

## Descentralização: análise da avaliação do Programa Saúde da Família em Correia Pinto

Decentralization: analysis of the evaluation of Family Health Program in Correia Pinto

Descentralización: un analisis de la evaluación del Programa de Salud de la Familia en Correia Pinto

Décentralization: l'analyse de l'évaluation du Programme Santé de la Famille à Correia Pinto

*Zenalda Martins Vanim de Moraes\**

**Resumo:** O tema deste artigo concentra-se na análise da descentralização das políticas sociais, procurando incorporar elementos à reflexão sobre seus limites e potencialidades. O estudo tomou como objeto empírico de pesquisa a verificação do cumprimento da responsabilidade de avaliação do Programa Saúde da Família do município de Correia Pinto (SC) pelas três esferas estatais. Os dados foram colhidos na Secretaria Municipal de Saúde, referentes ao ano de 2006, através de documentos físicos, como fichas e relatórios, documentos informatizados, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e entrevistas individuais e em grupo. A pesquisa demonstrou que inexistente avaliação do programa nas esferas municipal e estadual, bem como esta é restrita na esfera federal, em descumprimento à previsão de responsabilidade comum entre as esferas, evidenciando a necessidade de amadurecimento da estrutura de descentralização, que não ocorre de forma completa.

**Palavras-chave:** descentralização; políticas públicas; Programa Saúde da Família.

**Abstract:** The theme of this article focuses on the social policies decentralization analysis, aiming to incorporate elements to reflection about its limits and potentialities. The study took as its empirical research objective the verification of responsibilities evaluation fulfillment of the family health program in Correia Pinto (SC) by the three state spheres. The data was collected in the City Health Department, dated 2006, from physical documents, such as forms and reports, computerized documents, such as Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (Basic Care Information System) and through individual and group queries. The researched showed that the program evaluation in the city and state spheres does not exist; as well it is restricted in a federal sphere, not fulfilling the legal responsibility provisions common among the spheres, pointing out the need for a decentralization structure maturation which does not occur in a complete way.

**Keywords:** decentralization; public policies; Family Health Program.

\* Mestra em gestão de políticas públicas pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, procuradora-geral município de Correia Pinto – SC. E-mail: zenaldavanim@hotmail.com

## Introdução

Conquanto a descentralização das políticas públicas tenha sido uma das maiores reivindicações democráticas dos anos 1970 e 1980, seguindo a trajetória do federalismo brasileiro, verifica-se que somente no final dos anos 1980, com as deliberações da Constituição Federal de 1988, tornou-se tema importante, particularmente na área das políticas sociais, ou seja, a transferência de gestão de serviços sociais, saúde, educação fundamental, habitação, saneamento básico e assistência social do governo federal para estados e municípios.

Esperava-se da descentralização, segundo Arretche (2002:26) "eficiência, participação, transparência, *accountability*", dentre outras coisas que se esperam das atividades da gestão pública.

No campo específico da saúde, a descentralização destaca-se na reestruturação dos serviços e, em consequência, na transferência de decisões e competências em relação à assistência à saúde nos níveis estadual e municipal. Todavia, este processo não ocorreu de forma homogênea no Brasil; de acordo com Ortiz (2002), os resultados da descentralização também não são homogêneos por diversas razões: dimensão continental do país, diferenças regionais e uma enorme quantidade de municípios existentes, mais de 5 mil, dos quais a maioria de pequeno porte.

Se, de um lado, o processo de descentralização apresentou avanços para o sistema de saúde, de outro existem evidências de que tenha afetado a qualidade dos serviços de assistência à saúde. Analisando a bibliografia pertinente, como Barreto Júnior e Silva (2005); Kleba (2005), em seus respectivos estudos "Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual"; e *Descentralização do sistema de saúde no Brasil*, pode-se perceber que as descrições dos pontos positivos do processo de descentralização vêm sempre acompanhadas das referidas evidências.

A descentralização político-administrativa do SUS requer "a interdependência das esferas estatais na formulação, coordenação, execução, acompanhamento, avaliação, controle e divulgação das ações, dos serviços e

do nível de saúde no território nacional (Carvalho e Santos, 1995:85)". Entretanto, a descentralização da saúde contém todos estes instrumentos de operacionalização?

A presente pesquisa tem como foco verificar o cumprimento da responsabilidade de avaliação em cada esfera estatal, numa política pública de saúde, o PSF, programa do governo federal que envolve a cogestão estadual e municipal, a fim de constatar a presença deste instrumento de operacionalização da descentralização.

O PSF surgiu para aprimorar o desenho do modelo assistencial do SUS, vem funcionando como uma estratégia de organização da atenção básica e tem demonstrado resultados satisfatórios. É viabilizado por intermédio de equipes de saúde cujas características do processo de trabalho estão previstas na Portaria nº 648/2006. Ponto importante contemplado pela referida portaria foi a redefinição das responsabilidades de cada nível de governo no PSF, porém mantendo conjunta a responsabilidade pela avaliação do desenvolvimento e do desempenho do programa.

Esta corresponsabilidade na avaliação do programa, certamente, decorre do fato de que o PSF só funcionará bem em um sistema integrado de serviços de saúde que envolva ações coordenadas nos três níveis de governo: "[...] se a oferta dos serviços de atenção primária é de responsabilidade inequívoca dos municípios, as condições para que essa oferta se dê, com oportunidade e com qualidade, deve ser compartilhada pelos governos federal, estaduais e municipais" (Mendes, 2002:54).

Somente por meio da institucionalização da avaliação poder-se-ia ter um instrumento importante para a tomada de decisão no âmbito das políticas sociais. Thereza Lobo (2001) esclarece que tal institucionalização vai demandar determinada capacidade institucional não totalmente disponível na administração pública:

[...] Está se falando da capacitação de pessoal, treinamento mesmo, para ordenar e utilizar resultados advindos da avaliação; do desenvolvimento de estratégias, métodos e técnicas específicas para atender a situações diferenciadas; da definição sobre quem faz o quê.

Tem sido levantada a possibilidade de criação de unidades próprias dentro das diversas estruturas organizacionais com a função de coordenar o processo de avaliação dos programas (p. 78).

No caminho da institucionalização da avaliação, o Ministério da Saúde, no ano de 2005, através da Coordenação do Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, almejando a superação do enfoque burocrático e punitivo dos processos avaliativos, realizou um estudo acerca da avaliação em saúde no Brasil, considerando o papel dos gestores federal, estadual e municipal.

Entretanto, nas três esferas, constatou processos de avaliação incipientes; pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde; com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e gestão; e que não se constituem, ainda, em instrumento de suporte ao processo decisório nem de formação dos sujeitos que deveriam estar envolvidos (Ministério da Saúde, 2005).

Desta forma, mesmo com o desenvolvimento de novas metodologias de avaliação de políticas e programas, objetivando não apenas demonstrar a efetividade e os resultados, mas melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado, cada vez mais se torna imprescindível implementar atividades de avaliação contínuas e intervir de forma específica para subsidiar os gerentes a tomar decisões acertadas.

---

---

## Objetivo

---

---

Analisar a descentralização das políticas sociais com base na verificação do cumprimento da responsabilidade de avaliação pelas esferas estatais de uma política pública de saúde de nível federal que envolve a cogestão estadual e municipal, tendo como foco o PSF no município de Correia Pinto (SC), em 2006.

---

---

## Método

---

---

Para atingir os objetivos propostos, adotou-se como metodologia de pesquisa a bi-

bliográfica e, como base metodológica, a pesquisa quantitativa e qualitativa na construção e análise dos dados.

O aporte metodológico quantitativo foi utilizado para verificar a existência de supervisão e controle sobre os dados produzidos, uma vez que a inexistência desta forma de acompanhamento dos dados comprometeria a própria confiabilidade das informações geradas e, em consequência, a avaliação do programa. Esta análise foi realizada através dos dados constantes nos documentos físicos como fichas e relatórios, bem como dos dados constantes nos documentos informatizados como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O aporte metodológico qualitativo foi utilizado para analisar, através de entrevistas individuais e em grupo, a relação da política de saúde entre as esferas estatais, bem como serviu de referência para leitura e análise dos dados.

Quanto às técnicas de pesquisa, realizou-se um levantamento de dados que consistiu em pesquisa bibliográfica e de dados documentais do órgão público, bem como foi realizada entrevista em grupo com as enfermeiras das equipes e digitadora do SIAB, para verificar como se efetivam os trabalhos de rotina de preenchimento das fichas A (cadastro familiar), B (acompanhamento gestante, hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase), C (acompanhamento crianças), D (registro de atividades, procedimentos e notificações); e relatórios SSA2, SSA4 (situação de saúde e acompanhamento das famílias), PMA2 e PMA4 (produção e marcadores para avaliação) do SIAB no PSF, com o fim de analisar os aspectos decorrentes da forma como ocorrem os cadastramentos, o preenchimento de todas as fichas e relatórios e a existência de supervisão e controle sobre os dados produzidos.

Ainda, foram realizadas entrevistas individuais com os responsáveis pela avaliação do programa nas três esferas estatais. No município, com a coordenadora do PSF; no estado, com a coordenadora da Secretaria Regional de Saúde e com o gerente do Departamento da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde; e na esfera federal, com a coordenadora de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção à

Saúde do Ministério da Saúde, para verificar como os dados do SIAB são avaliados pelas esferas estatais e quais foram suas intervenções, a fim de confirmar ou corrigir as ações.

Tais atores foram escolhidos porque têm a responsabilidade de conduzir a avaliação dos programas nas esferas que se pretende estudar, o que torna possível apreender a visão dos atores envolvidos diretamente no processo de avaliação do Programa PSF. Ademais, as entrevistas permitiram complementar e esclarecer as características e discrepâncias observadas nos dados do programa lançados por intermédio do SIAB.

As perguntas referiram-se, diretamente, tanto ao processo de avaliação como ao acompanhamento/monitoramento e à cooperação técnica, requisitos essenciais para o exercício da avaliação. Fundamentaram-se no disposto na Lei nº 8.080/90 e na Portaria nº 648/2006, sendo adaptadas de acordo com o nível de responsabilidade de cada esfera estatal no âmbito da política da saúde, levando em consideração que as três esferas têm responsabilidade conjunta pela avaliação.

Respeitaram-se os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, uma vez que foram elaborados termos de autorização para divulgação do inteiro teor das informações coletadas, os quais foram assinados de livre-concordância pelos participantes. As entrevistas foram previamente agendadas, devidamente gravadas e ocorreram nos ambientes de trabalho dos atores escolhidos, que foram identificados apenas pelo cargo que ocupam.

---

## Análise e discussão dos resultados

---

### *Preenchimento das fichas e relatórios e lançamento no SIAB*

Os dados obtidos com a entrevista em grupo e com a análise dos documentos físicos e informatizados revelam a falta de supervisão e controle dos dados produzidos no município. Uma das evidências constatadas refere-se à disparidade entre os dados

preenchidos pelos profissionais das equipes nas fichas e relatórios físicos e aqueles constantes dos documentos emitidos por intermédio do SIAB.

A informação prestada pelas enfermeiras, de que as agentes comunitárias de Saúde (ACS) não utilizam as fichas B e C de acordo com a orientação do manual do SIAB, por entenderem "que se trata de muito papel", contraria recomendação do Ministério da Saúde.

Outra informação colhida na entrevista em grupo foi a de que a ficha A é entregue pelo ACS diretamente para a digitadora do programa para alimentação do SIAB, antes de ser encaminhada para sua coordenadora para análise, evidenciando que é possível que os dados do instrumento alimentem o SIAB sem que a coordenadora os analise.

Pesquisa similar realizada por Laprega e Silva (2005), apresentada no artigo "Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil", traz resultados semelhantes, especificamente a constatação de que a maioria dos profissionais das equipes reclama do excesso de fichas usadas em sua rotina de trabalho e que os dados do relatório PMA2 são digitados diretamente no programa de computador.

Neste sentido, diante das evidências, caberia uma discussão acerca de possíveis reformulações no sistema, para uma melhor adaptação ao trabalho das equipes.

Constata-se, ainda, na análise dos dados referentes ao relatório PMA2 e dos dados lançados no SIAB, no ano de 2006, quanto ao número de atendimentos médicos e de enfermagem, nas prioridades diabetes, hipertensão, puericultura e pré-natal, que estas são as prioridades de maior prevalência nas áreas de abrangência e, de acordo com o programa, apresentam grupos e segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade; que a prioridade pré-natal, no mês de abril de 2006, apresentou 98 atendimentos médicos e de enfermagem, segundo o relatório PMA2; todavia, a mesma prioridade apresentou 68 atendimentos no lançamento do SIAB.

Da mesma forma, as prioridades puericultura e pré-natal apresentaram no mês de agosto, respectivamente, 61 e 104 atendimentos no relatório PMA2, e 92 e 82 atendimentos no lançamento do SIAB. Ainda, to-

das as prioridades elencadas no parágrafo anterior apresentaram, no mês de setembro, respectivamente, 16, 43, 35 e 69 atendimentos no relatório PMA2, e 14, 31, 23 e 102 atendimentos no lançamento do SIAB.

Considerando que os dados informados no SIAB referem-se à consolidação dos dados constantes do Relatório PMA2, eles deveriam coincidir, cumprindo-nos ressaltar uma deficiência no sistema de monitoramento do programa no que se refere à conferência dos dados, o que, por sua vez, dificulta a confiabilidade das informações obtidas.

Esta deficiência pode ainda ser verificada se analisarmos os dados informados à Secretaria Regional de Saúde no ano de 2006, referentes ao número de cadastrados no programa nas mesmas prioridades, nos meses de outubro a dezembro. Constatou-se que o mês de novembro, se comparado ao mês de outubro, apresentou uma considerável queda em todas as prioridades, equivalente a 25,1%. Chama a atenção o fato de que os dados voltaram ao mesmo parâmetro no mês de dezembro.

A constatação da não-intervenção - diante de uma considerável queda de 25,1% no número de cadastrados no mês de novembro em relação aos cadastrados do mês de outubro em todas as prioridades analisadas - leva-nos a questionar como seria possível, por exemplo, que pessoas diabéticas, repentinamente, deixassem de ser diabéticas, ou simplesmente desaparecessem. Certamente, a resposta estaria num erro de registro.

Pode-se dizer, então, que a falta de supervisão e controle dos dados produzidos, devidamente demonstrada na constatação de não-preenchimento das fichas de acordo com a determinação do manual de orientação do SIAB; encaminhamento de fichas para alimentação do SIAB sem a devida análise da coordenadora do programa; erro de digitação dos dados previstos no relatório PMA2 no momento da alimentação do SIAB; e erro no registro dos cadastrados, compromete a própria confiabilidade das informações geradas, razão pela qual merece maior atenção por parte dos responsáveis pelo monitoramento dos dados no município, uma vez que somente uma melhoria na fidelidade da produção dos dados permitirá a avaliação da efetividade do programa.

É preciso que se criem condições favoráveis para a qualificação dos dados na composição do sistema de monitoramento. Condições que simplifiquem e proporcionem a organização dos procedimentos de coleta e tratamento dos dados em todos os ciclos da implementação.

---

## Relações intergovernamentais

---

Quanto à relação existente entre os níveis de governo, pode-se começar pela constatação que diz respeito aos dados de acompanhamento dos ACS em relação aos cadastrados no programa. Analisando os dados informados à Secretaria Regional de Saúde no ano de 2006, referentes ao número de cadastrados, número de acompanhamentos realizados pelos ACS e número de atendimento médico e de enfermagem nas mesmas prioridades, pode-se perceber que o número de cadastrados e acompanhados pelos ACS repetiram-se em todos os meses do ano, cabendo-nos ressaltar que é muito difícil - embora, obviamente, não seja impossível - que tais dados correspondam à realidade.

Uma das razões para uma cobertura de acompanhamento em 100%, talvez esteja no fato de que, além da composição das equipes e do preenchimento de todos os dados, é a cobertura através da consolidação da ficha A o dado analisado pelo Ministério da Saúde para liberação dos recursos. A preocupação reside no fato de os municípios buscarem, prioritariamente, atingir a cobertura exigida para recebimento do recurso em detrimento da qualidade do programa. Esta situação pode ser verificada se analisarmos um dado que não é requisito para liberação dos recursos, que é o caso do número de atendimentos médicos e de enfermagem, em relação ao número de cadastrados no programa.

Analisando o número de atendimentos médicos e de enfermagem, verifica-se que, em algumas prioridades, os atendimentos são realizados em número muito inferior ao de cadastrados no programa, demonstrando que os atendimentos não correspondem às recomendações dos órgãos competentes. De acordo com as condições clínicas do pacien-

te, a Sociedade Brasileira de Hipertensão recomenda seu seguimento conforme o valor de pressão arterial encontrado, variando da intervenção imediata (hipertensão grave) à intervenção anual (pressão arterial normal). Em relação a *diabetes mellitus*, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda avaliação a cada três ou quatro meses para pacientes estáveis e com controle satisfatório.

No que se refere à prioridade diabetes, temos que, em 2006, foram realizados 533 atendimentos para uma média de 295,6 pessoas cadastradas. Matematicamente:  $533/295,6 = 1,8$  atendimentos/cadastro. Assim, comparando-se este número com a referência estabelecida pela Associação Brasileira de Diabetes, pode-se dizer que este se encontra, praticamente, 50% abaixo do que representaria a melhor hipótese, ou seja, de 3 a 4 consultas. Cabe salientar que, por se tratar de um dado estatístico médio, pode existir cadastrado que tenha sido acompanhado em 3 ou 4 consultas/ano.

Quanto à prioridade hipertensão, tem-se que, em 2006, foram realizados 1.116 atendimentos para uma média de 1.065,3 pessoas cadastradas. Matematicamente:  $1.116/1.065,3 = 1,1$  atendimentos/cadastro. Assim, se considerarmos que todos os casos de atendimento foram de pressão arterial normal, poderíamos de forma mediana ponderar que, nesta prioridade, o município estaria dentro dos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Hipertensão. No entanto, é muito difícil – embora, obviamente, não seja impossível – que todos os cadastrados na prioridade hipertensão tenham pressão arterial normal.

Estudos realizados com o intuito de subsidiar a melhoria da cobertura e da adesão dos pacientes com diabetes e hipertensão como “Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil”, desenvolvido no Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia de São Paulo (2006), mostram que não é suficiente divulgar o nome e o endereço da equipe de saúde, sendo necessário um esforço agressivo para aumentar a utilização dos serviços.

Como vimos, o número de atendimentos médicos e de enfermagem no município de

Correia Pinto encontra-se abaixo do esperado, no mínimo em relação à prioridade diabetes, demonstrando que os atendimentos não correspondem às recomendações dos órgãos competentes. Sobre esta realidade, ou as consultas não estão sendo feitas ou não estão sendo registradas corretamente, cumprindo-nos ressaltar séria omissão e a necessidade de ações que induzam a realização dos atendimentos.

De acordo com a coordenadora do PSF no município, a estratégia adotada quando os registros apontam acompanhamento menor que o número recomendado é a realização de consultas de enfermagem. No entanto, considerando que as consultas de enfermagem não substituem as consultas médicas, resta demonstrada uma inadequada forma de controle.

Quanto às demais esferas, constatou-se que não realiza análise em relação ao número de atendimento médico e de enfermagem, ante o entendimento de que a competência desta análise seria do gestor municipal.

Cabe salientar a colocação do gerente estadual no sentido de que o acompanhamento dos dados de produção não está sendo feito pelo estado em razão de “demandar muito trabalho”, bem como do fato de o sistema não apresentar nenhuma crítica sobre o número de atendimentos, “não importa se num mês há uma consulta e no outro há mil consultas”. A coordenadora de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, para justificar a ausência desta análise por parte da esfera federal, fez menção ao conceito de autonomia de esfera de gestão no SUS, regionalização e falta de estrutura e de recursos humanos, referindo que “o monitoramento e a avaliação do Brasil inteiro cabiam em uma sala”, evidenciando a necessidade de uma melhora na estrutura e no quadro técnico.

Assim, no que se refere ao cumprimento da responsabilidade de avaliação do programa pelas esferas de governo, objetivo principal do presente trabalho, a análise dos dados demonstrou que não há avaliação na esfera municipal – primeiro, ante a confirmação de que não há monitoramento nem intervenção adequados; segundo, porque, ao descrever como é feita a avaliação do programa, a coordenadora deste no município referiu como a

avaliação "deveria" ser feita; terceiro, pela inexistência de dados físicos e informatizados na Secretaria de Saúde do Município; e quarto, porque o município não cumpriu o que havia proposto no projeto de implantação do programa nem no Plano Municipal de Saúde para desenvolvimento do processo de avaliação, ou seja, não existem relatórios de pesquisa com os usuários, bem como não há reuniões entre as equipes do PSF da região, nem avaliações do sistema de informação.

Na esfera estadual, representada primeiramente pela Secretaria Regional de Saúde, pode-se verificar que a descrição da avaliação é a mesma do monitoramento, razão pela qual se evidencia a falta de avaliação dos dados, havendo mesmo confusão entre monitoramento e avaliação.

Em decorrência de a atividade de monitoramento ser considerada atividade de avaliação, "a correção ad-hoc dos rumos de um plano acaba sendo considerada como atividades de aprimoramento do próprio programa, mesmo quando não ocorrem modificações de conteúdo, metodologia e adequação (Faria, 2001:47)", o que, por sua vez, pode resultar em prejuízo ao andamento do programa.

Outra constatação refere-se ao modo de realização das supervisões, citadas como forma de avaliação, realizada semestralmente. Analisando os registros do município junto à Secretaria Regional de Saúde, atestou-se que, durante o período em que a coordenadora estava respondendo pelos trabalhos, somente duas supervisões foram feitas. Portanto, as supervisões não ocorrem, nem ocorreram semestralmente, bem como há equipes que não receberam nenhuma supervisão. Ainda, observou-se falta de comprometimento da Secretaria Regional de Saúde com a qualidade do programa no fato de a coordenadora referir que tem conhecimento de que "muitas vezes os dados são jogados no sistema", porém "não pode interferir".

Ademais, a utilização das secretarias regionais não se tem mostrado efetiva em outras regiões, como no oeste catarinense: "as Regionais têm sido utilizadas muitas vezes como um instrumento de negociação política, de acordo com os interesses do partido que está no poder, inviabilizando a condução de saúde da região" (Kleba, 2005:329).

Na segunda representação da esfera estadual, Departamento da Atenção Básica, constatou-se que os procedimentos adotados são referentes ao monitoramento e, ainda, como o próprio coordenador declarou, "poucas são as ações de monitoramento." Sobre a avaliação, tem-se que não houve nenhuma do PSF, constatação esta corroborada pelas palavras do gerente: "o Estado ainda não fez nenhuma avaliação do PSF".

No que se refere à esfera federal, ficou evidenciada a existência de avaliações que demonstraram, de acordo com a coordenadora, principalmente, que o modelo de Saúde da Família é mais eficaz que o modelo de Atenção Comum, razão pela qual restou indicado que se deve continuar. Todavia, esta avaliação foi realizada em municípios com mais de 100 mil habitantes, o que não é o caso do município de Correia Pinto e da maioria dos municípios brasileiros, que são de pequeno porte e não possuem capacidade de gerir suas políticas sociais.

Portanto, diante desta situação e da declaração da coordenadora, de que "o Ministério da Saúde se baseia na capacidade de gestão dos estados e municípios", pode-se entender por que o processo de avaliação não está acontecendo. O município não possui condições de gerir sua própria política social, o Ministério da Saúde baseia-se na capacidade de gestão dos municípios, a consequência, é a delegação de competência entre as esferas ocasionando a não-realização do instrumento de operacionalização da descentralização político-administrativa do SUS, no caso, a avaliação do programa.

Enfim, como se pôde perceber, nas esferas municipal e estadual, o programa não foi avaliado de nenhuma forma, ficando o resultado da avaliação por conta daquela realizada pelo Ministério da Saúde, embora não abrangesse o município estudado. Portanto, considerando a declaração da coordenadora do município de que não existe retorno dos dados, pode-se dizer que ela afirma que no município de Correia Pinto não se sabe como o programa está se desenvolvendo, se as ações estão dando bons ou maus resultados.

Outra questão é a do papel das esferas regional/estadual e federal como indutoras da operacionalização da avaliação nas esferas municipais. Neste trabalho, buscou-se iden-

tificar quais as medidas adotadas pelas referidas esferas para induzir a existência da avaliação na esfera municipal.

Na esfera regional/estadual não foi encontrada nenhuma medida para induzir a operacionalização da avaliação no município. Já na esfera federal, notou-se um aspecto positivo, a existência dos projetos: Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação e Avaliação da Melhoria da Qualidade junto ao município (AMQ). No entanto, considerando que o Projeto AMQ foi colocado à disposição em 2005 e que até a presente data o município não aderiu a ele, compete-nos questionar a suficiência da capacidade de indução.

---

## Considerações finais

---

A pesquisa evidenciou, como ponto principal, a clara delegação de competências entre as esferas, no sentido de se atribuir a responsabilidade pelo acompanhamento e avaliação dos dados de produção e do programa à esfera municipal, ocasião em que nenhuma delas realizou a avaliação. Suas atividades pautaram-se na consolidação dos dados, análise da cobertura, correção de erros de digitação ou de composição das equipes, ou seja, ações de monitoramento, prejudicando sobremaneira o processo de tomada de decisão. De modo que, além da necessidade da realização de um planejamento estratégico nacional do SUS por todas as esferas, é preciso que se clarifique a divisão de competências, a fim de que cada esfera entenda qual seja sua real atribuição.

Cabe lembrar que, embora, caiba ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função, na realidade, estas não prestaram o suporte necessário, em descumprimento à previsão de corresponsabilidade entre as esferas.

Diante destas constatações, pode-se dizer que a descentralização político-administrativa do SUS, no que se refere à responsabilidade de avaliação das ações e serviços de saúde, não tem acontecido com interdependência entre as esferas estatais, bem como não contém todos os seus instrumentos de operacionalização.

Em nossa avaliação, a esfera federal deve fortalecer sua capacidade institucional e administrativa, suas estratégias de indução, sua função regulatória e de acompanhamento, a transferência de cooperação técnica, a fim de dotar o município de capacidade institucional.

Da esfera estadual, esperam-se um maior comprometimento com a melhoria na qualidade dos serviços prestados, um maior empenho na organização e no desenvolvimento das áreas municipais de saúde e, principalmente, que garanta o suporte necessário para sustentar o processo de descentralização.

Da mesma forma, é chegada a hora do comparecimento efetivo do poder público municipal na implementação de um Sistema de Controle e Avaliação, através da criação de uma unidade própria no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com a função de coordenar o processo de avaliação dos programas e com pessoal capacitado e treinado para monitorar, avaliar e utilizar os resultados advindos da avaliação. Ainda, o município deve aderir a projetos de autoavaliação, como o Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ, do Ministério da Saúde.

Sem estas decisões, que se impõem aos gestores públicos, é pouco provável que a descentralização alcance resultados positivos e que se consiga eficiência nas atividades da gestão pública. O caminho para que a descentralização seja reconhecida como uma estratégia necessária para garantia da melhoria na assistência às demandas locais depende de uma atuação conjunta das esferas, da elaboração de políticas públicas que produzam resultados reais para a sociedade.

### Referências bibliográficas

- ARRETICHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais, *Educ. Soc.* nº 80. Campinas, 2002, pp. 25-48.
- BARRETO JUNIOR, FRANCISCO Irineu e SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual, *São Paulo em Perspectiva*, nº3. São Paulo, jul. 2004, pp. 47-56.
- CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- FARIA, Regina M. Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências, in Rico, Elizabeth Melo (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001, pp. 41-49.
- KLEBA, Maria Elisabeth. *Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento*. Chapecó: Argos, 2005.
- LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão, in Rico, Elizabeth Melo (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001, pp. 75-84.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório 2005. Brasília, 2005, mimeo.
- ORTIZ, Lúcia. Descentralização e a municipalização da saúde, *Com Ciência*, nº 36. Campinas, out. 2002, pp. 1-4. Disponível em <<http://www.comciencia.br?reportagens/publicas/pp06.htm>>. Acesso em 8/9/2008.
- PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil, *Caderno de Saúde Pública*, vol. 22. Rio de Janeiro, fev. 2006, pp. 377-85. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/pdf>. Acesso em 15/4/2007.
- SILVA, Anderson Soares da e LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, *Caderno de Saúde Pública*, vol. 21. Rio de Janeiro, nov. 2005, pp. 1.821-828. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/pdf>>. Acesso em 15/4/2007.

**Résumé:** Le thème de cet article se concentre sur l'analyse de la décentralisation des politiques sociales, en essayant d'incorporer des éléments à la réflexion au sujet de leurs limites et potentialités. L'étude a pris comme objet empirique de recherche la vérification de l'exécution de la responsabilité d'évaluation du Programme Santé de La Famille du district municipal de Correia Pinto (SC) par les trois sphères de l'État. Les données ont été prises au Bureau Municipal de Santé, concernant l'année 2006, dans les documents physiques, comme par exemple des registres et des rapports, les documents informatisés, comme par exemple le Système d'Information de l'Attention de Base (SIAB) et à travers les entrevues individuelles et dans le groupe. Les recherches ont démontré qu'il n'existe l'évaluation du programme dans les sphères municipale et de l'état, aussi bien qu'il est restreint dans la sphère fédérale, dans le refus de consentement à la prévision légale de responsabilité commune parmi les sphères, ce qui montre la nécessité d'amélioration de la structure de la décentralisation, qui ne se réalise pas de manière complète.

**Mots clés:** décentralisation; politiques publiques; Programme Santé de la Famille.

**Resumen:** El tema de este artículo se concentra en el análisis de la descentralización de las políticas sociales, intentando incorporar elementos a la reflexión sobre sus límites y potencialidades. El estudio tomó como objeto empírico de investigación la verificación del cumplimiento de la responsabilidad de evaluación del Programa Salud de la Familia del municipio de Correia Pinto (SC) por las tres esferas estatales. Los datos fueron recolectados en la Secretaría Municipal de Salud, referentes al año 2006, en los documentos físicos, como fichas e informes, documentos informatizados como el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) y a través de entrevistas individuales y en grupo. La investigación demostró que no existe evaluación del programa en las esferas municipal y estatal, de la misma manera que es restringida en la esfera federal, no cumpliendo la previsión legal de responsabilidad común entre las esferas, evidenciando la necesidad de maduración de la estructura de la descentralización, que no ocurre de forma completa.

**Palabras-clave:** descentralización; políticas públicas; Programa Salud de la Familia.