

The background of the page features a faded, light-colored image of a modern building with a grid-like facade, partially obscured by the silhouettes of various trees and foliage. The overall aesthetic is clean and professional.

Enap

Escola Nacional de Administração Pública
Diretoria de Formação Profissional
Coordenação-Geral de Especialização



Marcela Iwano

**ANÁLISE DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NERA**

Brasília – DF
Agosto/2016

The logo for Enap (Escola Nacional de Administração Pública) consists of the word "Enap" in white, bold, sans-serif font, set against a solid red rectangular background.

Escola Nacional de Administração Pública

Diretoria de Formação Profissional

Coordenação-Geral de Especialização

Marcela Iwano

**ANÁLISE DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
título de especialista em Gestão Pública.

Orientador: Carlos Tadeu Assumpção de
Pinho

Brasília – DF
Agosto/2016

ANÁLISE DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Marcela Iwano
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

Palavras-chave: saúde da população negra, análise de políticas públicas, avaliação e monitoramento.

RESUMO:

Este artigo procurou analisar os aspectos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN para o período de 2012 a 2015, na perspectiva do monitoramento e avaliação das ações elencadas no II Plano Operativo, a partir da investigação da ferramenta *E-Car* e dos atores envolvidos nesse processo.

A sistemática do *E-Car* precisa ser aperfeiçoada para que apresente informações adequadas ao acompanhamento da política. Nessa sequência, percebe-se a importância do Comitê Técnico de Saúde da População Negra ao trazer essa discussão para dentro do MS e provocar respostas do Governo com relação à devolutiva da PNSIPN.

Ao final do trabalho, propõe-se um modelo de indicadores que pode ser adequado à estrutura do *E-Car*, no intuito de acrescentar informações úteis que de fato contribuam para o monitoramento e a avaliação da política.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN foi publicada por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, destinada para orientação de gestores e profissionais responsáveis pela implementação da política, bem como servir de referência para o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, movimentos sociais e demais atores comprometidos/sensíveis com a pauta.

Essa política define os princípios, as diretrizes, a marca, os objetivos, as estratégias e as responsabilidades das três esferas da gestão (federal, estadual e municipal) para atenderem às especificidades da população negra, no que tange ao cuidado integral, prevenção de doenças, assistência, promoção e vigilância em saúde, assim como ações de gestão participativa e controle social.

Nesse contexto, o presente artigo tem por finalidade analisar aspectos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN no âmbito do Ministério da Saúde – MS, no período de 2012 a 2015, considerando a construção da agenda, os atores envolvidos e os mecanismos de monitoramento e avaliação da política.

Primeiramente, apresenta-se um referencial sobre Análise de Políticas Públicas, bem como uma contextualização da situação da população negra no Brasil e da criação de uma política específica que atue na redução das iniquidades étnico-raciais, no caso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Em seguida, serão detalhados o II Plano Operativo - PO da PNSIPN no âmbito federal e os atores envolvidos com o ciclo da política, na perspectiva dos processos de monitoramento e avaliação. Por fim, faz-se um balanço da análise com apontamentos para as diversas dimensões da política.

DESENVOLVIMENTO

A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A Análise de Políticas Públicas é um conjunto de estudos que tem como escopo compreender os desdobramentos dos processos políticos, com base em um conjunto de observações descritivas, explicativas e normativas, a respeito “do que os governos fazem, porque fazem e que diferença isso faz” (DYE, 1976, p.1).

Para Serafim e Dias (2012), a Análise de Política é um campo recente que tem sido cada vez mais valorizado como contribuição para o aperfeiçoamento da gestão pública. Portanto, aponta-se para um crescente número de estudos sobre essa temática nas universidades, os quais podem ser organizados ao redor de dois grandes eixos:

i. Análise do processo das políticas públicas, que busca a compreensão de como se definem os problemas e as agendas, como se formulam as políticas públicas, como se tomam as decisões e como se avaliam e implementam as políticas públicas; e

ii. Análise em e para o processo das políticas públicas, que abarca o emprego de técnicas de análise, pesquisa e proposição na definição de problemas, na tomada de decisões, na implementação e na avaliação” (SERAFIM; DIAS, 2012, p.127).

A Análise de Política tem um papel importante na ampliação do conhecimento da ação do governo, pois contribui para o melhor entendimento do processo político e estuda acerca das atividades aplicadas à solução dos problemas sociais.

Deve-se atentar para a diferença conceitual de “Análise de Política Pública” e “Avaliação de Política Pública”. Serafim e Dias (2012) explicam que os termos podem ser confundidos como sinônimos, haja vista que muitos trabalhos recentes foram identificados como ensaios sobre análises de políticas públicas, quando na verdade eram avaliações.

Ambos os termos “análise” e “avaliação” possuem como propósito a investigação de políticas públicas e seus desdobramentos. Não obstante, o foco do avaliador é a preocupação quanto à apreciação dos resultados da política a partir de indicadores, considerando critérios como eficiência, eficácia e efetividade. Já o analista se atenta ao processo de construção da política e sua implementação, bem

como aspectos relacionados aos arranjos institucionais, mecanismos de governança, atores políticos, arquitetura do poder, tomada de decisões, conflitos, negociações, etc. (SERAFIM; DIAS, 2012, p.126).

Neste caso, o presente trabalho tem por finalidade fazer uma análise dos aspectos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, em contraste com a ideia de avaliação, que constitui uma etapa do ciclo da política pública. A análise proposta visa investigar a ação governamental, agregando conhecimentos que podem auxiliar os fazedores da política na tomada de decisões, revelando assim um caráter mais propositivo.

A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

O processo de escravidão na época colonial marcou um longo período da história brasileira que, até os dias atuais, traz o legado das desigualdades étnico-raciais, de maneira que ainda se mantêm a consolidação da estratificação e mobilidade social em função da cor. Isso é evidenciado pelos indicadores socioeconômicos referentes à população negra no Brasil, pois a mesma apresenta os mais altos níveis de pobreza, desemprego, analfabetismo e mortalidade, associados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento básico.

A partir desse cenário, é importante compreender os desdobramentos do racismo no que tange o acesso a bens, direitos e serviços, bem como desmistificar a crença da “*democracia racial*”¹, o que implica entender que as diferenças sociais também são permeadas por processos discriminatórios de cor e raça, não somente por fatores socioeconômicos e de gênero.

Diante disso, faz-se necessário reconhecer o racismo como determinante social em saúde, considerando que as maiores taxas de mortalidade materna² e

¹ Ideologia difundida por Gilberto Freyre na qual não há desigualdades entre grupos/identidades raciais, haja vista que o Brasil é um país mestiço, ou seja, essas identidades estariam diluídas. Esse ideário nega inclusive a possibilidade da existência do racismo, dos quais muitos brasileiros não se veem pelas lentes da discriminação racial. Apesar de a democracia racial ser desmitificada por estudiosos, visto que existe um consenso acadêmico que evidencia a situação de exclusão racial no Brasil, ainda é arraigada a crença de que a mobilidade social é decorrente de fatores como sexo e classe, mas não de discriminação racial (CAMPOS, 2015).

² “De acordo com dados notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas” (BRASIL, 2016, p. 41).

infantil³ incidem sobre a população negra, assim como os maiores índices de homicídios⁴ e óbitos por causa externa⁵. Também é necessário reconhecer a existência de agravos específicos com maior prevalência para essa população, a exemplo da doença falciforme⁶, a hipertensão arterial⁷ e o diabetes mellitus⁸; evidenciando assim suas condições de vulnerabilidade em saúde.

Desde a década de 1980, as questões e demandas de classe, gênero e raça galgaram espaço na arena política com o esforço da luta do Movimento Social Negro. A partir disso, conquistaram perante o governo maior visibilidade da temática racial e inserção na agenda governamental, no que pese sua importância como pauta transversal, tendo em vista que a problemática do racismo perpassa os mais diversos campos, tais como a Saúde, a Educação, a Assistência, a Segurança Pública, o Trabalho, dentre outros.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de

³ “Dos 39.123 óbitos infantis notificados em 2012, 45% foram de crianças negras e 41% de brancas; esta diferença é maior entre as mortes que ocorrem na primeira semana de vida, donde 47% são de crianças negras e 38% de brancas” (BRASIL, 2016, p. 48).

⁴ “O número de óbitos e a taxa específica de óbitos por agressão (homicídios), de jovens negros de 15 a 29 anos, aumentaram consideravelmente nos últimos 12 anos. Em 2012, a taxa específica (por 100mil hab.) de homicídios de jovens negros foi mais de três vezes maior que a referida taxa de jovens brancos. Segundo notificações do SIM 2012, das 21.513 vítimas de homicídios entre 15 a 29 anos notificadas, 71,5 % foram jovens negros. Se desconsiderarmos os casos com raça/cor não informada, essa porcentagem passa para 76,3%” (BRASIL, 2016, p.52).

⁵ “Em 2012, foram notificados 152.013 óbitos por causas externas, dos quais 55.291 (36%) ocorreram entre jovens de 15 a 29 anos. Nesta faixa etária, 49.555 (90%) de sexo masculino e 32.632 (59%) de cor/raça negra” (BRASIL, 2016, p.52).

⁶ “De 2000 para 2012, a taxa de mortalidade pela doença falciforme dobrou no país, sendo praticamente influenciada pelas tendências das cor/raças pretas e pardas” (BRASIL, 2016, p.34).

⁷ “Para hipertensão arterial, a prevalência na população total foi de 24,3%, sendo 27% maior em pretos e 6% maior em pardos quando comparados aos brancos” (BRASIL, 2016, p.26).

⁸ “A tendência da mortalidade por diabetes mellitus na população geral aumentou ligeiramente entre 2000 e 2012. Tal incremento ocorreu nas populações preta, parda e indígena, enquanto que, nas cor/raça amarela e branca houve diminuição da mortalidade. Em 2012, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorreu na população negra (pretas e pardas)” (BRASIL, 2016, p.32).

injustos processos socioeconômicos e culturais, que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.

A PNSIPN foi publicada por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, e possui como marca o ***reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.***

A operacionalização dessa política é estabelecida nas estratégias e ações do II Plano Operativo da PNSIPN, no intuito de garantir que a *“população negra tenha acesso a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades de raça, gênero, geracionais e classe, assim como para a promoção da qualidade de vida de brasileiras e de brasileiros”*⁹.

O Plano Operativo compreende um rol de 51 diretrizes e ações que são de competência do Ministério da Saúde e fundamentadas a partir de 5 (cinco) eixos: EIXO 01. Acesso da População Negra nas redes de atenção à saúde; EIXO 02. Promoção e Vigilância em Saúde; EIXO 03. Educação Permanente em Saúde e Produção de Conhecimento em Saúde da População Negra; EIXO 04. Fortalecimento da Participação e do Controle Social; EIXO 05. Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para a população negra.

A implementação dessas ações para o período de 2012 a 2015 são de responsabilidade das diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde pertencentes às seguintes Secretarias: Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP, Secretaria Executiva - SE; e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE.

⁹ II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencias-publicas-antiores/audiencia-2013/audiencia-15.10/apresentacao-5>

O processo de construção dessas ações foi coordenado pela SGEP, secretaria responsável pela articulação no Ministério da Saúde junto às outras áreas técnicas para a pactuação dessas ações e diretrizes, com o estabelecimento de metas para a implementação da PNSIPN no âmbito federal, com a colaboração do Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN.

A partir desse cenário, descrevem-se os atores abaixo envolvidos no ciclo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com foco no eixo de monitoramento e avaliação, ao mesmo tempo em que as especificidades desses atores serão analisadas e inter-relacionadas entre si.

OS ATORES ENVOLVIDOS NA PNSIPN

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, permeada pela dinâmica das relações de poder, coalizações de interesses, grupos de pressão, dentre outros. Nesse seguimento, *“pode-se dizer que a análise de uma política implica, primeiramente, em identificar as organizações (instituições públicas) com ela envolvidas e os atores que nestas se encontram em posição de maior evidência. Em seguida, e ainda no primeiro nível (institucional) de análise, identificar as relações institucionais (isto é, as sancionadas pela legislação, públicas etc.) que elas e seus respectivos atores-chave mantêm entre si, por meio das relações de poder”* (GAPI-UNICAMP, 2002).

Na análise do presente trabalho serão identificados os atores institucionais e suas interações entre si, com destaque para o Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN e as áreas técnicas do Ministério da Saúde.

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP foi criado a partir da compreensão de que as condições sociais, econômicas, políticas, geográficas, de raça, gênero e orientação sexual são consideradas determinantes das condições de saúde. Nesse sentido, são necessárias políticas públicas que atuem na redução das diferenças históricas de grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade, tais como a população negra; cigana; do campo, da floresta e das águas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais; e população em situação de rua.

À vista disso, o DAGEP apoia e incentiva a implementação das Políticas de Promoção de Equidade e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, bem como promove a participação e o controle social, atuando com os movimentos sociais e com o Conselho Nacional de Saúde – CNS.

A institucionalização de uma estrutura interna do MS que atue com o fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde expressa um avanço na universalização e na equidade do acesso à saúde, tendo em vista que as decisões e as ações políticas passam a ser efetivadas com o respaldo das reivindicações dos movimentos sociais (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 49-50).

Dentre as políticas de equidade trabalhadas no departamento, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN é uma das que têm o propósito de garantir igualdade no que tange à efetivação do direito à saúde, nos seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação para a população negra.

A construção dessa política ficou a cargo da SGEP com a assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN, sendo aprovada posteriormente pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, o que implica no compromisso com todas as esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento de iniciativas e ações voltadas para a melhoria dessa população.

Diante disso, o CTSPN é uma instância que possui a finalidade de participar da elaboração, implementação e acompanhamento da PNSIPN, assim como apresentar subsídios técnicos e políticos que contribuam para iniciativas e ações programáticas relacionadas com a saúde da população negra.

O comitê é composto por representantes governamentais, especialistas na temática e movimentos sociais atuantes no campo da saúde da população negra. Esse modelo corrobora com o entendimento de Costa e Lionço (2006), ao ilustrar que a formação dos comitês de equidade em saúde constitui propostas estratégicas de gestão participativa no SUS, com a finalidade de construção e encontro da *lógica articuladora* dos movimentos sociais e da *expertise* de especialistas no assunto, que dialogam com a dinâmica governamental.

Lionço e Costa (2006) também ressaltam a relevância de participação das lideranças dos movimentos sociais nesses espaços institucionalizados, já que a voz

dos representantes da sociedade civil evidencia as especificidades dos segmentos populacionais em questão e reverberam as reivindicações em pauta para dentro do Ministério da Saúde.

Considerando que a composição de comitê também possui representatividade das diversas áreas técnicas do MS, a experiência do comitê tem possibilitado articulações com as estruturas e órgãos internos da instituição, na tentativa de promover a transversalidade da temática de saúde da população negra nas ações e estratégias do Ministério da Saúde como um todo.

Desde sua criação, o CTSPN tem vocalizado suas demandas e necessidades, provocando debates com a gestão governamental, no intuito de angariar conquistas e melhorias nas condições de saúde da população negra.

Em diversos momentos houve tensionamentos na relação CTSPN e MS, pelo fato de que nem todos os encaminhamentos das reuniões do comitê eram executados pela instituição, conforme o que tinha sido pactuado coletivamente. Uma das pautas mais reivindicadas pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra tem sido a devolutiva sobre o monitoramento e a avaliação qualificada dos planos operativos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN.

Segundo Ramos e Schabbach (2011), a avaliação de políticas públicas permite a responsabilização do governo pelas suas ações (*accountability*¹⁰) diante outras instâncias governamentais, instituições privadas, movimentos sociais e todos os cidadãos, constituindo em um instrumento de controle social sobre as ações estatais. Nessa perspectiva, a própria avaliação da PNSIPN tem sido demandada também por outros órgãos e instâncias, a exemplo da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

Com relação a essa problemática para dentro do MS, o CTSPN decidiu criar um grupo de trabalho constituído por representações do próprio comitê, com o objetivo de avaliar os dados gerados pelo Sistema de Monitoramento do Ministério da Saúde, o *E-Car*, na tentativa de dar essa devolutiva para a instituição, gestores e a sociedade.

¹⁰ De acordo com o “Indicadores de Programas: Guia Metodológico do MPOG (2010)”, o termo *accountability* possui vários significados e geralmente está associado à ideia de responsabilização e prestação de contas. O termo não possui tradução exata para o português e trata-se de um conceito de esfera ética, no que diz respeito à obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

Ademais, o comitê participou da construção do próximo plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com regência para 2016-2019, que também será discutido e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Nesse contexto, percebe-se o quão expressivo é o papel do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no debate da importância das práticas de monitoramento e avaliação da PNSIPN, e como isso implicou em avanços ao trazer essa discussão para dentro da instituição, o que têm acarretado sensibilização e maior envolvimento das áreas técnicas do Ministério da Saúde para operacionalizar ações de saúde da população negra.

Em contrapartida, isso ainda está muito aquém do que é esperado pela proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o que é verificado nos próximos tópicos ao trazer um panorama acerca do referencial teórico sobre Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas no Brasil e, por conseguinte, investigar o modelo da sistemática de monitoramento do Ministério da Saúde e os problemas gerados pela ferramenta *E-Car*.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

É importante destacar a relevância de práticas que apurem o alcance de metas e objetivos de determinadas políticas públicas, para que instituições, gestores, técnicos e cidadãos possam conhecer, opinar e intervir nos múltiplos aspectos de governança e arranjos institucionais que permeiam o ciclo dessas políticas (BRASIL, 2010).

Conforme Papi, Madeira e Barcellos (2015), o exercício do Monitoramento e Avaliação - M&A - é algo recente no Brasil e existem poucos estudos empíricos que retratam a aplicação da M&A para a realidade institucional e socioeconômica no país.

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo e abrangente das ações durante o período de implementação, no intuito de verificar o desenvolvimento das políticas públicas, considerando as metas previstas. Essa atividade é realizada para apurar se a execução está atingindo os objetivos e identificar quais os problemas estão prejudicando a operacionalização do plano. Caso necessário,

pode-se ajustar o plano para que sejam viabilizadas condições operacionais adequadas ao alcance dos objetivos.

A avaliação pode ser realizada antes, durante a implementação ou mesmo algum tempo depois, após o programa produzir todo o seu impacto, com o foco se houve benefícios para a realidade social. Assim, trata-se de julgamento de valor e mérito, no qual se busca investigar, de maneira aprofundada, se o plano originalmente proposto está produzindo ou produziu as transformações desejadas, tendo em vista os critérios como de eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância.

Tanto o monitoramento como a avaliação são atividades realizadas, na maioria dos casos, por meio de indicadores, com intuito de mensurar determinado aspecto da realidade existente (situação social) ou construída (ação de governo), de forma a organizar e tornar esses dados acessíveis para análise. No caso do monitoramento, os indicadores são construídos para acompanhar o progresso em relação às metas; na avaliação medem-se os resultados dos programas, os impactos e efeitos de determinada política pública (Ramos e Schabbach, 2011).

É importante sinalizar que os indicadores devem ter significância, o que implica em medir apenas o que é útil e relevante, pois quem quer medir tudo acaba não medindo nada, sem contar que esse processo também demanda tempo e custos econômicos (BRASIL, 2010).

Na visão adaptada de Bonnefoy e Jannuzzi (2005), citado por BRASIL (2010), os indicadores de gestão de programas podem ser aplicados nas diferentes fases do ciclo de gestão, a exemplo de alguns apresentados abaixo:

“ (...)

- *Produto (output indicators): medem o alcance das metas físicas. São medidas ex-post facto que expressam as entregas de produtos ou serviços ao público-alvo do Programa. São exemplos o percentual de quilômetros de estrada entregues, de armazéns construídos e de crianças vacinadas em relação às metas físicas estabelecidas;*
- *Resultado (outcome indicators): essas medidas expressam, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas no contexto do Programa e têm particular importância no contexto de gestão pública orientada a resultados. São exemplos as taxas de morbidade (doenças), taxa de reprovação escolar e de homicídios;*
- *Impacto (impact indicators): possuem natureza abrangente e multidimensional, têm relação com a sociedade como um todo e*

medem os efeitos das estratégias governamentais de médio e longo prazos. Na maioria dos casos estão associados aos objetivos setoriais e de governo. São exemplos o Índice Gini de distribuição de renda e o PIB per capita” (BRASIL, 2010, p. 30 e 31).

Conforme exposto, o Monitoramento e Avaliação são práticas recentes, mas que vem crescendo progressivamente, especialmente a partir dos anos 2000, haja vista: o protagonismo constitucional do Estado brasileiro; a expansão de cursos de graduação e pós-graduação *stricto sensu* nas universidades brasileiras com abordagem em políticas públicas; a ampliação do debate sobre os princípios da transparência, eficácia e eficiência; e os avanços nas áreas de tecnologias da informação que estão cada vez mais incorporadas aos instrumentos governamentais (PAPI, L. et al., 2015, p. 3).

A participação e o controle social permitiram, igualmente, pleitear o incremento dos processos de monitoramento e avaliação para a correta autocrítica do acompanhamento da implementação das políticas, na intenção de que seja uma prática recorrente nos ciclos das políticas públicas.

A incorporação de práticas de M&A é refletiva na própria gestão do Ministério da Saúde, ganhando potência política a partir de 2011, por meio da criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS, setor responsável pelo acompanhamento das políticas e programas no âmbito da saúde.

Apesar disso, existem dificuldades em se institucionalizar as práticas de M&A para dentro do MS, sendo necessário o aperfeiçoamento de mecanismos de monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN; dos quais serão descritos e analisados em seguida.

ANÁLISE DA SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO MS

As 51 ações do Ministério da Saúde elencadas no II Plano Operativo da política foram espelhadas no sistema *E-Car - Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados*. As áreas técnicas do MS possuem a responsabilidade de alimentar o sistema com pareceres que informam o andamento dessas ações,

ficando a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP fazer o monitoramento desses pareceres, e, portanto, o acompanhamento da PNSIPN.

O Sistema *E-Car* é um instrumento gerencial próprio do Ministério da Saúde, desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro) e sem custos de licença de uso para o MS por se tratar de um *software livre*, sendo gerenciado pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS, localizado na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS).

Essa ferramenta foi criada para auxiliar o acompanhamento e avaliação do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, por meio do monitoramento dos pareceres técnicos inseridos pelos responsáveis dos resultados e produtos pactuados no Ministério da Saúde.

A elaboração do Planejamento Estratégico do MS foi alinhada juntamente com os instrumentos de planejamento e gestão do Plano Nacional de Saúde - PNS e do Plano Plurianual - PPA. Assim, esse Planejamento Estratégico expressa os compromissos firmados no SUS com o Plano de Governo.

O Plano Nacional de Saúde é um documento que contempla a análise situacional da saúde brasileira e a definição do objetivo, diretrizes e metas. Esse instrumento foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde – CNS e passou por um processo de diálogo com estados e municípios, no intuito de pensar nas linhas de atuação programáticas que balizam as ações e serviços de saúde para a população.

A ideia de construção do PNS 2011-2015 foi prevista a partir da compatibilização com o PPA 2012-2015, outro instrumento de governo que estabelece, por meio de programas temáticos, os objetivos, as metas regionalizadas, os indicadores de desempenho e as iniciativas que serão operacionalizadas pelas ações com cobertura orçamentária elencada pela Lei Orçamentária Anual (LOA) para cada exercício do período coberto pelo PPA. Essa inter-relação reflete a integração entre o planejamento das ações administrativas e o orçamento federal.

A elaboração do Planejamento Estratégico do MS ocorreu simultaneamente à discussão do II Plano Operativo da PNSIPN, com a articulação da SGEP junto às outras áreas técnicas do Ministério, assessorada pelos trabalhos do Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. A partir dessa mobilização, houve a pactuação das 51 ações voltadas para a saúde da população negra, que foram

alinhadas à metodologia do Planejamento Estratégico do MS e espelhadas no Sistema *E-Car*.

Para complementar elementos na análise em discussão, vale abrir parênteses e resgatar o processo de construção do referido II Plano Operativo, no qual houve um erro conceitual em relação a sua concepção. A finalidade do Plano Operativo é servir como referência para a aplicação da política como um todo, em todas as esferas de gestão, por isso sua obrigatoriedade de ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Nessa perspectiva, o “verdadeiro” II Plano Operativo da PNSIPN é disposto pela Resolução Nº 2, de 2 de Setembro de 2014, na qual são listados eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da política. A CIT é uma instância intergovernamental de caráter político e técnico, com vistas à discussão do planejamento e implementação das políticas de saúde, sendo composta por representantes do Ministério da Saúde – MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems.

O PO com as 51 ações é um documento base apenas no âmbito Ministério da Saúde, não pactuado na CIT, dispondo um rol de diretrizes e ações sob responsabilidades das áreas técnicas do MS, visto mais como um planejamento institucional do que um PO, em contraste com as propriedades de um “verdadeiro” plano operativo.

Retomando aos aspectos da ferramenta *E-Car*, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP e a Secretaria Executiva - SE encomendaram, junto ao DEMAS, a criação da etiqueta intitulada “*POPULAÇÃO NEGRA*” para ser utilizada como filtro de mapeamento dessas 51 ações espelhadas no sistema, facilitando a identificação dos pareceres das áreas técnicas e o processo de acompanhamento e avaliação da política.

A proposta da sistemática de monitoramento constitui em uma importante iniciativa e tem potencialidades para subsidiar as políticas do MS e o processo das tomadas de decisões. Não obstante, os instrumentos e a metodologia ainda precisam ser aperfeiçoados nos mais diversos aspectos, visto que foram identificados problemas, a começar pelo próprio *E-Car*.

Em relação ao monitoramento das ações, ao fazer o filtro no sistema com a etiqueta “*POPULAÇÃO NEGRA*”, não é possível identificar todos os resultados

relacionados com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Outros resultados não elencados com a política aparecem na pesquisa, o que torna o exercício de monitoramento confuso e problemático. Para complicar ainda mais, constatou-se que existem outras etiquetas que fazem referência às ações da política, tais como “POPULAÇÃO NEGRA SVS”, “NEGRA” e “NEGRA-SVS”, porém nenhuma delas é possível fazer o filtro com todas as ações pactuadas e espelhadas do Plano Operativo da PNSIPN.

A professora Edna Araújo e o professor Wanderson Flor do Nascimento, ambos representantes do CTSPN e membros do grupo de trabalho de avaliação dos dados gerados pelo *E-Car*, elaboraram um relatório acerca das limitações da ferramenta, o qual foi apresentado na reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra realizada em março de 2016. O documento demonstra que os pareceres do *E-Car* não constituem em relatórios, mas sim em dados extensos e pouco explicativos. Alguns dados estão desatualizados para os anos correspondentes e não demonstram a continuidade das ações propostas, o que torna difícil a análise dessas informações. Dessa maneira, a desorganização prejudica a compreensão do que foi alcançado de forma satisfatória ou não, os pontos críticos do processo de implementação dessas ações e o que vem de fato sendo feito para operacionalizar a PNSIPN no âmbito federal.

Além dos problemas citados na utilização da ferramenta *E-Car*, verificou-se que, dentre as 51 ações listadas no II Plano Operativo, poucas foram alcançadas ou parcialmente alcançadas; decerto a maior parte do plano não foi efetivada. É visível a dificuldade das áreas técnicas do MS em operacionalizar a política, dado que reflete a necessidade de revisão dos compromissos pactuados e o *modus operandi* da política.

Posto isso, é importante dialogar com essas áreas para repensar no planejamento proposto e construir ações que implementam a política como ela foi de fato pensada. Também se recomendam ajustes no *E-Car*, a exemplo da inclusão de metas e indicadores, afim de que essa ferramenta possa apresentar informações adequadas que subsidiem as práticas de monitoramento e avaliação do Plano Operativo da PNSIPN.

Diante disso, o presente trabalho propõe um modelo que pode ser adequado à estrutura do *E-Car*, no intuito de acrescentar informações úteis que contribuam

para o monitoramento e a avaliação. A referência dá-se a partir de alguns exemplos de indicadores que possuem a finalidade de verificar se o plano de ação alinhado ao Plano Operativo da PNSIPN foi alcançado. Sugere-se que esses indicadores sejam também inseridos na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde – SAGE, e linkados ao *E-Car*. A SAGE é um espaço que dispõe informações de saúde para o acompanhamento de metas, repasses, coberturas e indicadores de ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento pelos estados e municípios.

O modelo proposto foi construído a partir de um recorte da política, com base na temática de **saúde da mulher negra**, entretanto um trabalho completo sobre a PSNIPN poderia estruturar a análise a partir dos eixos estratégicos ou pela divisão das responsabilidades de execução de cada área técnica.

EXEMPLO DE INDICADORES

Objetivo Estratégico do MS (vinculado ao PPA 2016-2019) - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Iniciativa - Atualização do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PPA

PROMOVER A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS

INDICADOR DE RESULTADO	META PARA O INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de Exames de Mamografias	Aumentar em 20% a produção de mamografias na faixa etária preconizada (50-69 anos) em mulheres negras, até 2019.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mamografias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de mamografias esperadas}} * 100$
Percentual de Exames Citopatológicos	Aumentar em 50% o atendimento de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres negras, até 2019.	$\frac{\text{(N}^\circ \text{ de atendimentos de exames citopatológico realizados/ N}^\circ \text{ de exames citopatológico esperados)}}{100}$

Número de estados e municípios com a <i>Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme</i> implantada. Prevalência de doença falciforme (x/população total de mulheres)	Qualificar a atenção especializada no que tange à implantação das linhas de cuidado em doença falciforme ¹¹ para as mulheres negras.	Número de estados e municípios com a <i>Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme</i> implantada. x/população total de mulheres
Percentual de trabalhadores capacitados	Aumentar em 20% a capacitação e o aperfeiçoamento de trabalhadoras/es da saúde sobre a temática de Saúde da Mulher Negra	(Nº de trabalhadores capacitados/ Nº de trabalhadores capacitados esperados) * 100
Percentual de estados contemplados	Publicação e distribuição de material referente à saúde da mulher negra em todos os estados e distrito federal.	(Nº de estados contemplados/ 27) * 100
Percentual de 6 Consultas de Pré-Natal de Mulheres Negras	Aumentar em 50% o quantitativo de mulheres negras que fazem 6 ou mais consultas de Pré-Natal ¹²	(Nº de mulheres que fizeram 6 Consultas de Pré-Natal/ Nº de Mulheres esperado) * 100

¹¹ “Em 2012, a taxa de mortalidade por doença falciforme na população em geral foi de 0,23 (por 100 mil hab.), na de cor preta, 0,73 (por 100 mil hab.), na parda de 0,28 (por 100 mil hab.), enquanto na branca foi de 0,08 (por 100 mil hab.). A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil e apresenta já nos primeiros anos de vida manifestações clínicas importantes, o que representa um sério problema de saúde pública no país” (BRASIL, 2016).

¹² “O número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 (seis). A proporção de mulheres que declararam realizar seis ou mais consultas de pré-natal foi maior na população branca (85,8%), seguida da amarela (80,7%), parda (71,8%), preta (71,2%) e indígena (39,7%) em 2012” (BRASIL, 2016, p. 41).

Taxa de Mortalidade de mulheres negras por hipertensão arterial	Diminuição da taxa de mortalidade por hipertensão arterial na população negra ¹³ .	Taxa de Mortalidade de mulheres negras por hipertensão arterial
Percentual de mortes de mulheres negras nos estados e municípios	Reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em 5 pontos percentuais, ao ano, para diminuir a diferença total entre estas e as mulheres brancas, até 2019, de acordo com protocolo específico proposto pela Rede Cegonha. ¹⁴	Percentual de mortes de mulheres negras nos estados e municípios

Alguns resultados listados na tabela foram retirados dos planos operativos da PNSIPN, inclusive as propostas para o novo PO (2016 a 2019), que ainda será pactuado na CIT. O modelo é uma sugestão para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da política, com o recorte pela temática de saúde da mulher negra. Todavia, a proposta deve ser ajustada de acordo com a realidade institucional, em diálogo com as áreas técnicas do MS e assessorado pelo CTSPN.

Por fim, considera-se que além da importância de aperfeiçoar a ferramenta *E-Car*, também é necessário mobilizar e conscientizar as áreas técnicas do MS para alimentar corretamente o sistema, contribuindo para um melhor acompanhamento das ações. Ademais, destaca-se a relevância do Ministério da Saúde de obter recursos humanos para o M&A qualificado, por meio de capacitação dos próprios gestores e técnicos da instituição, ou através de consultoria externa, como organizações internacionais e universidades.

¹³ “As taxas de mortalidade por hipertensão arterial nas populações preta, parda e indígena aumentaram; diminuíram na amarela e ficaram estáveis na branca, entre 2005 e 2012. A taxa mortalidade por hipertensão na população preta foi de 32,3 (por 100mil hab.), na população parda 25 (por 100mil hab.) e 17 (por 100mil hab.) na branca. A hipertensão teve o maior risco de morte na população negra (pretos e pardos) em 2012” (BRASIL, 2016).

¹⁴ “De acordo com dados notificados no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas” (BRASIL, 2016, p. 41).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou analisar os aspectos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para o período de 2012 a 2015, na perspectiva do monitoramento e avaliação das ações elencadas no II Plano Operativo da PNSIPN, a partir da investigação da ferramenta *E-Car* e dos atores institucionais envolvidos nesse processo.

A prática de monitoramento e avaliação é algo relativamente novo na gestão pública do Brasil, inclusive no âmbito no Ministério da Saúde. Entretanto, a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS constitui em uma importante iniciativa para alterar o cenário de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas em saúde.

A proposta da sistemática do *E-Car* alinhada à metodologia do Planejamento Estratégico do MS é um bom instrumento de acompanhamento da PNSIPN, porém precisa ser aperfeiçoada para que apresente informações adequadas ao monitoramento e à avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Nessa sequência, percebe-se a importância do papel do Comitê Técnico de Saúde da População Negra ao trazer essa discussão para dentro do Ministério da Saúde e provocar respostas do Governo com relação à devolutiva de acompanhamento da política. Destaca-se também, o esforço da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPP em mobilizar e articular com as áreas técnicas do MS na melhoria dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação.

O não envolvimento dos diversos atores da política nas práticas adequadas de M&A reflete o exercício do racismo institucional¹⁵, um dos principais alvos da PNSIPN. Perante essa conjuntura, fica a reflexão de como essas práticas reverberam na ponta, ou seja, como esses processos impactam na concretização da

¹⁵ Definido como: “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (CRI, 2006, p.17).

política e na tomada de decisões que afetam as condições da saúde da população negra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, E. M; NASCIMENTO, W.F. Avaliação de dados gerados pelo Sistema E-CAR. 2016. 14 p. Localizado em: Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP, Ministério da Saúde.

Banco Mundial. Monitoramento e Avaliação: Algumas Ferramentas, Métodos e Abordagens. Washington-DC, 2004. Disponível em: <[http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/7BCBD707EDDD449885256F02006323BE/\\$file/me_portuguese.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/7BCBD707EDDD449885256F02006323BE/$file/me_portuguese.pdf)>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

BONNEFOY, C.; ARMIJO, M. Indicadores de desempeño en el sector público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Santiago do Chile, 2005.

BRASIL Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico. Brasília: MP, 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/sgep-noticias/9756-departamento-de-apoio-a-gestao-participativa-dagep>>. Acesso em: 14 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/atividade->

legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencias-publicas-anteriores/audiencia-2013/audiencia-15.10/apresentacao-5>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011–2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. População Negra. Disponível em:<www.saude.gov.br/popnegra>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Painel de Indicadores do SUS – Temático Saúde da População Negra. Brasília, v.7, n.10, 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.063 de 23 de julho de 2015. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do anexo a esta Portaria. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul. 2015. Nº 140, Seção 1, pág. 39.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 14 maio. 2009. Nº 90 Seção 1, pág. 31-32.

BRASIL. Resolução Nº 2, de 2 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set. 2014. Nº 169 Seção 1, pág. 56-57.

CAMPOS, L. C. P. Saúde da População Negra na rede social: reflexões sobre os discursos. 2015. 15 p. Localizado em: Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP, Ministério da Saúde.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 47-55, São Paulo, 2006.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

DYE, T. R. Policy Analysis: What governments do, why they do it and what difference it makes. **Alabama: The University of Alabama Press**, 1976.

GAPI-UNICAMP. Metodologia de análise de política pública. Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 29 de julho de 2016.

GUIMARÃES, J.R.S.; JANNUZZI, P. M. IDH, indicadores sintéticos e suas aplicações em políticas públicas: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Salvador, v.7, n.1, p. 73-90, 2005.

JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista do Serviço Público**, Brasília, 2005.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Rio de Janeiro, 2002.

JANNUZZI, P. M. Indicadores Sociais no Brasil. Editora Alínea. Campinas, SP, 2003.

PAPI, L. P.; MADEIRA, L. M.; BARCELLOS, Taciana. Construindo a prática do monitoramento e da avaliação na gestão pública municipal: a experiência da

assistência social na região metropolitana de Porto Alegre. Disponível em http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2015/VIII_Consad/070.pdf.

Acesso em: 31 de julho de 2016.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 2012.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. B. Análise de Política: Uma revisão da Literatura. **Cadernos Gestão Social**, v. 3, n. 1, p. 121-134, Salvador, 2012.

SOUZA, Celina et al. Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, Rio Grande do Sul, 2006.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R.W.S.; PAES-SOUSA, R. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Unesco, Brasília, 2006. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001485/148514por.pdf>>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

Marcela Iwano
Graduação em Psicologia (2011). Analista Técnica de Políticas Sociais
E-mail: marcelaiw@gmail.com