquanto os municípios entre 5 e 10 mil habitantes ampliaram-se em 28%. Já os municípios na faixa de 10 a 20 mil habitantes cresceram 12% e os acima de 20 mil habitantes tiveram um crescimento mais moderado de apenas 2,6% entre os 1992 e 1999.

Este processo de descentralização intensifica-se, a partir de 1996, com deliberação legal do governo federal a favor da municipalização, com a publicação das medidas contidas na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96) e que incentivou os municípios a assumirem a gestão dos serviços locais de saúde e uma posição de maior responsabilidade na gestão da rede. É assim, dentro de um processo complexo de negociação, que a maioria dos municípios brasileiros foi assumindo a partir de 1998 (ano da implantação efetiva das medidas da NOB/96) a implementação da agenda setorial de atenção básica da saúde. Para Bodstein, estes municípios compõem um cenário fragmentado e de grande diversidade, tendo em vista as imensas desigualdades sociais, regionais e intra-regionais da realidade brasileira.

Ainda conforme Bodstein<sup>66</sup>, em seu artigo publicado em 2002, as análises do processo de implementação da descentralização da saúde evidenciavam o despreparo da esfera municipal e a precariedade da sua estrutura técnico-administrativa voltada para a prestação de serviços de saúde. Bodstein aponta que não foram raros os exemplos em que a própria montagem dessa estrutura coincidiu com o momento em que o município assumia a gestão da rede de serviços, passando a receber diretamente os recursos federais. Resta claro, portanto, que a municipalização dos gastos com a saúde, consolidada no final da década de 90, foi possível a partir de um enorme envolvimento e esforço dos municípios na gestão da rede de serviços de saúde e na melhoria das condições de saúde.

Costa & Pinto<sup>68</sup>, que publicaram artigo analisando o processo de descentralização do Piso de Atenção Básica no mesmo ano de 2002, apontaram duas análises vigentes à época: uma de caráter mais pessimista e que assinalava o conjunto de riscos associados ao processo de descentralização, tais como a baixa capacidade de gestão dos municípios na área de saúde; o uso das transferências SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde; a “atomização” e a “pulverização” dos serviços de saúde decorrente da tendência de os municípios procurarem ter seu próprio hospital ou serviços; a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala ou pela utilização de sistema de referência apropriado<sup>69</sup>. Por outro lado, análise otimista, como as de Vianna & Piola<sup>70</sup> sugeriam que um dos efeitos relevantes introduzidos pelos incentivos à maior autonomia decisória do gestor municipal no setor saúde brasileiro seria a ampliação da responsabilidade da instância local em relação aos recursos federais que lhes são transferidos.

Silva<sup>3</sup> chama atenção para a autonomia relativa dos municípios, tendo em vista que embora o município passe a assumir autonomia em relação a determinadas funções, esta é relativa, diante da necessidade de articulação nacional das diversas instituições municipais e estaduais num sistema único de saúde conforme proposto na Constituição Federal. Silva lembra que essa necessidade não é meramente formal, mas sim tendo em vista a existência de problemas de saúde comuns a diversos municípios e estados onde a adoção de estratégias de controle coordenadas pode potencializar seus efeitos, bem como potencializar a racionalização do apoio técnico e institucional. Silva aponta, ainda que, a manutenção de sistemas de informação, tanto de mortalidade quanto de morbidade nacional, é pré-requisito para o acompanhamento e a avaliação das experiências municipais a partir de critérios e padrões que permitam comparações na medida do possível.

Este processo de descentralização e de municipalização do SUS é, portanto, um processo dinâmico e complexo, que segue em movimento constante de retroalimentação, de consolidação e de mutação constantes. A avaliação deste enfrenta, portanto, inúmeras dificuldades, tanto em termos metodológicos advindas das inúmeras variáveis que participam deste processo, contextuais, explicativas, mais ligadas ao aspecto político, como aquelas referentes à administração e a operacionalização dos serviços. Um dos aspectos desta complexidade apontados por Bodstein<sup>66</sup> (e com o qual é fácil concordar) é o fato de que os princípios do SUS devem ser traduzidos em categorias mais operativas, buscando se definir variáveis que traduzam avanços no sentido da garantia da universalidade e da integralidade dos serviços, já que indicadores clássicos raramente dão conta de mudanças contextuais mais amplas. Bodstein lembra ainda que é exigida uma enorme criatividade dos pesquisadores na definição de indicadores acerca do funcionamento da rede, da gestão pelos gestores locais acerca dos recursos federais ou estaduais, da expansão ou melhoria dos serviços, por exemplo, colaborando com a melhoria do acesso e a consolidação do modelo assistencial de atenção básica.

### **6.11 Fatores em estudo**

O Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M) é um indicador do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>71</sup>. O PNUD é uma rede global de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU) presente em 166 países e que tem como objetivo central o combate à pobreza, estando presente no Brasil há mais de 40 anos.

Em 1990, o PNUD introduziu em todo o mundo o conceito de desenvolvimento humano sustentável, que promove a adoção de políticas públicas que consideram as pessoas – e não a acumulação de riquezas – como propósito do desenvolvimento. Para aferir o grau de desenvolvimento humano sustentável de uma sociedade, o PNUD utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano criado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 1998.

O conceito de desenvolvimento humano sustentável se firmou no Brasil em 1996, quando foi produzido o primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano nacional. Em

1998, o PNUD lançou o primeiro “Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil”, banco de dados eletrônico com informações sócio-econômicas sobre os 5.507 municípios do país, os 26 Estados e o Distrito Federal, elaborado em parceria com a Fundação IBGE, a Fundação João Pinheiro e o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Este conceito encontra-se, hoje, consolidado, sendo o IDH largamente empregado para estabelecer prioridades nas políticas públicas, para calcular repasses a estados e municípios na destinação orçamentária, tendo sido inclusive, incorporado como índice base para repasses orçamentários na Lei de Diretrizes Orçamentárias Brasileira.

O IDH foi criado para oferecer um contraponto ao indicador do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, indicador também amplamente utilizado, mas que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH além de computar o PIB per capita, corrige-o pelo poder de compra da moeda de cada país, levando em conta, também dois outros componentes: a longevidade (utilizando a expectativa de vida ao nascer) e a educação (avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino). Estas 3 dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um, onde 0 (nenhum desenvolvimento humano) e 1 (desenvolvimento humano total), sendo que IDH até 0,499 é considerado desenvolvimento humano baixo; índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e IDH maior que 0,800 representa um desenvolvimento humano alto.

Os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDH-M), apesar de possuírem as mesmas 3 dimensões, são um pouco diferentes:

- Para a dimensão educação, o cálculo do IDH municipal considera dois indicadores, com pesos diferentes: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (peso dois) e a taxa bruta de frequência à escola (peso um).

- Para a dimensão longevidade, o IDH municipal considera o mesmo indicador do IDH de países, ou seja, a expectativa de vida ao nascer.

- Para a avaliação da dimensão renda, o critério usado é a renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente no município.

Conforme Nota Técnica do Ministério da Saúde<sup>72</sup>, mortalidade infantil é o termo utilizado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período, sendo, o indicador utilizado para a sua mensuração, a taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos, em determinado local e período. Este indicador estima o risco de um

nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida e é um dos principais indicadores de saúde pública, sendo 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 e como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil. É utilizado, principalmente, para analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais, bem como para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção a saúde da criança e da gestante. Cabe ainda, ressaltar as limitações do indicador quais sejam o sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascido vivo e erros na informação da idade da criança na declaração de óbito.

Outro indicador de saúde que será utilizado é a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, indicador que reflete 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 (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), sendo apresentado em forma de percentual. Outro fato importante e que justifica a utilização deste indicador é que para a geração da informação é utilizada a procedência da mãe (o município de residência) e não o local de ocorrência do nascimento.

Este indicador mede, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos, sendo que a ocorrência de baixo peso ao nascer representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil. O uso do indicador contribui para orientar iniciativas de intervenção em saúde e para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações em saúde. Ainda, conforme a referida Nota Técnica do MS, algumas limitações são a inadequada padronização de procedimentos tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado), afetando a qualidade da informação e o fato de que a mensuração estar ente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.

## 6.12 Metodologias Quantitativas e Qualitativas, algumas considerações

Conforme Mynayo<sup>73,74</sup>, uma pesquisa nasce da inserção no real e busca uma aproximação desta realidade dinâmica, sendo, o método, a forma de abordagem desta realidade a partir das indagações do pesquisador. O labor científico, dinâmico como a realidade em que pretende atuar, elabora marcos teórico-metodológicos a fim de obter resultados, investigar, ratificar, e fazer novas indagações. Consoante Pereira<sup>75</sup>, no intuito de melhor conhecer a saúde de uma população, os fatores que a determinam, a evolução do processo da doença e o impacto das ações propostas, a fim de alterar o seu curso, os homens desenvolveram numerosas maneiras de abordagens e de investigação.

O estudo de casos costuma ser a primeira abordagem de um tema, sendo usado para avaliação de problemas ainda mal conhecidos e cujas características ou variações naturais ainda não foram convenientemente detalhadas. Esta forma de abordagem e as pesquisas qualitativas, de maneira geral, são usadas em combinação com as quantitativas de cunho epidemiológico, para compor um quadro mais completo da situação, constituindo-se em um verdadeiro inventário com enfoque qualitativo e exploratório.

Como uma das limitações em relação ao estudo de caso Pereira<sup>75</sup> (1995) cita o número pequeno de indivíduos incluídos para observação, apontando para prudência na interpretação dos resultados, pois considera que há também certa dose de subjetividade na apreciação dos resultados. Esta pequena observação traz à tona, uma importante questão no meio acadêmico científico, qual seja, a do problema epistemológico acerca da subjetividade e da objetividade, questão filosófica, mas essencial na problemática científica e que merece atenção como divisor de águas que norteia o nosso conhecimento científico até os dias de hoje.

O problema epistemológico da objetividade e da subjetividade, tão bem caracterizado a partir das obras (Tratado da Natureza Humana de Hume e a Crítica da Razão Pura de Kant, no século XVIII, persiste até hoje no meio acadêmico. Este problema vem dividindo os campos de saber e, principalmente, as formas de abordagens do saber por parte dos pesquisadores, em métodos quantitativos e qualitativos, dando margem a acusações quanto ao reducionismo dos primeiros e ao interpretativismo dos segundos. Conforme Huissmann<sup>76</sup> o projeto de construção de uma ciência do homem de Hume implica entrar na natureza humana para criar um sistema completo das ciências, sendo que esta entrada na



natureza humana por Hume se faz de uma forma magistral que permanece ainda atual. Hume ultrapassou o empirismo absurdo e dogmático dos seus antecessores e, negando a existência de tudo além das nossas percepções reais, colocou em ruínas o racionalismo cartesiano, a ciência, a metafísica e a própria filosofia. Ainda conforme Huissmann<sup>76</sup>, Kant nos diz que a *Crítica da Razão Pura* é um tratado do método que inaugura a epistemologia. Com efeito, em Descartes e seus sucessores, ciência e filosofia estão em estado de osmose. Kant em 1781 faz da filosofia uma reflexão sobre a ciência e em toda sua carreira verá na filosofia um movimento reflexivo sobre suas obras mais diversas, um estudo sobre a base do próprio conhecimento. Kant tentando refutar Hume, naquilo que não concordava, ou seja, de que todo conhecimento seria derivado da experiência, inverteu a afirmação de Hume, defendendo que toda a experiência deve corresponder ao conhecimento. Desta maneira, Kant, conseguiu na maturidade, conciliando suas influências e leituras diversas, com a edição de sua obra aos 57 anos, centrando-se no sujeito em lugar da experiência e desenvolvendo a idéia de “categorias de entendimento”, estabelecer as premissas que reconstruíram muitas das ruínas a que havia sido levada à filosofia com o pensamento de Hume, permitindo a retomada do racionalismo científico, iniciado com a introdução do cogito cartesiano por meio da obra de René Descartes e que permitiu os inúmeros avanços da ciência, tais como os observados na área da saúde, por exemplo.

Parece-nos importante, portanto, lembrar da posição de Hume a fim de ressaltar o fato de que uma investigação científica pode utilizar uma combinação de abordagens quantitativa e qualitativa. Com efeito, este tipo de abordagem, seja na coleta dos dados, ou somente na interpretação dos seus resultados (como se pretende aqui realizar), ao que tudo indica, pode preencher este “vazio interpretativo”<sup>74</sup> derivado das posições e abordagens inconciliáveis comumente adotadas. No presente, projeto, em que pese o método quantitativo de coleta dos dados, pretende-se, não fechar as portas à abordagem qualitativa na interpretação e análise dos resultados obtidos, pois entende-se que esta combinação de abordagens é o método que parece possuir uma maior capacidade de reconhecimento e de captação da realidade e da dinâmica social, tendo em vista a complexidade da questão envolvida no presente projeto, qual seja a o controle e a avaliação em saúde.

**7. CRONOGRAMA**

---

Ação	Ago/2010	Set/2010	Out/2010	Nov/2010	Dez/2010
Revisão Bibliográfica	X				
Qualificação		X			
Coleta de dados		X			
Análise dos Dados			X		
Discussão dos Resultados			X		
Redação final da Dissertação e do Artigo				X	
Defesa da dissertação					X

---

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et al. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, n. 2, pp. 355-370.
2. ROCHA, P.M. et al. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s69-s78.
3. SILVA, L.M.V. da. **Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 1999, v. 4, n. 2, pp. 331-339.
4. RAMOS, R.. **O problema da avaliação em Saúde Pública.** Rev. Saúde Pública [online]. 1974, vol.8, n.3, pp. 305-314.
5. AZEVEDO, A.C. **Avaliação de desempenho de serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública [online]. 1991, v. 25, n. 1, pp. 64-71
6. CARVALHO, G.C.M. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde - 1988-2001 [Tese de Doutorado].** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
7. **Relatório de Gestão do Fundo Nacional da Saúde – 2007, disponível em:** <http://www.fns.saude.gov.br/Documentos/RelGestao/RelatoriodeGestao2007FNS.pdf>
8. Informações extraídas e adaptadas da página eletrônica do IBGE, disponíveis em: <http://www.ibge.gov.br>
9. Informações extraídas e adaptadas da página eletrônica da CGU: <http://www.cgu.gov.br>.
10. MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: Editora IPEA, 1993
11. AZEVEDO, Creuza da S. **Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus.** Cad. Saúde Pública [online]. 1992, vol.8, n.2, pp. 129-133.
12. MATUS, C. **Planificação, liberdade e conflito.** São Paulo, ILDES, s.d.
13. MATUS, C. **Adeus Senhor Presidente.** São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.
14. SILVA, L.M.V. and FORMIGLI, V. L. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe — **Methods of evaluating public health programmes: report on a symposium,** Kiel, 1967. Copenhagen, 1968. (WHO/EURO-0375).

16. RAMIREZ, D. A. **Discusiones técnicas sobre las bases y métodos de evaluación de los programas de salud.** Bol. Ofic. sanit. Panamer., 43:549-52, 1957.
17. FERNÁNDEZ, V. A. & BIOCCA, S. M. **Evaluación en salud pública.** Rev. **Salud públ.**, Buenos Aires, 9/10:31-41, 1966/67.
18. SCALLY, G. et al. **Quality assurance: new wine in old bottles.** Publ. Hlth, 102: 581-4, 1988.
19. REIS, E.J.F.B. dos et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública [online]. 1990, v. 6, n. 1, pp. 50-61.
20. GONZALES, L. **La Calidad de la Atención Médica: Crisus de Los Métodos Evolutivos.** Acta Med. Col. 9(2): 60-4, 1984.
21. PEREZ ARIAS, Elsa B.; FELLER, Jorge J. **El Control de los Sistemas de Atención Médica Conceptualización y Mecánica Operativa.** Medicina y Sociedade 6(6): 239-246, 1983.
22. POWER E.J., TUNIS S.R., Wagner J.L. **Technology assessment and public health.** Ann Rev Public Health 15, 1994, 561-579.
23. HARTZ Z.A., CHAMPAGNE F, CONTANDRIOUPOULOS A.P., LEAL M.D. **Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil,** In. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.* Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997, 89-131.
24. DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1), 1980.
25. BANTA, H.D., LUCE, B.R. **Health Care Technology and its Assessment.** Oxford University Press, London, 1993.
26. HILL, A. B. **The Clinical Trial,** N. Eng. J. Med. 247:113, 1952.
27. HAMMOND, I. **Brushing up on performance indicators.** Hlth Serv. J., 97:676, 1987.
28. SANDERSON, H.F. **Performance indicators.** Brit. J. Hosp. Med., 37:245, 248, 250-1, 1987.
29. MILLS, I. **Outcome measures: getting there.** Hlth Serv. J., 97: 822, 1987.
30. TALBOT, P. **New look at examining output.** Hlth Serv. J., 96:1231, 1986.
31. LEE, R.I., JONES, L.W. **The Fundamentals of Good Medical Care** (Comitee on the Costs on Medical Care, nº 22), Chicago, University of Chicago Press, 1933.

32. FLEXNER, A. **Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching.** Merrymount Press, New York, 1940.
33. PORTERFIELD, John D. **Evaluation of Patients: Codman Revisited.** Bull. N. Y. Acad. Med. 52 (1): 30-8, 1976."
34. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS. **Accreditation manual for hospitals.** Chicago, 1970."
35. DONABEDIAN, A.; WHEELER, H.R.C; WYSZEWIANSKI, L. **Quality, Cost, and Health: An Integrative Model.** Med. Care 20(10): 1975-92, 1982.
36. CASSIDY, J. **Assessing the quality of health care services.** Hlth Progr., 68 (5):28,30-1,1987.
37. HALAL, Iná S. et al. **Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública [online]. 1994, vol.28, n.2, pp. 131-136.
38. MEDRONHO, R. **Epidemiologia,** Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2003.
39. CASTIEL, L.D. **Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 1986, vol.2, n.2, pp. 184-190.
40. CARVALHEIRO, J.R. **Perspectivas de la investigación epidemiológica aplicada a la evaluación de la salud.** In: SEMINÁRIO SOBRE USOS Y PERSPECTIVAS DE LA EPIDEMIOLOGIA. Buenos Ayres 7-10 nov. 1983. Washington, OPS, 1984. (Publ. PNSP, 84-47).
41. FAYOL, H. **Administración industrial y general.** Buenos Aires, Ed. Ateneo, 1956.
42. KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. **Princípios de administração.** São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1962. 2 v.
43. SCHELL, E. **H.Técnica del control ejecutivo.** México, Fondo de Cultura Económica, 1958.
44. ALFORD, L. P. et al. **Manual de la producción.** México, Editorial Uteha, 1935.
45. FOLLETT, M. P. **Dynamic administration.** London, Isaac Pitman, 1952.
46. GREMY, F. **Evaluation of medical action and of action in public health.** Eff. Health Care; 1 (1): 11-23, 1983.

47. DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fd. Quart. 44:166-206, 1966.
48. DONABEDIAN, A. **Quality assurance in our health care system.** Qual. Assur. Utiliz. Rev., 1(1): 6-12,1986
49. DONABEDIAN, A. **The criteria and standards of quality.** Ann Arbor, Mich. Health Administration Press, (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2),1982.
50. DONABEDIAN, A. **The evaluation of medical programs** Bull. N-Y-Acad-med.44(2), pp. 117-24, 1968.
51. SCHRAIBER, L.B. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, v. 4, n. 2, pp. 221-242. ISSN 1413-8123.
52. DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome.** In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
53. DONABEDIAN, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance.** Quality Review Bulletin, 18: 356-360, 1992.
54. DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis.** Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 3), 1985.
55. BROWN, R.E., & JOHNSON, R.L. **Hospitals visualized: a text for use with field trips in teaching hospital administration** Chicago, American College of Hospital Administration, 1957.
56. FREEBORN, D. K. & GREENLICK, M. R., 1973. **Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities.** Medical Care, 11 (supplement): 68-75.
57. BLUM, H. L., 1974. **Evaluating health care.** Medical Care, 12: 999-1011.
58. DOLL, R., 1974. **Surveillance and monitoring.** International Journal of Epidemiology, 3:305-314.
59. Denis JL, Champagne F. **Análise da implantação.** In ZMA Hartz Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997, p. 49-88.
60. Yin RK 1989. **Case Study Research: Design and Methods.** Sage, Newbury

Park, CA.

61. Mercer SL, Goel V 1994. **Program evaluation in the absence of goals: a comprehensive approach to the evaluation-based breast screening program.** The Canadian Journal of Program Evaluation 9: 97-112.

62. MONTAGUE S 1997. **Les évaluateurs et la mesure du rendement: Mettre le modèle logique à disposition du gestionnaire.** Bulletin de la Société Canadienne d'Évaluation 17(2): 1-2.

63. PATTON, Michael Q., **Utilization-Focused Evaluation**, London, Sage Publications, 1997.

64. NASCIMENTO, A. **Municipalização: trinta anos de experiência e frustração.** RADIS, Tema 12: 03-06, Rio de Janeiro, ENSP, 1991.

65. MINISTERIO DA SAUDE. **Cadernos da Nona: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento.** Brasília-DF, 1998.

66. BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 401-412.

67. PAIM, J. S.. **A reorganização das práticas em Distritos Sanitários.** In: Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, org.), pp. 187-220, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

68. COSTA, Nilson do Rosário and PINTO, Luiz Felipe. **Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.4, pp. 907-923.

69. WORLD BANK 1998. **Brazil – fiscal adjustment and social spending. The case of education and health in four Brazilian states.** Washington, Estados Unidos.

70. VIANNA S.M. & PIOLA S.F. **Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil.** Texto produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal. Cepal/Ipea. 1999.

71. PNUD, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano do Brasil.** PNUD; 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>

72. MINISTERIO DA SAUDE; SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE e DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica,** 2003. Diário Oficial da União, 17/04/2003, pg. 52, Seção 1.

73. MYNAYO, Maria C.S.(org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

74. MYNAYO, Maria C.S., O desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa em Saúde, Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2006.

75. PEREIRA, M. G. Epidemiologia. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1995.

76. HUISMAN, Denis; Dicionário dos filósofos, São Paulo, Martins Fontes, 2001.



## **II) RELATÓRIO DE PESQUISA**

### **1. Introdução**

Conforme Mynayo<sup>1,2</sup> uma pesquisa nasce da inserção no real e busca uma aproximação desta realidade dinâmica, sendo o método, a forma de abordagem desta realidade a partir das indagações do pesquisador. A investigação científica dinâmica tal como a realidade em que pretende atuar, elabora marcos teórico-metodológicos para conseguir resultados, investiga, ratifica, e faz novas indagações.

O Relatório de Campo é o instrumento pelo qual o pesquisador busca transmitir e relatar a forma como foi realizada sua pesquisa, buscando transmitir e comunicar as dificuldades enfrentadas e as decisões tomadas frente às inúmeras possibilidades de representação do real durante a realização da pesquisa.

### **2. Escolha do Tema**

No trabalho cotidiano na avaliação da aplicação dos recursos públicos federais, infelizmente, deparamo-nos com injustiças sociais perpetradas por erros administrativo-gerenciais, pelo afastamento do interesse público, por desvios éticos, por problemas de definição estratégico-operacional, etc.

A melhoria do serviço público passa, indubitavelmente, pela melhoria dos seus quadros técnicos, pela aproximação com o estudo acadêmico-científico e pelo fortalecimento das carreiras de Estado. Este processo inicia com a análise de questões, por exemplo, de como se configuram as relações de poder que configuram o estado/sociedade e o relacionamento servidores/instituições públicas. Faz-se necessário também a apresentação de propostas que possam fazer frente às deficiências apresentadas pelo modelo de estado atual e fomentar a reestruturação ou o aperfeiçoamento das instituições públicas e de seus processos.

O pesquisador, servidor público integrante da instituição de Controle do Governo, teve oportunidade de participar desde o projeto piloto do Programa de Fiscalização de Municípios por Sorteio Público, quando foram sorteados apenas 5 municípios em todo o Brasil. Nesta fase, foram realizados testes e sugestões para o regular e sistemático

funcionamento do Programa de Fiscalização de Municípios a partir de Sorteios Públicos. Desde então, o pesquisador vem acompanhando a crescente produção de dados oriunda de um enorme esforço institucional da CGU.

No entanto, o pesquisador entendia haver subutilização desta excelente massa de dados, desta excelente fotografia do real em nosso país, fotografia esta tirada por inúmeros auditores nos mais diversos locais. Indubitavelmente, havia ali espaço para contribuir para o crescimento e a avaliação dos Programas Sociais e das Políticas Públicas. No âmbito do Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos, são fiscalizados nos 27 estados do país, por meio de Ordens de Serviço, os recursos federais aplicados nas ações programáticas da saúde tais como o Programa Saúde da Família, Farmácia Básica, Vigilância Epidemiológica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; todas ações integrantes da Política do Sistema Único da Saúde - SUS, além de outros convênios vinculados diretamente ao Ministério da Saúde.

O Sistema Único de Saúde é uma política pública fundamental no ordenamento institucional do Brasil. A complexidade dos sistemas, serviços, programas e ações de saúde que o envolvem, por vezes dificulta o trabalho de avaliação a ser exercido pelos servidores da Controladoria-Geral da União no exercício de suas funções profissionais e no exercício da missão constitucional do órgão.

O processo de descentralização de repasses no âmbito do SUS vem aumentando as responsabilidades das prefeituras municipais com os cuidados em saúde e, conseqüentemente, aumentando a responsabilidade da CGU, exigindo mecanismos de avaliação cada vez mais qualificados, padronizados, normalizados e que permitam monitorar a avaliação da aplicação dos recursos públicos referentes à saúde da população. A capilarização obtida pelo “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” da Controladoria-Geral da União/PR vai ao encontro deste aperfeiçoamento da avaliação e da fiscalização da área da saúde. No entender do pesquisador é possível buscar uma qualificação do processo institucional de avaliação dos recursos públicos na área da saúde a partir da análise exploratória dos apontamentos produzidos pela CGU, no âmbito do Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos. Além disso, o tema escolhido tende a possibilitar melhoria na sistematização dos procedimentos de auditoria e fiscalização na área da saúde no âmbito da instituição.

### **3. A aproximação acadêmico-institucional**

Escolhido o tema, o pesquisador garimpou e peregrinou por alguns Programas de Pós-Graduação no estado do Rio Grande do Sul, tentando aproximar e conciliar os diversos interesses envolvidos, na crença de que esta aproximação de interesses serviria ao interesse público. Nesta peregrinação o pesquisador deparou-se com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos que possui uma linha de pesquisa específica para a avaliação de políticas, sistemas, serviços, programas e ações em saúde (linha esta à qual o pesquisador encontra-se vinculado) e outra específica de atenção às vulnerabilidades das ações de saúde.

O Programa de Pós-Graduação escolhido, tal como a maioria dos Programas de Pós-Graduação em Saúde, possui forte vínculo com a ciência epidemiológica. Medronho<sup>3</sup> ensina-nos que as respostas produzidas pela ciência epidemiológica baseiam-se em algum tipo de medida de frequência com que os problemas de saúde ocorrem em populações humanas a partir de medidas de incidência e prevalência tais como mortalidade, letalidade, e sobrevida, por exemplo. Então como aproximar, a epidemiologia de apontamentos de auditoria, felizmente, não reduzidos apenas a taxas de incidência? Segundo Pereira<sup>4</sup> a forma de abordagem e as pesquisas qualitativas de maneira geral são usadas em combinação com as quantitativas de cunho epidemiológico, para compor um quadro mais completo da situação, constituindo-se em um verdadeiro inventário com enfoque qualitativo e exploratório. Deste modo, chegamos ao estudo exploratório realizado, cientes de que há inúmeras limitações em relação ao estudo de caso, conforme Pereira<sup>4</sup>, tais como o universo restrito de observação, sendo, portanto, necessária prudência na interpretação dos resultados.

### **4. A Construção do Banco de Apontamentos**

A construção do banco de apontamentos iniciou em 24 de março de 2010 com o download de 92 Relatórios do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” da página eletrônica da CGU<sup>5</sup>, no endereço <http://www.cgu.gov.br>, contendo os apontamentos das equipes de fiscalização da Controladoria-Geral da União no Rio Grande do Sul, efetuados do 8º Sorteio (realizado em 30/03/2004) até o 27º sorteio realizado em

29/10/2008. Foram descartados da amostra os relatórios referentes aos sete primeiros sorteios efetivados durante o primeiro ano do programa (ano de 2003) tendo em vista ter sido este um ano de implantação e consolidação da nova sistemática de fiscalização.

Posteriormente, em 14/11/2010 foi efetuado o download de mais 12 relatórios referentes aos sorteios realizados no ano de 2009, contendo os apontamentos do 28º sorteio até o 30º sorteio, perfazendo um total de 104 relatórios, do 8º ao 30º sorteio, no período de 30/03/2004 até 05/10/2009.

Dos 104 relatórios de fiscalização baixados e analisados, foram descartados os relatórios referentes aos municípios e sorteios abaixo elencados, em face dos motivos que seguem:

Tabela 1: Municípios excluídos dos Bancos de Dados referentes à Farmácia Básica

<b><i>Banco de dados da Ação Farmácia Básica</i></b>			
<b>Ano</b>	<b>Sorteio</b>	<b>Município</b>	<b>Motivo</b>
2005	16º	Rolante	Não Fiscalizada Ação
2005	16º	Santa Cruz do Sul	Não Fiscalizada Ação
2005	17º	Caçapava do Sul	Não Fiscalizada Ação
2005	15º	Alvorada	Não Fiscalizada Área da Saúde
2005	15º	Santiago	Não Fiscalizada Área da Saúde
2005	15º	Tramandaí	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	23º	Cachoeirinha	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	24º	Guaíba	Não Fiscalizada Área da Saúde
2009	28º	Viamão	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	24º	Cerro Grande do Sul	Município sorteado 2 vezes
2009	30º	Cerro Grande do Sul	Município sorteado 2 vezes

Tabela 2: Municípios excluídos dos Bancos de Dados referentes a PACS/PSF

<b><i>Banco de dados da Ação PACS/PSF</i></b>			
<b>Ano</b>	<b>Sorteio</b>	<b>Município</b>	<b>Motivo</b>
2004	8º	Barros Cassal	Não Fiscalizada Ação
2004	9º	Antonio Prado	Não Fiscalizada Ação
2004	14º	Relvado	Não Fiscalizada Ação
2004	14º	Linha Nova	Não Fiscalizada Ação
2005	16º	Rolante	Não Fiscalizada Ação
2005	16º	Santa Cruz do Sul	Não Fiscalizada Ação
2005	16º	Três Cachoeiras	Não Fiscalizada Ação
2005	16º	Vista Alegre do Prata	Não Fiscalizada Ação
2005	17º	Caçapava do Sul	Não Fiscalizada Ação
2005	18º	Nova Pádua	Não Fiscalizada Ação
2006	21º	Boa Vista do Buricá	Não Fiscalizada Ação
2007	23º	Sentinela do Sul	Não Fiscalizada Ação
2007	25º	São Jerônimo	Não Fiscalizada Ação

2008	26º	Entre-Ijuís	Não Fiscalizada Ação
2005	15º	Alvorada	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	23º	Cachoeirinha	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	24º	Guaíba	Não Fiscalizada Área da Saúde
2005	15º	Santiago	Não Fiscalizada Área da Saúde
2005	15º	Tramandaí	Não Fiscalizada Área da Saúde
2009	28º	Viamão	Não Fiscalizada Área da Saúde
2007	24º	Cerro Grande do Sul	Município sorteado 2 vezes
2009	30º	Cerro Grande do Sul	Município sorteado 2 vezes

A metodologia implementada pela CGU no âmbito do “Programa de Fiscalização de Municípios a partir de Sorteios Públicos” está baseada na Portaria nº 247 de 20 de junho de 2003 e portarias específicas para cada um dos sorteios públicos realizados. Os trabalhos de fiscalização são dimensionados de acordo com a faixa populacional em que se enquadra a unidade municipal sorteada, bem como em função da quantidade de pedidos de ações de controle necessários a sua execução. Desta forma, há situações de municípios que, respeitando a metodologia implementada, não tiveram a área de saúde fiscalizada, há aqueles municípios que não tiveram a(s) ação(ões) fiscalizada(s).

Com relação às ações PACS/PSF dos 104 relatórios analisados, 6 municípios não tiveram fiscalizada a área da saúde, 14 não tiveram a ação PACS/PSF fiscalizada e 2 relatórios referentes ao único município sorteado em duplicidade no período amostrado também foram descartados, conforme a tabela 2 acima.

Cabe destacar que, além dos 22 relatórios descartados, ocorreram 6 casos, de municípios que mesmo tendo a ação PACS/PSF fiscalizada, não continham constatações nos relatórios disponibilizados na página eletrônica da Controladoria-Geral da União, consoante a tabela abaixo:

<b><i>Banco de dados da Ação PACS/PSF</i></b>			
<b>Ano</b>	<b>Sorteio</b>	<b>Município</b>	<b>Motivo</b>
2004	12º	Ernestina	Sem constatações
2004	9º	Ijuí	Sem constatações
2004	12º	Porto Vera Cruz	Sem constatações
2004	10º	São Pedro do Sul	Sem constatações
2004	11º	Venâncio Aires	Sem constatações
2005	17º	Novo Machado	Sem constatações

Portanto, houve um total de 76 relatórios de municípios que continham constatações referentes à ação PACS/PSF. Para fins de análise e construção do banco de dados referente à variável-quantidade os 6 municípios “nihil” (sem constatações) foram considerados, sendo atribuído o valor “0” à variável. Por óbvio, no banco de dados referente à variável-manchete (que contém as manchetes das constatações) estes 6 municípios não constaram. Cabe ressaltar que este número de 6 municípios sem constatações pode ser ainda menor, tendo em vista que 3 dos 6 (50%), refere-se ao período com peculiaridade (até o 11º sorteio), quando a CGU ainda disponibilizava os relatórios de forma sintética (com as constatações consideradas mais relevantes).

Com relação à ação Farmácia Básica, não ocorreu a situação de haver sido a ação fiscalizada e não ter havido constatação. Com efeito, dos 104 relatórios analisados 9 não tiveram fiscalizada a área da saúde ou a ação Farmácia Básica, conforme a tabela 1 acima, e 2 relatórios referentes ao único município sorteado em duplicidade no período amostrado, foram descartados. Os demais 93 relatórios continham pelo menos uma constatação referente à ação. Portanto, nos 2 bancos de dados, um referente à variável-quantidade e o outro referente à variável-manchete, constaram os 93 municípios.

Foram constituídos 2 tipos de registro, um de tipo geral indicando a quantidade de apontamentos em cada município em que os Programas PACS/PSF e Farmácia Básica foram fiscalizados, constituída a partir da frequência simples da variável principal de interesse (o número de apontamentos da CGU/RS, por programa, em cada município).

O segundo tipo de registro foi coletado a partir da descrição sumária (manchete) de cada um dos apontamentos, com expectativa inicial de aproximadamente 800 registros. Os resultados obtidos com relação à variável coletada a partir da descrição sumária (variável manchete) de cada uma das constatações (apontamentos) constantes nos relatórios de fiscalização analisados atingiram um total de 428 registros para o Programa Farmácia Básica e 254 registros para os programas PACS/PSF, perfazendo um total de 682 registros.

Para fins de apresentação dos resultados, a variável criada a partir da manchete dos apontamentos foi, ainda, categorizada e reclassificada, a fim de que manchetes semelhantes (ou seja, descrições que sumarizam fatos similares), fossem agrupadas como um único tipo de apontamento.

Além destes dados, construídos a partir dos relatórios de fiscalização da CGU

produzidos no âmbito do Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos, foram levantados para a construção do banco de apontamentos, inúmeros outros dados oriundos do PNUD, do IBGE e do DATASUS, a fim de serem utilizados como variáveis explanatórias, tais como:

- a) População estimada (2009)
- b) N° Procedimentos Básicos / hab. (2007)
- c) % com baixo peso ao nascer (geral ces e vag) (2006)
- d) N° de óbitos por 1.000 habitantes (2006)
- e) % de óbitos infantis no total de óbitos \* (2006)
- f) Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos \*\* (2006)
- g) Dados referentes ao Modelo de Atenção População no ano do sorteio do município
  - g1) % população coberta pelo programa
  - g2) Média mensal de visitas por família
  - g3) % de crianças c/ esq.vacinal básico em dia
  - g4) % de crianças c/aleit. materno exclusivo
  - g5) % de cobertura de consultas de pré-natal
  - g6) Taxa mortalidade infantil por diarreia
  - g7) Prevalência de desnutrição
  - g8) Taxa hospitalização por pneumonia
  - g9) Taxa hospitalização por desidratação
- h) Esperança de Vida em anos
- i) Taxa de alfabetização de adultos
- j) Taxa de frequência escolar
- k) Renda per capita
- l) Taxa de Crescimento 2008 - 2009
- m) Mesorregião-geográfica
- n) Produto Interno Bruto (PIB) 2006
- o) Variação do PIB 2005-2006
- p) Posição do município (RANKING UF)
- q) Posição do município RANKING NACIONAL
- r) Porte do município
- s) IDHM, 1991

- t) IDHM, 2000
- u) IDHM-Renda, 1991
- v) IDHM-Renda, 2000
- w) IDHM-Longevidade, 1991
- x) IDHM-Longevidade, 2000
- y) IDHM-Educação, 1991
- z) IDHM-Educação, 2000
- aa) Evolução do IDHM 2000/1991
- bb) CODIGO PNUD

Os dados foram obtidos a partir dos links:

<http://www.ibge.gov.br> - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

<http://www.pnud.org.br/atlas/> - “Ranking dos municípios do Brasil – IDH-M”.

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm> - Cadernos de

Informações de Saúde do DATASUS

Segue na tabela abaixo os valores utilizados na construção dos quartis para cada uma das variáveis explanatórias:

Tabela 5 - Demonstrativo da construção dos quartis - Variáveis explanatórias

<i>Variável explanatória</i>	<i>Percentil</i>	<i>Valor</i>
IDH-M 2000	25	0,760
	50	0,780
	75	0,807
População estimada IBGE	25	3.097,00
	50	6.232,00
	75	14.980,00
Renda per capita	25	181,91
	50	232,97
	75	278,11
Taxa de freq. escolar	25	0,780
	50	0,807
	75	0,836



	25	71,20
Esperança de vida em anos	50	73,01
	75	75,18
	25	0,387
Prevalência de desnutrição	50	0,997
	75	2,672
	25	61,56%
% população coberta por PACS/PSF	50	92,94%
	75	101,74%
	25	5,80
nº de óbitos / 1000 habitantes	50	6,50
	75	7,25
	25	6,10%
% baixo peso ao nascer	50	7,85%
	75	10,00%
	25	4,7
nº de procedts. básicos por habitante	50	6,8
	75	10,9

## 5. Peculiaridades e dificuldades encontradas

Durante o processo de extração dos dados, foram observadas diversas peculiaridades e dificuldades que merecem ser relatadas, tais como:

Em que pese o fato de o Relatório referente ao município de Relvado ter sido excluído, devido ao critério de exclusão, não fiscalização da ação PACS/PSF, verifica-se na leitura do mesmo que aparece constatação referente a ação, tendo em vista ter sido fiscalizado um convênio, de nº 901, firmado pela Prefeitura de Relvado e que previa a implantação do PACS/PSF.

O processo de divulgação dos relatórios por parte da CGU foi sendo aperfeiçoado, sendo que até o 11º sorteio eram divulgados relatórios sintéticos das fiscalizações realizadas. A partir do 12º sorteio, os relatórios passaram a ser disponibilizados na íntegra. Além disso, com o passar do tempo, melhorou também a qualidade das informações gerenciais disponibilizadas, que permitem ter uma melhor idéia dos recursos e programas fiscalizados,

em cada município. Em que pese o fato de os relatórios até o 11º sorteio estarem disponibilizados de forma sintética (contendo as constatações consideradas mais importantes), optou-se por manter este período, diferentemente de estudo precursor de Vieira<sup>6</sup>, por acreditar-se que a contribuição para o estudo supere eventual viés de seleção.

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano<sup>7</sup> cabe ressaltar que este levantamento é realizado de 10 em 10 anos, e apesar da esperança de que os novos índices fossem divulgados a tempo de subsidiar uma análise com dados mais atualizados, isto não tornou-se realidade. O mesmo aconteceu em relação aos dados do censo do IBGE, que ainda na haviam sido divulgados em sua totalidade por ocasião das análises efetuadas. No entanto, acredita-se que, em ambos os casos, (o IDH de 2000, bem como a população estimada para 2009), não haveria significativas diferenças com dados mais atuais, tendo em vista o baixo índice de correlação observado com relação á variável dependente, qual seja o número de apontamentos da CGU.

No que tange aos Indicadores de Saúde, cabe registrar que não foram realizadas maiores análises em relação aos indicadores de saúde, tendo em vista, pelo menos 2 fatores:

a) a temporalidade dos dados – Os dados do CIS – DATASUS referem-se, no máximo, ao exercício de 2006, enquanto os sorteios analisados vão até o ano de 2009.

b) a exigüidade de dados em relação a alguns dos municípios amostrados, com relação a alguns indicadores. Por exemplo, 39 % dos municípios amostrados não dispunha de dados referente a mortalidade infantil no CIS-DATASUS. No caso de mortalidade infantil por diarreia, somente para fins de ilustração, apenas 3 dos 104 municípios possuía a informação.

Com relação ao objetivo específico de mensuração dos valores, o mesmo foi transferido para momento posterior, tendo em vista que foi realizado pelo pesquisador além da coleta de dados prevista, também levantamento dos gastos em Saúde efetuados pelos municípios amostrados com base no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS, dados estes que ainda necessitam ser tabulados.

Com relação ao objetivo específico de classificação dos apontamentos quanto à gravidade, o mesmo não foi efetivado tendo em vista tratar-se de assunto que levou o pesquisador a transitar pelas ciências humanas e convencer-se de que se trata de questão de cunho muito mais jurídico-filosófica e que envolve toda uma discussão acerca da legalidade, da moralidade, da legitimidade, do dever e da formação do juízo. Por fim, cabe ressaltar a

intenção de que o banco de dados siga em construção e manutenção, com a alimentação de dados orçamentários e a atualização dos demais dados para fins de subsidiar novas análises.

## 6. Apresentação dos Resultados

Especificamente com relação ao PACS/PSF dos 104 relatórios analisados, 82 foram incluídos na amostra<sup>10</sup> No período analisado (sorteios do ano de 2004 até 2009) o nº de municípios sorteados e fiscalizados e o nº de municípios incluídos na amostra, por ano, encontra-se assim distribuído:

Tabela 1 – Quantidade de municípios incluídos na amostra com relação aos municípios sorteados e fiscalizados por ano:

<b>Ano do Sorteio</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
<b>Municípios Sorteados e fiscalizados</b>	32	25	15	12	8	12	104
<b>Municípios incluídos na amostra</b>	28	16	14	7	7	10	82

Com relação às ações PACS/PSF dos 104 relatórios analisados, 6 municípios não tiveram fiscalizada a área da saúde, 14 não tiveram a ação PACS/PSF fiscalizada e 2 relatórios referentes ao único município sorteado em duplicidade no período amostrado também foram descartados. Portanto, houve um total de 76 relatórios de municípios que continham constatações referentes à ação PACS/PSF, sendo que 6 municípios tiveram a ação fiscalizada e não tiveram constatações, nos relatórios disponibilizados. Cabe ressaltar que este número de 6 municípios sem constatações pode ser ainda menor, tendo em vista que 3 dos 6 (50%), refere-se a período peculiar (até o 11º sorteio) em que a CGU ainda disponibilizava os relatórios de forma sintética (com as constatações consideradas mais relevantes).

Na tabela 2, segue a distribuição de frequência da variável no. de apontamentos PACS/PSF por município, que teve média = 3,04, mediana = 3 e desvio-padrão de 2,045:

Tabela 2 – Frequência da variável quantidade de apontamentos

<b>Qtde de No de</b>	<b>de</b>	<b>No de</b>	<b>%</b>
<b>apontamentos</b>	<b>Municípios</b>		
<b>0</b>		6	7,32%
<b>1 e 2</b>		30	36,59%
<b>3 e 4</b>		28	34,15%
<b>5 ou mais</b>		18	21,95%
<b>Total</b>		85	100,00%

Os municípios analisados quanto ao porte dividiram-se em: 1 município de porte grande, 12 municípios com porte médio, 17 municípios de porte médio-pequeno, 35 municípios pequenos e 17 municípios considerados com porte micro.

Na tabela 3, segue a distribuição dos valores assumidos pela variável quantidade de apontamentos PACS/PSF, por porte de município:

Tabela 3 – Quantidade de apontamentos por porte de município

<i><b>n° apontamentos / Porte Município</b></i>	<i><b>0</b></i>	<i><b>1 a 2</b></i>	<i><b>3 a 4</b></i>	<i><b>5 ou mais</b></i>	<i><b>Total</b></i>
<b>Micro</b>	1	6	7	3	<b>17</b>
<b>Pequeno</b>	2	13	15	5	<b>35</b>
<b>Médio-Pequeno</b>	1	8	4	4	<b>17</b>
<b>Médio</b>	2	2	2	6	<b>12</b>
<b>Grande</b>	0	1	0	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>82</b>

Na tabela 4, segue a distribuição dos valores assumidos pela variável no. de apontamentos PACS/PSF (1,8), por meso-região geográfica:

Tabela 4 – Quantidade de apontamentos por mesorregião geográfica

<i><b>n° apontamentos / Mesorregião Geográfica</b></i>	<i><b>0</b></i>	<i><b>1 a 2</b></i>	<i><b>3 a 4</b></i>	<i><b>5 ou mais</b></i>	<i><b>Total</b></i>
Centro Ocidental	1	1	2	1	<b>5</b>

Riograndense					
Centro Oriental	1	4	4	2	<b>11</b>
Riograndense					
Metropolitana de Porto Alegre	0	2	5	6	<b>13</b>
Noroeste Riograndense	4	20	14	6	<b>44</b>
Nordeste Riograndense	0	2	2	1	<b>5</b>
Sudoeste Riograndense	0	1	1	2	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>82</b>

Abaixo, seguem os principais resultados obtidos a partir do cruzamento e das análises efetuado por meio do programa IBM SPSS Statistics 19:

Gráfico 1 – Apresentação do nº de apontamentos em relação à **população estimada** dos municípios:

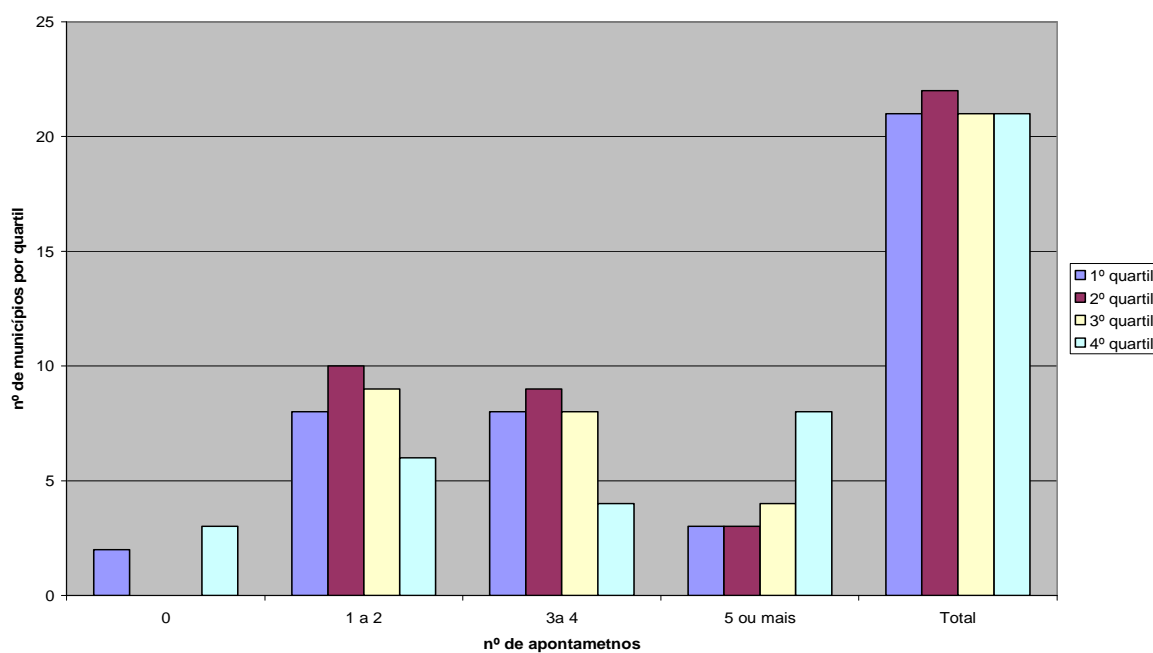


Gráfico 2 – Apresentação do nº de apontamentos em relação ao **IDHM - 2000** dos municípios:

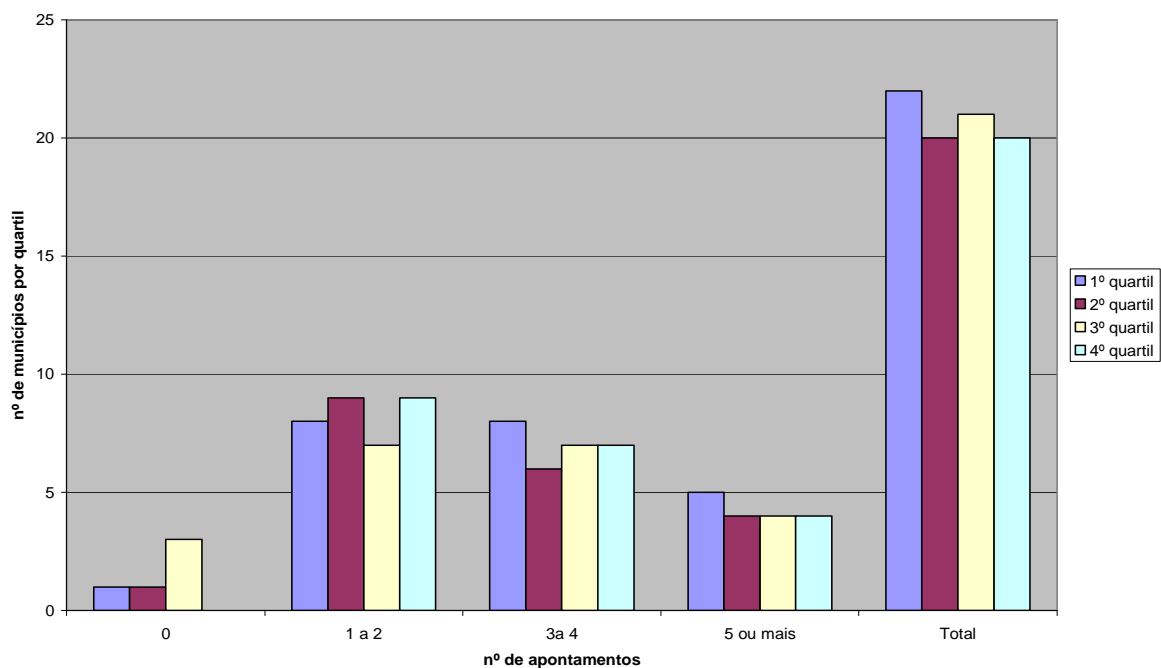


Gráfico 3 – Apresentação do nº de apontamentos em relação à **renda per capita** dos municípios:

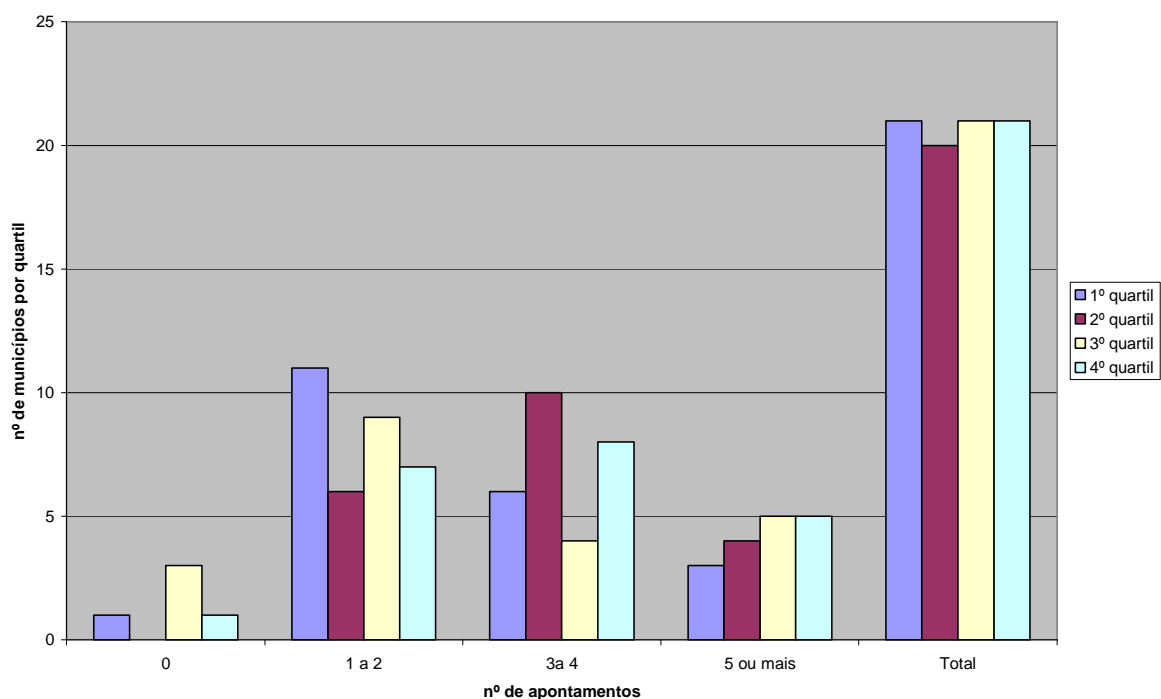


Gráfico 4 – Apresentação do nº de apontamentos em relação à **frequência escolar** dos municípios:

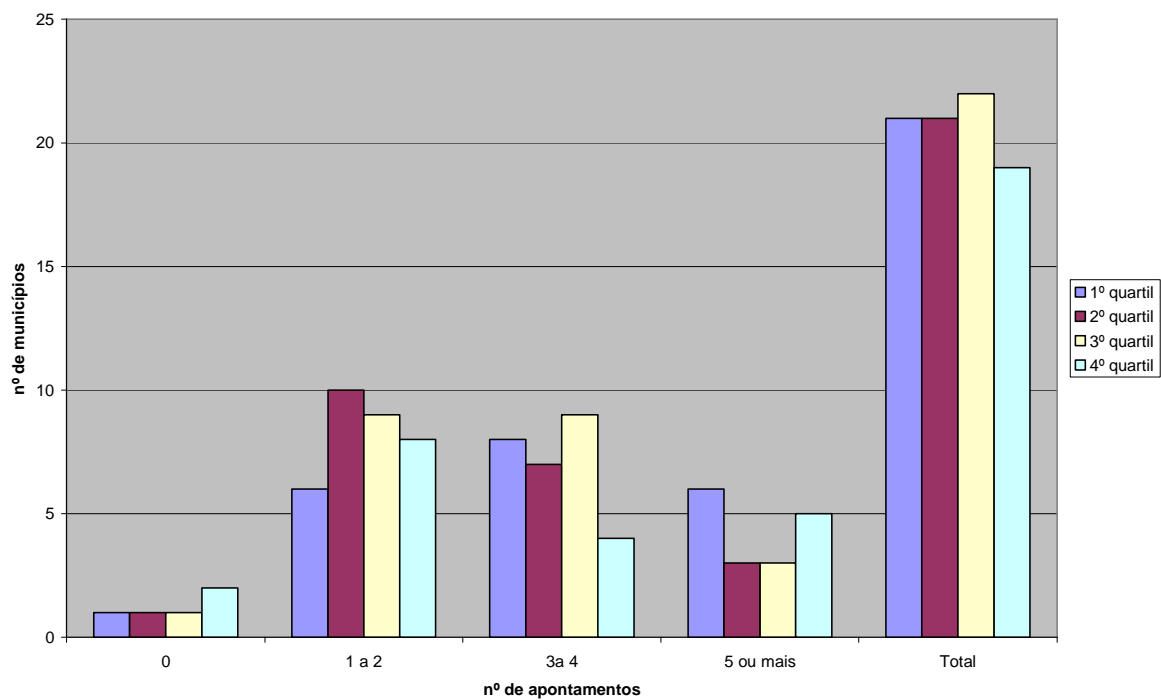


Gráfico 5 – Apresentação do nº de apontamentos em relação à **esperança de vida em anos** dos municípios:

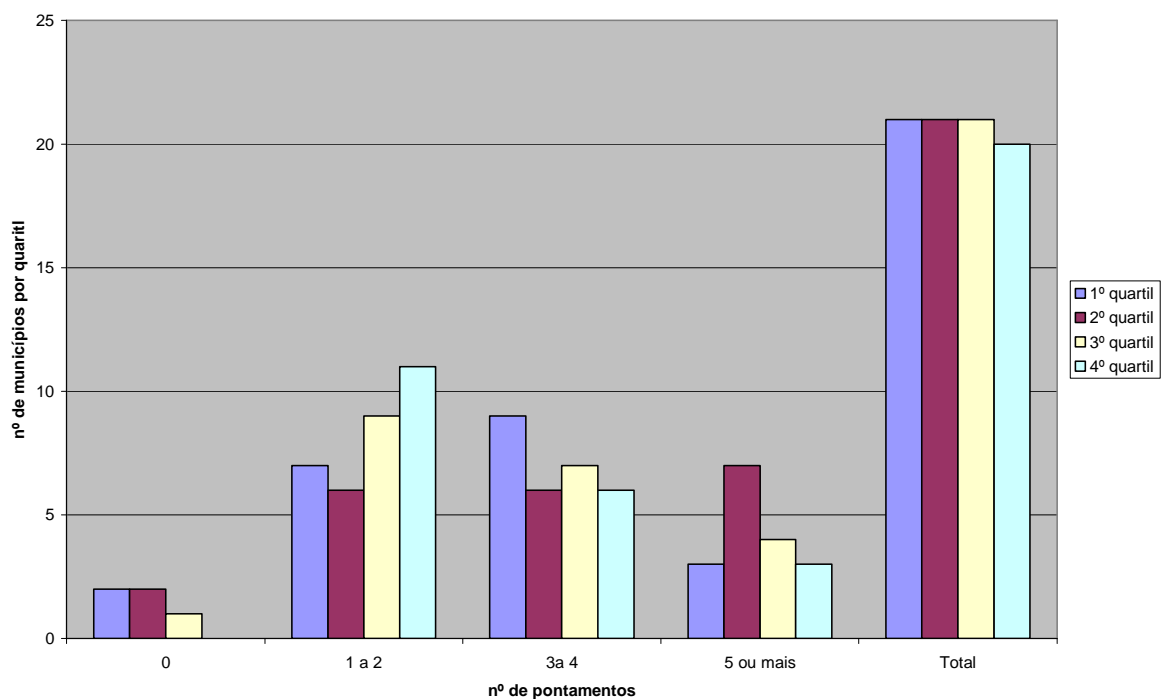
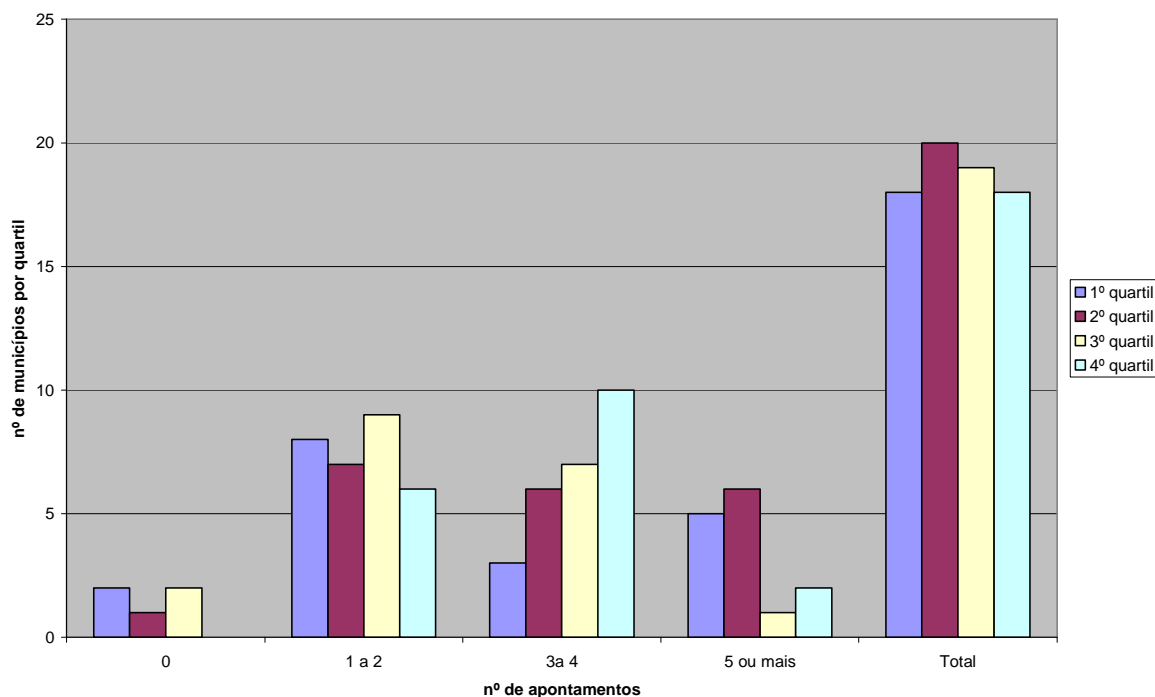


Gráfico 6 – Apresentação do nº de apontamentos em relação ao **percentual da população coberta pelo PACS/PSF** dos municípios:



Os resultados obtidos com relação à variável coletada a partir da descrição sumária (variável-manchete) de cada uma das constatações (apontamentos) constantes nos relatórios de fiscalização analisados atingiram um total de 428 registros para o Programa Farmácia Básica e 249 registros para os programas PACS/PSF.

Apresenta-se a seguir, os resultados referentes à variável-manchete para os programas PACS/PSF. Ressalte-se que a variável criada a partir da manchete dos apontamentos foi categorizada e reclassificada, a fim de que manchetes semelhantes (ou seja, descrições que resumizam fatos similares) fossem agrupadas como um único tipo de apontamento, conforme a tabela a seguir:



Tabela 6 – Frequência da variável manchete-aglutinada

<b>Sigla do Aglutinador</b>	<b>Descrição do Aglutinador</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ACH</b>	Ausência de Controle de Carga horária dos Profissionais da Equipe de Saúde da Família	18	7,2
<b>ADNACS</b>	Atendimento em Desconformidade com os Normativos do PACS	8	3,2
<b>ADNESF</b>	Atendimento em Desconformidade com os Normativos da Estratégia de Saúde da Família	54	21,7
<b>AFDP</b>	Aplicação dos Recursos em Finalidade Diversa do Previsto	15	6,0
<b>DIVERG</b>	Divergências de dados entre União e municípios	5	2,0
<b>EFPSF</b>	Problemas com a Estrutura do Programa Saúde da Família	20	8,0
<b>EFUBS</b>	Problemas com a Estrutura Física da Unidade Básica de Saúde	35	14,1
<b>EXTRAP</b>	Extrapolação do limite máximo de famílias a serem atendidas por ACS ou insuficiência na cobertura de atendimentos dos ACS	22	8,8
<b>FCAP</b>	Ausência de Capacitação Continuada aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família	19	7,6
<b>LICIT</b>	Problemas em Procedimentos Licitatórios	3	1,2
<b>MODCONT</b>	Problemas com o modo de contratação	27	10,8
<b>PCCE</b>	Problemas na Conta Corrente de Movimentação dos Recursos	8	3,2
<b>OUT</b>	Outros Problemas	15	6,0
	<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

Independentemente da recategorização aglutinada, foi efetuada nova classificação a partir das manchetes (em casos de maiores dúvidas procedeu-se à leitura do fato da constatação) e efetuada uma classificação a partir dos estudos de Donabedian, classificando como estrutura, processo, resultado ou múltipla (naqueles casos em que pelo menos duas das classificações eram igualmente possíveis).

O resultado obtido é apresentado na tabela a seguir:

Tabela 7 – Distribuição dos apontamentos conforme a classificação de Donabedian

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estrutura	118	47,4
Processo	98	39,4
Resultado	7	2,8
Múltipla	26	10,2
Total	249	100 %

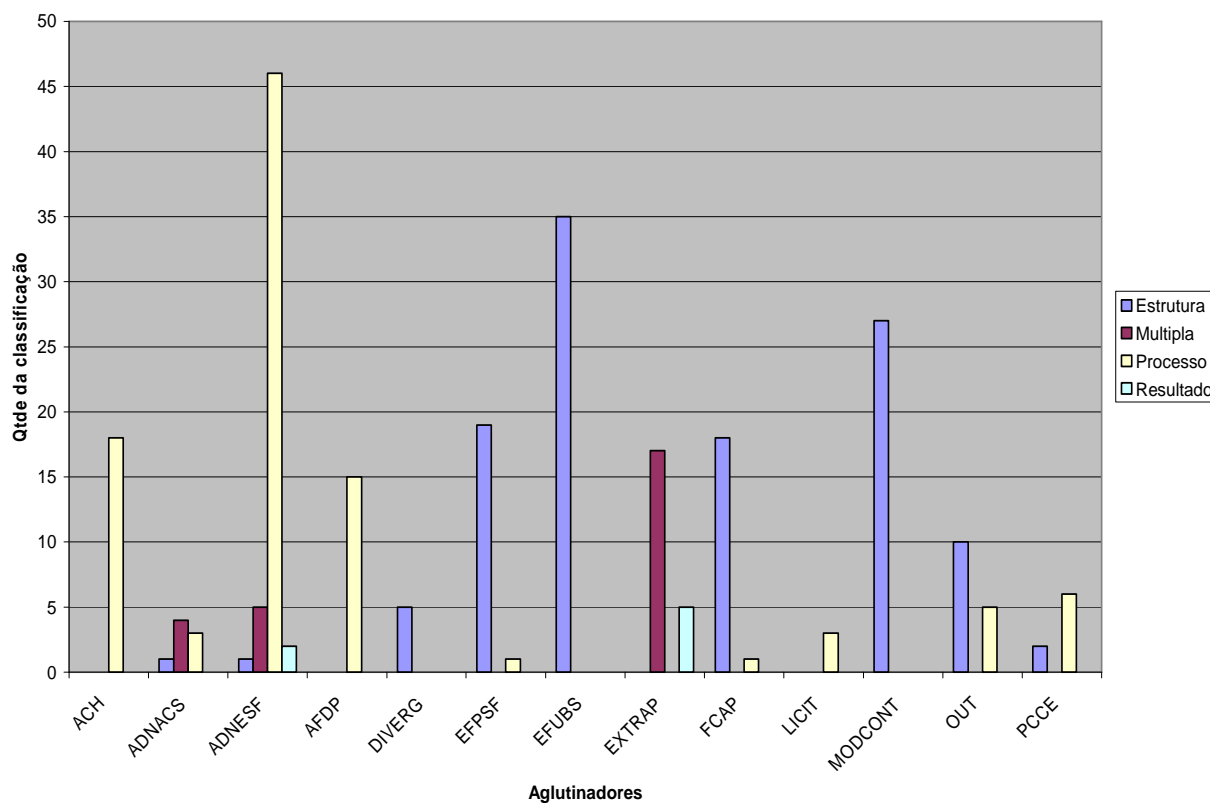
Após a recategorização, a variável aglutinada foi classificada como de estrutura, processo, resultado ou múltipla (naqueles casos em que pelo menos duas das classificações fossem igualmente possíveis). O resultado obtido é apresentado na tabela a seguir:

Tabela 8 – Distribuição dos apontamentos conforme a classificação de Donabedian

<b>Classificação</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Estrutura	121	47,6
Processo	100	39,4
Resultado	7	2,8
Múltipla	26	10,2

Por fim, apresenta-se a seguir, o detalhamento gráfico da crosstabulation efetuada por meio do IBM SPSS Statistics 19, com relação ao aglutinador criado e à classificação procedida:

Gráfico 9: Cruzamento do aglutinador das manchetes com classificação de Donabedian



## 7. Discussão dos Resultados

É notória a convergência estratégica existente entre a estratégia do SUS caracterizada, dentre outros aspectos, pela regionalização da assistência à saúde e o aprofundamento da descentralização, com a capilaridade da fiscalização dos recursos públicos buscada (e comprovadamente obtida) pelo “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” da Controladoria-Geral da União. A CGU por meio do programa fiscalizou, até a 31ª edição realizada em 1º de março de 2010, 1.811 municípios correspondendo a 32,55% do total de municípios brasileiros, englobando recursos públicos federais da ordem aproximada de 13,8 bilhões de reais<sup>1</sup>. Vieira<sup>11</sup> em artigo precursor acerca de estudo com levantamento de dados dos relatórios de fiscalização da CGU na área da saúde já demonstrou a validade representativa da aleatoriedade e dos critérios adotados pela CGU, no âmbito do Programa.

Os apontamentos dos relatórios da CGU, conforme pode ser observado na tabela 5 atém-se a fatos objetivos, constantes dos normativos dos programas e na legislação federal, mensuráveis e demonstrados, evitando, por exemplo, incorrer na análise da satisfação do usuário, tendo em vista que deste modo entraríamos num aspecto referente à percepção subjetiva que o indivíduo tem do serviço/cuidado que recebe.

A tabela 3, que apresenta a quantidade de apontamentos por porte de município, em princípio, demonstra que a quantidade de apontamentos não está relacionada diretamente ao tamanho dos municípios analisados. No entanto, o gráfico 1 sugere que municípios com maior número de apontamentos, encontravam-se nos extremos (quartil 1 e 4). Com relação à mesorregião geográfica também não foi possível verificar correlação, tendo em vista o tamanho da amostra e o fato de que existe uma concentração de municípios na região noroeste do estado. A concentração de municípios na região noroeste riograndense, bem como o maior número de municípios sorteados com porte pequeno e micro refletem a realidade da demografia urbana do Estado do Rio Grande do Sul.

O gráfico 2 efetuado com base no Índice de Desenvolvimento Humano não apresentou a hipótese esperada, ou seja, o fato de que municípios com IDH menor tenderiam a ter maior número de constatações/apontamentos. O fato pode estar relacionado à baixa discrepância dos IDH-M do estado do Rio Grande do Sul, aspecto já destacado em estudo acerca da equidade na distribuição dos recursos em saúde no estado<sup>12</sup>.

O gráfico 3 apresentou o fato de que municípios com 5 ou mais apontamentos

concentram-se nos 2 quartis superiores, sendo que o fato pode estar ligado ao maior volume de recursos envolvidos, nestes municípios. O gráfico 4 também sugere que municípios com maior número de apontamentos encontram-se nos extremos (quartil 1 e 4), com relação à questão da frequência escolar.

Com relação ao gráfico 6, o mesmo parece confirmar a importância e a necessidade de aprofundamento tanto do processo de avaliação, quanto da Estratégia de Saúde da Família, conforme apontado em diversos estudos. Com efeito, municípios com baixo percentual de cobertura da população pelo PACS/PSF, apresentaram maior incidência de casos com 5 ou mais constatações em relação aos municípios dos quartis superiores, consoante pode ser claramente observado. Os resultados apresentados demonstram que a avaliação da disponibilidade social dos recursos está bastante imbricada com o trabalho realizado pela CGU.

Silva e Formigli<sup>13</sup> destacam que a avaliação da disponibilidade e da distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade) é um pré-requisito para a avaliação dos demais atributos, tendo em vista que, para se discutir qualidade, impacto e satisfação, é preciso que as ações de saúde sejam preliminarmente oferecidas à população usuária. Cobertura pode ser entendida como a proporção da população alvo que se beneficia de determinada intervenção<sup>14</sup> ou o grau de adequação entre as necessidades e a oferta de ações de saúde. Aday<sup>15</sup> já alertava em 1982 que a acessibilidade da população americana aos serviços de saúde era determinada, em última instância, pela renda do indivíduo. A situação, mesmo com o SUS, não é muito diferente no Brasil.

O princípio da equidade apesar de não constar especificamente nos normativos do SUS vem sendo amplamente debatido por estudiosos no Brasil<sup>16,17</sup> e no mundo<sup>18,19</sup>. Geralmente equidade é operacionalizada no âmbito de duas dimensões, condições de acesso e a cobertura e utilização de serviços de saúde.<sup>20</sup> Concordamos com Silva e Formigli<sup>13</sup> quanto ao valor social relevante da avaliação da disponibilidade e da distribuição social dos recursos, tendo em vista sua correspondência com o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde.

Da análise da tabela 6 que apresenta os resultados da variável manchete, categorizada e reclassificada, verifica-se que com as categorias criadas foi possível aglutinar 94% das constatações levantadas no estudo.

Destaca-se o fato de que 24,9% das manchetes aglutinadas referem-se a “Atendimento em desconformidade com os normativos do programa”. Destaca-se também o

fato de que 14,1 % das manchetes aglutinadas referem-se a problemas com a estrutura física das unidades básicas de saúde. Outro fato que merece consideração é a aglutinação referente a extrapolação do máximo de famílias a serem atendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Cabe comentar que este é um aspecto em que há um forte fator de confusão tendo em vista que a legislação determina um número fixo de famílias, sem levar em conta características geográficas, topográficas e demográficas das regiões abrangidas. A modalidade de contratação (11%) é outro aspecto que está na agenda de debates da área da saúde, tendo em vista as diversas experiências e tentativas de terceirização da área da saúde.

Os resultados observados na tabela 7 demonstram o quanto a questão estrutural ainda é um problema presente na saúde brasileira, 23 anos após a constituição de 1988. Donabedian<sup>21,22</sup> transmite que ao avaliarmos a estrutura, estamos avaliando as características e a qualificação dos recursos humanos empregados na atenção à saúde; a área física onde se encontra instalada a unidade avaliada, logo, também a área e os recursos físicos empregados para a execução de um programa avaliado; os recursos financeiros e os equipamentos disponíveis para a execução da ação, programa ou da unidade avaliada, além de todo o aparato normativo e administrativo envolvido. Segundo Donabedian a característica destes recursos influencia na qualidade da atenção à saúde prestada, sendo a estrutura, extremamente importante para o desenvolvimento dos processos, conseqüentemente dos resultados, uma vez que vários aspectos estruturais influenciam o processo, e até o controle do processo é uma das partes da estrutura<sup>21</sup>. Cremos que os estudos de Donabedian demonstram a complexidade de proceder-se à classificação proposta e justificam a criação da classificação múltipla no presente estudo. No que tange à avaliação de processos, Donabedian ensina-nos que estes descrevem as atividades do serviço de atenção médica (ou da operacionalização de um programa/ação de saúde, adequando-se ao presente caso), logo, a avaliação dos processos está relacionada aos procedimentos operacionais e normativos empregados pelos gestores e profissionais de saúde na execução das ações ligadas à saúde.

O fato de fiscalizações efetuadas por auditores da CGU (em sua esmagadora maioria não originados da área médica) procederem a constatações da ordem de 39,4% referentes a processos, no entender dos pesquisadores, deve ser creditado à boa dinâmica do ordenamento legal atingido pelo SUS em seu processo histórico-político-institucional. Cabe lembrar que Donabedian considera o componente processual como o melhor acesso para a avaliação da qualidade do cuidado<sup>21</sup>.

Mas, para Donabedian, o estado de saúde de um indivíduo ou de uma determinada população é resultante da presença ou ausência de diversas relações interativas com os profissionais e os serviços de saúde, sendo, portanto, a mensuração do atingimento de resultados o que há de mais aproximado ao que denominamos de avaliação da atenção em saúde, uma vez que os resultados refletem os efeitos de toda a cadeia, servindo como uma espécie de avaliação indireta da estrutura e também do processo<sup>11</sup>. O baixo percentual de constatações no que tange aos resultados (2,8%) sugerem que, tal como em relação à estrutura (de forma inversa) há muito que avançar nesta direção. Por fim, cabe lembrar que Donabedian considera que os 3 componentes vistos de forma isolada, apresentam peculiaridades, problemas e incompletudes, defendendo a tese de que a melhor maneira de avaliar a qualidade é uma abordagem que consiga incluir, de forma significativa e representativa, os 3 componentes<sup>22</sup>.

Por fim cabe ressaltar que a análise exploratória das constatações realizadas pelas equipes de fiscalização da Controladoria-Geral da União no âmbito do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”, demonstra ser uma possibilidade de contribuição relevante à construção e à institucionalização do processo de avaliação em saúde. Desta forma, cremos será possível avançar, de forma sinérgica, utilizando-se da convergência estratégica citada no início deste artigo, tanto no âmbito operacional, quanto no planejamento, da avaliação da distribuição social de recursos<sup>3</sup> para avaliações de efetividade.<sup>23, 24, 25</sup>

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MYNAYO, Maria C.S., **O desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2006.
2. MYNAYO, Maria C.S.(org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
3. MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2003
4. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia. Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1995.
5. Dados extraídos e adaptados da página eletrônica da CGU: <http://www.cgu.gov.br>
6. VIEIRA, F. S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde**. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008, v. 24(2), 91-100.
7. REIS, E.J.F.B. dos et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas**. Cad. Saúde Pública [online]. 1990, v. 6, n. 1, pp. 50-61.
8. PNUD, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. PNUD; 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>
9. MINISTERIO DA SAUDE; SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE e DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**. 2003. Diário Oficial da União, 17/04/2003, pg. 52, Seção 1.
10. Informações extraídas da página eletrônica da CGU. Disponível em <http://www.cgu.gov.br>., acessada em 28/02/2011.
- 11 VIEIRA, F. S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde**. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008, v. 24(2), 91-100.
12. PELEGRINI, M.L.M; CASTRO, J.D. and DRACHLER, M.L. **Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. 2005, vol.10, n.2, pp. 275-286.
13. SILVA, L.M.V. and FORMIGLI, V. L. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cad. Saúde Pública [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91.

14. ROSSI, P.H. & Freeman, H.E. **Program monitoring**. In Evaluation a Systematic Approach.. Sage Publications, Beverly Hills, 1993. p. 163-213.
15. ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald M. **The National Profile of Access to Medical Care: Where do We Stand?** Am. J. Public Health 74(12): 1331-39, 1984.
16. TRAVASSOS, C. & CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
17. BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R. P. **Equidade e Saúde: contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
18. WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity in health**. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.
19. TURNER, B. **Equality**. London: New York, Ellis Horwood Limited: Tavistock Publications, 1986.
20. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (2<sup>a</sup> .ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
21. DONABEDIAN, A. **Quality assurance in our health care system**. *Qual. Assur. Utiliz. Rev.*, 1(1): 6-12,1986
22. DONABEDIAN, A. **The criteria and standards of quality**. Ann Arbor, Mich. Health Administration Press, (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2),1982.
23. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas**. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S159-72.
24. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. **Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact**. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-8.
25. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004; 94:400-5.



26. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et al. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, n. 2, pp. 355-370.

27. ROCHA, P.M. et al. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s69-s78.

28. RAMOS, R.. **O problema da avaliação em Saúde Pública.** Rev. Saúde Pública [online]. 1974, vol.8, n.3, pp. 305-314.

29. AZEVEDO, A.C. **Avaliação de desempenho de serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública [online]. 1991, v. 25, n. 1, pp. 64-71

30. CARVALHO, G.C.M. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde - 1988-2001 [Tese de Doutorado].** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

31. VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2009, v. 14, n. 1565-1577.

32. AZEVEDO, Creuza da S. **Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus.** Cad. Saúde Pública [online]. 1992, vol.8, n.2, pp. 129-133.

33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe — **Methods of evaluating public health programmes: report on a symposium,** Kiel, 1967. Copenhagen, 1968. (WHO/EURO-0375).

34. REIS, E.J.F.B. dos et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública [online]. 1990, v. 6, n. 1, pp. 50-61.

35. HARTZ Z.A., CHAMPAGNE F, CONTANDRIOUPOULOS A.P., LEAL M.D. **Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil,** In. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.* Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997, 89-131.

36. COSTA, Nilson do Rosário and PINTO, Luiz Felipe. **Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.4, pp. 907-923.

37. WORLD BANK 1998. **Brazil – fiscal adjustment and social spending. The case of education and health in four Brazilian states.** Washington, Estados Unidos.

38. VIANNA S.M. & PIOLA S.F. **Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil**. Texto produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal. Cepal/Ipea. 1999.

39. PNUD, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. PNUD; 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>

40. MINISTERIO DA SAUDE; SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE e DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**, 2003. Diário Oficial da União, 17/04/2003, pg. 52, Seção 1.