

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

GIOVANNA SCHENKEL FORNARI CERCHIARI

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE
DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UM MUNICÍPIO
DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Giovanna Schenkel Fornari Cerchiari

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE
DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UM MUNICÍPIO
DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Administração.
Universidade Federal de Santa Catarina.
Curso de Pós-Graduação em Administração.
Área de concentração em Gestão da Informação,
da Inovação e da Produção.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Giovanna Schenkel Fornari Cerchiari

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE
DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UM MUNICÍPIO
DE SANTA CATARINA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Grau de Mestre em Administração (Área de concentração: Gestão da Informação, da Inovação e da Produção) e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, em sua forma final, em 20 de fevereiro de 2006.

Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora composta pelos professores:

Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Antonio Cezar Bornia
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Gladys A. Velez Benito
Universidade do Vale do Itajaí

RESUMO

CERCHIARI, Giovanna Schenkel Fornari. **Avaliação da efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial de um município de Santa Catarina.** 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann

Defesa: 20/02/2006

Este trabalho teve como propósito avaliar a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial através de um diagnóstico da situação dos Programas no município de Itajaí – SC. As questões analisadas no diagnóstico da situação foram focadas em fatores que traduzem a efetividade das ações desenvolvidas, isto é, a capacidade de gerar resultados a partir dos investimentos feitos. A avaliação da efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão arterial foi realizada por meio de uma análise de dados estatísticos existentes, com o estabelecimento de um indicador que consolidou três frentes de resultado: o número de óbitos, internações e atendimentos ambulatoriais. O índice estabelecido para análise da efetividade derivou em um indicador de custos. Como percurso metodológico foi adaptado o modelo teórico de Planejamento e Controle de Produção - PCP criado por Erdmann (1998), que preconiza a consolidação de informações fragmentadas em um sistema. Como resultado da pesquisa, foram apresentados o diagnóstico dos programas de diabetes e hipertensão e uma proposta para avaliação da efetividade através do indicador de efetividade e do custo da efetividade, o qual foi desenvolvido a partir de equações. Os problemas e as sugestões apontados pelos entrevistados na fase de diagnóstico da situação foram agrupados em três categorias: os de ordem informacional, de ordem processual e de ordem estrutural. A maior parte dos problemas e sugestões foi de ordem informacional, indicando a ausência, a deficiência ou o desconhecimento de informações pertinentes aos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial. Pode-se acompanhar a evolução dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, através dos índices apresentados nos anos de 2000 a 2005. Na avaliação da efetividade, identificou-se melhoria do desempenho do Município de Itajaí – SC em relação aos programas a partir do ano de 2003, e o seu melhor resultado no ano de 2005.

Palavras Chave: Diagnóstico da situação em saúde; Indicadores de efetividade em saúde; Análise dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

CERCHIARI, Giovanna Schenkel Fornari. **Avaliação da efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial de um município de Santa Catarina.** 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann

Defesa: 20 /02/06

This research has the intention to represent alternative to resource administration destined to public health through an management model for diabetes and hypertension programs. This study has the interest to analyze the effectiveness of the programs destined a chronic and degenerative diseases porters. The analyzed questions are focused in factors that translated the developed actions effectiveness, that is, a capacity to beget results through investments you have done. We used a model to analyze the results, intervening the establishment of an indicator that consolidated three faces of results, a number of death, internations and ambulatory attendiments. The established index for effectiveness analyze resulted in a costs indicator. As a methodology we adapted a model theory of Production Control and Plan – PCP, created by Erdmann (1998), which considerates seven stages for a consolidation of a fragmented information system. As a result of this research showed up the diagnostic of diabetes and hypertension programs and a proposition to evaluation of effectiveness through of indicative of effectiveness and the cost of this effectiveness that was developed by equations. The problems and suggestions indicated by the interviewed in the stage of situation of diagnostic were arranged into three degrees: information order; proceedings order and structural order. The great part of the problems and suggestions were from information order; absence, disability or information un-known related to diabetes and hypertension programs. We could follow the evolution of diabetes and hypertension programs through introduced index from 2000 to 2005 years. In the evaluation of this effectiveness we could identify improvement in the performance of Itajaí City in relation to the programs from 2003. The best result was in 2005 year.

Key-words: Health management model; Health effectiveness indicators; Public health costs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de figuras

FIGURA 1: Índice de efetividade – anos 2000 a 2005	106
FIGURA 2: Índice de atendimentos ambulatoriais – anos 2000 a 2005	107
FIGURA 3: Índice de óbitos – anos 2000 a 2005	108
FIGURA 4: Índice de dias de internações – anos 2000 a 2005	108
FIGURA 5: Custo da efetividade – anos 2000 a 2005	110

Lista de quadros

QUADRO 1: Problemas apontados pelos entrevistados	92
QUADRO 2: Sugestões apontadas pelos entrevistados	95
QUADRO 3: Apresentação dos dados coletados nos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no Município de Itajaí – SC	102
QUADRO 4: Apresentação dos dados estatísticos da equação para avaliação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial nos Anos de 2000 a 2005	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID – Código Internacional de Doenças

DATAPREV – Empresa responsável pela análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento de informações e processamento de dados

DATASUS – Sistema de informações do Ministério da Saúde

HIPERDIA – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ie – Indicador de efetividade

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PCP – Planejamento e Controle da Produção

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

SIS – Sistema de Informação em Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Tema e problema	14
1.2 Objetivos da pesquisa	18
1.2.1 Objetivo geral	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 Políticas históricas do SUS	19
2.2 Estratégias do SUS: operacionalização dos programas de saúde	23
2.2.1 Os gestores do SUS	26
2.2.1.1 Gestão municipal em saúde	27
2.2.1.2 Gestão da saúde nos Estados	32
2.2.2 O financiamento do SUS	33
2.2.3 Celebração de convênios	39
2.2.4 O Programa Hiperdia	40
2.3 Epidemiologia	43
2.3.1 O processo saúde-doença	43
2.3.2 Índices	45
2.4 Informações em saúde	50
2.5 Planejamento, controle e avaliação	53
2.6 Custos em saúde	60
2.7 Indicadores	62
3 METODOLOGIA	68
3.1 Campo de análise, objeto e período considerado	68
3.2 As fontes de dados	69
3.3 Percurso metodológico – modelo para organização de sistemas de PCP	70
3.3.1 Diagnóstico da situação	70
3.3.2 Decisões em avaliação e estruturação do instrumento	76
3.3.3 Comparação entre os períodos e análise da efetividade	78
4 RESULTADOS	87
4.1 Diagnóstico da situação	87
4.1.1 Estrutura em saúde do município de Itajaí relacionada com os programas de diabetes e hipertensão arterial	87
4.1.2 Descrição das entrevistas	90
4.2 Decisões em avaliação e estruturação do instrumento	96
4.3 Comparação entre os períodos e análise da efetividade	101
5 CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS	114

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com coordenadores dos Programas	117
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com o Secretário de Saúde	120
APÊNDICE C – Roteiro para coleta de dados indicadores hospitalares	123
APÊNDICE D – Roteiro para coleta de dados qualitativos – encontro com participantes dos Programas de Diabetes e Hipertensão	125
ANEXO A – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos – SISNEP	127

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa descrita neste trabalho teve como objetivo analisar o resultado das ações desenvolvidas nos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, por meio do seu diagnóstico e da sua análise, com o intuito de proporcionar à sociedade o conhecimento sobre a efetividade destes programas.

A escolha do tema de pesquisa, foi influenciada por pesquisas realizadas no Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos – NIEPC, do Curso de Pós-graduação em Administração – CPGA, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, no ano de 2002. O NIEPC está vinculado à linha de pesquisa ‘Gestão da Informação, da Inovação e da Produção’, apresentando como objeto central de estudos o Planejamento e Controle da Produção – PCP de bens e serviços, em que se destacam pesquisas na área da Saúde.

Definiu-se assim, como foco da pesquisa, a realização de um diagnóstico dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí – SC e financiados pelo SUS, para avaliar a qualidade das suas ações, por meio dos resultados alcançados.

Segundo Westphal (2001), o SUS pode ser entendido como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e para as ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente pelas leis que a regulamentam. O autor (2001) acrescenta que o SUS não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS, sendo, realmente, um novo sistema de saúde.

Para Westphal (2001) o SUS deve ser entendido em seus objetivos finais, que

consistem em dar assistência à população baseada no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que é considerado um 'sistema único' por seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

As questões analisadas na presente pesquisa foram focadas em fatores que traduzem a efetividade das ações desenvolvidas, isto é, a capacidade de gerar resultados a partir dos investimentos feitos.

Para proceder a avaliação foram utilizados alguns indicadores existentes nos programas, baseados em dados estatísticos, como o número de óbitos, internações e atendimentos ambulatoriais. O índice estabelecido para análise da efetividade contribuiu para o desenvolvimento de um indicador de custos, tendo como proposta final a apresentação de um indicador de efetividade. Como percurso metodológico foi adaptado o modelo teórico de PCP, de autoria de Erdmann (1998), que considera etapas para a consolidação de informações fragmentadas de um sistema.

A proposta da pesquisa consiste na elaboração de um diagnóstico e de uma avaliação da situação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no município de Itajaí – SC, cidade onde o estudo foi realizado.

Analisando os indicadores de saúde populacional, depara-se com incidências de alguns males que acometem as comunidades. O crescimento populacional, a renda *per capita*, a economia e os níveis de desemprego, são fatores que interferem no desenvolvimento populacional.

Considera-se que a comunidade cresce e se desenvolve aleatoriamente, ao ponto que o reflexo deste 'descontrole' implica na saúde da população. Algumas

doenças se desenvolveram com maior incidência nos últimos anos, afetando comunidades, em princípio específicas, que mais tarde envolveram toda a população, perdendo as características iniciais.

A evolução da incidência das doenças está relacionada aos serviços de saúde disponíveis para a população. Algumas patologias são crônicas, a morbidade e a mortalidade decorrentes se agravaram, levando à necessidade de programas de saúde que objetivem monitorar a situação, em busca do equilíbrio e da manutenção da saúde e do acompanhamento das populações atingidas.

Ao realizar um exame dos padrões da mortalidade, Dever (1998) defende que os maus hábitos de saúde contribuem para uma vida insatisfatória no decorrer dos anos. O ataque cardíaco é exemplificado por aparecer no jovem (20 a 29 anos), como a nona ou décima doença mais freqüente. Na etapa seguinte (30 a 44 anos), o ataque cardíaco sobe ao primeiro lugar para o homem branco e ao quarto ou sexto para outros grupos de indivíduos.

Se a pessoa vai ou não passar por um evento específico, vários fatores influenciarão para esta situação como o nível sócio econômico e as condições ambientais, educativas e culturais. Para o controle de tais tendências, é necessário que as ações de promoção e recuperação da saúde sejam dirigidas à população de risco (DEVER, 1998).

Dever (1998) acrescenta que as doenças crônico-degenerativas estão entre as causas de morte de maior incidência, fato que tem levado a um maior interesse e a necessidade de discussões sobre a epidemiologia e ao desenvolvimento de ações para o seu controle.

Como causas das patologias do aparelho respiratório, mais de 80% das

mulheres de 10 a 49 anos, e mais de 50% das mulheres de 50 anos ou mais, que morrem por essa causa, são acometidas por pneumonias e bronquite crônica. E as mulheres das regiões Sul e Sudeste apresentam mais problemas do aparelho respiratório (CIANCIARULLO, 1998).

Segundo Breilh (1991), várias mudanças devem ser estabelecidas nos instrumentos e nas técnicas para dar-lhes coerência com o novo referencial teórico. Portanto, tornou-se indispensável redefinir o próprio conceito de variável, reformular as dimensões e as implicações das variáveis epidemiológicas. Uma vez reconstituídas, a interpretação do fato epidemiológico e a sua inserção como processo particular, sujeito a determinações sociais mais amplas, substitui algumas classificações convencionais dos processos saúde-doença e gera novos critérios de classificação que reconheçam as novas dimensões e relações dos processos epidemiológicos.

A questão a se discutir é a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial desenvolvidos no Município de Itajaí – SC. Para isto, é necessário avaliar os programas através de um diagnóstico da situação e da avaliação dos programas com os dados estatísticos do período de 2000 a 2005.

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (BRASIL, 2003), através de entrevista com seu representante no país, Jacob Finkelman, confirmou que o Brasil tem o melhor programa de prevenção de hipertensão e diabetes do mundo.

Também foi divulgado um relatório informando que, em todo o mundo, apenas 30% dos Ministérios da Saúde, incluindo o do Brasil, destinam verbas para redução da incidência e da mortalidade por doenças não transmissíveis – DNTs. As ações de prevenção no Brasil se resumem a campanhas educativas, em que a população é orientada a adotar hábitos saudáveis, e à realização de campanhas de diagnóstico.

Os indicadores, segundo Burmester citado por Bittar (1997), são representações, quantitativas ou não, de resultados de ocorrência ou eventos de um sistema. Constituem-se, portanto, num instrumento gerencial de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade. Com o auxílio de indicadores hospitalares torna-se possível avaliar se os programas e se os serviços hospitalares estão influenciando de maneira positiva na saúde da população, ao mesmo tempo em que estes também evidenciam a qualidade e a quantidade produzidas, a imagem do hospital e o nível de satisfação do cliente.

Tudo isso significa cuidados comunitários em saúde e é o que se espera que seja realizado. As instituições podem exercer um impacto na população e servi-la utilizando uma abordagem orientada para a prevenção (DEVER, 1998).

“O conhecimento da distribuição e evolução da saúde e da doença na população aumenta a efetividade dos programas, permitindo entre outras coisas, a identificação de grupos – alvos específicos” (DEVER, 1998, p.133). O mesmo autor defende que um bom sistema de atendimento à saúde possui as seguintes características: universalidade, ausência de barreiras no atendimento à população, busca da continuidade do atendimento, atendimento efetivo e adequado, eficiência, atendimento aos doentes e aos vulneráveis e expostos aos riscos, gerar informações confiáveis, possuir mecanismos de avaliação, difusão de conhecimentos sobre promoção da saúde e prevenção dos males.

Esta pesquisa tem como propósito apresentar para a sociedade a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial a partir de um diagnóstico e da avaliação das ações desenvolvidas e dos resultados alcançados.

Desta maneira, pretende-se que seus resultados proporcionem o conhecimento

sobre a maneira pela qual os recursos estão sendo aplicados, sobre a qualidade dos atendimentos prestados, incluindo informações sobre a eficiência (ou ineficiência) da assistência preventiva (ao diminuir ou não a incidência de internações hospitalares) e informações sobre o atendimento às necessidades da comunidade.

Esta pesquisa contribuirá para a análise dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, pois através da avaliação da efetividade das ações desenvolvidas, seus resultados fornecerão subsídios para um melhor controle dos resultados em saúde, podendo-se analisar a evolução da situação ao longo dos anos.

Além disso, a partir das críticas e das sugestões sobre os resultados da avaliação da efetividade dos programas, poderão ocorrer novas pesquisas para completar esta análise e outras que possam tê-la como base e que contribuam para a evolução nas pesquisas em gestão de saúde pública.

Na seqüência são apresentados o tema e o problema, os objetivos, a fundamentação teórica e os procedimentos metodológicos que delinearam este estudo.

1.1 Tema e problema

Programas que visam a prevenção, o controle e o tratamento de algumas doenças estão em andamento em diversas regiões, de acordo com as características populacionais. A questão a discutir é a avaliação dos programas existentes. Os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial são direcionados para um grupo de portadores de doenças crônico-degenerativas.

Para a gestão eficiente destes programas é necessário avaliar o resultado advindo das ações realizadas e o controle dos recursos financeiros utilizados. Assim, percebe-se a necessidade de acompanhamento através de um diagnóstico da situação

e da avaliação da efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

De acordo com o enfoque apresentado, pode-se identificar o progresso e a evolução e situações que continuam deixando a desejar para a sociedade. Durante muito tempo os problemas, devido à gestão pública deficiente, vêm sendo vivenciados pela população. Pode-se identificar a necessidade de melhores condições de trabalho para os funcionários, tanto em remuneração como em recursos físicos e materiais, a demanda reprimida de clientes, entre outros.

A sociedade precisa conhecer a realidade para acompanhar as mudanças no futuro. A informação é importante para poder emitir qualquer opinião a respeito de um fato. Considera-se, portanto, que a informação é indispensável para a tomada de decisão.

Aliada à informação, o gestor deve utilizar teorias administrativas para aplicar técnicas diferentes de acordo com a necessidade do mercado. Como exemplo, pode-se indicar a descentralização que torna a informação mais rápida e o conhecimento mais adequado para cada nível de decisão ao eliminar níveis hierárquicos.

No Brasil, em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. As discussões foram voltadas para o financiamento, para a organização dos serviços, para a participação popular, para os recursos humanos, dentre outros temas. Em 1988, a Constituição Federal instituiu o SUS, com direção única em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal). As ações de saúde tornaram-se responsabilidade de cada esfera do governo, tanto de serviços de saúde como de recursos financeiros (SANTA CATARINA, 2000).

Pela competência legal de seus agentes, organizações, regulamentos e insumos, a Administração Pública é responsável pela garantia dos direitos sociais e individuais

dos cidadãos, destacando-se os direitos da saúde (WESTPHAL, 2001).

Segundo Westphal (2001), a implantação do SUS, como política pública de saúde e como modelo assistencial, exige profundas alterações na conceitualização e na consequente organização administrativa pública, que, para atender às funções indelegáveis do Estado, deve basear-se em paradigmas livres de preconceitos que a capacite para enfrentar com competência seu papel social. Pode-se destacar como alguns destes paradigmas:

- rever o desenho de funções / organização e estrutura a cargo do município;
- assegurar a coordenação da direção única do SUS;
- rever organização e quadro social, utilizando recursos de organização dos órgãos de administração indireta ou figuras de parceria para auxiliar no processo de implantação do SUS;
- influir junto a outras prefeituras, respeitando a autonomia local, para a organização adequada do SUS e dos insumos para tanto, especialmente quanto às atividades de recursos humanos específicos;
- esclarecer e assessorar prefeituras na adoção de figuras jurídicas como consórcios e cooperativas, para a implantação de ações supra-municipais;
- fornecer assistência legal/técnica/operacional e ética para o processo de municipalização de recursos humanos, quando for o caso;
- estar permanentemente em estreita vinculação com o Conselho Municipal de Saúde.

Segundo Starfield (1998), as metas principais do sistema de saúde são otimizar a saúde da população por meio de emprego do estado avançado do conhecimento sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças, maximização da saúde e a

minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados subgrupos não fiquem em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um bom nível de saúde.

Um sistema de saúde, entendido como um sistema produtor de serviços visando a obtenção dos resultados que se esperam, pode ser tratado pelos princípios do PCP. Erdmann (2000) apresenta o PCP como um sistema que processa informações, determina os rumos da produção e a acompanha, exercendo os respectivos controles. Os princípios do PCP foram os adotados para a concepção do mecanismo de controle deste estudo, a partir de itens de planejamento financeiro dos órgãos financiadores das instâncias governamentais envolvidas.

Uma das dificuldades do setor de saúde pública é a de mensurar alguns resultados, o que dificulta a identificação da qualidade ou da efetividade das ações desenvolvidas. Sabe-se que a adoção de indicadores permite a mensuração dos resultados do negócio, traduzindo-se em informações que refletem o estado da organização.

O tema desta pesquisa consiste em avaliar a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, através de um diagnóstico, com a análise da situação destes programas no Município de Itajaí – SC, por meio de indicadores.

Das questões apresentadas anteriormente surge a seguinte pergunta de pesquisa: como avaliar a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no Município de Itajaí– SC?

1.2 Objetivos da pesquisa

O objetivo geral da pesquisa é apresentado a seguir e logo após, os objetivos específicos que permitiram o alcance do objetivo geral.

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no município de Itajaí – SC no período entre os anos de 2000 e 2005.

1.2.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar a situação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no município de Itajaí – SC.
- Analisar a efetividade das ações desenvolvidas com base na evolução de indicadores de saúde nos anos de 2000 a 2005.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são abordadas as políticas históricas do Sistema Único de Saúde Brasileiro, as estratégias do SUS, a implantação dos programas de saúde, epidemiologia, os sistemas de informações em saúde, a importância do planejamento, do controle e da avaliação, os custos em saúde e os indicadores de saúde.

2.1 Políticas históricas do Sistema Único de Saúde brasileiro

Na seqüência, comenta-se o surgimento do Sistema Único de Saúde, a reforma sanitária, as diretrizes do SUS e as normativas de operacionalização, de financiamento, entre outros.

Segundo Pereira (2003), as ações assistenciais foram condicionadas ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, tendo as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, de 1923, como origem. Também em 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada como o início da Previdência Social por muitos autores.

O mesmo autor (2003) comenta que as CAPs, organizadas por empresários e trabalhadores, eram responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas. Entre os anos de 1923 e 1930 mais de 40 CAPs foram criadas, colocando a assistência médica como prerrogativa fundamental desse embrionário sistema previdenciário, no qual estruturou-se uma rede própria. A partir de 1930 surgiu uma nova forma de organização previdenciária, os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, organizados por categoria profissional e com uma

maior participação do componente estatal.

Entre 1968 e 1974 foi criada uma estrutura em que o Estado passa a ser o grande gerenciador do Sistema de Seguro Social – na medida em que aumentava seu poder nas frentes econômicas e políticas – nas alíquotas e também no controle governamental, com a extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência dos CAPs e dos IAPs. A prestação de assistência à saúde prevista pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas; este complexo era composto pelo sistema próprio e pelo contratado. Este modelo, excludente, provocou uma capitalização crescente do setor privado e a precariedade do sistema de saúde e social (PEREIRA, 2003).

Com o crescimento da insatisfação popular e com a vitória da oposição em eleições parlamentares, surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária. A metade da década de 1980 foi marcada por uma profunda crise política que proporcionou o crescimento do movimento sanitário, tendo como ponto alto de sua articulação a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília (PEREIRA, 2003).

De acordo com os acontecimentos que direcionaram a implantação do Sistema Único de Saúde, nos anos de 1970, surgiu a proposta para o Movimento da Reforma Sanitária, que culminava na implantação de um sistema para atenção à saúde à população mais eficaz e disponível. Foi apresentada a primeira proposta do Sistema Único de Saúde no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, quando foi aprovado documento sobre a Questão Democrática na Saúde, que orientou o Movimento Sanitário (SANTA CATARINA, 2000).

Em Santa Catarina, foi desenvolvido a experiência dos Programas de Ações Integradas de Saúde – PAIS, em 1982, onde a tese da municipalização teve

crescimento (SANTA CATARINA, 2000).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as discussões foram voltadas para os financiamentos, para a organização dos serviços, para a participação popular, para os recursos humanos e outros temas que serviram como subsídios para a elaboração de emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição em 1988 (SANTA CATARINA, 2000).

No início do governo Sarney, por meio de um decreto presidencial, foi criado o Sistema Unificado de Descentralização de Saúde –. O SUDS reduzia a estrutura do INAMPS, adaptando-o, as funções de planejamento, orçamento e acompanhamento, às secretarias estaduais de saúde (SANTA CATARINA, 2000).

De acordo com Pereira (2003), o SUS prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito a idéias filosóficas. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar. O princípio da universalidade da atenção incorpora o direito à assistência como constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos estados de bem estar. A equidade foi definida em igualdade e em acesso e a integralidade busca assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Starfield (1998) afirma que a Organização Mundial de Saúde – OMS adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, conhecida como a 'Carta de Lubliana'. Esta carta, conforme o autor (1998) propõe aos sistemas de atenção de saúde um direcionamento norteado por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, voltados para a promoção e a

proteção da saúde e centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços. Assim, os sistemas devem focalizar a qualidade, incluindo a relação custo-efetividade e devem ser baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso eqüitativo, bem como direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 1998).

Para Pereira (2003) a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada, é conseqüência imediata do princípio da integralidade na organização da assistência. A hierarquização e a regionalização estão dentre os princípios do SUS, tornando realidade os princípios doutrinários sob o aspecto operacional. O controle social foi um dos princípios fundamentais do SUS. Um outro princípio organizativo do SUS é a descentralização, entendida como redistribuição das responsabilidades nas ações e nos serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

Os avanços realizados pela reforma sanitária após 10 anos de legislação infraconstitucional e da criação do SUS, conforme Mendes (1999), transformaram milhões de brasileiros pobres – sem carteirinha do INAMPS e condenados à caridade – em cidadãos portadores de direitos à saúde. Os mecanismos de controle social – concretizados pelos conselhos locais, municipais e estaduais e pelo Conselho Nacional de Saúde – contribuíram para o fortalecimento da atenção primária com a implantação da estratégia da saúde da família e com a melhoria dos principais indicadores de saúde.

Pereira (2003) assevera que, através das políticas públicas, o Estado proporciona qualidade de vida aos cidadãos, incluindo nestas políticas as políticas de saúde.

2.2 Estratégias do Sistema Único de Saúde: operacionalização dos Programas de Saúde

Em 1988, a Constituição Federal, então promulgada, instituiu o SUS, com direção única em cada esfera de governo. Dois anos após, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 foram aprovadas (SANTA CATARINA, 2000).

As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, integrantes do SUS, deverão ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e artigo 7º da Lei nº 8.080/90 (SANTA CATARINA, 2000).

De acordo com a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (2000) estas diretrizes podem ser classificadas em princípios doutrinários e em princípios organizativos, que estabelecem parâmetros de conduta e desempenho.

Como parâmetros doutrinários, seguem a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência – todos os cidadãos têm direito ao acesso a assistência, integralidade de assistência, entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema –; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações, referente o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (SANTA CATARINA, 2000).

Como parâmetros organizativos seguem a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, o que inclui: a alocação de recursos e a orientação

programática; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo – com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalizando e hierarquizando a rede de serviços –; a integração com o nível executivo das ações de saúde, com o meio ambiente e com o saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; a organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (SANTA CATARINA, 2000).

Segundo a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (2000), o gerenciamento da prestação e do controle dos serviços e ações de saúde deve ser participativo, democrático e descentralizado, para que seja garantida a gratuidade, a universalidade, a eficácia e a eficiência.

O gerenciamento participativo busca permitir o controle e a intervenção de todos os cidadãos sobre a forma de como estão sendo prestados os serviços de saúde à comunidade. O gerenciamento democrático deve atender os interesses dos usuários, nas suas reais necessidades de serviços de saúde, enquanto que o gerenciamento descentralizado deve oferecer condições materiais, físicas, financeiras, de recursos humanos e políticas, para permitir a administração e o controle em cada esfera do governo (Municípios, Estado e União), de forma autônoma e com poder de decisão (SANTA CATARINA, 2000).

Segundo a bibliografia publicada pela Secretaria Estadual de Saúde (SANTA CATARINA, 2000), nos artigos oitavo e nono da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, estão dispostos alguns princípios na organização e na direção do SUS,

apresentados a seguir.

- regionalização e hierarquização – os serviços de saúde estão classificados em níveis de complexidade crescente, sendo que alguns serviços necessitam de toda estrutura e de condições especiais para sua execução, e outros não;
- resolutividade – a garantia da solução dos problemas tanto do indivíduo quanto da coletividade, conforme seu nível de competência;
- descentralização – entendida como redistribuição das responsabilidades nos três níveis de governo, implica que quanto mais próximo do problema, melhores serão as condições na resolução destes. Assim, o que for de abrangência municipal, deverá ser de responsabilidade do governo municipal; na abrangência do Estado, do Governo Estadual; e o de nacional será de responsabilidade do Governo Federal;
- participação dos cidadãos – garantida pela Constituição Federal e regulada pela Lei nº 8.142/90, significa que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, nos níveis municipal, estadual e federal, através dos Conselhos e Conferências de Saúde;
- complementariedade do setor privado – o SUS poderá recorrer ao setor privado, desde que comprovada a insuficiência de sua rede. Os artigos 25 e 26 da Lei nº 8.080/90 estabelecem as condições para a contratação destes serviços.

Objetivando o detalhamento de como operacionalizar o sistema, foram implementadas as Normas Operacionais Básicas – NOBs. A primeira NOB, 01/91, instituiu o pagamento por produção, de acordo com os procedimentos realizados no município. Em 1993, o Ministro da Saúde editou a NOB 01/93, em que, de acordo com a própria capacidade, cada município poderia assumir determinadas ações de

complexidade variável em função de sua estrutura de serviços. Com a NOB 01/96 passaram a existir duas modalidades de gestão municipal: a plena, a atenção básica e a plena do sistema; mas o principal incremento da norma foi o repasse Fundo a Fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (PEREIRA, 2003).

Segundo Pereira (2003), o Programa Saúde na Família – PSF foi introduzido no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. Teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, lançado em 1991. Com os bons resultados dos PACS, particularmente com a redução da mortalidade infantil, buscou-se uma ampliação com maior resolutividade das ações a partir de janeiro 1994. Inicialmente o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e depois foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, e no ano seguinte já estava em vigor a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS. Com a implementação da NOB 01/96, no início de 1998, foram criados além do pagamento *per capita*, os incentivos para o PACS e PSF.

O PSF, ao resolver as questões de saúde na rede básica, diminui o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, evitando internações hospitalares. Desta forma, racionaliza o uso dos recursos existentes que, melhor utilizados, garantem o acesso de todos aos procedimentos mais complexos (PEREIRA, 2003).

Convém mencionar que a Lei nº 8.08/90 comenta ainda sobre a gestão do SUS.

2.2.1 Os gestores do SUS

Os Gestores do SUS nos municípios são as Secretarias Municipais de Saúde, ou equivalente, nas funções de Secretário Municipal de Saúde, Diretores da Secretaria

Municipal de Saúde, Gerentes de Unidades Básicas de Saúde e chefias de Postos de Saúde. Nos Estados são as Secretarias Estaduais de Saúde, e no nível Federal, o Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2000).

Os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Na esfera municipal, cabe aos gestores planejar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estando mais próximos da população, os gestores municipais são os mais indicados para programar as ações de saúde compatíveis com as questões de saúde na sua área de abrangência (SANTA CATARINA, 2000).

No nível Estadual, a Secretaria Estadual de Saúde é responsável pelas ações de saúde de seu Estado, assim como pelo planejamento e controle do SUS na esfera de sua responsabilidade (SANTA CATARINA, 2000).

Na instância Federal cabe ao Ministério da Saúde normatizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida da população (SANTA CATARINA, 2000).

2.2.1.1 Gestão municipal em Saúde

As Normas Operacionais Básicas – NOBs do SUS, são parte do conjunto de regras do SUS: regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde.

Foram formuladas três NOBs, uma em 1991, outra 1993 e a terceira 1996, como resultado de amplas discussões e negociações entre representantes dos governos

federal, estaduais e municipais e dos Conselhos de Saúde.

Tendo como referência a Norma Operacional Básica 01/96, municipalização significa dar ao município a responsabilidade de definir e gerir as ações e serviços de saúde e a possibilidade de controle da sociedade sobre a responsabilidade dos gestores, bem como a efetiva participação social na formulação de estratégias e ações locais de saúde. A municipalização possibilita a autonomia da gestão municipal, o uso e a redistribuição mais eficiente dos recursos, a melhor ordenação de serviços públicos, facilitando o controle social e ampliando os direitos sociais (SANTA CATARINA, 2000).

A Lei Orgânica da Saúde prevê duas formas de participação direta da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências ocorrem em vários níveis. Em nível nacional de quatro em quatro anos e nos níveis estaduais e municipais de dois em dois anos (SANTA CATARINA, 2000).

A partir da Norma Operacional Básica NOB /96, os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a capacidade dos municípios de assumirem e cumprirem responsabilidades perante a sua população, perante o Estado e o Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2000).

Na Gestão Plena de Atenção Básica, o município recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos de clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Cirurgia Geral; Serviços de Vigilância Sanitária e Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitante/ano (SANTA CATARINA, 2000).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (2000) as ações e serviços que devem estar à disposição são: imunizações, curativos, nebulizações, teste do pezinho, terapia de reidratação oral, procedimentos cirúrgicos básicos, consulta em clínica médica geral, consulta em ginecologia/obstetrícia, acompanhamento de gestação – pré-natal -, acompanhamento de crianças, de hipertensos, diabéticos e de hanseníase e tuberculose; atenção psicossocial; auto socorro de urgência (corpo de bombeiros); atendimento domiciliar; atendimento odontológico básico; e grupos educativos. Programas básicos: Programa de Agente Comunitário, Programa de Saúde da Família, Sistema de Vigilância e Nutricional – SISVAN, Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Vigilância Sanitária Básica, Programa Saúde do Trabalhador, Assistência Farmacêutica Básica (SANTA CATARINA, 2000).

Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município recebe de forma automática os recursos financeiros para prestar ações e serviços da Assistência Ambulatorial e Hospitalar. Esta gestão envolve o planejamento, controle e avaliação, com gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares, públicas ou privadas, vinculadas ao SUS em seu território (SANTA CATARINA, 2000).

Os municípios que não aderirem a este processo de habilitação, descrito anteriormente, permanecerão na condição de prestador de serviços do SUS (recebem só o que produzem), cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele município enquanto se mantiver a situação de não habilitado (SANTA CATARINA, 2000).

Segundo a bibliografia publicada pela Secretaria Estadual de Saúde, que consta em Santa Catarina (2000), ficam definidas as responsabilidades e as prerrogativas

municipais. À Secretaria Municipal de Saúde cabe:

- assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços – planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados;
- assumir o gerenciamento de toda rede pública existente no município exceto as Unidades Hospitalares de referência sob gestão estadual;
- assumir a execução e o controle das ações básicas de saúde, de nutrição, de educação, de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador, no seu território, conforme definido na comissão bipartite e
- receber mensalmente o total de recursos financeiros para custeio correspondente ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido;
- a elaboração de toda a programação municipal, incluindo a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;
- a gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- a gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB ou CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- a reorganização das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, buscando a vinculação da clientela e a sistematização da oferta dos serviços;
- a garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive dos serviços da referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos munícipes, conforme a PPI, mediado

pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;

- a normatização e a operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal;
- a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM;
- a administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais;
- a operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto as SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- a manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- a avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- a execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS;
- a execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências de morbidades, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras.
- as ações de média e alta complexidade – consultas médicas por especialidades: cardiologia, cirurgia geral, citologia, dermatologia, gastroenterologia, gineco-oncologia, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, urologia, endoscopia;

- os exames especializados como a mamografia, a ultrassonografia, o ecocardiograma, o teste para detecção da Aids – HIV, a anatomia patológica, a colpocitologia oncológica, o radio-diagnóstico (mamografia), exames de imagenologia (tomografia computadorizada, ressonância magnética), e outros exames especializados como hemodiálise, fisioterapia, órteses e próteses, quimioterapia.

2.2.1.2 Gestão da saúde nos Estados

Com referência aos tipos de gestão nos Estados, a gestão avançada do Sistema Estadual é a modalidade de gestão na qual o Estado recebe, de forma regular e automática, recursos financeiros como média e alta complexidade – MAC e o Piso Atenção Básica – PAB, de municípios não habilitados pela NOB 01/96. O ingresso nesta modalidade requer 60% de seus municípios habilitados, ou 40% deles desde que somem 60% da população estadual (SANTA CATARINA, 2000).

Na Gestão Plena do Sistema Estadual, na qual Santa Catarina está habilitada desde 01/01/2000, o Estado recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para gerenciamento do sistema de saúde no âmbito estadual, cooperando com recursos técnicos e financeiros junto aos municípios. O ingresso nesta modalidade de gestão requer 80% dos municípios habilitados, ou 50% deles desde que somem 80% da população estadual (SANTA CATARINA, 2000).

A Lei nº 8.142/90, em seu artigo 1º, inciso II, parágrafos 2 e 4, instituiu a criação do Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços,

dos profissionais de saúde e dos usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (SANTA CATARINA, 2000).

Os Conselhos de Saúde são uma forma de participação social de deliberação, na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde, na formulação das estratégias de implementação dessas políticas, no controle sobre a utilização de recursos, no controle sobre a execução e na mobilização da população. Nas negociações e pactuações, os Conselhos de Saúde são uma forma de participação social a partir das Comissões Intergestores Tripartites (municípios, Estados e União) e das Comissões Intergestores Bipartite (municípios e Estado). Têm como objetivo assegurar a gestão compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, para evitar a duplicidade ou a omissão na execução das ações e para criar um espaço onde gestores do Sistema Único de Saúde possam permanentemente negociar, decidir e firmar pactos (SANTA CATARINA, 2000).

As comissões Intergestores Bipartite (municípios e Estado) e Tripartite (municípios, Estado e União), são espaços permanentes de negociação e pactuação entre os gestores do SUS.

2.2.2 O financiamento do SUS

O SUS é financiado com recursos das três esferas de governo. É atribuição constitucional do Poder Público Municipal, Estadual e Federal destinar uma parcela de seu orçamento para ações e serviços de saúde.

O financiamento do SUS é composto pelo orçamento da Seguridade Social (contribuições dos empregadores, incidentes sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários dos trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos (loterias oficiais) e orçamento Fiscal da União, Estados e Municípios (SANTA CATARINA, 2000).

Segundo a bibliografia publicada pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, em Santa Catarina (2000), os recursos para a saúde, repassados pelo Tesouro Nacional e Seguridade Social, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para o custeio e investimentos das ações federais; a outra é repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2000) cita que a transferência destes recursos poderá ser feita:

- mediante convênios para a construção e reforma de unidades de saúde – para compra de equipamentos e para controle de endemias (dengue, cólera etc);
- pelo pagamento direto aos prestadores – valores pagos aos hospitais, aos ambulatorios, às clínicas e aos profissionais, pelos serviços ao SUS, tendo como limite o teto financeiro pactuado com o setor municipal;
- pela transferência fundo a fundo – recursos do teto financeiro do Município/Estado, transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, direto para o Fundo Municipal/Estadual. Este tipo de transferência dispensa o convênio e tais recursos são somados aos alocados pelos próprios governos para a área de saúde e geridos através de fundos de saúde. A gestão dos recursos de saúde por fundo especial possibilita identificar

as fontes de receita, seus valores e datas de ingresso; as despesas realizadas; os rendimentos das aplicações financeiras; o controle social; a autonomia na aplicação dos recursos e a garantia de aplicações exclusivamente na saúde.

Westphal (2001), referindo-se às fontes de financiamento de saúde pública, foi criado pelo ministro Adib Jatene a contribuição sobre a movimentação financeira – CPMF, que passou a vigorar a partir de 1997. Parte da contribuição arrecadada foi transferida para saúde, tendo em vista que esta contribuição foi instituída, teoricamente, para financiar a área da saúde.

Em setembro de 2000 foi aprovado pelo congresso Nacional a Emenda Constitucional nº 29, que vincula, no caso dos Estados e municípios, recursos advindos de receitas de impostos para a manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde, de maneira semelhante ao que já acontecia com a educação. Os valores destes recursos são percentualmente de 12% das receitas de impostos, no caso dos Estados e Distrito Federal, e de 15% no caso dos municípios, tendo os Estados e municípios que estivessem aplicando um percentual inferior ao estipulado, o prazo até o exercício financeiro de 2004 para atingi-lo (SANTA CATARINA, 2000).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, em Santa Catarina (2000), a Constituição Federal foi alterada em seus artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 passando a União, os Estados e Municípios a terem, em seus orçamentos, os percentuais vinculados à saúde.

Nos municípios, as aplicações deverão até 2004 atingir o patamar mínimo de 15% da arrecadação líquida de impostos, sendo que o alcance dos 15% será atingido de forma gradativa, com aumentos anuais de 1/5 do valor da diferença entre a aplicação atual e os 15%. Saliente-se que a partir de 2000 não poderá ser aplicado

menos de 7% (SANTA CATARINA, 2000).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS é utilizado para subsidiar o acompanhamento desta emenda. Este sistema tem como objetivo o desenvolvimento, a implantação e a manutenção, em bases consistentes, de um banco de dados com informações sobre receitas totais e despesas da área da saúde, sob responsabilidade do poder público, nas três esferas de governo, devendo computar, portanto, a totalidade dos gastos com ações e serviço de saúde de acesso universal e não somente aquelas despesas executadas pelas secretarias ou departamentos de saúde (SANTA CATARINA, 2000).

A Programação Pactuada e Integrada – PPI é uma programação feita por acordo entre os gestores dos três níveis de governo, com o objetivo de otimizar os serviços e os resultados e de racionalizar a utilização dos recursos, evitando a duplicação de gastos, porque o planejamento é feito em conjunto e com a intermediação dos governos estaduais. Quando um município faz um pacto na PPI, seu teto financeiro e o da outra cidade são alterados, pois os acordos definem que um município ou Estado que fornece um serviço a outro, recebe o pagamento pelo serviço prestado (SANTA CATARINA, 2000).

A bibliografia publicada pela Secretaria Estadual de Saúde, em Santa Catarina (2000), indica que a parcela de custeio da esfera federal para assistência ambulatorial e hospitalar configura um teto financeiro global para cada Estado e município. O teto financeiro do Estado contém os tetos dos municípios (em qualquer gestão). É composto por:

Piso de Atenção Básica – PAB – é o montante de recursos destinados ao custeio de procedimentos e ações de Assistência Básica de responsabilidade tipicamente municipal (o município recebe o recurso independente do quantitativo da produção);

Média e Alta Complexidade Ambulatorial – MAC – é o montante de recursos que corresponde aos procedimentos ambulatoriais, apurados através do SIA/SUS, tais como exames laboratoriais, raio-X, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais, ultrassom, terapia renal substitutiva, oncologia e tratamento fora do domicílio de Estado. O valor do teto financeiro para a MAC é pactuado e definido de acordo com critérios pré-estabelecidos na Comissão Bipartite – CIB;

Autorização de Internação Hospitalar – AIH – consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIH/SUS, englobando o conjunto de procedimento realizados em regime de internação hospitalar, com base na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, documento de autorização e faturamento dos serviços. É quantificada de acordo com o número de habitantes do município.

Os recursos do PAB, variável e fixo, são creditados em uma mesma conta e deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferência intergovernamentais.

Os recursos do MAC e AIH, destinados aos municípios em Gestão Plena de Atenção Básica, são transferidos diretamente às unidades prestadoras de serviços,

conforme programação definida na Comissão Intergestores Bipartite ou diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, quando o serviço oferecido for da rede própria.

Para aplicação dos recursos, o Plano Municipal de Saúde é o instrumento que disciplina a destinação dos recursos, por ser o documento que explicita as intenções do gestor no período de governo específico e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Os recursos transferidos pela União aos Estados, Municípios e Distrito Federal, como também os provenientes de faturamento de serviços produzidos pelas Unidades Assistenciais Públicas, deverão ser identificados nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como receita operacional proveniente da esfera (recursos do SUS) e utilizados na execução de ações e serviços de saúde, previstas nos respectivos Planos de Saúde (SANTA CATARINA, 2000).

Os recursos do PAB poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes no Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual, aprovadas na Lei orçamentária do Município, observada a legislação existente. Poderão ser utilizadas em todas as despesas de custeio relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção básica e coerente com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde (SANTA CATARINA, 2000).

Os recursos da MAC poderão ser utilizados para pagamento de assistência ambulatorial de média e alta complexidade, exceto das incluídas no Piso de Atenção Básica. O valor destinado a cada município em Santa Catarina foi definido com base em uma série histórica de produção de serviços ambulatoriais (SANTA CATARINA, 2000).

O repasse destes recursos não exime os gestores municipais e estaduais da

responsabilidade na contrapartida do custeio dos serviços especializados. A Lei nº 8.142/90 estabelece que os gestores do SUS deverão designar recursos para a saúde como forma de contrapartida. Estes deverão ser depositados no Fundo de Saúde, a fim de que o balanço Anual do Fundo possa refletir e identificar toda a aplicação em saúde, da respectiva esfera de governo (SANTA CATARINA, 2000).

2.2.3 Celebração de Convênios

O Ministério da Saúde, através das Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante Celebração de Convênios, objetiva beneficiar governos estaduais, prefeituras, entidades filantrópicas, universidades e outras entidades que desejam apresentar projetos ao Ministério. Este material, que foi derivado de pesquisa no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), comenta sobre as orientações técnicas e Normas para a celebração de convênios com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001/2002). A forma de atuação para a cooperação financeira do Ministério da Saúde – MS e da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA com os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais, instituições de assistência à saúde e educacionais, filantrópicas ou não e organizações não-governamentais – ONGs, dar-se-á mediante:

- transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos municípios, Estados e Distrito Federal, segundo condições, critérios e formas estabelecidas nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; no Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, bem como na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS/96;
- remuneração por serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra a apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia aprovação do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde;
- celebração de convênios e instrumentos similares com órgãos ou entidades

federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não-governamentais, interessados em financiamentos de projetos específicos na área da saúde.

Estas normas tratam exclusivamente de celebração de convênios e instrumentos similares, pelo Ministério da Saúde – MS e pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, destinados ao financiamento de projetos e programas específicos na área de saúde.

A legislação que trata da celebração de convênios é ampla e complexa, e seu cumprimento é condição necessária para o atendimento da solicitação de financiamento no âmbito do Ministério da Saúde.

O procedimento de solicitação de apoio técnico e financeiro é dividido em duas fases: uma fase para o procedimento da habilitação e outra para o da solicitação propriamente dita.

O manual é extenso, e nele estão descritas as orientações técnicas e as normas para a celebração de convênios com o Ministério da Saúde. No manual constam orientações sobre as condições gerais para o atendimento da cooperação financeira; do preenchimento de formulários específicos; o plano de trabalho; as obras e serviços de arquitetura e engenharia; a aquisição de equipamentos e os materiais permanentes; a formalização do convênio; a vigência do contrato; a liberação dos recursos; a aplicação financeira; a execução do convênio; o acompanhamento de execução; a prestação de contas; a comprovação das despesas; e a análise da prestação de contas.

2.2.4 O Programa Hiperdia

Informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), dão conta que, além da distribuição dos medicamentos, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* vai estruturar um cadastro nacional de portadores de hipertensão arterial, que será integrado ao Cartão Nacional de Saúde do SUS.

O Programa Hiperdia estabeleceu que, a partir de setembro 2002, os municípios seriam responsáveis pelo cadastramento de todos os pacientes. A medida permitirá a avaliação e monitoramento constante dessas doenças.

Estima-se que 35% da população adulta seja susceptível à hipertensão. O Ministério da Saúde também está investindo na capacitação de profissionais de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e diabetes.

A iniciativa, segundo o Ministério da Saúde em Brasil (2003) tem como objetivo reorganizar e ampliar o atendimento aos portadores dessas duas doenças no SUS, em parceria com Estados, municípios e entidades representativas.

O item 2.2 apresentou a origem do Sistema Único de Saúde, como proposta de serviços em saúde eficaz e disponível para a população. Dois anos depois de instituído o Sistema Único de Saúde, em 1988, na promulgação da Constituição Federal, foram aprovadas as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Estas leis estabelecem os princípios doutrinários e organizativos e as diretrizes de parâmetros de conduta e desempenho. A Lei Orgânica nº 8.080/90 aponta também sobre a gestão do SUS, quem são os gestores em cada esfera do governo e suas responsabilidades.(BRASIL, 2003),

As Normas Operacionais Básicas, já citadas, dizem respeito principalmente a questão de municipalização e descentralização, que repassa ao município a responsabilidade de definir e gerir as ações e serviços. Os municípios habilitaram-se

em duas formas distintas de gestão, conforme a capacidade própria de assumir e de cumprir responsabilidades perante a população, o Estado e o Ministério da Saúde. As Normas Operacionais Básicas apresentam também as responsabilidades e as prerrogativas. Os Estados também apresentam formas distintas de gestão: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual. Os recursos são repassados de acordo com o tipo de gestão.

O financiamento do SUS, conforme O Ministério da Saúde em Brasil (2003), provêm das três esferas do governo. Os municípios também possuem em seus orçamentos os percentuais vinculados à saúde. Os recursos repassados pela esfera federal para a assistência ambulatorial e hospitalar configuram um teto financeiro para cada Estado e município (Piso de Atenção Básica – PAB; Média e Alta Complexidade Ambulatorial – MAC; Autorização de Internação Hospitalar – AIH). O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS permite o acompanhamento da aplicação destes recursos.

O Ministério da Saúde também possui Normas de Financiamentos de Programas e Projetos Mediante Celebração de Convênio, no qual a entidade encaminha o projeto conforme as normas definidas e recebe os recursos aprovados. Ao final, foi apresentado o Hiperdia, um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*. O Hiperdia objetiva o cadastramento de todos os participantes dos programas, o fornecimento de medicamentos e o apoio às equipes para treinamentos (BRASIL, 2003).

É neste contexto que as ações em saúde se desenvolvem no Município de Itajaí – SC, sendo que os objetivos para este estudo englobam as questões ligadas aos

Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

2.3 Epidemiologia

A epidemiologia – estudo dos fatores que determinam o surgimento, a frequência, a distribuição, a evolução, as medidas de controle, a erradicação e a prevenção das doenças – segundo Dever (1998 p. 48), “pode e deve ser usada para fins de administração dos serviços da saúde. Ela contribui para fazer o diagnóstico de uma comunidade da presença, natureza e distribuição de saúde e doença”. Dessa forma é possível monitorar a saúde da população e projetar mudanças de acordo com a necessidade.

2.3.1 O Processo saúde-doença

A saúde da população deve ser analisada desde a conceitualização da palavra até as questões que envolvem as características apresentadas pela população, ou seja, questões sobre como a população está enquadrada em termos de saúde e como a gestão pública de saúde desenvolve as ações para buscar a saúde da população.

Buss et al (1995) destacam as dificuldades no que concerne à discussão sobre as condições de saúde no Brasil, que incluem a própria conceitualização de saúde, as deficiências dos indicadores comumente utilizados para medi-la e a precariedade das informações disponíveis sobre morbidade e mortalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, citada por Faria (1998), saúde pode ser definida como o bem estar físico, mental e social da pessoa, em que há

harmonia dos fenômenos vitais como o metabolismo, crescimento, reprodução, capacidade de reação e de regulação, movimentação e adaptação ao meio, incluindo o meio social.

A função será alterada quando os mecanismos fisiopatológicos funcionantes não forem adequados. A doença é uma ameaça ao estado hígido, definida como qualquer processo ou evento que promova modificação no meio interno que resulte na perda ou deterioração da função celular (SMELTZER et al, 1994).

Segundo o Instrumento de Informações Básicas para Gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2000), na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi definido o conceito de saúde como resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde, entre outros.

Por outro lado, a doença é uma perturbação da saúde, ou seja, o mal estar causado por distúrbios físicos, mentais ou sociais (FARIA, 1998).

No dicionário da língua portuguesa, a definição de doença é descrita como a alteração da saúde que comporta caracteres definidos como causa, evolução, sinais e sintomas; crônico como fator relatado em ordem cronológica; degenerativo como ato ou efeito de degenerar, alteração de célula, tecido ou aparelho com perda de seus caracteres funcionais (KLIMES et al, 1992).

À causa das doenças dá-se o nome de etiologia. As causas podem ser agentes exógenos ou endógenos, conforme provenham de fora ou de dentro do organismo; agentes vivos ou inanimados. Na concepção de Faria (1998), a etiologia pode não estar definida ou ser desconhecida, no entanto, o autor assinala que podem ser conhecidos os fatores que favoreçam seu aparecimento, conhecidos como fatores causais.

Para Robbins (1991) a patogenia é a seqüência de acontecimentos contidos na resposta das células ou tecidos, ou de todo o organismo, à causa, desde o estímulo inicial até a última manifestação da doença.

Faria (1998) destaca que as alterações ocorrem nas diversas situações de modificação celular dos órgãos e tecidos, como na desnutrição, no diabetes *mellitus*, na hipertensão e nos problemas pulmonares, renais, hepáticos e atrofia, entre outras alterações de metabolismo.

As doenças crônico-degenerativas apresentam características de cronologia, ou seja, no tempo de evolução e na manifestação da doença e de degeneração.

A pesquisa contempla o contexto de ações desenvolvidas em programas direcionados para os acometidos por diabetes e hipertensão arterial.

A saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Conforme Starfield (1998), quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior é a probabilidade de uma saúde melhor. O mesmo autor faz referências à melhora da saúde por meio da atenção primária, considerada um meio para aprimorar tanto a efetividade dos serviços de saúde como a equidade na oferta dos serviços de saúde.

Taxas elevadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são decorrentes de maior incidência destas doenças na população, estando associadas à freqüência de fatores de riscos como a hipertensão arterial e diabetes.

2.3.2 Índices

A diabetes e a hipertensão arterial são consideradas doenças crônico-

degenerativas. Ao estudar as mortes por doenças crônicas, deveriam ser analisadas as causas múltiplas, pois na maioria das vezes, há uma associação. Porém, não é possível fazer esta análise com os dados nacionais, pois são publicadas apenas as causas básicas (CIANCIARULLO, 1998).

Cianciarullo (1998) cita que as doenças cérebro-vasculares, de circulação pulmonar, isquêmicas, do coração e as hipertensivas são as principais patologias crônicas que levam ao óbito. Com exceção das doenças hipertensivas, que levam um número maior de mortes de mulheres do que homens, nas demais ocorrem um predomínio de mortes masculinas, principalmente as ligadas ao aparelho circulatório.

Jorge et al (2001) justificam que as análises da mortalidade por diabetes não revelam a real magnitude das taxas porque é muito freqüente que o médico indique uma complicação da doença como causa básica, colocando esta doença como causa contribuinte. A melhor maneira de se mensurar a freqüência do diabetes é pela metodologia de causas múltiplas de morte.

Jorge et al (2001) também comentam a representatividade da hipertensão arterial e suas complicações como causa de morte, sabendo-se que é uma doença bastante freqüente (estima-se uma incidência em 20% em adultos). A presença menor do que realmente ocorre deve-se a um artefato estatístico na seleção de causa básica da morte, por não se dar prioridade à hipertensão arterial, mesmo quando mencionada como causa básica de morte, mas existir menção de Doenças Isquêmicas do Coração – DIC e Doenças Cerebrovasculares – DCV no atestado de óbito.

A taxa de mortalidade por diabetes *mellitus* está aumentando no País e varia de região para região. A freqüência do diabetes aumenta com a idade, tanto para homens

quanto para mulheres (JORGE et al, 2001).

Em vista da situação epidemiológica, os dados de mortalidade e morbidade dos Programas de Controle de Doenças do Ministério da Saúde – desenvolvidos nos municípios – indicam grupos de doenças nos quais são trabalhados a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

O Ministério da Saúde, através dos municípios, exerce a responsabilidade na atuação em saúde, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias, bem como fornecimento de alguns medicamentos e orientações diversas.

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório lideram o ranking da mortalidade, com 225 mil mortes por ano (27% do total). Dentro desse grupo destaca-se a hipertensão arterial – relacionada a cerca de 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos derrames e 60% dos infartos do miocárdio (BRASIL, 2002).

Entre 1986 e 1989, com o apoio da Sociedade Brasileira de Diabetes, o Ministério da Saúde e o CNPq realizaram um censo nacional sobre a prevalência de diabetes no Brasil. Este estudo mostrou uma prevalência de 7.6% na população entre 30 e 69 anos. Um dado importante: 50% das pessoas não conheciam o diagnóstico. Em várias ocasiões tem sido discutida a realização de um novo estudo, mas existem opiniões discordantes por causa do alto custo (o de 1986 custou US\$ 2.5 milhões). O Ministério da Saúde, pela sua Secretária de Atenção à Saúde, vem trabalhando com 11 milhões de pessoas com diabetes a partir de um estudo de rastreamento de diabetes e hipertensão que realizou em 2001 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006a).

Os Relatórios do Programa de Saúde Família do Ministério da Saúde – PSF têm

atualmente 7.5 milhões de hipertensos e 2.5 milhões de pessoas com diabetes. Existem 1,2 milhões de pessoas com diabetes sendo acompanhada, bem como 5 milhões de hipertensos. 5.272 municípios aderiram ao programa de fornecimento de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006a).

Em pesquisa realizada na página da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006b), foi analisado o roteiro prático de orientação básica sobre como instalar e gerenciar um serviço especializado na assistência aos pacientes diabéticos nos municípios. Este projeto é um serviço de utilidade pública da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM e é destinado a motivar as autoridades municipais brasileiras a implantar serviços especializados de assistência ao paciente diabético nos municípios brasileiros.

Neste roteiro está destacado que a municipalização da assistência médica, no Brasil, transferiu às autoridades municipais e à comunidade local a responsabilidade por definir os rumos e as prioridades dos programas de saúde em cada município. Foi uma medida inteligente e necessária, uma vez que ninguém melhor do que o prefeito, os vereadores e a própria comunidade para decidirem sobre como aplicar os recursos de saúde, de acordo com as necessidades percebidas pela população.

Destaca-se que o diabetes está assumindo proporções bastante preocupantes, tanto pelo número de pacientes, como pela frequência das complicações graves que pode ocasionar, se não controlado adequadamente.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2006b) indica que o diabetes está sendo considerado como uma doença de proporções epidêmicas em todo o mundo, com um número crescente de casos novos, diagnosticados a cada ano. O Censo Nacional de

Diabetes, concluído em 1988, avaliou a situação do diabetes em nove capitais brasileiras, mostrando dados verdadeiramente preocupantes, tais como:

- diabetes atinge 7,6% da população brasileira, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, atingindo cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos;
- na população brasileira atual estima-se que existam cerca de 5 milhões de pacientes diabéticos;
- metade das pessoas com diabetes tem a doença e não sabe, uma vez que o diabetes geralmente evolui silenciosamente, sem produzir sintomas de maior intensidade, podendo ser identificado somente quando surgir uma de suas complicações crônicas;
- diabetes atinge a todos, adultos e crianças, homens e mulheres, ricos e pobres, qualquer raça ou credo, sem distinção;
- quase 1/4 da população diabética não faz nenhum tratamento;
- a qualidade do tratamento atual está muito aquém do desejável, o que indica necessidade urgente de adoção de medidas educativas, tanto para os profissionais de saúde, como para a comunidade.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006b), o diabetes mal controlado é responsável por várias complicações agudas e crônicas, como mostram os dados abaixo:

- é a 4ª principal causa básica de morte no Brasil;
- é a principal causa de cegueira adquirida;

- os pacientes diabéticos têm chance duas vezes maior de desenvolver doença coronariana e de sofrer derrames cerebrais, quando comparados aos não-diabéticos;
- os pacientes diabéticos têm chance 17 vezes maior de desenvolver doença renal, sendo o diabetes responsável por mais de 30% dos casos de insuficiência renal em programas de diálise;
- os pacientes diabéticos têm chance 40 vezes maior de sofrer amputações nos membros inferiores.

Com estes dados, fica plenamente justificada, do ponto de vista médico-social, a prioridade que a boa assistência ao paciente diabético deve ter na definição das políticas federais, estaduais e municipais de saúde.

Na questão de saúde e doença, as doenças crônico-degenerativas apresentam alta incidência e necessitam ser acompanhadas com as informações relacionadas ao desenvolvimento de ações para o controle destas doenças, incidência, resultados obtidos com as ações, mortalidade, e demais fatores sociais dos portadores destas doenças.

Neste contexto, as informações em saúde são essenciais para o início e continuidade das ações, bem como para a divulgação das mesmas. Através das mais diversas formas ocorre a divulgação destas informações.

2.4 Informações em saúde

As informações em saúde são essenciais para o acompanhamento das questões relacionadas à saúde pública.

Moraes (1994) comenta sobre a origem das informações consideradas como relativas à saúde, que começaram a ser trabalhadas no território nacional, em 1931, pela Diretoria Geral de Informações, Estatística e Divulgações do Ministério da Educação e Saúde, no Rio de Janeiro, mais tarde transformada no Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Posteriormente, as informações passaram a ser desenvolvidas pelo IBGE, em meados de 1937. Em 1974, o presidente Ernesto Geisel, juntamente com os Ministros Mario Henrique Simonsen (da Fazenda), João Paulo do Reis Velloso (do Planejamento) e Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva (da Previdência Social), assinaram a Lei nº 6.125 de, 4 de novembro, que autoriza o poder Executivo a constituir a empresa DATAPREV, para a análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento da informação e para o processamento de dados através da computação eletrônica, bem como a prestação de outros serviços correlatos. A DATAPREV viria, mais tarde, assumir a implementação da maior base de dados relacionados à área social.

A fragmentação do SIS faz com que haja necessidade de entendê-lo como produto socialmente determinado, ampliando suas possibilidades para que se constitua como uma fonte de dados com melhor qualidade e confiabilidade, com capacidade em apoiar as decisões em saúde (MORAES, 1994).

Para Moraes (1994) 'Informar' é um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associado a um referencial explicativo sistemático. As informações em saúde são essenciais para a realização do planejamento das ações em saúde.

Segundo Testa (1992), a informação administrativa é aquela que ocupa a atenção dos administradores sendo, em geral, correspondente aos diversos indicadores

de uso de recursos, tais como medidas de produção, de custo e de produtividade.

Tinoco et al (1984) destacam que os administradores de sistemas de saúde dispõem atualmente de recursos técnico-administrativos que lhes permitem atuar com mais segurança na solução dos problemas em saúde. Com o processo de planejamento implantado, pode-se utilizar técnicas que lhes facilitem a tomada de decisão. Alguns fatores estão diretamente relacionados à aplicação destas técnicas, podendo apresentar maior ou menor efetividade. Entre os fatores podem ser destacados:

- a informação estatística disponível – deve ser em qualidade e quantidade adequada;
- conhecimento epidemiológico – apesar de avançado, não se apresenta em extensão suficiente para abranger todas as doenças e agravos à saúde;
- esforço metodológico despendido na operacionalização das técnicas – necessidade de pessoal especializado.

Para estabelecer o diagnóstico de uma situação de saúde, a matéria prima básica é a informação estatística. Esta matéria-prima é tão imprescindível para o diagnóstico, quanto para a elaboração do plano, como para a avaliação e o controle dos resultados dos programas desenvolvidos.

A informação é fundamental para a democratização da saúde e para o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

Em junho de 1990 o Ministério da Saúde, embasado na necessidade de estabelecer um sistema único de informações ambulatoriais e um sistema único de repasses financeiros, autorizou o INAMPS a implantar o Sistema de Informações

Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), através da portaria GM nº 896. O INAMPS implantou e regulamentou os sistemas pela Resolução nº 227, de 27 de julho de 1990 (WESTPHAL, 2001).

Para alcançar tais objetivos, foi atribuída ao Departamento de Informática do SUS, DATASUS, a responsabilidade de coletar, processar e disseminar as informações sobre saúde.

Desta forma, constata-se que as informações em saúde viabilizam o acesso ao conhecimento da realidade existente com cada grupo de doenças e em cada grupo da população (regiões ou Estados). Através deste conhecimento pode-se analisar a situação atual, planejando ações e controlando e avaliando resultados alcançados.

O DATASUS é o atual sistema de informações do Ministério da Saúde. Com ele é possível coletar informações a respeito de produção ambulatorial, internações hospitalares, recursos financeiros repassados, indicadores de saúde de cada região por tipo de doença ou de outro fator, relatórios de gestão, entre outros.

2.5 Planejamento, controle e avaliação

Algumas questões relativas às informações em saúde podem ser observadas a partir de informações estatísticas. Estas informações auxiliam no planejamento, no controle e na avaliação das questões relacionadas a qualquer situação levantada.

Na formulação de projetos deve ser considerado, na questão econômica, o papel central dos processos de avaliação, que fixam os critérios principais para a sua aceitação ou rechaço (TESTA, 1992).

A consideração a respeito da qualidade de um plano é explicitada pela avaliação,

entendida como processo pelo qual se pode medir, quantitativamente ou qualitativamente, a efetividade, a eficácia e a eficiência de um sistema (TINOCO et al, 1984).

Taylor, citado por Tinoco et al (1984), inclui a avaliação entre os estágios de planejamento e a considera uma parte importante do processo e que as unidades que participam do trabalho são chamadas de unidades de planejamento e avaliação.

Segundo a bibliografia produzida sobre o Sistema Único de Saúde, por Santa Catarina (1994), controle é o processo pelo qual as atividades e serviços de saúde, prestadas pelas unidades de saúde, são avaliadas em relação aos planos, aos programas, às metas e às normas estabelecidas, de forma a orientar a decisão, a identificação de distorções e a execução de ações corretivas.

O controle assegura que o desempenho corresponda aos planos, que os resultados sejam medidos e confrontados com padrões e, quando houver necessidade, que sejam tomadas ações corretivas (MARTINS, 2000).

Para Chiavenato (1994) o controle é a função administrativa que consiste em medir e corrigir o desempenho dos subordinados para assegurar que os objetivos da empresa sejam atingidos. Esta tarefa significa verificar se tudo está sendo realizado em conformidade com o que foi planejado e organizado, de acordo com as ordens dadas, a fim de identificar possíveis erros ou desvios, visando corrigi-los e evitar sua repetição. O controle acompanha todas as etapas do processo administrativo, desde o planejamento, a organização e a direção. Através de controle o ciclo do trabalho é completado.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1981, definiu como objetivos da avaliação no processo de desenvolvimento dos sistemas de saúde, a melhoria dos

programas e dos serviços e a orientação para a distribuição dos recursos humanos e financeiros entre os serviços atuais e futuros. Deve-se empregar a avaliação de maneira construtiva e é essencial que seja concebida como um instrumento para a adoção de decisões estritamente vinculadas com o processo (SANTA CATARINA, 1994).

Segundo Tanaka (2001), a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, envolvendo momentos de: medir, comparar e emitir juízo de valor.

Avaliação é o processo em que se determina a qualidade e a pertinência dos serviços prestados, comparando o desempenho e seus resultados com os respectivos parâmetros técnicos definidos em função das metas estabelecidas (SANTA CATARINA, 1994).

Em Santa Catarina, foi implantada, em 18 micro-regiões, uma equipe técnica e administrativa, com experiência em controle. Foram elaboradas as normas e instruções normativas que lhe permitiam uniformidade de critérios de atuação junto à rede prestadora de serviços (SANTA CATARINA, 1994).

As ações desenvolvidas pelo Sistema de Avaliação em Saúde devem ter por objetivo a análise da qualidade, a produção e os custos dos serviços produzidos em todos os níveis de controle da execução das ações em saúde, previstas nos planos e nos programas do Governo e de investimento setorial, além do estudo do desempenho gerencial dos órgãos gestores e dos sistemas locais e regionais de saúde (SANTA CATARINA, 1994).

Na avaliação destes sistemas procura-se medir a eficiência, eficácia e efetividade. Por eficiência entende-se a forma com que os recursos se organizam para

atingir a sua finalidade; por eficácia entende-se a medida do nível em que foram atingidos os objetivos e as metas estabelecidas; e por efetividade a influência do nível em que foram atingidos os objetivos e as metas estabelecidas (SANTA CATARINA, 1994).

O completo controle e avaliação dos serviços de saúde passam pela análise de custo/benefício das ações de saúde, pelo conhecimento e pelo acompanhamento dos recursos transferidos pelos governos federal, estaduais e municipais, identificando o percentual do orçamento transferido ao fundo e a sua efetiva utilização em saúde. Este sistema deve controlar a participação de cada esfera de governo no financiamento dos serviços de saúde, considerando os repasses diretos e indiretos, assim como as despesas de custeio (SANTA CATARINA, 1994).

Paralelamente, é importante o levantamento das unidades, dos programas e dos serviços de saúde existentes, além das instituições sociais – não só de saúde –, com a intenção básica de evitar a sobreposição de serviços, de conhecer os serviços que se complementam, evitando-se altos custos de utilizar os recursos materiais, de constatar aceitação pela população destes serviços e destas instituições de saúde e de comparar os padrões arquitetônicos e a distribuição dos espaços. É de grande importância a comparação dos custos para que corrigir distorções, bem como o conhecimento da capacidade atual do sistema, a planejada e a utilizada (BITTAR, 1997).

A auditoria é um instrumento de controle administrativo que se destaca como ponto de convergência de todos os feitos, fatos e informações para que sejam confiáveis, adequadas, totais e seguras (SANTA CATARINA, 1994).

No contexto de programas de serviços de saúde, é com base no juízo de valor emitido a partir da avaliação, que as decisões são tomadas. Todas as pessoas têm

capacidade para tomar decisões e o exercício dessa capacidade, de acordo com Tanaka (2000), será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho

Tanaka (2001) reitera que a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, de atividades e de programas, devendo pois, ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução de tais ações. O autor acrescenta que nos programas de saúde, a avaliação deve subsidiar a tomada de decisão dirigida às atividades realizadas.

A categoria tradicional para avaliação é a eficiência, definida como a relação entre quantidade do produto obtido e o custo total incorrido na relação custo/benefício, pressupondo-se que o que está sendo produzido apresenta boa qualidade (TESTA, 1992).

Em saúde há grande dificuldade em definir o que significa qualidade adequada no produto da atividade realizada. Portanto, torna-se necessário introduzir o conceito de eficácia, como a probabilidade que uma atividade atinja o máximo de seu efeito potencial, ou seja, a relação entre atividades úteis e atividades totais (TESTA, 1992).

Uma outra categoria, a efetividade, é definida como o volume de população que é atingido pela atividade e que é por ela beneficiada. Difere do indicador eficácia, pois, de certa forma, inclui a própria eficácia (TESTA, 1992).

Para Oliveira (2000, p.26) a efetividade é

a razão lógica de existir e de manter-se uma idéia ou empreendimento no mercado. Envolve ainda as noções de regularidade, de constância. Em tecnologia de informação, a efetividade refere-se à praticidade e à durabilidade dos sistemas e programas desenvolvidos para a realidade da empresa, em razão também da realidade social.

O mesmo autor define eficiência e eficácia. Para ele a eficiência é a capacidade de realizar as coisas corretamente, com bom desempenho na utilização dos recursos; os administradores eficientes conseguem atingir os objetivos reduzindo custos e a eficácia é o resultado satisfatório do empreendimento comparado aos objetivos propostos, apresentado, como exemplo a produção de algo que esteja de acordo com a necessidade do mercado.

Segundo Tinoco et al (1984), a efetividade, a eficácia e a eficiência são avaliadas depois da execução do plano, embora algumas dessas variáveis possam ser observadas durante o desenvolvimento das atividades. Os serviços de saúde, para alcançar determinados objetivos, lançam mão de recursos que, agrupados de forma adequada e racional, configuram uma unidade de produção capaz de produzir determinado volume de atividade em determinadas unidades de tempo e são chamados instrumentos, tais como, hora/médico, leito/dia, e, ao produzirem atividades, permitem o emprego de uma técnica que poderá ser preventiva ou curativa e atuar sobre determinado plano. A atividade pode ser, por exemplo, uma consulta médica ou uma hospitalização.

A avaliação dos programas de saúde deve incorporar a abordagem da avaliação econômica. Para Tanaka (2001) a complexidade crescente dos sistemas de saúde e o reconhecimento de que as necessidades de saúde são inesgotáveis, exigem que se avalie a relação entre os recursos utilizados e a prestação de serviços ou atividades desenvolvidas.

Tanaka (2001) defende que a avaliação econômica é um importante instrumento para a tomada de decisão na alocação de recursos, visando maior eficiência e impacto na utilização. Para o autor (2001) os aspectos econômicos mais relevantes na avaliação

não são os custos, que são insumos básicos, mas sim os benefícios alcançados com a aplicação deles. É importante considerar que nem todos os benefícios decorrentes de serviços, programas ou atividades de saúde podem ser quantificados, o que compreende o limite da avaliação econômica.

Mendes (1999) assevera que a transferência do poder decisório para o nível local, em que se estabelecem os princípios de descentralização, com mando único municipal para a gestão dos serviços públicos em saúde, ocorre através de duas situações. Há uma real transferência das instâncias federal e estadual para o município, do poder de gerir o Sistema Municipal de Saúde, planejando, executando, avaliando e controlando as ações desenvolvidas pelos serviços públicos, estatais e privados, conveniados e contratados. Os níveis federal e/ou estadual, através de convênios, passam a remunerar, direta ou indiretamente, os municípios por serviços efetivamente realizados e/ou repassam suas unidades executoras de primeira linha para serem administradas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

As questões mais relevantes deste item dizem respeito às informações em saúde. As informações em saúde são indispensáveis para o levantamento das estatísticas e para diagnóstico de uma situação. A partir das informações estatísticas é possível realizar o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde. O planejamento deve ser realizado de acordo com a necessidade local, com os recursos disponíveis, com os objetivos propostos, entre outros. A avaliação pode ser considerada uma das partes do planejamento. O controle é o processo de avaliação dos serviços e das ações em relação ao que foi planejado e tem como objetivo medir e corrigir o desempenho e assegurar que os planos sejam alcançados. Em Santa Catarina existe uma equipe técnica e administrativa em cada microregional de saúde, que realiza o

controle das questões da saúde. Para a avaliação devem ser consideradas considerar a efetividade, a eficácia e a eficiência. Para a avaliação dos serviços de saúde deve-se considerar também a questão econômica, que são os custos em saúde. O limite da avaliação econômica é a quantificação dos benefícios alcançados com a aplicação dos recursos.

Segundo Mendes (1999), uma municipalização horizontalará conseqüentemente os mecanismos de controle e avaliação, de modo a enfatizar os resultados dos serviços. Só pode existir um controle eficaz dos recursos em saúde onde houver exercício de cidadania, o que acontece, mais facilmente, no espaço local.

2.6 Custos em saúde

Em saúde, é indispensável o acompanhamento dos custos decorrentes dos serviços e das ações desenvolvidas.

Uma dificuldade reconhecida na avaliação econômica diz respeito à necessidade de calcular o custo unitário da atividade ou procedimento.

Denomina-se procedimento, conforme Moraes (1994, p.80),

(...) todo e qualquer procedimento diagnóstico, terapêutico ou profilático executado por médico, odontólogo ou outro profissional de saúde no atendimento da demanda populacional aos serviços de saúde". Agravo/caso "é uma terminologia genérica utilizada para referir-se a toda e qualquer doença, em torno da qual um Sistema de Informação é montado (MORAES, 1994, p.80).

Do ponto de vista econômico, custo significa aplicações de recursos, sob diferentes formas, e expressa em seu valor monetário, para a produção ou prestação de serviços. Em qualquer administração o controle dos custos determina a análise

sistemática das variações, tanto em seu aspecto numérico, como nos motivos que as tenham determinado. O cálculo dos custos deve ser o mais completo e exato possível, para servir de meio de conhecimento das condições econômicas dinâmicas e de controle de produtividade e eficiência administrativa (LIMA, 1979).

Prohasa, citado por Castelmar et al (1993), afirma que um bom aproveitamento dos recursos não se dá por acaso. Ele é fruto de uma atividade consciente, que integra estes meios através do planejamento, da coordenação, da direção e do controle. A definição de uma estrutura organizacional, do perfil dos cargos e das rotinas de cada serviço, pode facilitar a realização dos objetivos e sua posterior avaliação.

Pode-se adotar também algum padrão de referência utilizada por outros programas ou serviços, desde que se conheça a relação próxima com o contexto em que se processa a avaliação.

A análise dos custos é essencial para o controle dos programas desenvolvidos em saúde e para que ela ocorra devem ser considerados todos os fatores envolvidos nos processos em questão. Além dos custos, um fator importante é o aproveitamento adequado dos recursos através do planejamento, da coordenação, da direção e do controle.

Para avaliar a efetividade dos programas é necessário realizar a análise do perfil epidemiológico, a identificação dos programas de saúde direcionados aos portadores de patologias crônico-degenerativas, a verificação de notificação dos participantes dos programas, o acompanhamento dos casos (levantamento da periodicidade e ações), a análise das metas estipuladas pelo governo no setor saúde e a realidade atual, os indicadores em nível hospitalar. Além da necessidade de ampliação dos recursos, torna-se possível vislumbrar a definição de parâmetros para estabelecer uma avaliação

de efetividade.

2.7 Indicadores

Para a avaliação em saúde, deve-se utilizar algum indicador que retrate os fatores e resultados das questões a serem analisadas.

Segundo Tanaka (2001), o indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar.

Para avaliar o grau de saúde da população estabeleceram-se níveis de saúde que permitem a comparação de coeficientes obtidos em outras áreas e períodos. Para isso, são utilizados indicadores que mensuram o grau de saúde (MORAES, 1994).

Jordan Filho, citado por Moraes (1994), destaca sete qualidades que um indicador deve possuir: (1) simplicidade – fácil de ser calculado; (2) validade – deve ser função da característica que se deseja mensurar; (3) disponibilidade – utilização de dados disponíveis e de fácil obtenção; (4) robustez – pouco sensíveis às deficiências dos dados necessários a sua construção; (5) sinteticidade – refletir o maior número possível de fatores; (6) discriminabilidade – alto poder discriminatório para vários níveis de saúde e indicar alterações que ocorram com o tempo; e (7) cobertura – de acordo com a possibilidade e a necessidade, referir-se a cada país ou território e não somente ao grupo específico.

Tanaka (2001) indica como a melhor técnica para a escolha de indicadores partir da formulação de perguntas-chaves como se os objetivos do programa estivessem sendo atingidos, algo que está sendo realizado que incomode ou que poderia ser

diferente.

Como a ação de saúde é um fenômeno muito complexo, é difícil a escolha de um único indicador para aprofundar o conhecimento. Para torná-lo factível, recomenda-se ao avaliador a escolha de três a cinco indicadores pela sua importância, capacidade de síntese da situação e facilidade de obtenção (TANAKA, 2001).

Destaca-se como um indicador importante para avaliação das questões em saúde o que se refere à mortalidade.

A análise das mudanças na estrutura da mortalidade por causas é de fundamental importância, pois o Brasil é um exemplo típico da complexidade de contradições nos perfis desta mortalidade. Isto se deve ao fato da heterogeneidade do processo de transição de mortalidade e de os sistemas de saúde não terem ainda conseguido resolver totalmente velhos problemas como a insuficiente cobertura populacional, a concentração urbana e sub-regional de recursos, o atraso tecnológico, a baixa produtividade, a dependência científica e tecnológica e a inadequada qualidade de atendimento (SIMÕES, 2002).

A mortalidade pode ser analisada através do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde. O sistema permite o conhecimento dos óbitos no tempo e no espaço geográfico, as causas, a idade e o sexo. Os dados sobre mortalidade são os principais subsídios para a avaliação do serviço prestado. Independentemente de processamento informatizado, os gestores podem coletar seus dados nos cartórios de Registro Civil e selecionar algumas variáveis para serem trabalhadas (SANTA CATARINA, 1994).

Conforme Simões (2002), as informações sobre causas de morte permitem acompanhar as mudanças no país, desagregadas especialmente pelas regiões e

Estados, e em seu período mais recente. Fornecem elementos para o desenho de políticas de saúde voltadas à diminuição daquelas causas de óbitos evitáveis.

Os indicadores de mortalidade são utilizados, fundamentalmente, para o planejamento e programação das ações específicas, apresentando uma maior potencialidade no processo de avaliação de serviços de saúde (SANTA CATARINA, 1994).

As internações decorrentes das patologias em questão consistem em importantes indicadores sobre a efetividade dos programas de diabetes e hipertensão.

Para avaliar um serviço de saúde utilizam-se as informações sobre a produção ambulatorial do local ou da região a ser estudada.

Segundo Carvalho, citado por Jorge et al (2001), o SIA/SUS, implantado em 1991, propicia informações sobre o desempenho dos gestores municipais e estaduais na seleção e implementação de prioridades assistenciais. Porém, não consegue qualificar tais prioridades mediante a caracterização de grupos populacionais ou de agravos.

Jorge et al (2001) colocam ainda que o sistema é representado pela ausência do registro individual do paciente atendido, o que impede a realização de estudos sobre procedência, visualização de fluxos de demanda, bem como a caracterização da clientela em relação aos serviços consumidos, porque o sistema não tem finalidade epidemiológica.

Os indicadores produzidos se referem ao cálculo de valores de pagamento, permitindo o conhecimento do número de unidades especializadas, equipamentos, profissionais *per capita*, média de equipamento por profissional e número de consultas médicas/habitante, entre outros.

Tanaka (2001) traz referências ainda sobre outros indicadores utilizados para avaliação dos serviços de saúde como: a taxa de mortalidade, a incidência de morbidade e a cobertura de prestação de serviços/atividades.

Para a avaliação de eficiência e eficácia o autor (2001) cita as coberturas de atenção; os índices de abandono; a porcentagem de casos investigados e a satisfação do usuário.

Os indicadores de políticas de saúde incluem a alocação de recursos suficientes para as atividades programadas; o grau de equidade na distribuição de recursos; o grau de participação da comunidade na definição das políticas e o compromisso em alcançar as diretrizes estabelecidas (TANAKA, 2001).

Os indicadores técnicos administrativos (ou indicadores de acessibilidade ao serviço) incluem as consultas/aconselhamentos cancelados e ausência nas consultas/sessões (TANAKA, 2001).

Para Moraes (1994 p.30):

(...) A informação para o controle dos recursos e das atividades de serviço é obtida, em grande parte, no sistema de informação do setor saúde. Entretanto, as estimativas de necessidades e efetividade dependem do acesso às chamadas 'fontes externas' de dados, que muitas vezes são inadequadas para o propósito de planejamento em saúde, necessitando estudos complementares e investigações especiais.

Tinoco et al (1984) relatam que um grupo de estudos da OMS encarregado de estudar instrumentos de medida de nível de saúde estabeleceu que os indicadores podem ser classificados em três grupos:

- (1) aqueles associados com o estado de saúde de pessoas e populações em uma determinada área;

- (2) aqueles relacionados às condições do meio físico que possam intervir no estado de saúde;
- (3) aqueles referentes aos serviços de saúde e atividades, a existência, distribuição e uso dos recursos em saúde.

Os indicadores do nível de saúde baseados nos serviços de saúde são aqueles que se referem à infra-estrutura dos sistemas de serviços de saúde, ou seja, a capacidade instalada (TINOCO et al, 1984).

Como exemplo, o autor cita a proporção de médicos e enfermeiros por habitante, admitindo-se como válida a proporção de um médico por mil habitantes e três enfermeiros por mil habitantes.

Uma agência de saúde funcionaria como um sistema aberto, com uma entrada, um processo e uma saída. A saída do sistema pode ser: alta hospitalar, pessoa vacinada, consultada etc. (TINOCO et al, 1984).

Considerando-se o desempenho dos sistemas observa-se que, dos objetivos operativos, instrumentais ou imediatos, derivam os objetivos substantivos e a finalidade que atestarão a eficácia do sistema. Ao sistema programado a vacinar determinado número de pessoas, em determinado período, ao atingir o número estabelecido, diz-se que ele foi efetivo. Quando o sistema de saúde consegue alcançar os objetivos substantivos e a finalidade, diz-se que é eficaz. A eficácia (ou efeito) assume importância fundamental na avaliação dos programas de saúde que o sistema executa (TINOCO et al, 1984).

Os instrumentos e as atividades apresentam um custo que pode ser expresso em unidades monetárias. Assim, a hora/médico, o leito/dia, a consulta médica, a hospitalização etc., apresentam um custo que se reflete nos objetivos a serem

alcançados. Este fato leva à eficiência, entendida como custo dos recursos utilizados relacionados, aos objetivos alcançados. Um sistema será mais eficiente do que outro, quando obtiver, em condições idênticas, os mesmos resultados em custos mais baixos (TINOCO et al, 1984).

Tinoco et al (1984) assinalam que, ao se elaborar um programa, deve-se elaborar também o modelo de avaliação.

A análise da efetividade de um programa pode ser simplificada, adotando-se o critério de proporções envolvendo as três variáveis: recurso, atividade e objetivos, onde se considera o observado, na avaliação relacionada com o que foi planejado.

Valla et al (1993) evidenciam que a luta por um sistema de saúde que atenda a todos de modo eficaz, protegendo e recuperando os que adoecem, de modo igualitário e gratuito, pode ser conduzida também como luta para que esse mesmo sistema funcione no sentido do prevenir e evitar a doença.

As informações mais importantes deste item dizem respeito aos indicadores de saúde, pois é, através de sua análise que é possível avaliar um serviço ou programa de saúde. Alguns indicadores de maior importância são os de mortalidade, morbidade e custos.

Para a análise dos indicadores é necessário o conhecimento de todas as variáveis relacionadas como a procedência, a importância, a facilidade e a aplicabilidade.

O conhecimento da estrutura e dos fatores operacionais dos serviços de saúde é essencial para a escolha dos indicadores a serem utilizados. O SUS é a estrutura em saúde responsável por todos os atendimentos e recursos destinados gratuitamente à população.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa apresenta um enfoque qualitativo e quantitativo. A pesquisa quantitativa procura enumerar/medir eventos estudados e empregar instrumental estatístico na análise dos dados. A pesquisa qualitativa parte de questões ou de focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos e das particularidades da situação em estudo. A pesquisa qualitativa visa o exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular (GODOY, 1995).

Segundo Tanaka (2001), as características gerais da abordagem qualitativa se destacam pela busca em descrever significados que são socialmente construídos e, por isto, definidos como subjetivos.

O enfoque utilizado foi o exploratório, com a construção de um modelo de avaliação.

3.1 Campo de análise, objeto e período considerado

Inicialmente realizou-se contato com a Secretária de Saúde do Município de Itajaí – SC, para que esta tomasse conhecimento da intenção da realização da pesquisa. A partir disso, foi autorizada a realização da pesquisa pelo titular do órgão. Assim, estabeleceram-se contatos e foram marcadas as entrevistas com os gestores e com outros profissionais que atuam de alguma forma com os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

O diagnóstico da situação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial realizou-se por meio de entrevistas e da coleta de dados estatísticos por meio de documentos eletrônicos e não eletrônicos, como manuais e relatórios gerenciais, referentes ao número de internações, de atendimentos ambulatoriais, de óbitos, da população e de recursos financeiros nos anos de 2000 a 2005.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP da Universidade Federal de Santa Catarina, cuja folha de rosto apresenta-se como anexo (ANEXO A).

Estudaram-se especificamente os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, caracterizados como programas voltados para o acompanhamento de portadores de doenças crônico-degenerativas, e que têm programas de acompanhamento financiados pelo Governo Federal.

3.2 As fontes de dados

As entrevistas foram realizadas com o Secretário Municipal de Saúde de Itajaí, com os Coordenadores dos Programas, com alguns participantes (em encontro), com o responsável pela estatística da Secretaria Municipal de Saúde, com o responsável pelo Fundo Municipal de Saúde, com a farmacêutica responsável pelo fornecimento de medicamentos nos programas, com o contador da Prefeitura Municipal, com os coordenadores do programa Saúde da Família, com o responsável pela estatística do Hospital de Itajaí e o com representante local da Associação dos Diabéticos – ADIM. Algumas pessoas não nominadas (cerca de cinco), contribuíram para a identificação e para o encontro dos caminhos e para completar as informações dos entrevistados.

Além das entrevistas, também foram coletados dados por meio de pesquisas bibliográfica e documental. Houve a coleta de dados estatísticos por meio da pesquisa em documentos eletrônicos e não eletrônicos como manuais e relatórios gerenciais, que apresentavam as informações pertinentes para a pesquisa.

3.3 Percurso metodológico – modelo para organização de sistemas de PCP

O desenvolvimento do trabalho baseou-se sobremaneira no modelo de PCP teórico de Erdmann (1998, p.127- 197), adaptado para esta situação específica.

Este modelo considera um procedimento sistemático, partindo de um levantamento de informações sobre a realidade atual em vários aspectos (diferenciação), permitindo delinear um sistema (integração) para avaliar e escolher um recurso auxiliar.

As linhas básicas para o modelo proposto por Erdmann (1998) são compostas de sete etapas: (1ª) o diagnóstico da situação; (2ª) o processo decisório na concepção do sistema; (3ª) a definição e a descrição dos subsistemas; (4ª) a avaliação e a descrição detalhada; (5ª) a concepção ou a união dos subsistemas; (6ª) a adequação de um software ao modelo e (7ª) a orientação para implantação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o modelo de Erdmann (1998) foi adaptado, sendo necessário convertê-lo em três etapas: a de diagnóstico da situação, a de decisões em avaliação e estruturação do instrumento e a de comparação entre os períodos e a análise da efetividade.

3.3.1 Diagnóstico da situação

Para que seja possível intervir ou melhorar um modelo já existente, deve-se ter conhecimento da situação atual e de todos os aspectos que envolvem as questões a serem estudadas.

O diagnóstico da situação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no Município de Itajaí – SC ocorreu através de visitas na Secretaria Municipal de Saúde e em outros departamentos e locais que apresentavam atividades envolvidas com os programas.

A Coordenadoria das Unidades de Saúde foi a referência para os agendamentos com os coordenadores dos programas e com as demais pessoas responsáveis por outros departamentos, como o de Informação e Capacitação, Controle e Avaliação, Farmácia Central, 17º gerência do Estado de Santa Catarina, Unidades de Saúde, Associação de Diabéticos – ADIM e Fundo Municipal.

Para o diagnóstico da situação efetuou-se um levantamento da situação atual dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no Município de Itajaí – SC, através de entrevistas com gestores e de coleta de dados estatísticos.

A pesquisa, como referenciado, apresentou um enfoque qualitativo e quantitativo. No aspecto qualitativo foram realizadas entrevistas e análise das falas separadamente por categorias. No aspecto quantitativo foram analisados os dados estatísticos de internações, atendimentos ambulatoriais, óbitos e recursos financeiros.

O instrumento de entrevista foi elaborado abordando questões sobre a identificação do entrevistado, o cargo que ocupa, o seu entendimento sobre a situação dos programas relacionados às doenças crônico-degenerativas, as ações desenvolvidas, o número de participantes, o objetivo dos programas, a

operacionalização das atividades, o conhecimento sobre os recursos financeiros, os relatórios gerenciais, os indicadores de efetividades, as avaliações e a indicação de pessoas-chave para contribuir para o diagnóstico da situação.

O instrumento foi aplicado como pré-teste com a Coordenadora das Unidades de Saúde, que aprovou os tópicos abordados pela necessidade de investigação da situação dos programas; algumas questões não apresentaram respostas por desconhecimento dos envolvidos em todo o processo.

Foi aplicado um instrumento de entrevista que permitiu o conhecimento da estrutura administrativa e técnica, das ações desenvolvidas e das necessidades apontadas pelos entrevistados (gestores, participantes dos programas), entre outras.

A opção pela realização da entrevista decorreu das características da organização pública, cuja alternância de pessoas em cargos-chave leva ao desconhecimento, limitando alguns comentários e tornando pouco efetiva a eventual opção pelo questionário, porque poderia ocultar algumas 'pistas' e desfavorecer a indicação da necessidade de contato com terceiros para obtenção de informações complementares.

Foram utilizados os roteiros de entrevista que estão apresentados nos Apêndices A e B, um deles foi utilizado para Coordenadores de Programa e o outro para o Secretário de Saúde e para os responsáveis pelos departamentos (Fundo Municipal de Saúde, Departamento de Controle e Avaliação, Farmacêutica, entre outros). Os roteiros apresentam, cada um, maior abrangência nos questionamentos técnicos ou administrativos sobre a operacionalização dos programas ou sobre a estrutura administrativa financeira em que os programas estão inseridos.

Os dados do diagnóstico da situação foram obtidos nas seguintes unidades,

relacionadas ao desenvolvimento dos Programas de Diabetes e Hipertensão (informações estatísticas e/ou de recursos, usuários do programa):

- Departamento Técnico – DAIS – Coordenação das Unidades de Saúde;
- Programa Saúde da Família;
- Setor de Informação e Capacitação;
- Policlínica Central – Programa de Atenção Básica ao Diabético e Hipertenso – PADHI;
- Associação dos Diabéticos de Itajaí e Navegantes – ADIN;
- 17ª Gerência de Saúde da Secretaria do Estado de Desenvolvimento da Foz do Rio Itajaí-Açu;
- Farmácia Central;
- Departamento de Controle e Avaliação;
- Fundo Municipal de Saúde;
- Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen;
- participantes dos programas.

Buscaram-se, desta maneira, informações como foco nas seguintes estruturas:

- ações desenvolvidas – consultas, fornecimento de medicamentos, palestras, acompanhamentos, atendimentos de enfermagem e outros;
- unidades de saúde envolvidas – locais onde os programas são desenvolvidos;
- instalações físicas – condições da estrutura física para acomodação dos participantes, acesso para os participantes, disponibilidade para a utilização;
- recursos utilizados – recursos materiais, recursos humanos, recursos financeiros;

- impressos utilizados e relatórios – mapa para registro dos atendimentos (quantidade e tipo de atendimento prestado);
- fluxo de informações – como as informações a respeito dos atendimentos prestados são registradas e como são realizados os relatórios de produtividade;
- indicadores de produtividade e qualidade dos programas – como são realizadas as avaliações sobre as atividades desenvolvidas, estatísticas do serviço prestado e dos participantes;
- estatística hospitalar – índices de internações, de mortalidade e de permanência hospitalar relacionadas às internações como causa diabetes e hipertensão;
- informações *in loco* com os portadores de patologias crônico-degenerativas – sobre suas necessidades e expectativas.

Nas entrevistas, buscou-se o conhecimento da operacionalização do setor em relação aos programas de diabetes e hipertensão, aos objetivos, à metodologia do desenvolvimento, aos controles e às avaliações realizadas, às sugestões e aos problemas enfrentados, como também sobre outros aspectos que subsidiam a avaliação dos programas.

As entrevistas com gestores e técnicos que desenvolvem os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial objetivaram investigar a coerência entre índices de morbidade/mortalidade/outras indicadores e os esforços realizados pelo programa para o desenvolvimento das atividades (palestras, reuniões, consultas e fornecimento de medicamentos).

Concomitantemente às ações desenvolvidas, o estudo foi direcionado para uma abordagem de custos, ou seja, com a análise dos valores repassados para os programas pelo Fundo Municipal de Saúde, pela Prefeitura Municipal, pelos órgãos de financiamento e pelos convênios. Foram analisados os valores repassados para o Fundo Municipal de Saúde nos anos de 2000 a 2005, direcionados aos programas de diabetes e hipertensão.

Foram realizados contatos com os participantes dos programas, a fim de identificar as satisfações, as necessidades, as dificuldades encontradas e as sugestões para melhoria do programa.

Para o desenvolvimento das duas etapas subseqüentes, que compreenderam as decisões em avaliação e a estruturação do instrumento e a comparação entre os períodos e a análise da efetividade, foi avaliado o resultado das entrevistas. Para a continuidade da análise do modelo proposto, as respostas das entrevistas foram relacionadas em duas situações, optando-se por relacionar as respostas das entrevistas em problemas detectados e sugestões apontadas, com o intuito de verificar a disponibilidade e a relevância dos dados, para a definição dos subsistemas que atenderão as informações apontadas.

Os dados secundários foram obtidos em pesquisas bibliográficas, na internet, nos endereços do Ministério da Saúde e nos vínculos indicados. Também foi realizada pesquisa em documentos publicados pela Secretaria Estadual de Saúde (SC) e pelo Ministério da Saúde. Os dados estatísticos utilizados para a análise foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde e no Departamento de Controle e Avaliação.

3.3.2 Decisões em avaliação e estruturação do instrumento

Estabeleceram-se os objetivos de acordo com as necessidades e expectativas das pessoas, da situação, das contingências e dos problemas identificados.

O que se pretendeu, a partir da visão do gestor público, preocupado com a efetividade dos programas, foi relacionar o seu custeio aos resultados obtidos. Logo, foi necessário obter uma formulação que expressasse, de preferência numericamente, essa relação.

Considerou-se que o instrumento deva ser caracterizado pela condição de possibilitar a análise periódica e comparativa, resultando em um indicador quantitativo relacionado com os recursos financeiros investidos, bem como proporcionar a visão da evolução. Enfim, considera-se que deva permitir visualizar uma relação entre o esforço despendido (dinheiro) e o resultado obtido (ações para controle das doenças).

A partir da visão do conjunto, buscou-se definir os subsistemas baseados nos objetivos do sistema, dos procedimentos empregados, dos modelos já existentes para analisar os resultados que o sistema deve produzir: as saídas.

Através de uma análise retroativa, estabeleceu-se a relação entre os dados de óbitos, internações e atendimentos ambulatoriais e dos investimentos existentes nos programas analisados.

Desta maneira, foram apresentados os indicadores para análise dos programas, buscando o relacionamento de dados estatísticos sobre a mortalidade, o período de internação hospitalar, o atendimentos ambulatoriais e os recursos financeiros.

Partiu-se das ações desenvolvidas nos Programas de Diabetes e Hipertensão. Nos casos em que houve a necessidade de se mensurar o impacto destas ações na

população, optou-se por quantificar os atendimentos realizados e, através de equações, em associar aos outros indicadores.

Um outro indicador associado foi de internações hospitalares. O número de dias de internações hospitalares representa um impacto negativo na saúde da comunidade. O mesmo reflexo negativo decorre do número de óbitos.

Buscaram-se os recursos financeiros repassados à saúde para comparar os resultados positivos e negativos das ações sob o prisma de investimentos realizados, realizando uma relação entre investimento e resultado.

A seguir são apresentados detalhadamente os indicadores definidos para a análise da efetividade dos programas: o indicador por causa específica, o indicador de internação por causa específica e o indicador sobre os serviços prestados ao diabético e ao hipertenso em nível ambulatorial.

O indicador por causa específica determina o número de óbitos decorrentes do diabetes e da hipertensão. Seus dados devem ser obtidos considerando as variáveis de um mesmo período e local (município).

Este indicador demonstra o índice de mortalidade ocasionado pelo diabetes e pela hipertensão, refletindo o estado de saúde da população em estudo. Se o índice for elevado, as estruturas dos programas de acompanhamento e controle destas patologias necessitam ser revistos, bem como a participação da população e as ações desenvolvidas.

Além disso, ele reflete a efetividade dos programas, uma vez que índices baixos de mortalidade são encontrados onde a população não morre destas doenças. Com isto pode-se concluir que as ações desenvolvidas nos programas atingem a população alvo,

não ocorrendo ou reduzindo o risco de óbitos por estas causas.

O indicador de internação por causa específica refere-se aos números utilizados para a quantidade de dias de internações que foram agrupados conforme a ocorrência de internações pelas causas de diabetes e hipertensão, com os CID's associados.

A alta incidência de internações devido ao diabetes e à hipertensão indica que a população está susceptível ao acometimento por estas patologias, enquanto que a baixa incidência leva a uma interpretação de ações bem desenvolvidas, de a população estar bem atendida, consciente etc.. Conseqüentemente, é possível avaliar a efetividade das ações.

Assim, este indicador permite analisar o impacto social decorrente das internações e o grau de complicação destas patologias.

O indicador sobre os serviços prestados ao diabético e ao hipertenso em nível ambulatorial buscou analisar, em conjunto com a Coordenadora das Unidades de Saúde, os atendimentos relacionados aos portadores de diabetes e de hipertensão.

Quanto maior este índice, melhor o desempenho em relação às ofertas de serviços de prevenção, de diagnóstico e de tratamento ambulatorial.

3.3.3 Comparação entre os períodos e análise da efetividade

Para o desenvolvimento da comparação entre os períodos e a análise da efetividade, ocorreu a análise, em conjunto com os envolvidos em todo o processo, da forma e dos resultados propostos. Realizou-se a composição do sistema através da

junção das partes.

Seguiram-se as seguintes etapas:

1ª) levantou-se os dados disponíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí correspondentes ao número de atendimentos ambulatoriais relacionados aos diabéticos e hipertensos, óbitos e internações hospitalares baseado nos CID's (código internacional de doenças), utilizando-se a planilha do DATASUS;

2ª) estabeleceu-se uma relação (fórmula) entre os indicadores para compor um índice consolidado de efetividade, com base em uma média de três anos;

3ª) fez-se uma verificação do comportamento do índice de efetividade para os anos 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005;

4ª) procedeu-se a uma crítica da fórmula, do ponto de vista de seus componentes fixos para sua adequação par análises futuras;

5ª) analisaram-se os períodos futuros, quando foram apresentados os indicadores e a fonte dos dados para a junção dos indicadores na equação, bem como a apresentação da associação entre os indicadores.

Os dados sobre mortalidade estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (DATASUS). Entende-se por óbitos a soma de casos de óbitos causados por diabetes e hipertensão, analisados através das estatísticas do grupo CID 10, do I 10 a I 13, I 20 a I 25 e I 60 a I 69, e para os casos de diabetes *mellitus*, os CID's E 10 a E 14 (Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA, 2002).

Para a identificação dos óbitos por causa específica foi utilizada a codificação apresentada no relatório do Departamento de Controle e Avaliação – lista de óbitos conforme a causa. Os óbitos causados por diabetes *mellitus* seguiram a codificação

055, e as causas de óbitos relacionadas ou causados pela hipertensão (doenças do aparelho circulatório) foram identificadas pela a codificação 067, 068, 069, 070, 071.

Utilizaram-se os seguintes códigos de procedimentos para definição da permanência hospitalar: 77300068, 77300050, 77500024, 77500032, 77500105, 77500113, 77500121, 77500130, 77500164, 81500106, 82300038, 82300046, 82500045, 82500053, 84500042.

Por não haver registro específico dos atendimentos ambulatoriais realizados pelo grupo de diabéticos e hipertensos, foram identificados os atendimentos e suas respectivas produções, considerados como realizados pelo grupo em questão.

Foram utilizados os dados do SIA/SUS para analisar a quantidade de atendimentos realizados com os portadores de diabetes e hipertensão em cada período estabelecido.

Como não estivesse disponível o tipo de atendimento por grupo ou programa desenvolvido, foi selecionado um grupo de códigos de atendimentos nos quais os diabéticos e hipertensos estavam inseridos. Esta análise ocorreu juntamente com a Coordenadora das Unidades de Saúde a partir dos códigos dos atendimentos ambulatoriais seguintes:

- 0102201 – administração de medicamento por paciente;
- 0102207 – curativo por paciente;
- 0102217 – atendimento para detecção do diabetes no sexo feminino com glicemia capilar;
- 0102218 – atendimento para detecção do diabetes no sexo masculino com glicemia capilar;

- 0102219 – atendimento à campanha de detecção do diabetes do sexo feminino com glicemia capilar e verificação de pressão arterial;
- 0102220 – atendimento à campanha de detecção do diabetes do sexo masculino com glicemia capilar e verificação de pressão arterial;
- 0102221 – atendimento à campanha de detecção do diabetes do sexo feminino com glicemia capilar e verificação de pressão arterial;
- 0102222 – atendimento à campanha de detecção do diabetes do sexo masculino com glicemia capilar e verificação de pressão arterial;
- 0102223 – consulta para diagnóstico do diabetes *mellitus* realizada por enfermeiro;
- 0102224 – acompanhamento para a avaliação do portador de diabetes *mellitus* realizada por enfermeiro;
- 0102225 – atendimento à hipertensão arterial normal do sexo feminino;
- 0102226 – atendimento à hipertensão arterial normal do sexo masculino;
- 0102227 – atendimento à hipertensão elevada do sexo feminino;
- 0102228 – atendimento à hipertensão elevada do sexo masculino;
- 0102301 – atividade educativa com grupo na comunidade nível médio;
- 0102302 – atividade executada por agente comunitário de saúde;
- 0102303 – atividade educativa com grupo na unidade nível médio;
- 0102304 – visita domiciliar por profissional nível médio;
- 0201204 – consulta em clínica médica;
- 0201208 – consulta médica do PSF;
- 0201209 – consulta médica domiciliar;
- 0301101 – procedimentos coletivos (paciente/mês);

- 0401102 – atividade educativa atendimento básico com grupo na comunidade nível superior;
- 0401103 – atividade educativa atendimento básico na unidade;
- 0401104 – consulta/atendimento atenção básica enfermeiro;
- 0401105 – consulta/atendimento atenção básica outros profissionais;
- 0401106 – consulta/atendimento domiciliar atenção básica enfermeiro;
- 0401107 – visita domiciliar consulta/atendimento atenção básica;
- 0401201 – atividade educativa com grupo na comunidade (PACS/PSF);
- 0401202 – consulta/atendimento enfermeiro na unidade (PACS/PSF);
- 0401203 – consulta/atendimento domiciliar enfermeiro (PACS/PSF);
- 0401204 – assistência domiciliar atenção básica por profissional nível superior;
- 0701205 – consulta em cardiologia;
- 0701211 – consulta em cirurgias vascular;
- 0701212 – consulta em dermatologia;
- 0701213 – consulta em endocrinologista e metabologia;
- 0701217 – consulta em geriatria;
- 0701222 – consulta em nefrologia;
- 0701225 – consulta em oftalmologia;
- 0701233 – consulta em urologia;
- 0703102 – administração medicamentosa por paciente;
- 0703103 – teste específico para diabetes *mellitus* – glicemia capilar;
- 0704101 – atendimento domiciliar terap. multiprofissional;
- 0704102 – atendimento domiciliar terap. multiprofissional;

- 0805601 – amputação de dedo;
- 0807204 – debridamento de úlcera ou necrose;
- 1102112 – colesterol total;
- 1101120 – glicose;
- 1101224 – triglicerídeos;
- 1101309 – colesterol (LDL);
- 1101310 – colesterol (HDL);
- 1101311 – colesterol (VLDL);
- 1101316 – glicose fosfato desidrogenase;
- 1101509 – teste de tolerância insulina/hipoglicemiante oral;
- 1105204 – insulina;
- 1106151 – proteína C reativa – pesquisa;
- 1703101 – eletrocardiograma;
- 1707207 – consulta oftalmológica/retinografia/mapeamento de retina;
- 1707306 – mapeamento de retina;
- 1801108 – plegias;
- 1804102 – disfunções decorrentes de amputação de membro.

Um outro indicador trabalhado refere-se aos recursos financeiros destinados para a saúde, que apresentam relação com os programas de diabetes e hipertensão.

Por não haver o repasse de verbas específicas para os programas de diabetes e hipertensão, foram analisadas as contas que estão relacionadas às ações desenvolvidas pelos programas. Esta análise foi realizada com um funcionário do Fundo Municipal de Saúde.

Os valores repassados para o Fundo Municipal de Saúde, através do Ministério da Saúde, apresentam valores para alguns itens específicos (contas). Dentre estas, podem ser citadas:

- PAB fixo;
- Gestão Plena do Sistema Municipal;
- Gestão Plena do Sistema Municipal – média complexidade;
- Gestão Plena do Sistema Municipal – alta complexidade;
- Programa Saúde da Família;
- Programa de agentes comunitários de saúde;
- Média e alta complexidade;
- Incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde;
- Acompanhamento de pacientes;
- Oftalmologia;
- Assistência farmacêutica básica;
- Retinopatia diabética.

Foram utilizados também dados referentes aos medicamentos fornecidos aos portadores de diabetes e de hipertensão arterial, além dos medicamentos da farmácia básica.

O item de medicamentos repassados para os diabéticos e hipertensos fornecidos pelo Ministério da Saúde foi analisado a partir da aplicação de um valor correspondente

a cada medicamento, com a finalidade de mensurar o representativo financeiro dos repasses.

A listagem de utilização dos medicamentos foi repassada pela responsável da Farmácia Central, por tipo de medicamento e por quantidade utilizada no ano. Antes do ano de 2002, estes medicamentos eram adquiridos pelo município com recursos destinado à saúde.

Não foi possível identificar o valor correspondente dos medicamentos no ano de 2002, assim como da insulina NPH. Aos medicamentos fornecidos em 2002 e 2003 foram atribuídos os valores publicados na Revista BrasÍndice do ano de 2003, numa tabela de utilização nacional para referência de pagamentos de medicamentos. Para os medicamentos fornecidos em 2004 e 2005, foram utilizados os valores da mesma revista publicada em 2005.

Estes valores, em conjunto com os valores repassados pelo Município de Itajaí à saúde (percentual sobre as receitas de impostos), foram utilizados para a análise dos indicadores comentados anteriormente, na forma de um índice para a saúde relacionado aos programas de diabetes e hipertensão.

Os valores repassados pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, que não apresentaram relação com as ações dos programas de diabetes e hipertensão, não foram consideradas neste estudo. Como exemplo, os recursos repassados à Vigilância Sanitária, ao programa de combate às carências nutricionais, à campanha de próstata, à campanha de colo-uterino, à campanha de tuberculose, à campanha de varizes, à campanha de transplantes e à campanha da AIDS.

Os indicadores sobre a mortalidade, sobre a permanência hospitalar, sobre a produção ambulatorial e sobre os recursos financeiros foram utilizados nesta pesquisa.

Para o estabelecimento de um indicador de efetividade, tornou-se necessário o estabelecimento de parâmetros de avaliação. A pesquisa de campo indicou a disponibilidade de alguns dados, que passaram a ser considerados para a elaboração de indicadores, e, posteriormente, uma fórmula agregadora.

Os números médios para o período de um ano do programa de diabetes e hipertensão, indicam 354 óbitos, 10.244 dias de internação e 1.055.925 atendimentos (média dos anos de 2000, 2001 e 2002).

A partir disto, criou-se uma fórmula composta das três categorias – óbitos, dias de internação e atendimentos ambulatoriais –, visando auxiliar na avaliação da efetividade dos programas em discussão.

4 RESULTADOS

Este trabalho objetivou analisar a estrutura existente na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itajaí pelo prisma das ações desenvolvidas com os portadores de patologias crônico-degenerativas, com enfoque nos custos e na efetividade dos programas, a fim de estabelecer parâmetros que permitissem mensurar a efetividade dos programas de assistência aos portadores de diabetes e de hipertensão.

Segue a apresentação dos resultados, considerando os objetivos propostos neste estudo, o diagnóstico da situação e a avaliação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

4.1 Diagnóstico da situação

Para a apresentação do diagnóstico da situação foram consideradas duas etapas: a descrição da estrutura em saúde do município de Itajaí relacionada com os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial e a descrição das entrevistas realizadas.

4.1.1 Estrutura em saúde do município de Itajaí relacionada com os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí apresenta unidades de saúde em que os programas são desenvolvidos. Entre os programas desenvolvidos destacam-se os direcionados aos portadores de patologias crônico-degenerativas, os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial.

As principais ações desenvolvidas nestes programas são os acompanhamentos

e as consultas médicas, os procedimentos de enfermagem, as visitas domiciliares, os encontros, o fornecimento de medicamentos, os encontros sociais, os procedimentos assistenciais e os exames.

O município de Itajaí possui Gestão Plena do Sistema Municipal em Saúde: recebe e administra os recursos provenientes do Ministério da Saúde, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde.

O município de Itajaí apresenta a seguinte estrutura em saúde:

- seis centros de referência – Centro de Referência da Criança e da Mulher – CRESCEM, Centro de Orientação e Diagnose Municipal – CODIM, Centro de Pesquisas e Estudos Oncológicos – CEPON, Centro de Apoio Psico-Social – CAPS; Saúde Mental, e Centro Médico Affonso Celso Liberato;
- oito policlínicas – Central, São Vicente, São João, Fazenda, Costa Cavalcanti, Promorar II, Itaipava e Cordeiros;
- treze unidades de saúde – Rio Bonito, Limoeiro, Salseiros, Dom Bosco, Jardim Esperança, Brilhante, Bambuzal, Caic, Imaruí, Praia Brava, Votorantim, Espinheiros e Promorar I;
- um Hospital Dia;
- um Pronto Atendimento 24 horas;
- um Laboratório Micro-regional/Laboratório de Análises Patológicas;
- dois Ambulatórios – do Serviço Social da Indústria – SESI e do Presídio.

Assim, a estrutura em saúde do município de Itajaí conta com trinta e duas unidades de saúde a serviço da comunidade.

Nove serviços recebem apoio da Secretaria de Saúde: Rede Feminina de combate ao Câncer, Corpo de Bombeiros, Asilo Dom Bosco, Sindicato dos Aposentados e Pensionistas de Itajaí, Sindicato dos Estivadores, Sindicato dos motoristas, Sindicato do Comércio, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE e Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

A Secretaria de Saúde possui convênio com médicos oftalmologistas, cardiologistas e patologistas, clínicas de radiologia, hospitais, unidade renal, laboratórios e clínicas de atendimentos gerais e de fisioterapia, totalizando 22 convênios.

O município de Itajaí desenvolve ações de Planejamento Familiar, Programa Nascer Itajaiense, Programa Preventivo de Câncer, Programa de Imunização, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; Programa Bolsa Alimentação, Programa Hanseníase, Programa Tuberculose, Programa Hepatite, Programa Bebê Saúde, Programa Puericultura, Programa Adolescente Saudável, Programa de Oxigenioterapia Domiciliar, Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso de Itajaí – PADHI, Programa Ostomizados, Programa Saúde da Família, Programa Medicamentos de Uso Contínuo, Centro de Testagem e Aconselhamento, Assistência Domiciliar Terapêutica, Serviço de Prevenção e Assistência à Transmissão Vertical, Serviço de Tratamento Fora do Domicílio, Serviço de Saúde Mental, Serviço de Apoio Psico-social, Programa de Educação em Serviço, Projeto Escola, Projeto Empresa, Projeto Redução de Danos, Projeto Bem Me Quer, Programa de Prevenção das DST's em Parceria com as Farmácias, Serviço de Transporte e Serviço Ambulatorial de Especialidades – SAE/Adulto e Pediátrico.

Os medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica incluem medicamentos para atenção básica de saúde, como medicamentos para doenças crônicas – dentre elas, as coronarianas, a hipertensão, o diabetes – e medicamentos para saúde mental.

Para atender de forma contínua os pacientes portadores diabetes, hipertensão e doenças coronarianas que utilizam medicamentos continuamente, foi implantado o Programa de Uso Contínuo.

O município recebe contrapartida de recursos financeiros federais e estaduais proporcionais à sua população.

A partir do ano de 2002, alguns medicamentos de uso dos diabéticos e hipertensos passaram a ser fornecidos pelo Ministério da Saúde: captopril, glibenclamida, hidroclorotiazida, metiformina e propanolol. Os demais medicamentos utilizados pelos diabéticos e hipertensos fazem parte dos medicamentos da farmácia básica.

A insulina é fornecida ao município de Itajaí mensalmente pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/Divisão Medicamentos, com exceção da Insulina Humana Regular adquirida com recursos do próprio município.

4.1.2 Descrição das entrevistas

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas e análise de conteúdo de falas separadamente por duas categorias: problemas (deficiência dos programas) apontados pelos entrevistados e sugestões apontadas pelos entrevistados.

Para a seleção destas categorias definiu-se como conceito de problema as respostas relativas a questões para as quais o entrevistado:

- não soube responder o questionamento;
- apresentou resposta contraditória à resposta de outro entrevistado;
- não apresentou o relatório ou informação solicitada por desconhecimento ou inexistência da informação;
- indicou a situação como problema real (falta de equipamentos, deficiência de relatórios);
- apresentou dados e informações incompletas e/ou destacou na resposta a situação como sendo um problema.

Como conceito de sugestões apontadas pelos entrevistados, estabeleceu-se a definição de respostas em que se apresentaram idéias:

- de como deveria ocorrer avaliação dos programas;
- como poderiam ser avaliados os indicadores de saúde e,
- sugestões de melhorar a atuação operacional nos Programas.

Para a análise dos problemas levantados e sugestões apontadas, foi organizado um quadro agrupando os problemas e sugestões em três categorias: problemas/sugestões de ordem informacional, de ordem processual e de ordem estrutural. As respostas foram relacionadas com estas categorias para melhor identificação na estrutura qual o problema ou qual a sugestão estavam envolvidos.

Foram realizadas dez entrevistas. Os cargos ocupados e a formação profissional dos entrevistados estão apresentados junto às questões levantadas nas entrevistas.

Segue a apresentação do quadro com os problemas e sugestões mencionados

nas entrevistas:

QUADRO 1: Problemas apontados pelos entrevistados

ENTREVISTADO (CARGO OCUPADO, FORMAÇÃO PROFISSIONAL)	PROBLEMAS DE ORDEM INFORMACIONAL	PROBLEMAS DE ORDEM PROCESSUAL	PROBLEMAS DE ORDEM ESTRUTURAL
Coordenadora das Unidades de Saúde – Enfermeira	Ausência de indicadores para avaliação, utilização da quantidade de atendimento para a avaliação dos programas	Avaliação dos programas realizado pelo setor de informações e capacitação, responsáveis pelos relatórios; não conhecimento da coordenadora das Unidades de Saúde sobre a avaliação dos programas	Não relatou
Duas entrevistadas – Supervisora técnica do programa Saúde da Família e a Coordenadora do Programa Saúde da Família – ambas Enfermeiras	Desconhecimento sobre o número de inscrites no Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial; Desconhecimento sobre a aplicação dos recursos financeiros, sobre as verbas e convênios; Ausência de informações sobre a produtividade do PSF	Não entendimento dos relatórios gerados sobre a produtividade mensal da equipe do PSF e a quantidade de internações por grupo, e o percentual (não relacionado com os números apresentados, ou não entendido a que universo foi estimado); Ausência de avaliação dos Programas através de um instrumento	Não relataram
Responsável pelo Setor de Informação e Capacitação – Enfermeira	Desconhecimento sobre os Programas desenvolvidos; Desconhecimento sobre as metas e atuação dos programas; desconhecimento sobre indicadores para avaliação dos resultados; ausência de relatórios, de indicadores de qualidade e produtividade, o relatório demonstra apenas quantidade de atendimentos por Unidade de Saúde	Recebe e digita a produtividade das US sem envolvimento com a operacionalização dos programas; perda de muitos dados sobre as atividades realizadas devido ausência de codificação DATASUS; alteração do modelo do Boletim para registro dos procedimento, porém devido o grande estoque do antigo Boletim, estão utilizando o antigo que não possui nova codificação contemplada no novo modelo, ocorre a perda ou erro de registro	Deficiência de equipamento de informática, não permite arquivo de dados devido pequena capacidade de armazenamento; sistema de informática deficiente, não permite o registro de algumas informações; falta de recursos financeiros, materiais e humanos; Falta de estrutura para informatização
Responsável pelo Programa de Diabetes e Hipertensão da Policlínica Central, – Enfermeira	Desconhecimento do número de usuários cadastrados; desconhecimento dos recursos financeiros e a origem destes; desconhecimento dos relatórios sobre o desempenho do município relacionado aos programas	Não são avaliados os resultados; Inexistência de indicadores para avaliação; Não realiza controle a análise de produtividade; programa não é desenvolvido conforme o projeto (protocolo de consultas com especialistas, estas só ocorrem na prática quando encaminhado pelo médico do PSF)	Deficiência nos equipamento, a maioria das Unidades de Saúde não tem aparelho para o teste de glicemia capilar

ENTREVISTADO (CARGO OCUPADO, FORMAÇÃO PROFISSIONAL)	PROBLEMAS DE ORDEM INFORMACIONAL	PROBLEMAS DE ORDEM PROCESSUAL	PROBLEMAS DE ORDEM ESTRUTURAL
Encontro com os participantes do Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial do grupo PSF Jardim Esperança – Usuários do Programa		As consultas médicas com especialistas ocorrem mediante encaminhamento do médico do PSF, e não conforme o protocolo estabelecido no projeto, com uma periodicidade conforme a especialidade, para todos os participantes	Deficiência na estrutura física do local para os encontros; Deficiência de equipamento, não possuem aparelho para glicemia capilar
Responsável pela ADIN – Associação dos Diabéticos de Itajaí e Navegantes, – Enfermeira		Não avaliam os resultados dos programas	
Responsável pelo Programa HIPERDIA – Médico	Desconhece o cadastro dos usuário, quantos estão cadastrados e como está sendo repassado os recursos para os cadastrados; desconhece como os programas estão sendo desenvolvidos nas US; desconhece os medicamentos repassados; Desconhece organograma, quais os responsáveis em nível estadual pelo Programa	Ausência de relatórios sobre os Programas; os materiais para campanhas chegam em cima da hora e eles trabalham com o que vem, freqüentemente deficiente	
Responsável pela Farmácia Central – Farmacêutica	Dificuldade no repasse de informações sobre o controle dos medicamentos fornecidos aos usuários, informações incompletas, o acesso às informações sobre o estoque é realizado apenas por um funcionário; ausência de relatórios de avaliação e indicadores; dificuldade na comunicação com a esfera estadual (Florianópolis), falta de identificação de demanda reprimida relacionada ao uso de medicamentos	Repasse dos medicamentos pelo Ministério é realizado conforme a disponibilidade de medicamentos, e não conforme solicitação do município; estoque de medicamentos encaminhados pelo Ministério (pouca utilização)	Não relatou

ENTREVISTADO (CARGO OCUPADO, FORMAÇÃO PROFISSIONAL)	PROBLEMAS DE ORDEM INFORMACIONAL	PROBLEMAS DE ORDEM PROCESSUAL	PROBLEMAS DE ORDEM ESTRUTURAL
Auditor administrativo do Departamento de Controle e Avaliação – Segundo grau	Ausência de codificação de procedimentos ambulatoriais específicos para os Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial	Não relatou	Não relatou
Responsável pelo Fundo Municipal de Saúde – Contador	Apenas o Fundo Municipal de Saúde tem acesso as informações sobre as verbas repassadas e prestação de contas, os departamentos e programas envolvidos não tem o conhecimento de como é realizado o recebimento e controle dos recursos financeiros	Não relatou	Não relatou

Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados nas entrevistas

A seguir são apresentadas no Quadro 2 as sugestões apontadas pelos entrevistados.

QUADRO 2: Sugestões apontadas pelos entrevistados

ENTREVISTADO (CARGO) FORMAÇÃO PROFISSIONAL	SUGESTÕES DE ORDEM INFORMACIONAL	SUGESTÕES DE ORDEM PROCESSUAL	SUGESTÕES DE ORDEM ESTRUTURAL
Duas entrevistadas –Supervisora técnica do programa Saúde da Família e a Coordenadora do Programa Saúde da Família – ambas enfermeiras	Avaliação dos programas baseado nos dados sobre os atendimentos realizados, cruzados com outros dados fornecidos por outros departamentos, como o de Controle e Avaliação (sem especificação de quais outros dados)	Não relatou	Não relatou
Encontro com os participantes do Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial do grupo PSF Jardim Esperança – usuários do Programa	Não relatou	Desenvolver mais ações nos programas, como atividades físicas, terapia ocupacional	Melhorar a estrutura física e localidade do encontro, muitos não tem condução.
Responsável pelo Programa de Diabetes e Hipertensão da Policlínica Central, enfermeira	Sugestão de analisar índices de mortalidade, internações hospitalares, complicações, idade, tipo de medicação utilizada	Não relatou	Não relatou
Responsável pela ADIN de Itajaí e Navegantes, enfermeira	Atuar mais na identificação de riscos, diagnóstico precoce, prevenção de complicações e tratamento adequado	Não relatou	Não relatou
Responsável pelo Programa HIPERDIA, médico	Não relatou	Sugestão de um mapa de registro sobre os cadastrados que fazem uso de medicamentos e da entrega. Avaliar se o programa é bem administrado através de laudos de atestados de óbito, registro de internações hospitalares, frente à diminuição do percentual de internações e óbitos pela diabetes e hipertensão. Melhor avaliar os programas através dos indicadores hospitalares associados aos cadastrados como usuários de medicamentos, analisar o custo dos atendimentos através dos protocolos do Ministério da Saúde	Não relatou

Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados nas entrevistas

Pode-se identificar que a maior incidência dos problemas e sugestões é de ordem informacional. As ações são desenvolvidas, mas o resultado e os recursos envolvidos nos Programas não são conhecidos. As informações são fragmentadas e nem todos os envolvidos nos processos tem acesso às informações relacionadas aos programas, mesmo os de ordem operacional, como controle de estoque de medicamentos e número de atendimentos.

As sugestões e os problemas de ordem processual apontam para uma necessidade de reestruturação dos Programas nos registros realizados, no controle e no acompanhamento dos processos efetuados. Há deficiência para registrar as ações realizadas, conseqüentemente indicando falhas na descrição de processos.

Os problemas de ordem estrutural apontam para a necessidade de informatização e para a melhoria das condições de estrutura física e de equipamentos.

4.2 Decisões em avaliação e estruturação do instrumento

Através das entradas e saídas anteriormente definidas, o sistema foi esquematizado com todas as interligações pertinentes. Com os subsistemas integrados, poder-se-á observar os resultados que o sistema deverá produzir. A concepção do sistema deu-se através da união dos subsistemas desenvolvidos, dentro das possibilidades apresentadas de informações disponíveis.

A avaliação foi proposta com base na disponibilidade e na integração de informações relacionadas ao desenvolvimento dos programas de diabetes e de hipertensão. Tomaram-se em conta as ações desenvolvidas, os recursos disponíveis,

os resultados alcançados e a definição de indicadores para a avaliação dos programas, sob a forma de um indicador de efetividade, com acesso fácil e disponível. Foi desenvolvida uma proposta para análise dos programas baseada em um índice de efetividade e num indicador de custo da efetividade.

Para o estabelecimento de um indicador de efetividade, tornou-se necessário o estabelecimento de parâmetros de avaliação. A pesquisa de campo indicou a disponibilidade de alguns dados, que passaram a ser considerados na elaboração de indicadores e, posteriormente, numa fórmula agregadora.

Para o monitoramento da efetividade utilizou-se a média dos dados apresentados nos anos de referência (2001, 2002 e 2003), que apontaram 1055925 atendimentos, 10244 dias de internação e 354 óbitos. A partir disto, desenvolveu-se uma equação que permite acompanhar a evolução do desempenho ('le' – ou Índice de efetividade) dos programas de diabete e de hipertensão.

Interpretou-se a avaliação dos atendimentos quanto mais, melhor, por representar investimentos em prevenção e em tratamento de nível ambulatorial, sugerindo melhores condições de atendimento à população. Os óbitos e as internações já apresentaram uma conotação negativa.

Numa associação primária, pode-se dizer que o 'le' dos programas considerados seria: $le = (le \text{ atend.} + le \text{ dias de int.} + le \text{ óbitos})/3$, o que pressupõe se equivalerem entre si as variações nos atendimentos, dos dias de internação e dos óbitos, em valores percentuais.

Tem-se, pois, que somar os números relativos a estas três, o que leva a fixar que o dado resultante, quanto maior (mais positivo), melhor a situação avaliada.

A formulação obedeceu aos seguintes parâmetros:

- fator atendimento – quanto mais atendimentos houver, melhor; logo, quanto mais atendimentos, maior o 'le'. Assim, tem-se: $le \text{ (para atendimento)} = 1 + \{(\text{atendimento do período} - 1055925)/1055925\}$
- fator dias de internação – quanto mais dias de internação houver, pior; logo, quanto mais dias de internação, menor o le. Assim, tem-se: $le \text{ (para dias de internação)} = 1 + \{(10244 - \text{dias de internação})/10244\}$
- fator óbitos – quanto mais óbitos houver, pior; logo, quanto mais óbitos, menor o le. Assim, tem-se: $le \text{ (para óbitos)} = 1 + \{(354 - \text{óbitos do período})/354\}$

Uma forma mais elaborada de calcular o 'le' do Programa seria aprimorar o estudo da equivalência, ponderando os valores relativos entre atendimentos, os dias de internação e os óbitos. Um óbito a menos deveria, talvez, equivaler a muito mais do que 2.982 atendimentos. No entanto, 2.982 atendimentos a mais podem, eventualmente, ser capazes de diminuir um óbito ou 103 dias de internação.

Da área de Segurança e Saúde Ocupacional, comentado no Ministério do Trabalho (BRASIL, 1990), sabe-se que um óbito (por acidente de trabalho) implica em debitar 6.000 dias para cálculo do índice de gravidade. E neste caso, um óbito equivale a quase 29 dias de internação. Na relação estabelecida em SSO, os dias não têm relação causal com a morte, isto é, não poderiam evitar o acidente. Desta forma, os dias de internação e os atendimentos poderiam evitar o óbito.

Também foi analisada a relação entre o investimento e a efetividade. Outro dado levantado foi o valor dos recursos financeiros repassados para os programas. Foram definidos os valores repassados para os programas através da análise dos recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde.

Levantaram-se os repasses realizados pelo Ministério da Saúde, Fundo a Fundo, dos anos de 2000 a 2002 e agruparam-se os valores correspondentes aos serviços nos quais os diabéticos e hipertensos estão inseridos através dos serviços utilizados e dos valores correspondentes aos medicamentos fornecidos.

Como não foi possível a identificação dos valores correspondentes aos programas e serviços destinados ao hipertenso e diabético, optou-se por associar os repasses com os serviços que apresentam atividades destinadas ao programa. Também foram considerados os valores repassados pelo município de Itajaí e o percentual sobre a receita dos impostos recolhidos.

Para o estabelecimento da relação entre o dinheiro investido e o 'le' espera-se que, quanto mais dinheiro investido, maior seja o indicador 'le'. Isto pode, porém, levar a várias situações. O valor investido pode ser maior em determinado período e levar a um 'le' maior (o que seria esperado) ou então a um 'le' menor ou proporcionalmente menor.

Este raciocínio é válido se a variável população permanecer constante. Se a população crescer, por exemplo, e se o investimento ou esforço no programa forem mantidos iguais, haverá uma tendência a um número maior de óbitos (por conta da maior população), o que pioraria o 'le'.

Considerando a variabilidade da população, deve-se considerar este fator. Disto pode-se estabelecer uma relação em reais (R\$) investidos por habitante. Esta pode ser comparada ou relacionada com o 'le'.

Assim tem-se que: Custo da Efetividade = (R\$ / nº de habitantes) / le

A análise do programa deve ser feita contemplando-se os dois indicadores:

- 'le' – que será melhor quanto maior for;
- Custo da Efetividade – que é um custo e representa o rendimento do investimento, que quanto menor, melhor (o que significa que cada ponto do 'le' tem um custo, que quanto menor, melhor).

O indicador de efetividade e o custo da efetividade poderão ser acompanhados mensalmente e anualmente na evolução e no desenvolvimento das variáveis que os contemplam. Pode-se avaliar a efetividade dos Programas de Diabetes e Hipertensão em cada ano, conforme segue:

- óbitos – quanto menor a quantidade de casos de óbitos, melhor o desempenho do município nas ações em saúde, resultados das ações;
- média de dias de internação por diabetes e hipertensão – quanto menor a quantidade, melhor o desempenho em relação ao número de internações, às complicações durante as internações, à qualidade de vida do diabético e hipertenso e ao resultado do desempenho das ações ambulatoriais;
- atendimentos realizados em nível ambulatorial direcionados aos diabéticos e hipertensos – quanto maior este índice, melhor o desempenho em relação às ofertas de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento a nível ambulatorial;
- 'le' – quanto maior, melhor o desempenho do município no ano analisado, levando

em consideração a análise das variáveis comentadas anteriormente;

- recursos financeiros aplicados – quanto menor o índice, melhor a aplicação dos recursos financeiros frente aos resultados alcançados, relação entre custo da efetividade.

4.3 Comparação entre os períodos e análise da efetividade

Segue a apresentação dos dados estatísticos coletados durante a pesquisa, considerando os anos de 2000 a 2005 – que constam no Quadro 3, e o desenvolvimento da equação para avaliação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial – que constam no Quadro 4.

QUADRO 3: Apresentação dos dados coletados nos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial no município de Itajaí – SC

PERÍODO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de procedimentos relacionados ao Hipertenso/Diabético	1.053.380	1.032.007	1.082.390	1.690.881	1.605.916	734.826
Total todos os procedimentos ambulatoriais	2.056.773	1.983.067	1.851.832	2.758.790	2.319.593	1.374.760
Percentual em relação ao total	51,22%	52,04%	58,45%	61,29%	69,23%	53,45%
POPULAÇÃO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ	147.494	150.805	153.357	156.075	161.789	164.950
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR-INTERNAÇÕES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número internações Diabetes/Hipertenso	1.092	1.323	1.177	1.431	1.390	888
Número de internações gerais	7.867	10.675	13.637	12.939	12.803	7.723
Percentual internações Diabetes/Hipertenso	13,88%	12,39%	8,63%	11,05%	10,85%	11,49%
Total de dias de internação Diabetes/Hipertenso	9.050	11.120	10.563	12.421	12.221	8.100
Média de permanência hospitalar Diabetes/Hipertenso	8,28	8,4	8,97	8,67	8,79	9,12
Total de dias de internação causas gerais	46.809	59.197	76.875	55.605	60.118	37.073
Média de permanência hospitalar causas gerais	5,95	5,54	5,63	4,29	4,69	4,80
MORTALIDADE	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Óbito devido Diabetes/Hipertenso	356	338	368	315	288	107
Total de óbitos todas as causas	1.038	1.129	1.141	1.291	1.315	473
% de óbitos devido Diabetes/Hipertenso	34,30%	29,94%	32,25%	24,40%	21,90%	22,62%
VALORES REPASSADOS PARA O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ	2000	2001	2002	2003	2004	2005
FUNDO A FUNDO	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
PAB FIXO	1.451.976,00	1.485.566,00	1.508.040,00	1.629.428,00	1.914.069,68	1.521.750,78
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL	-	4.808.309,20	-	-	-	-
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL – MÉDIA COMPLEXIDADE	-	3.172.858,00	6.768.413,72	-	-	-
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL – ALTA COMPLEXIDADE	-	991.427,71	1.312.009,71	-	-	-
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	168.960,00	222.400,00	266.880,00	353.182,00	582.120,00	639.360,00
PROGRAMA DE EXPANSÃO DO PSF	-	-	-	111.700,00	20.500,00	-
PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	40.332,60	90.747,97	127.416,65	155.440,00	244.760,00	335.980,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	7.579.131,98	-	-	9.180.839,18	12.716.097,91	11.351.302,08
INCENTIVO AO PROG. AGENTES COM. DE SAÚDE	-	-	13.200,00	28.200,00	36.060,00	35.000,00
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	-	-	14.030,20	-	-	-
OFTALMOLOGIA	-	-	35.967,00	-	-	-
RETINOPATIA DIABÉTICA	-	-	-	4.499,95	-	-
FARMÁCIA BÁSICA	120.997,50	148.556,28	150.804,00	152.718,75	153.357,00	128.817,51
TOTAL	9.361.398,08	10.919.865,16	10.196.761,28	11.616.007,88	15.666.964,59	14.012.210,37
RECURSOS MUNICIPAIS - % RECEITAS DOS IMPOSTOS	6.751.574,67	10.422.752,35	13.245.510,22	20.877,22	26.073,78	-
MEDICAMENTOS	188.488,08	186.682,32	2.187.870,24	-	367.220,00	661.155,00
TOTAL	16.301.460,83	21.529.299,83	25.630.141,74	11.636.885,10	16.060.258,37	14.673.365,37

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí – SC

QUADRO 4: Apresentação dos dados estatísticos e desenvolvimento da equação para avaliação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial nos anos de 2000 a 2005

DADOS ESTATÍSTICOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS HIPERTENSO/DIABÉTICO	1.053.380	1.032.007	1.082.390	1.690.881	1.605.916	734.826
POPULAÇÃO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ	147.494	150.805	153.357	156.075	161.789	164.950
DIAS DE INTERNAÇÃO HIPERTENSO/DIABÉTICO	9.050	11.120	10.563	12.421	12.221	8.100
ÓBITO DEVIDO HIPERTENSÃO E DIABETES	356	338	368	315	288	107
RECURSOS FINANCEIROS	16.301.460,83	21.529.299,83	25.630.141,74	11.636.885,10	16.060.258,37	14.673.365,37
ÍNDICE DE EFETIVIDADE	2000	2001	2002	2003	2004	2005
IE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	1,00	0,98	1,03	10,60	1,52	0,70
IE DIAS DE INTERNAÇÃO	1,12	0,91	0,97	0,79	0,81	1,21
IE ÓBITOS	1,00	1,05	0,97	1,12	1,19	1,70
IE MÉDIO	1,04	0,98	0,99	1,17	1,17	1,20
CRESCIMENTO %	3,80	-1,92	-1,33	16,80	17,30	20,15
CUSTO DA EFETIVIDADE	R\$ 106,47	R\$ 145,56	R\$ 169,37	R\$ 63,84	R\$ 84,63	R\$ 74,03

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí – SC

Desta forma, analisando o número de óbitos, os dias de internação e os atendimentos, tem-se uma referência de desempenho do sistema de saúde e também do resultado do valor investido.

O acompanhamento anual da variação deste índice possibilita a análise do desempenho ao longo dos anos em relação aos programas específicos para hipertensos e diabéticos, da oferta de serviços destinadas ao grupo e da aplicação dos recursos financeiros. Assim, pode ser avaliada a efetividade das ações e os recursos dispendidos nos programas.

A avaliação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial ocorreu com base no diagnóstico da situação e na análise dos dados estatísticos disponíveis. A partir da constatação da necessidade de melhor avaliação e controle dos indicadores de desempenho, buscou-se associar alguns indicadores na apresentação de uma equação para o indicador de efetividade e para o custo da efetividade.

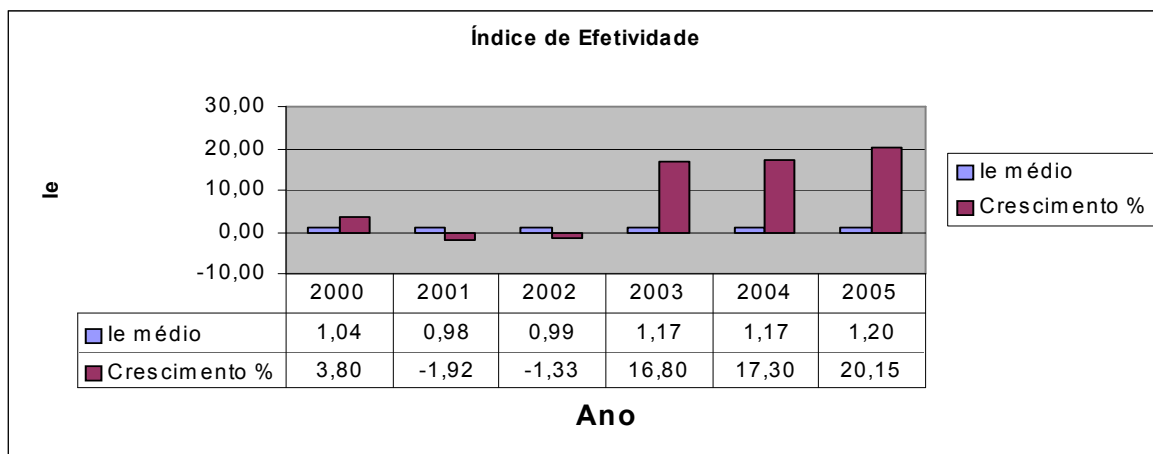
Os dados dos seis períodos analisados foram comparados a uma média constituída pelos três primeiros anos (2000 - 2002), visando dar mais estabilidade ao padrão de referência. Este comparativo foi definido como crescimento percentual (%). Saliente-se que inclusive os anos de 2000, 2001 e 2002 foram comparados a esta média.

A análise dos dados apresentados na aplicação da equação indicam que:

- no ano de 2000, o município de Itajaí apresentou melhor índice de efetividade em relação aos dois anos seguintes. O índice apresentado foi 1,04 e superou o padrão estabelecido (média entre 2000-2002) em 3,80%;

- no ano de 2001, o índice apresentou queda em relação ao ano anterior, sendo apresentado o índice de efetividade 0,98, verificou-se queda em relação ao crescimento (1,92%) . Foi o menor índice analisado no período entre 2000 a 2005;
- no ano de 2002, o índice apresentado foi de 0,99, superior ao ano de 2001, porém inferior ao ano de 2000 e aos três anos seguintes. O crescimento foi de -1,33% em relação ao padrão estabelecido. Foi o segundo menor índice apresentado no período;
- no ano de 2003, o índice apresentado foi de 1,17, superior aos anos anteriores. O crescimento foi de 16,80% em relação ao padrão estabelecido;
- no ano de 2004, o índice apresentado foi de 1,17, mesmo índice apresentado em 2003;
- no ano de 2005, o índice apresentado foi de 1,20, o melhor índice apresentado no período da pesquisa, havendo um crescimento de 20,15% em relação ao padrão estabelecido.

A Figura 1, apresentada na seqüência, mostra com clareza os Índices de Efetividade entre os anos de 2000 e 2005.

FIGURA 1: Índice de efetividade – anos de 2000 a 2005

Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados

Na variação entre os índices apresentados nos anos de 2000 a 2005, pode-se destacar:

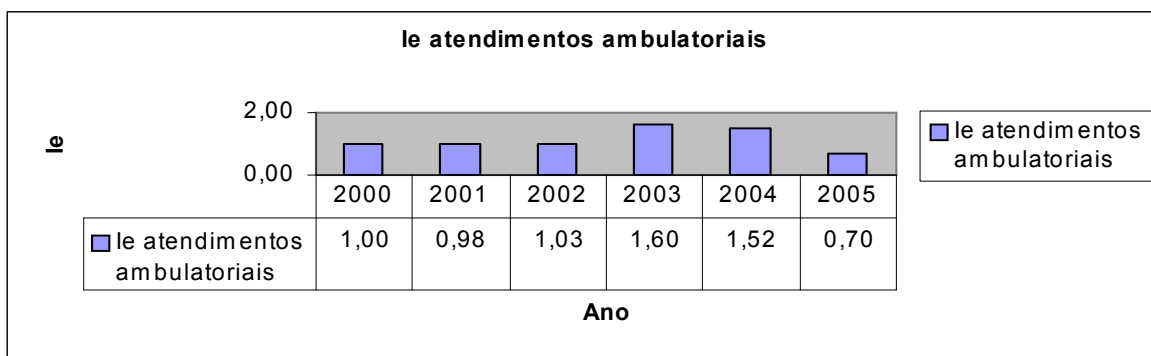
- em 2000, o 'le' médio apresentou melhor resultado do que dos anos de 2001 e 2002, sendo que os 'le' de atendimentos ambulatoriais, 'le' de dias de internações e 'le' de óbitos apresentaram pequena variação entre eles;
- em 2001, o 'le' foi o menor apresentado no período, considerando a análise do 'le' de atendimentos ambulatoriais, dias de internação e óbitos. Nenhum destes índices foi o menor apresentado no período em relação aos outros anos, porém considerando a análise em conjunto, o somatório dos três 'le' acusou um 'le' médio baixo neste ano;
- em 2002, o 'le' médio foi baixo, apresentando baixos índices principalmente no 'le' de dias de internações e óbitos;
- em 2003 e 2004, o 'le' foi o segundo maior do período, apresentando índices superiores aos dos anos de 2000, 2001 e 2002 no 'le' de óbitos e 'le' de

atendimentos ambulatoriais. Quanto ao 'le' de óbitos, apresentou nestes dois anos o segundo melhor índice do período;

- em 2005, o 'le' foi o melhor dos anos analisados. Tanto o 'le' de óbitos quanto 'le' de dias de internação apresentaram o melhor 'le' do período analisado. Apenas o 'le' de atendimentos ambulatoriais representou índice baixo, foi o menor do período analisado. Considera-se então, que apesar de existir uma queda no 'le' de atendimentos ambulatoriais, o 'le' médio não foi afetado, apresentando um crescimento de 20,15% em relação ao padrão estabelecido.

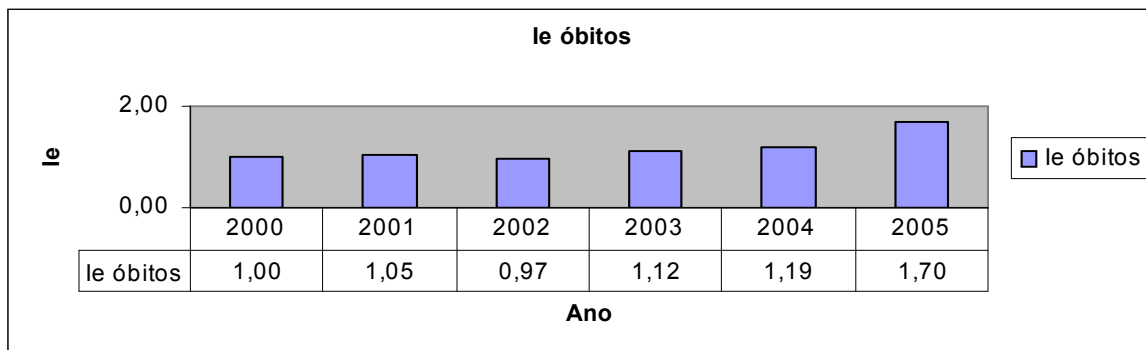
A Figura 2 apresenta o índice de atendimentos ambulatoriais de 2000 a 2005.

FIGURA 2: Índice de atendimentos ambulatoriais – anos de 2000 a 2005



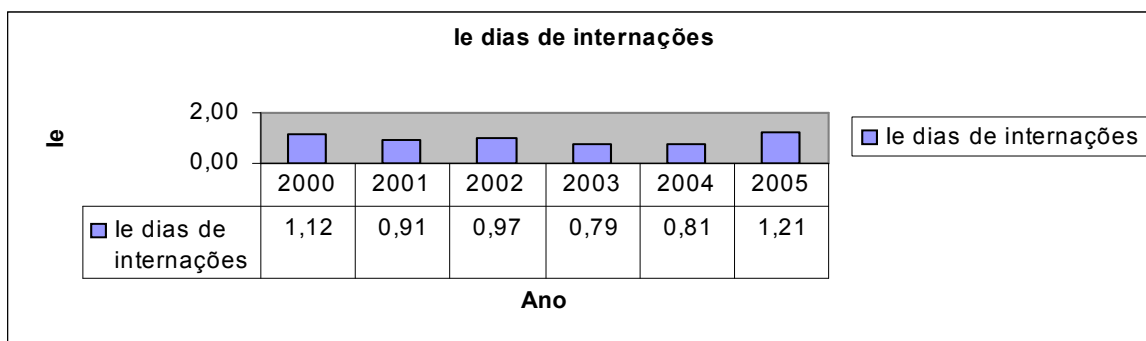
Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados

Na Figura 3, apresenta-se o índice de óbitos de cada ano.

FIGURA 3 : Índice de óbitos – anos de 2000 a 2005

Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados

A figura a seguir mostra o índice de internações de 2000 a 2005.

FIGURA 4: Índice de dias de internações – anos de 2000 a 2005

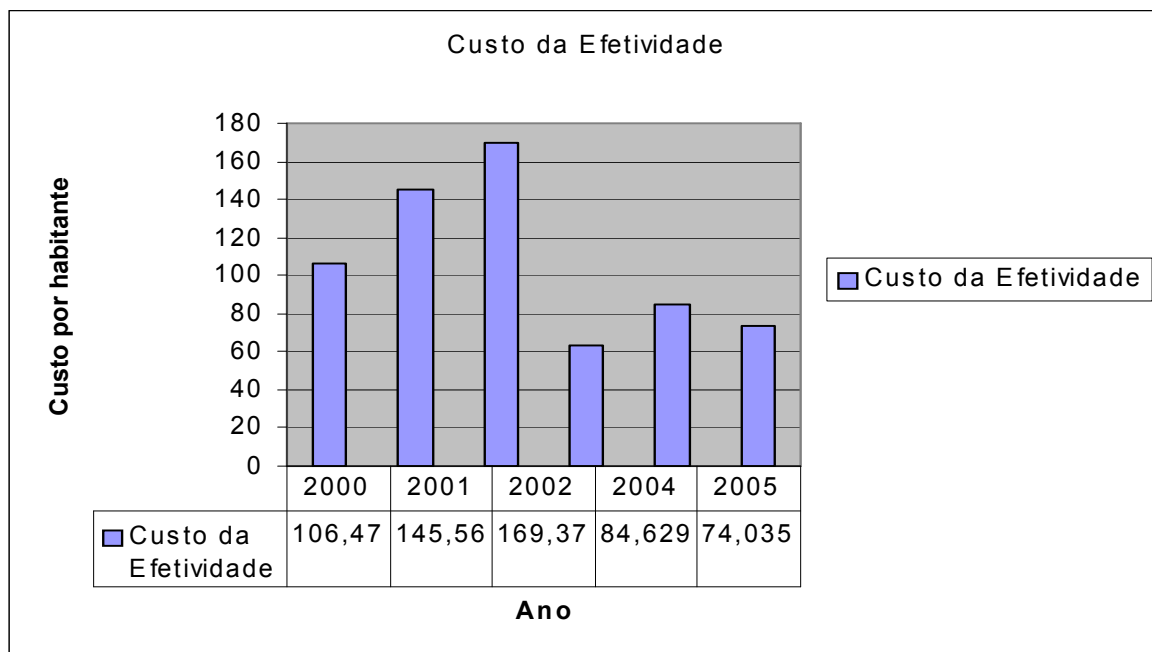
Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados

Em relação ao custo da efetividade, pode-se destacar que:

- no ano de 2000 o custo da efetividade foi de R\$ 106,47, no ano de 2001 R\$ 145,56, no ano de 2002 R\$ 169,37, no ano de 2003 R\$ 63,84, no ano de 2004 R\$ 84,63 e no ano de 2005 R\$ 74,03;
- o ano de 2000 apresentou um custo da efetividade menor que nos anos de 2001 e 2002, porém superior aos anos de 2003 a 2005, indicando melhor desempenho em

relação a 2001 e 2002 e pior desempenho em relação aos anos de 2003 a 2005. O 'le' de efetividade no ano de 2000 teve crescimento de 3.80%, portanto melhor resultado em relação aos anos de 2001 e 2002;

- no ano de 2001, o custo da efetividade foi o segundo maior do período analisado, apresentando o pior 'le' do período de 2000 a 2005;
- o ano de 2002 apresentou o pior custo da efetividade e o segundo pior índice de efetividade dos períodos analisados, isto significa que mais dinheiro gerou piores resultados;
- no ano de 2003 o custo da efetividade foi o menor dos períodos analisados, apresentando aumento do índice de efetividade em relação aos anos anteriores, conseqüentemente, um melhor resultado em relação aos anos anteriores, menos recursos financeiros geraram melhores resultados;
- no anos de 2004 e 2005, houve um aumento do custo da efetividade em relação a 2003, e aumento do índice de efetividade. Pode-se considerar que o aumento do custo da efetividade gerou melhores resultados neste período;
- dos seis anos analisados, pode-se concluir que houve melhora do 'le' e do custo da efetividade a partir do ano de 2003, em relação aos anos de 2000 a 2002.

FIGURA 5: Custo da efetividade – anos de 2000 a 2005

Fonte: elaboração da autora com base nos dados coletados

5 CONCLUSÃO

Avaliando os objetivos propostos para a pesquisa, pode-se considerar que eles foram atingidos, vistos pelo prisma de quais informações estavam disponíveis para o desenvolvimento de um diagnóstico da situação dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial e para a avaliação destes programas.

No diagnóstico da situação foi verificada a deficiência nos relatórios gerenciais dos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial, desconhecimento dos envolvidos no processo sobre os resultados alcançados com as ações. Esta situação apontou para uma necessidade de indicadores de desempenho que reflitam a realidade dos programas através dos dados estatísticos disponíveis.

Para avaliação dos programas, com base nos dados disponíveis a partir do diagnóstico da situação, foi proposta a equação do indicador de efetividade e custo da efetividade. Foi aplicada a equação proposta para análise da efetividade nos anos de 2000 – 2005 e verificada uma melhora no desempenho do município de Itajaí nos Programas de Diabetes e Hipertensão Arterial a partir do ano de 2003. O período com melhor resultado foi o ano de 2005.

Estas equações serão úteis para análise dos indicadores de atendimentos ambulatoriais, de dias de internações, de óbitos e de recursos financeiros, e será de fácil aplicação e avaliação. Não existia forma alguma de avaliação dos serviços de saúde que integrasse os indicadores comentados em um índice para avaliação; os relatórios sobre os atendimentos realizados eram repassados de forma fragmentada, sem associação direta com a qualidade dos serviços e indicadores de custos e

estatísticas hospitalares. A análise era realizada conforme a produção por unidade de saúde e o número de atendimentos por classe de funcionário.

Cabe ressaltar, que com aos códigos utilizados para a coleta de dados terem sido apresentados nesta pesquisa, tanto de atendimentos, como de óbitos, de internações e das contas referente recursos financeiros, qualquer consideração e adaptação a esta proposta será válida daqui por diante.

O modelo da equação poderá ser ajustado nos valores padrões a partir de novas considerações, assim como estabelecidos novos referenciais, ou seja, a partir de outras médias, considerando outros períodos de evolução para a avaliação.

Desta forma, espera-se que o índice seja aplicado, além do município de Itajaí, também a novas situações, e que possibilite o acompanhamento evolutivo do índice para análises futuras das variações e sua conseqüências.

Como fator limitador, pode-se considerar não ter sido possível a coleta de dados dos recursos financeiros e de atendimentos apenas dos programas desenvolvidos para os diabéticos e hipertensos, o que levou a uma análise de dados por associação.

Como recomendação, a análise dos códigos dos indicadores a serem considerados na coleta de dados para a equação deve ser realizada por todos os gestores dos Programas, por não haver codificação específica para os procedimentos e para os recursos financeiros dos Programas. Assim, desde o registro do serviço efetuado pelo profissional de saúde até a análise do indicador pela equipe de saúde e pelos gestores envolvidos com os programas, serão feitos de forma consciente, evitando perdas de registros no local de prestação dos serviços, sabendo-se que tais registros estarão sendo utilizados para análise da efetividade dos Programas.

Como sugestão, outras pesquisas poderão ser desenvolvidas a partir deste estudo, que apresentou uma forma de avaliação de programas de saúde. Outros programas poderão ser avaliados desta forma, realizando diagnóstico da situação dos programas e avaliação mediante associação de indicadores de óbitos, de mortalidade, indicadores hospitalares e custos.

Acima de tudo, buscou-se contribuir para o estabelecimento de balizas para um acompanhamento mais efetivo dos investimentos em programas de controle de saúde (doenças crônico-degenerativas), associando-os aos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

BITTAR, O. J. N. V. **Hospital**: qualidade e produtividade. São Paulo: SARVIER, 1997.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios**: orientações técnicas. Fundo Nacional de Saúde. 3.^a edição. Reimpressão Revisada e Atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001/2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<www.saude.gov.br>>. Acesso em: 04/05/2002.

_____. Disponível em: <<www.saude.gov.br>>. Acesso em: 04/01/2003.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Unesp: HUCITEC, 1991.

BUSS, P. M. et al. **Sistemas de saúde**: continuidades e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha. São Paulo, Rio de Janeiro. Ed. Huncitec; Ed. Fiocruz, 1995.

CASTELMAR, R. M. et al. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. René-Cedex: Éditions ENSP, 1993.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à administração geral**. 2 ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CIANCIARULLO, T. **Indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ERDMANN, R. H. **Organizações de sistemas de produção**. Florianópolis: Insular, 1998.

_____. **Administração da produção**: planejamento, programação e controle. Florianópolis: Papa Livro, 2000.

FARIA, J. L. de. **Patologia geral**: fundamentos das doenças, com aplicações clínicas. RJ: Ed Guanabara, 1998.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57 – 63, mar./abr. 1995.

JORGE, M. H. P. M. de et al. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

KLIMES, H. B. G. et al. **Dicionário da Língua Portuguesa Larousse Cultural**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1992.

LIMA, J. G. **Custos: cálculos, sistemas e análises**. São Paulo: Atlas, 1979.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4^a ed. RJ/SP: Hucitec/Abrasco, 1999.

MORAES, I. H. S. de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. E. Hucitec: São Paulo; Rio de Janeiro, 1994.

OLIVEIRA, J. F. de. **Sistemas de informação: um enfoque gerencial inserido no contexto empresarial e tecnológico**. São Paulo: Érica, 2000.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo: Artmed, 2003.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ROBBINS, S. L. **Patologia estrutural e funcional**. RJ: Guanabara, 1991.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. **Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde**. Estado de Santa Catarina. Sistema Único de Saúde – SUS, 1994.

_____. **Informações Básicas para gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**. Secretaria do Estado de Santa Catarina, 2000.

SIMÕES, C. C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner/Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. RJ: Ed. Guanabara, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Estatísticas**. Disponível em: <<<http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/index.php>>>. Acesso em: 22/01/2006a.

_____ **Políticas.** Disponível em:
<<<http://www.diabetes.org.br/politicas/propmun.php>>>. Acesso em: 22/01/2006b.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. MS: Brasil, 1998.

TANAKA, O. Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TINOCO, A. da F. et al. **Planejamento e administração de saúde.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1984.

VALLA, V. V. et al. **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume; Dumará, 1993.

WESTPHAL, M. F. **Gestão de serviços de saúde:** descentralização e municipalização do SUS. São Paulo: Ed. USP, 2001.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM COORDENADORES DOS PROGRAMAS

Dados de Identificação

Nome: _____

Função/Cargo: _____ Formação _____

Instituição: _____ Desde: / /

Vínculo com nível de esfera do governo:

() Municipal () Estadual () Federal

Qual o seu entendimento relacionado às Doenças Crônico-Degenerativas quanto ao conceito, à epidemiologia e à situação do município de Itajaí (tratamento e acompanhamento)? Cite exemplos.

Qual foi o Programa desenvolvido? Quanto tempo existe este programa?

Quantas pessoas foram inscritas neste Programa?

Qual é o objetivo da atuação no Programa:

Metodologia das atividades desenvolvidas. Forma de contato com a comunidade/usuário, seleção dos participantes:

Como ocorrem os encontros? Onde? Qual é a periodicidade?

Quais são as ações desenvolvidas no Programa?

() Consultas Médicas. Cite as especialidades _____

- () Consulta de Enfermagem
- () Fornecimento de Medicamentos. Quais?

-
- () Acompanhamento com Psicólogos
 - () Acompanhamento com Nutricionista
 - () Palestras
 - () Exames complementares
 - () Atendimento Ambulatorial (curativos, verificação de Pressão arterial, aplicação de medicação, etc).
 - () Fornecimento de material educativo
 - () Encaminhamento para internações hospitalares
 - () Outros.

Cite. _____

Todos os interessados têm acesso ao programa? Como são identificados os casos que necessitam acompanhamento?

Qual é a origem das verbas destinadas para este Programa (diferenciar por tipo de ação se for o caso)?

Quais são os valores?

Quais são os resultados esperados com as ações desenvolvidas?

Quais são os indicadores do alcance dos objetivos esperados?

Como é avaliado este resultado? Qual é a metodologia e quem são os envolvidos na avaliação? Qual é a periodicidade?

Quem são os responsáveis pela elaboração dos projetos, preenchimento da documentação necessária e encaminhamento dos projetos para os convênios?

Como é realizada a prestação de contas referente aos valores repassados para o programa (relatório)? Quais são os responsáveis?

Algum outro programa/convênio/Instituição está diretamente relacionado a este programa?

Qual é a produtividade mensal dos programas? Existe a possibilidade de acesso aos dados de produtividade de anos anteriores? Onde?

Indique pessoas-chave relacionadas aos Programas, verbas e financiamentos, avaliação.

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE

(responsável pelo Fundo Municipal de Saúde, outros indicados)

Dados de Identificação

Nome:

Função/Cargo: _____ Formação: _____

Instituição: _____ Desde: / /

Vínculo com nível de esfera do governo:

() Municipal () Estadual () Federal

Qual é o seu entendimento relacionado às Doenças Crônico-Degenerativas quanto ao conceito, à epidemiologia e à situação do município de Itajaí (tratamento e acompanhamento)? Cite exemplos.

Quais são os programas relacionados a Doenças Crônico-Degenerativas existentes em Itajaí?

Quais são os objetivos destes programas e convênios?

Quais são os vínculos com esferas de governos municipal, Estadual e federal? Especifique os programas ou convênios.

Quais são órgãos financiam projetos/programas/convênios? Qual é a procedência das verbas?

Quem são os responsáveis pela elaboração dos projetos, pelo preenchimento da documentação necessária e pelo encaminhamento dos projetos?

Para onde são repassadas as verbas?

Quem administra?

Como é realizada a prestação de contas? Qual é a documentação? Relatórios?

Quais são os indicadores para avaliação dos resultados destes convênios?

Como se avaliam os resultados?

Quem avalia os resultados?

Qual é a periodicidade das avaliações? Quando foi a última avaliação e resultado?

Existe a necessidade de aumento de teto para algum programa/projeto?

Qual é a contribuição do município para investimentos em saúde? Valores e a forma deste repasse, como são definidos os valores. Quais as ações esperadas.

Como são aplicados, onde, e quem administra?

Quais são os indicadores de resultados?

Indique pessoas-chave relacionadas aos Programas, às verbas e aos financiamentos e à avaliação:

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SOBRE OS INDICADORES HOSPITALARES

- Causas múltiplas de morte X causas básicas (definição dos CID's).
- Número de internações devido causas gerais no ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Número de internações com CID de hipertensão no ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Número de internações com CID de diabetes no ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Número de óbitos devido causas gerais no ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Número de óbitos devido hipertensão no ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Número de óbitos devido diabetes ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Período de permanência (dias de internação hospitalar) nas internações com causas gerais durante o ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Período de permanência (dias de internação hospitalar) nas internações causas pela hipertensão durante o ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).
- Período de permanência (dias de internação hospitalar) nas causadas pela diabetes

durante o ano de 2002 e anos anteriores (pré-definido).

- Custo das internações hospitalares.
- Outros dados como controles e estatísticas devido causas específicas.

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS – ENCONTRO COM PARTICIPANTES DOS PROGRAMAS DE DIABETES E HIPERTENSÃO

- Como vocês tiveram acesso ao programas?
- Gostam de participar do programa? Qual a importância?
- O que o programa propicia para vocês?
- Recebem algum auxílio?
- O que acham da estrutura física? O local do encontro é confortável?
- Quais as outras necessidades? Expectativas?
- O que vocês consideram de melhor?
- O que poderia ser melhor?
- Algo deixa a desejar?
- Você sabe sobre sua dieta? Recebeu alguma orientação? De quem?
- Realiza consultas? Qual a frequência? Qual o especialista?
- Recebe orientações? Quais?
- Palestras? Qual foi a última? Tem alguma agendada?
- Encontra alguma dificuldade?
- Você acha que teve alguma diferença na sua vida após participar deste programa?

Mudou algo em sua saúde?

- Recebe alguma medicação? Precisa comprar alguma medicação para o controle do diabetes ou hipertensão?

ANEXO A

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – SISNEP