



Centro de Convenções Ulysses Guimarães  
Brasília/DF – 16, 17 e 18 de abril de 2013

# **PRÁTICAS EXITOSAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA – CONTRATUALIZANDO RESULTADOS COM OS 853 MUNICÍPIOS MINEIROS**

Camilla Teixeira da Silveira  
Lizziane d'Ávila Pereira



## **PRÁTICAS EXITOSAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA – CONTRATUALIZANDO RESULTADOS COM OS 853 MUNICÍPIOS MINEIROS**

Camilla Teixeira da Silveira  
Lizziane d'Ávila Pereira

### **RESUMO**

Visando incorporar a gestão por resultados e incentivar o comprometimento dos municípios com a geração de efeitos assistenciais positivos necessários à melhoria da qualidade de vida da população, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) instituiu o repasse de incentivo financeiro para fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) mediante cumprimento de metas no âmbito do Programa Saúde em Casa. Este trabalho tem por objetivo estudar essa estratégia de atuação estadual em torno da APS, mostrando que já se encontrava no bojo do programa, mas que não era vinculada ao alcance de metas até o ano de 2009. Para tanto, será empregada a técnica de estudo exploratória, e será usada tanto a fonte documental quanto a de dados primários e secundários para tentar compreender a estrutura de repasse de incentivos criada pelo Estado. Como principais resultados menciona-se a elaboração de contratos mais robustos, relacionados às redes de atenção à saúde; a valorização do processo de pactuação ascendente, negocial e amplamente participativo, remetendo à lógica cooperativa; e a qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde acompanhada da melhoria dos resultados assistenciais.



## 1 INTRODUÇÃO

Esse artigo pretende apresentar a estratégia de contratualização adotada no âmbito do Programa Saúde em Casa para cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, principalmente a partir do ano de 2009, (APS) e sua evolução a partir da alteração dos instrumentos contratuais vigentes.

Para tanto, inicialmente, será contextualizado o processo de contratualização no Programa Saúde em Casa no sentido de demonstrar a necessidade de se desenvolver uma política de cofinanciamento para a atenção primária à saúde e a consequente necessidade estabelecer instrumentos e regras para sua efetivação. Sendo assim, esse tópico mencionará, em linhas gerais, o objetivo e as frentes de atuação do programa, dando ênfase à frente de cofinanciamento. Pretende-se, com isso, demonstrar que o repasse de incentivo financeiro ao ente municipal é o principal foco do programa, tanto pelo seu caráter permanente quanto pelo montante financeiro que representa dentro do orçamento do programa, e, por isso, tem-se investido no aperfeiçoamento das balizas para sua concessão.

Demonstrada a importância do cofinanciamento para a política do Estado e a manutenção do sistema local de saúde, passa-se a examinar a forma de repasse dos incentivos entre os anos de 2005 a 2009. Esse período é marcado pelo início da estratégia de cofinanciamento e desenho dos primeiros contratos entre município e Estado. Esses contratos serão apresentados de forma analítica, buscando enxergar os quesitos a serem observados pelos beneficiários para recebimento dos incentivos e as disposições gerais de transferência de recursos, tais como, criação de contas bancárias, formato de prestação de contas e aplicação do recurso. Finaliza-se esse tópico com um balanço desse período, demonstrando os resultados e valores empregados. Ainda nesse balanço serão apresentados os pontos positivos e negativos dessa estrutura de contratualização para explicar o motivo da remodelagem da forma de contratualizar a partir do ano de 2009.

Explicitados os aspectos positivos e negativos do formato anterior da contratualização, parte-se para apresentação da estratégia de contratualização por resultados, vigente a partir de 2009 no Estado de Minas Gerais. Da mesma maneira,



serão apresentados os principais quesitos para recebimento dos incentivos bem como as disposições gerais, destacando-se as diferenças, quando houver, de instrumento para instrumento já que as regras se alteraram do ano de 2009 até os dias atuais. Apesar das alterações de instrumento, a lógica de pagamento mediante alcance de resultados é uma constante em todos eles, sendo perceptível uma evolução no que tange à articulação com as redes de atenção, formato de organização do sistema de saúde preconizado no Estado de Minas Gerais. Finaliza-se esse tópico com a apresentação de um panorama dos indicadores acompanhados e recursos totais empregados e a apresentação de perspectivas.

Conclusivamente, apresentam-se os principais pontos tratados no artigo e abre-se uma discussão sobre as inovações e resultados trazidos pela forma de contratualizar instituída pela SES/MG a partir do ano de 2009.

## **2 METODOLOGIA**

Para realizar o estudo proposto, de natureza exploratória, utilizou-se, como principal método, a pesquisa documental visto a dificuldade de acesso direto aos condutores do programa nos anos de 2005 a 2009 e o fato de as principais regras de contratualização estarem documentadas. Esses documentos englobam tanto a releitura de trabalhos desenvolvidos em anos anteriores, quanto o estudo dos instrumentos normativos, ambos publicizados ao longo dos anos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Essa pesquisa utilizou também o levantamento de dados secundários em diversos momentos da pesquisa, principalmente, para informar os resultados e os montantes totais empregados na política de cofinanciamento em cada período, ou seja, para apresentar um panorama da política no Estado numa época específica.

Por fim, para informar as perspectivas da frente de atuação do Programa Saúde em Casa em comento procedeu-se à busca primária de dados junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) sendo possível apenas informar indícios que podem ou não se concretizar até o final do ano de 2013.



### 3 O PROGRAMA SAÚDE EM CASA E A ESTRATÉGIA DE COFINANCIAMENTO

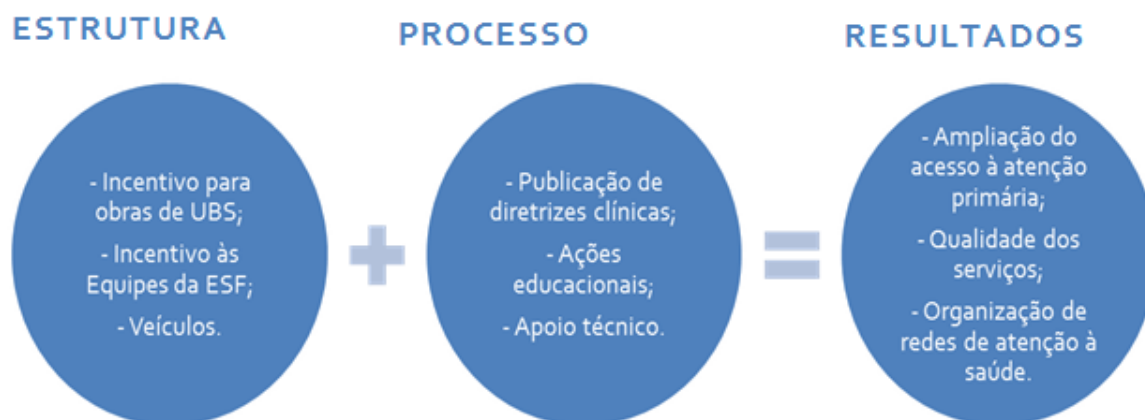
Construir um sistema de saúde com uma atenção primária à saúde (APS) fortalecida encontra diversos desafios, que precisam ser superados, dentre eles, o baixo adensamento tecnológico, a insuficiência de infraestrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, a insuficiente incorporação de diretrizes clínicas na prática cotidiana, a falta de prontuários de família eletrônicos, o processo de educação continuada fragmentado, as deficiências do processo de trabalho – precarização de vínculos, fragilidade de planos de carreira e alta rotatividade –, as dificuldades de fixação dos profissionais em determinadas regiões, a carência de equipes multiprofissionais, a ausência da função coordenadora dos fluxos de pessoas e informações nas redes de atenção à saúde, a fragilidade operacional dos modelos de atenção à saúde. Tais desafios são elencados no diagnóstico da situação da atenção primária à saúde em Minas Gerais, descrito na primeira oficina do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, intitulada “Redes de Atenção à Saúde”.

Na tentativa de solucionar esses desafios, o Governo de Minas Gerais lançou, em 2005, o Programa Saúde em Casa, responsável pelo desenvolvimento de ações sistemáticas para promover a ampliação do acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) e o incremento qualitativo de sua infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho, tendo como foco o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – estratégia adotada pelo Estado para organização do primeiro nível de atenção à saúde.

As ações que vem sendo desenvolvidas pelo programa englobam um conjunto de esforços para fortalecimento da porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto com foco na estrutura, quanto nos processos de trabalho.



Figura 1 – Esquema das ações e dos resultados esperados do Programa Saúde em Casa



Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

No que tange à estrutura, uma das estratégias de fortalecimento é o repasse de incentivo financeiro aos municípios para apoiar na manutenção do funcionamento da APS, minimizando os gastos municipais com este nível de atenção.

O emprego desta estratégia e sua permanência desde 2005 fundamentam-se em aspectos fáticos e legais, dentre os quais, se inclui a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que, ao tratar das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo insere a necessidade de contribuição com financiamento tripartite da APS.

Do ponto de vista fático, observa-se a dificuldade de os municípios, ente federativo com a responsabilidade de garantir o acesso a este nível de atenção à sua população, terem capacidade econômica suficiente para arcar com todos os custos decorrentes do funcionamento da atenção primária. Ademais, o financiamento é uma forma de compensar as especificidades regionais, repassando mais recursos àqueles que necessitam mais em detrimento daqueles que possuem maior condição de sanar por si próprios as despesas do serviço de saúde. Outro aspecto importante é o peso do cofinanciamento federal na manutenção da atenção primária, reforçando a necessidade da política e, conseqüentemente, mobilizando o Estado a apoiar mediante instituição de repasse para esta finalidade também em nível estadual.



Diante da multiplicidade de entes envolvidos, o financiamento deve ser solidário e cooperativo, visando buscar a integralidade e promover a equidade na distribuição dos recursos.

Diante dessa importância, o Programa Saúde em Casa adota o cofinanciamento como uma das estratégias de fortalecimento da APS, pretendendo que este incentivo sirva ainda para estimular o aumento do número de equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município até o limite de necessidade informado pelo Ministério da Saúde (MS).

Cabe agora, portanto, entender de que forma o Estado implantou essa estratégia e quais regras balizam a concessão do incentivo financeiro em diferentes épocas. A partir dessa visão será possível compreender a evolução do processo de concessão no sentido de torná-lo mais equitativo, justo e responsável.

#### **4 O COFINANCIAMENTO DE 2005 A 2009**

Diante da importância do cofinanciamento da APS e de sua inserção no âmbito do Programa Saúde em Casa, explicitados no tópico anterior, cabe apresentar, primeiramente, como esta estratégia, caracterizada como “carro chefe” do programa, se desenvolveu entre os anos de 2005 a 2009. A tratativa será feita por período e não por ano ou por instrumento vigente com intuito de se demonstrar a ruptura na lógica de financiamento no ano de 2009 que passa a ser vinculada diretamente com o cumprimento de metas, ou seja, o alcance ou não das metas pactuadas passa a interferir sobremaneira no valor do incentivo financeiro a ser percebido pelo beneficiário.

No período de 2005 ao primeiro semestre de 2009, o processo de concessão de incentivo financeiro era regulado pela Resolução nº. 661, de 22 de março de 2005. Segundo anexo I desta Resolução, beneficia-se da política todo o município com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), respeitando o teto limite previsto pelo Ministério da Saúde. Caso o município atendesse ao critério de eleição, a adesão estava vinculada à assinatura de termo de compromisso por meio do qual o ente municipal assumia a necessidade de cumprir uma série de metas e compromissos, conforme figura abaixo.



Figura 2- Metas e Compromissos estabelecidos no Termo de Compromisso da Resolução SES nº 661/2005.

## Metas

- Redução de 5 % (cinco por cento), em 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a partir dos dados do sistema de monitoramento das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial extraídos da base de dados do SIH/SUS;
- Cobertura de 95% (noventa e cinco por cento) as vacinas do calendário básico em crianças menores de 01 (um) ano e da Triviral nas crianças com 01 (um) ano de idade, a partir dos dados do SI-PNI;
- Ofertar, no mínimo, 06 (seis) consultas de pré-natal à gestante e 1 (uma) a puérpera, de acordo com o protocolo “Viva Vida”, tendo como base os dados do SIS-PRENATAL;
- Atender a 50% dos itens constantes no instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes, disponibilizado no site desta Secretaria Estadual de Saúde ([www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)), que será aplicado anualmente pelas DADs, como vista a verificação da melhoria da qualidade da assistência prestada.

## Compromissos

- Assegurar que a introdução do financiamento estadual não implicará a redução de recursos municipais já investidos na Atenção Primária à Saúde - APS;
- Assegurar um aumento progressivo da cobertura do Saúde da Família no município até o alcance de 70% da população;
- Alimentar os sistemas de informações oficiais;
- Ofertar, no mínimo, 06 consultas à criança menor de 01 ano;
- Criar e manter atuantes os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil;
- Implantar o processo de melhoria da qualidade da APS com as equipes;
- Possibilitar aos profissionais das equipes, dentro do horário de trabalho, disponibilidade para a realização de atividades de educação permanente.

Fonte: Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005.





Ao assinar o termo de compromisso o município tornava-se beneficiário de um incentivo financeiro desde que observasse as regras do instrumento de contemplação. Dentre as regras, estava previsto a observância de metas e compromissos, conforme apresentado no quadro acima, mas, apesar destas serem monitoradas pelo nível regional e central da SES/MG, não chegaram a interferir nos valores pagos diretamente aos municípios. O valor a ser repassado mensalmente ao ente municipal estava vinculado ao número de equipes de saúde da família em funcionamento e ao valor do fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde do município.

O número de equipes em funcionamento no mês era apurado a partir do atesto mensal emitido pelo gestor municipal à unidade regional de saúde, contendo informações a respeito das equipes de saúde da família em funcionamento no mês anterior. Esse relatório era recebido no nível regional, mas as informações eram encaminhadas ao nível central para fins de monitoramento e cálculo do valor que cada município tinha direito. No caso de o município não entregar o relatório até a data prevista, o recurso financeiro referente ao mês da não alimentação não seria repassado como forma de penalização pelo descumprimento do fluxo.

O fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde, elaborado pela Fundação João Pinheiro (FJP), estratificou os municípios mineiros em quatro grupos, considerando o Índice de Porte Econômico (IPE) e o Índice de Necessidade em Saúde (INS) de cada um deles. O IPE mede a capacidade de autofinanciamento dos municípios por meio do valor repassado a título de quota-parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). O INS, por sua vez, considera variáveis epidemiológicas e socioeconômicas para avaliar melhor ou pior os municípios do Estado, tais como, como taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, taxa de fecundidade, proporção de óbitos por causas mal definidas e taxa de alfabetização. A média desses dois índices gera o fator de alocação que, dividido em quartis, possibilita o repasse de mais recursos aos municípios com maior necessidade relativa.

Da estratificação, o primeiro grupo de municípios, designado pelo número 1, representa os municípios com menor carência socioeconômica e, portanto, fazem jus a um incentivo por equipe de menor monta. Em situação oposta tem-se o quarto grupo de municípios, designados pelo número 4, que engloba os municípios de pior



situação e, por isso, recebiam um valor maior por equipe em funcionamento. São quatro quartis sendo que os intermediários também fazem jus a um incentivo proporcional à carência, estando este entre o valor do maior quartil e o valor do menor quartil. Sendo assim, têm-se os seguintes quartis e valores pagos por equipe:

Quadro 1 – Identificação do fator de alocação e respectivo valor pago por equipe em funcionamento.

Quartil	Fator de Alocação	Valor Financeiro (R\$)	Número de Municípios
1	1,0805 a 1,3364	R\$1.000,00 (um mil reais)	213
2	1,3364 a 1,4392	R\$1.250,00 (um mil duzentos e cinquenta reais)	213
3	1,4392 a 1,5893	R\$1.750,00 (um mil setecentos e cinquenta reais)	213
4	1,5893 a 2	R\$2.000,00 (dois mil reais)	214

Fonte: Estudo do fator de alocação de recursos financeiros para Atenção à Saúde. Fundação João Pinheiro. 2005.

O recurso financeiro era repassado direta e automaticamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), devendo o recurso ser empregado na melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária, principalmente, para a qualificação de pessoal, a compra de equipamentos, a realização de obras e a aquisição materiais de consumo, nos termos do artigo 3º da Resolução SES nº 661/2005. No anexo I desta mesma Resolução constava ainda que, em hipótese nenhuma, seria admitido o emprego dos recursos para contratação de pessoal ou desempenho de atividades fora da atenção primária. Para o repasse ser efetivado, o gestor municipal era responsável por prover a abertura de conta bancária exclusiva para recebimento do incentivo financeiro e informá-la à SES/MG.

O acompanhamento do termo deveria ser feito pela SES/MG sendo que constava como obrigação do parceiro municipal a apresentação, nas datas previstas em instrumento normativo vigente, de prestação de contas. Essa prestação era feita por intermédio da entrega de relatório circunstanciado, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, contendo demonstrativo da execução das ações, da execução financeira e do alcance das metas estabelecidas. No caso do não alcance de metas, permitia-se ao gestor apresentar justificativas, sinalizando o motivo pelo qual não foi possível cumprir com o compromisso para análise e deliberação pelo nível regional.



Diante da apresentação da forma de repasse e aplicação dos incentivos financeiros, cabe visualizar alguns dos resultados do período. Ao analisar os resultados atingidos pelos municípios, no que tange às metas relativas ao indicador de cobertura vacinal e internação por condições sensíveis a atenção ambulatorial, algumas informações apontam que um número reduzido de municípios conseguia cumprir com êxito as metas pactuadas no termo. Dados da SES/MG apontam que apenas 87 (oitenta e sete) municípios conseguiram cumprir os indicadores na última avaliação, no ano de 2008.

Essa dificuldade em cumprir metas está intrinsecamente relacionada ao fato de a resolução balizadora não ter explicitado os indicadores a serem acompanhados, mas tão só ter definido metas padrão para todos os beneficiários, independentemente das especificidades regionais. Sendo assim, a incorporação das desigualdades aconteceu às metades visto que, ao inserir o fator de alocação, agrupam-se os municípios observando critérios socioeconômicos; mas, ao tratar das metas e compromissos não se levou em consideração a capacidade de cada município atender ao proposto ainda mais por se tratar de metas padrão (RIBEIRO, 2012).

Esse grande percentual de meta não alcançadas decorre de problemas na escolha dos indicadores, da falta de sistematização na atribuição de metas e das falhas apresentadas pelos sistemas de informação, dificultando uma apuração condizente com a realidade.

Porém, apesar de muitos municípios não conseguirem atingir as metas e compromissos pactuados, não houve interrupção no repasse dos recursos, justificada pelo cenário de mudanças caracterizado, principalmente, pela necessidade de empoderamento da atenção primária e pela existência de municípios em estágio inicial de desenvolvimento da capacidade de gestão, não podendo haver prejuízo indireto da população por eventuais falhas da gestão (MINAS GERAIS, 2009).

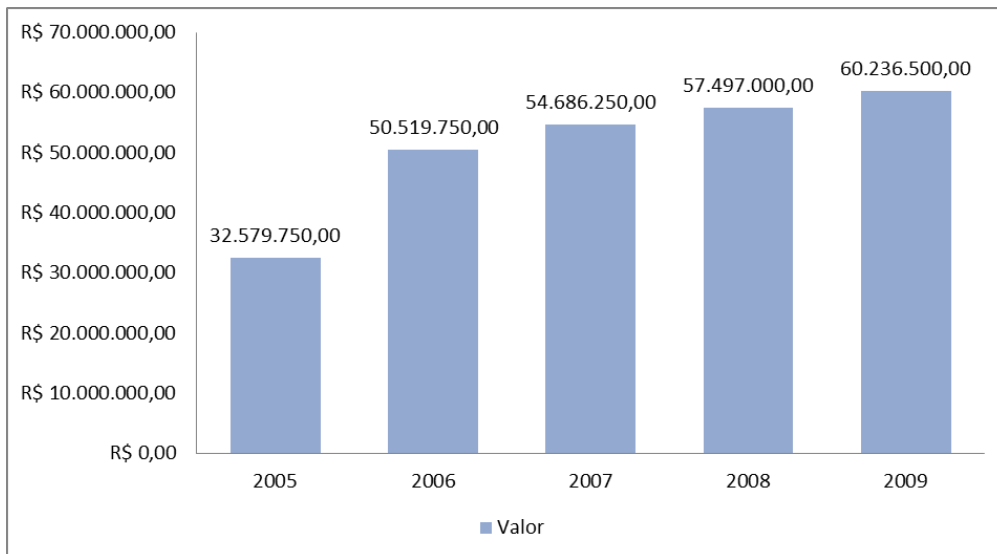
Esses argumentos são corroborados e acrescidos no estudo de Ribeiro (2012) que menciona que esta falta de vinculação está relacionada, primeiramente, ao fato de que a estratégia de cofinanciamento, por seu estágio inicial, deveria ter caráter mais pedagógico do que punitivo até porque a APS necessitava ser empoderada. Soma-se a isso, a pressão por parte do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) para evitar ações punitivas enquanto os municípios estavam apoiando o fortalecimento do programa.



Destaca-se ainda que, apesar do não alcance das metas por parte dos municípios, percebe-se que, de forma geral, os indicadores estavam obtendo níveis satisfatórios no âmbito do Estado.

Do ponto de vista quantitativo, pode-se destacar o emprego de cerca de 256 milhões de reais de 2005 até 2009, conforme distribuição do gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Volume de recursos empregados no repasse de incentivo financeiro aos municípios entre 2005 e 2009.



Fonte: DPAPS/DEAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG

Ao analisar o gráfico percebe-se que os montantes totais empregados aumentam de ano para ano, refletindo, cada vez mais, uma maior representatividade do incentivo no orçamento do Programa Saúde em Casa e da saúde. Apesar disso, esse aumento se relaciona, principalmente, com o aumento do número de equipes visto que o valor pago por fator de alocação permaneceu constante durante todo o período.

Destaca-se ainda a ampliação do número de equipes de 2735 equipes em funcionamento em janeiro de 2005 para 3983 equipes em funcionamento em dezembro de 2009. O aumento do número de equipes amplia o acesso da população à atenção primária à saúde, concretizando os objetivos do programa.

Percebe-se, portanto, que o desenho proposto para a ação de cofinanciamento da atenção primária atende a cinco estratégias importantes no que tange à gestão pública:



- Econômica: repasse de recursos mensais para cada equipe da Estratégia Saúde da Família existente nos municípios;
- Redistributiva: transferência de recursos de acordo com o fator de alocação de cada município;
- Gerencial: vinculação do repasse mensal a uma certificação periódica da qualidade do trabalho e a um contrato de gestão que exige, como contrapartida, o atingimento das metas pré-definidas;
- Clínica: elaboração e implantação de protocolos clínicos em todas as unidades de saúde do Estado na busca de aprimorar a qualidade no atendimento; e
- Educacional: oferece, em parceria com as universidades regionais do estado, um grande programa de educação permanente aos profissionais de atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2004).

Feita a análise dos fatores negativos e positivos deste período, cabe agora analisar a mudança na lógica do repasse a partir do segundo semestre de 2009. Conforme já sinalizado, a alteração foi feita por uma nova contratualização entre o ente estadual e os entes municipais, retomando, de fato, a vinculação dos incentivos ao cumprimento de metas; incorporando o conceito de gestão por resultados; e incentivando o estabelecimento de compromissos dos municípios e suas equipes com a geração de resultados assistenciais necessários para a melhoria da qualidade de vida da população.

## **5 NOVOS CONTORNOS**

Em continuidade ao texto final do tópico anterior, interessa-nos o estudo da nova forma de contratualizar, buscando ressaltar as principais diferenças em relação à situação anterior, inclusive quanto à prestação de contas e aplicação dos recursos financeiros. A nova contratualização, proposta pelo Programa Saúde em Casa no segundo semestre de 2009, propõe a vinculação do repasse de incentivos ao cumprimento de metas, estando alinhada à segunda fase do Choque de Gestão (CG), iniciada a partir do ano de 2007.



Destaca-se que o CG traduziu-se como a alternativa necessária ao Governo de Minas Gerais na busca de revolucionar a administração pública na tentativa de romper com problemas de gestão advindos de governos anteriores - quadro econômico, fiscal e administrativo-institucional. A segunda fase, também conhecida como segunda geração, buscou incentivar a consolidação de uma cultura de Estado para Resultados, garantindo a execução efetiva e eficiente das estratégias governamentais (MINAS GERAIS, 2010).

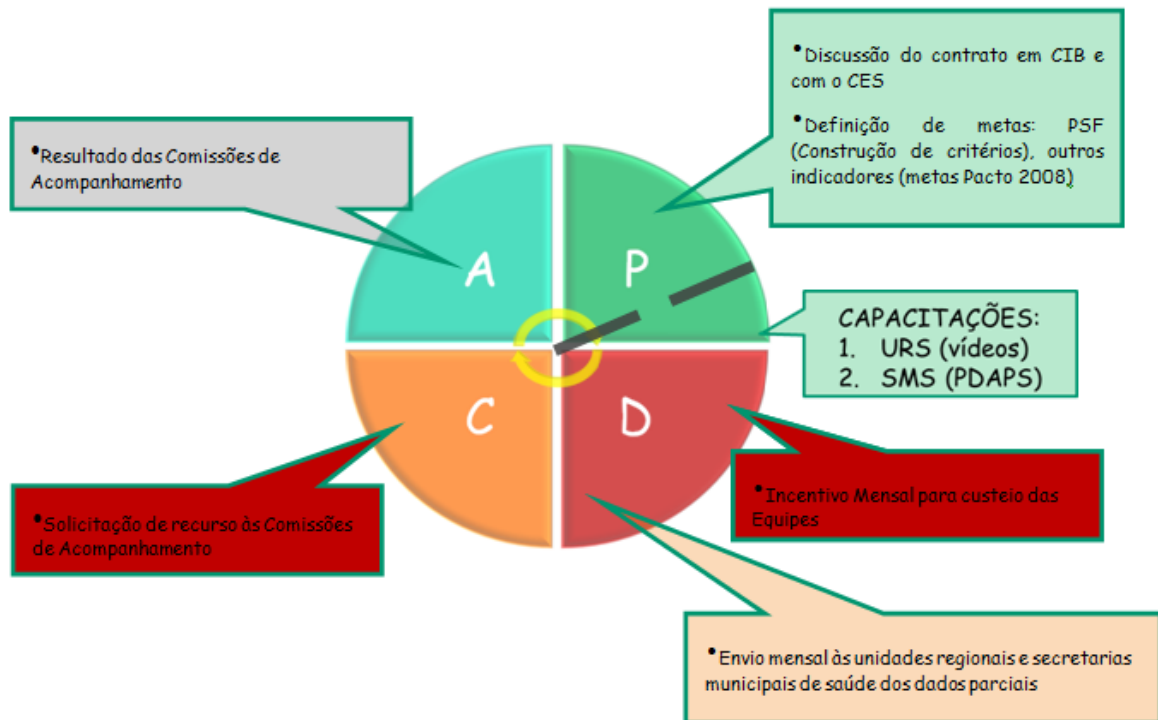
No âmbito do Programa Saúde em Casa, a mudança nesta forma de contratualização ficou caracterizada pela publicação da Resolução SES nº 1.935/2009 e posteriormente pelas Resoluções nº 2.873/2011 e nº 3.669/2013.

Este novo desenho tem como principais objetivos fortalecer a gestão por resultados e propor um alinhamento entre a estratégia do Sistema Estadual de Saúde (o rol de ações previstas para o Programa Saúde em Casa e para o Pacto pela Vida e os incentivos estaduais) e os resultados alcançados para a sociedade no âmbito do primeiro nível de atenção. Além disso, possibilitou também alinhar os indicadores contratados às redes de atenção, observando os sistemas de informação em sua abrangência e a sua forma de alimentação; melhorar o monitoramento de resultados na gestão do SUS/MG; e prover metodologia para as pactuações dos municípios no Pacto pela Vida.

O novo contrato foi construído após discussões entre o ente estadual e os entes municipais, por meio das reuniões da Comissão SES/COSEMS, com a aprovação de um Termo de Compromisso pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) contendo os indicadores a serem monitorados. Em cada período de apuração, os resultados eram encaminhados à unidade regional e aos municípios beneficiários, havendo a possibilidade de recurso à Comissão de Acompanhamento caso o município não concordasse com os resultados. O Esquemáticamente a proposta é representada por meio da metodologia de melhoria contínua, denominada PDCA.



Figura 3 – Representação esquemática da contratualização



Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

Vale destacar que essa proposta prevê que cada um dos 853 municípios mineiros seja avaliado quadrimestralmente (janeiro, maio e setembro de cada ano) com metas diferenciadas, conforme a natureza do indicador, a situação inicial, o cenário desejado e os fatores característicos dos municípios, como o porte populacional, obtendo-se o resultado para os indicadores selecionados com base em dados de sistemas oficiais de informação. Os resultados são comparados com as metas pactuadas para cada uma das avaliações, o que gera um número de metas cumpridas (0, 1, 2, 3 ou 4).

Assim, o pagamento do incentivo financeiro para a atenção primária possui uma parte fixa e outra variável, sendo realizado de acordo com o número de metas cumpridas, bem como com outras variáveis estabelecidas pelo Estado, tais como, número de equipes de saúde da família em funcionamento no município e fator de alocação.

Caso o município não concorde com o resultado atingido em cada período de apuração, é oferecida a possibilidade de apresentar um recurso, a ser analisado por uma Comissão de Acompanhamento, que possui representantes do Estado e



dos municípios. Esta Comissão julga pelo deferimento ou não dos recursos de acordo com as justificativas apresentadas.

Ao final do ano, a sobra de recursos financeiros decorrente do valor financeiro não repassado aos municípios em razão do não cumprimento de metas é transformada em um bônus de desempenho. Este bônus é repassado aos municípios que obtiveram 100% de cumprimento de metas em todas as três avaliações anuais, configurando-se como um prêmio para quem cumpriu com as metas pactuadas.

Após o primeiro ciclo de apuração, detectaram-se problemas com as metas do Pacto pela Saúde do ano de 2008, havendo necessidade de rediscussão das metas para os indicadores de pré-natal e citopatológico e definição de novas metas para os referidos indicadores com caráter mais desafiador e, ao mesmo tempo, factíveis com escalonamento até 2012. Esses problemas decorrem de alguns indicativos, tais como:

Quadro 2 – Indicativos para Redefinição de Metas

Indicador	Considerações
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metas de 100% de execução para o indicador para 23 municípios.</li> <li>- Metas representando crescimento de 100% ou mais para 35 municípios.</li> </ul>
Razão entre exames citopatológicos de colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metas representando crescimento acima de 100% (118 municípios).</li> <li>- Metas padrão independentemente das peculiaridades da assistência.</li> </ul>

Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

Em 2011, após a publicação da Resolução SES nº 2.873, de 19 de julho de 2011, houve renovação do contrato em decorrência, principalmente, da necessidade de transferir a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação desta ação para o Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM), forma de acompanhamento dos contratos instituída pelo Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010. As regras publicadas na Resolução supracitada começaram a vigorar a partir de janeiro de 2012, sendo o repasse financeiro efetivado quadrimestralmente, juntamente com os processos de apuração dos resultados pactuados.





Ao atender às regras do referido decreto, e conseqüentemente, do GEICOM, observou-se uma melhora no processo de contratualização, no que se refere à simplificação dos processos, agilidade, transparência, segurança, economia e organização. Destaca-se ainda, no que tange à prestação de contas, que o foco deixa de ser apenas financeiro e passa ser assistencial, preocupando-se em gerar resultados para os cidadãos. Ainda, deve-se mencionar que a conta bancária deve ser vinculada ao FMS e passa ser de responsabilidade do Estado a sua criação.

Em 2013, é publicada a Resolução SES nº 3.669, de 20 de fevereiro, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa. Tal normativa traz como principal mudança a incorporação no contrato de outros recursos, vinculados à atenção primária, como o repasse de incentivo para garantia da manutenção e funcionamento das antenas do Canal Minas Saúde instaladas nos pontos de atenção primária e a duplicação do valor a que faz jus os municípios beneficiados no ano de 2013 pelo Programa Travessia Saúde.

Neste último instrumento normativo, se estabelece como equipe de saúde da família em funcionamento a equipe atestada mensalmente pelo gestor municipal nas quatro modalidades de inserção do profissional médico com exceção da equipe transitória, além da inserção integral (jornada de 40 horas semanais para todos os profissionais da equipe mínima), além de vincular o uso do recurso a ações e serviços de atenção primária à saúde, consonantes às diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Ademais, para os municípios que atingirem, no mínimo, 70% (setenta por cento) da meta estipulada para o indicador “Número de gestantes cadastradas na central de atendimento telefônico do Projeto Mães de Minas” haverá acréscimo de R\$ 300,00 (trezentos reais) por gestante cadastrada ao recurso financeiro repassado na terceira apuração anual.

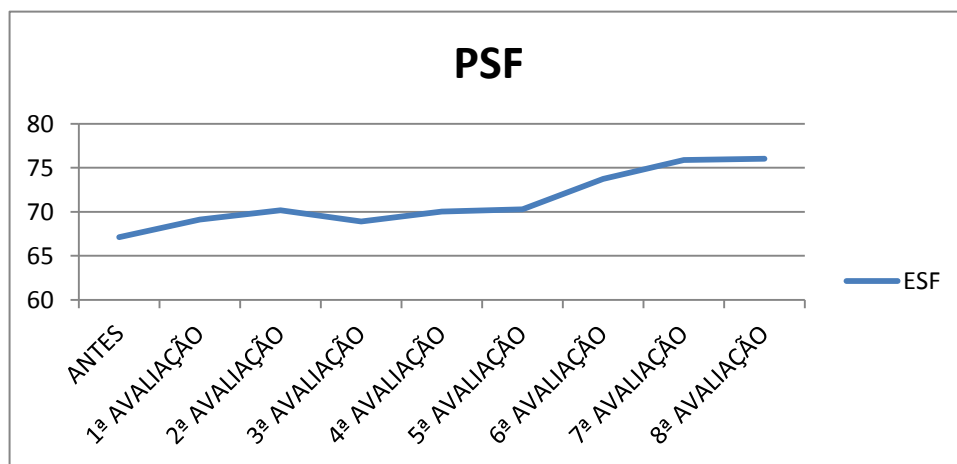
O uso do recurso continuou tendo como foco as ações e serviços de atenção primária à saúde e as regras de prestação de contas, apesar de serem mantidas por meio da entrega do relatório circunstanciado, passam a vigorar com periodicidade anual.



Apesar das mudanças de instrumentos normativos, a forma de repasse sempre permaneceu vinculada ao fator de alocação de cada município, mantendo-se o compromisso com a equidade questão; e o incentivo constituía-se de duas partes, uma fixa e outra variável, sendo que a parte variável sempre esteve atrelada ao cumprimento de indicadores, fato este que não se alterou em nenhuma das disposições normativas. As alterações normativas justificam-se pela necessidade de adequar o processo às normas de transferências de recursos e provocam modificações mais nos aspectos operacionais (processo de prestação de contas e criação de contas bancárias, por exemplo) do que nos aspectos técnicos da estratégia.

De forma sintética, verifica-se o impacto positivo que a contratualização da atenção primária gerou sobre os indicadores pactuados em nível estadual. Todos os indicadores tiveram melhoria expressiva no período entre 2009 e 2012 (período com o novo sistema de contratualização), com exceção do indicador razão entre exames citopatológicos, que permaneceu inalterado, apesar dos picos de melhora no decorrer do processo avaliativo, conforme gráficos abaixo apresentados.

Gráfico 2 – Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família



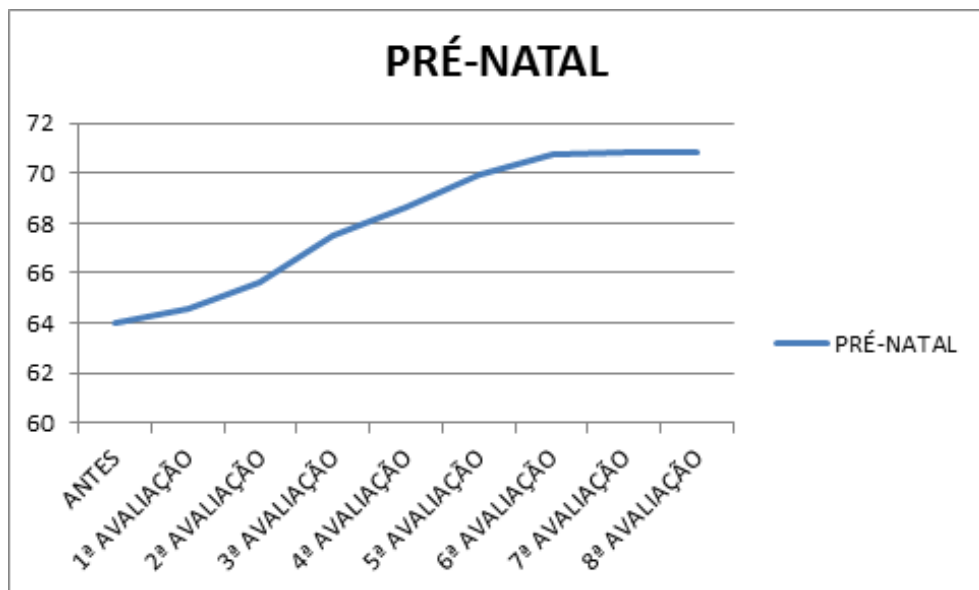
Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

Percebe-se que indicador “Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família” apresenta uma evolução positiva em todas as avaliações sendo que a cobertura saltou de 67,11% no atesto dos gestores municipais do mês de julho de 2009 para 76,03% no atesto de maio de 2012.



Em relação ao indicador “Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal” percebe-se também uma evolução positiva constante em todas as avaliações sendo que o resultado no Estado saltou de 64,04%, apurado no período de maio de 2008 a abril a 2009, para 70,84%, resultado referente ao período de março de 2011 a fevereiro de 2012.

Gráfico 3 – Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

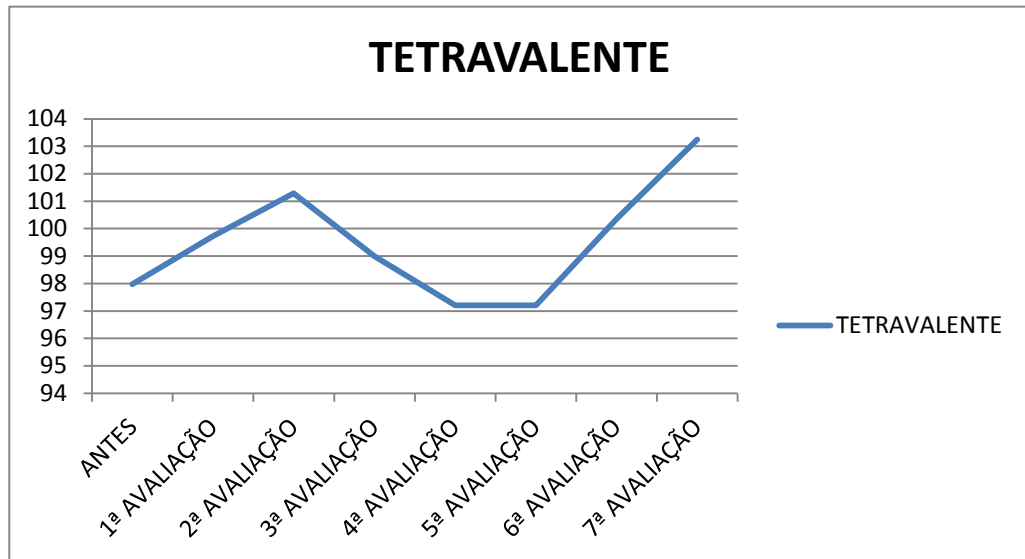


Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

Conforme gráfico abaixo, o indicador “Cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de 1 ano de idade” apresenta resultados flutuantes na comparação entre as avaliações sendo que, no âmbito do Estado, o resultado passou de 97,97%, apurado no período de maio de 2008 a abril a 2009, para 103,25%, apurado no período de novembro de 2010 a outubro de 2011.

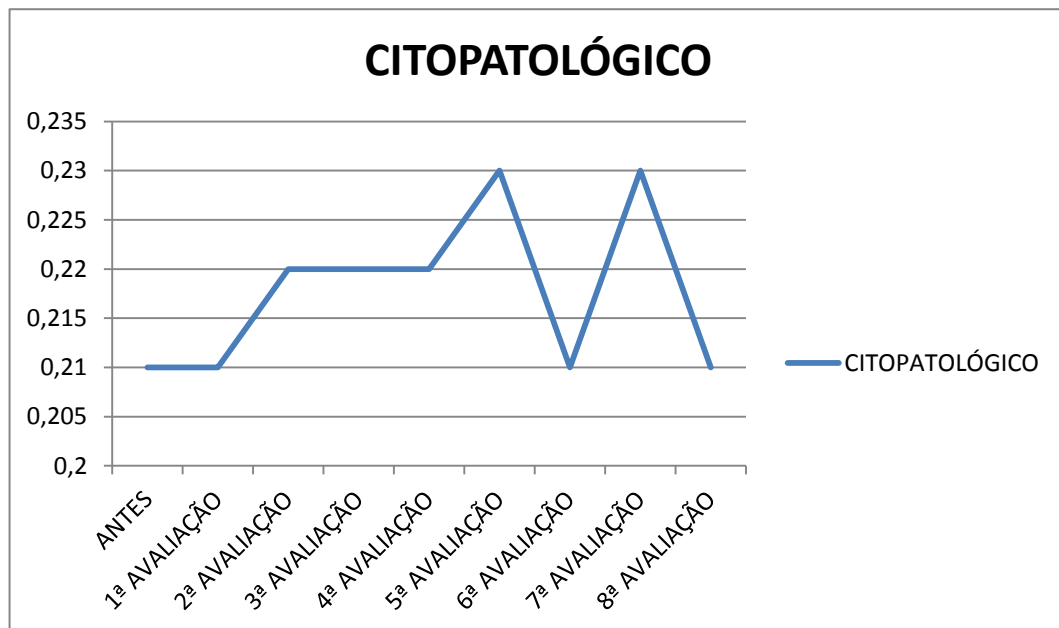


Gráfico 4 – Cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de 1 ano de idade



Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)

Gráfico 5 – Razão entre exames citopatológicos de colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população-alvo



Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)



Conforme gráfico acima, o indicador “Razão entre exames citopatológicos de colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população-alvo” apresenta resultados flutuantes na comparação entre as avaliações sendo que, no âmbito do Estado, o resultado permaneceu na razão de 0,21 na apuração do período inicial (maio de 2008 a abril a 2009) e na oitava avaliação (março de 2011 a fevereiro de 2012), Destaca-se que entre o indicador tem uma evolução positiva no decorrer do processo avaliativo, tendo dois picos na quinta e sétima avaliações.

Destaca-se que estes dados acima apresentados consideram a fonte de dados oficial e não incluindo os deferimentos da comissão de acompanhamento. Portanto, tal constatação é positiva por demonstrar que o cumprimento dos indicadores prevalece na maioria das avaliações e este é acompanhado de evolução no percentual final do indicador, já que o cumprimento em si pode apenas estar relacionado a uma pactuação de metas abaixo da capacidade organizativa do município.

Análises dos períodos de apuração também demonstram que a comissão de acompanhamento foi um recurso bastante utilizado pelos beneficiários, inclusive devido aos limites apresentados para cada indicador e problemas de alteração da população (denominador de alguns indicadores). Neste sentido, é necessário um esforço da SES/MG para cada vez mais lançar mão de documentos contendo diretrizes para a análise das justificativas apresentadas pelos municípios, contribuindo inclusive para um alinhamento entre as diversas comissões. Esta constatação pode ser mais bem visualizada por meio da análise do quadro abaixo:

Quadro 3 – Total de indicadores cumpridos antes e após a Comissão de Acompanhamento

INDICADORES CUMPRIDOS	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª	
	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS
0	32	7	3	2	4	4	12	8	21	10	20	9	9	6	32	8
1	170	78	38	23	54	24	80	36	123	50	90	32	85	34	154	51
2	382	236	169	89	211	104	200	108	237	109	257	129	210	125	298	140
3	221	239	378	277	340	235	332	230	300	207	315	249	332	206	268	384
4	48	293	265	462	244	486	229	471	172	477	171	434	217	482	101	270

Fonte: Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS/SUBPAS/SES-MG)



Assim, percebe-se que tal processo está relacionado ao amadurecimento da gestão do Programa Saúde em Casa. Optou-se por reduzir o número de indicadores monitorados, em relação aos primeiros contratos, definindo-se prioridades, bem como direcionando a escolha a indicadores mensuráveis, comparáveis, com informações disponíveis em base de dados consolidadas, confiáveis e acessíveis.

## **6 CONCLUSÃO**

Este trabalho procurou tratar, sob o enfoque exploratório, da estratégia adotada pelo Estado de Minas Gerais de repasse de incentivo financeiro aos municípios para fortalecimento da atenção primária à saúde. Primeiramente, buscou-se anotar como se dá a inserção dessa estratégia no âmbito do Programa Saúde em Casa, verificando-se a sua adoção como uma das formas de superar os desafios para organização do sistema de saúde bem como sua importância num contexto de responsabilidade tripartite pelo financiamento deste nível de atenção.

Na sequência, procurou-se relatar a fase inicial de execução desta estratégia, compreendida entre os anos de 2005 a 2009, balizada por um único instrumento normativo, a Resolução SES nº 661/2005. Neste tópico, ressaltaram-se diversas inovações e aspectos positivos decorrentes da instituição da ação, tais como, a criação de uma forma de compensar as especificidades regionais, repassando mais recursos àqueles que necessitam mais em detrimento daqueles que possuem maior condição de sanar por si próprios as despesas do serviço de saúde, denominada fator de alocação; o repasse fundo a fundo; e a definição de regras de aplicação dos recursos. Ao lado desses pontos têm-se as constatações negativas, calcadas, principalmente, no não alcance dos resultados pactuados, seja pela ausência de uma vinculação das metas ao pagamento seja pela definição equivocada de metas, decorrente da designação de meta padrão para todos os beneficiários sem considerar suas peculiaridades.



Diante desses problemas encontrados na fase inicial, optou-se, em 2009, por reformular a estratégia, a partir da Resolução SES nº 1935/2009, vinculando a parte variável do incentivo ao cumprimento de metas. Ou seja, a parte fixa seria transferida ao município independentemente de alcance de qualquer resultado, mas a parte variável (correspondente a cinquenta por cento do total do fator de alocação) somente seria integralmente paga mediante cumprimento das metas pactuadas para cada período de acompanhamento. Na sequência desta Resolução publicaram-se as Resoluções SES nº 2.873/2011 e nº 3.669/2013 que nada alteraram este novo mecanismo, mas que trouxeram inovações do ponto de vista de adequação às redes de atenção à saúde e às normas de transferência de recursos. Do ponto de vista assistencial, houve uma melhora em todos os indicadores acompanhados pelo contrato, à exceção do indicador de citopatológico que permaneceu com uma tendência constante. Do ponto de vista técnico-operacional, houve uma simplificação do processo, principalmente a partir das duas últimas resoluções, visto que incorporaram as normas do Decreto Estadual nº 45.468/2010.

De toda essa trajetória pode-se afirmar que a experiência inovadora proposta pelo Estado por meio da contratualização para a atenção primária estimula o desenvolvimento de uma cultura orientada para os resultados prioritários, a discussão dos processos de trabalho, a efetivação de contratos de gestão entre municípios e suas ESF; o aprimoramento do acompanhamento junto aos municípios, o fortalecimento dos espaços regionais de governança do SUS e maior integração entre estado e municípios na organização das redes de atenção à saúde.

Este movimento faz com que a gestão dos SUS se qualifique e promova a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde prestados no âmbito local. Apesar de todos esses avanços é importante que o processo se mantenha dinâmico visto que ainda é preciso avançar em alguns aspectos, tais como, as formas de transferência e aplicação de recursos, o que pode implicar em novos rearranjos e na produção de novos benefícios.



## 7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Saúde em Casa. Belo Horizonte, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 661, de 22 de março de 2005. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. 2005.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 1935, de 08 de julho de 2009. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa. 2009.

MINAS GERAIS. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et. al.]. – Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques, Eugênio Vilaça Mendes, Helidéa de Oliveira Lima. – Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010. Brasília: MP, 2010. Dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde. 2010.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 2.873, de 19 de julho de 2011. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Projeto Estruturador Saúde em Casa. 2011.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 3.669, de 20 de fevereiro de 2013. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa. 2013.

RIBEIRO, Lorena Cristina Silva. Programa Saúde em Casa: procedimentos de acompanhamento do incentivo financeiro. Monografia (Curso Superior em Administração Pública). Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. 2012.





---

**AUTORIA**

**Camilla Teixeira da Silveira** – Diretora de Estrutura de Atenção Primária à Saúde e gerente do Projeto Ampliação da Estrutura da Atenção Primária na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: [camilla.silveira@saude.mg.gov.br](mailto:camilla.silveira@saude.mg.gov.br)

**Lizziane d'Ávila Pereira** – Diretora de Políticas de Atenção Primária à Saúde e gerente do Processo Manutenção e Incentivo às Equipes de Atenção Primária na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: [lizziane.pereira@saude.mg.gov.br](mailto:lizziane.pereira@saude.mg.gov.br)

