



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ISABEL QUINT BERRETTA

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL
PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2010**

ISABEL QUINT BERRETTA

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL
PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração: Planejamento e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Josimari Telino de Lacerda, Dr^a

Co-Orientadora: Prof^a Maria Cristina Marino Calvo Dr^a

FLORIANÓPOLIS (SC)

2010

“Modelo de avaliação da gestão Municipal para o planejamento de saúde”

AUTOR: **Isabel Quint Berreta**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

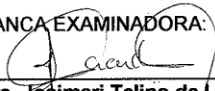
MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**



Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

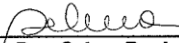
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda
(Presidente)



Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas
(Membro)



Profa. Dra. Selma Regina de Andrade
(Membro)



Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Dr^a Josimari Telino de Lacerda pelo carinho, responsabilidade, competência e paciência com que orientou este trabalho, e pelo aprendizado que a convivência com ela me proporcionou.

À Dr^a Maria Cristina Marino Calvo, co-orientadora sempre presente em momentos importantes, com sua extraordinária capacidade e paciência para ouvir, entender e auxiliar com o seu conhecimento a encontrar o caminho certo para o alcance dos objetivos do trabalho;

Ao Dr. Sérgio Freitas pelas contribuições importantes durante as aulas;

Aos professores do curso pelos conhecimentos adquiridos com cada um deles;

Aos colegas de turma com quem tive uma convivência muito especial.

Aos colegas de trabalho que me apoiaram e auxiliaram sempre que necessitei;

À Ângela Maria Blatt Ortiga, Gerente de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde, onde trabalho, que me apoiou e compreendeu as necessidades de me ausentar em alguns momentos, facilitando minha vida;

E especialmente a minha família que sempre procura entender a minha necessidade de dar mais um passo à frente na busca de conhecimento, com quem divido as horas boas e ruins sem nunca abrandar o amor que sinto por eles.

RESUMO

O nível municipal é a instância mais próxima da população e dos problemas de saúde que a atinge e, por isso, representa o alicerce da gestão para o planejamento em saúde. É dele a responsabilidade de ofertar os serviços, gerenciar os recursos e garantir a implementação do SUS. Neste contexto, o planejamento torna-se um importante instrumento de gestão para a organização, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde, e sua conformação reflete a capacidade do gestor agir de forma eficaz e eficiente. Este estudo desenvolveu um modelo de avaliação na perspectiva de verificar as condições que o gestor municipal oferece para a viabilização do planejamento em saúde. A pesquisa é de cunho metodológico e utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão da organização e do funcionamento da área delineado pelo PlanejaSUS e as responsabilidades do nível municipal previstas no Pacto de Gestão. A validação dos indicadores e medidas utilizou a técnica de consenso, com a participação de profissionais especialistas em planejamento e em avaliação. O modelo é composto por duas dimensões avaliativas e reflete o compromisso do gestor municipal com a estruturação do planejamento expresso por recursos materiais, humanos e de informação, e com a garantia de relações intra e interinstitucionais necessárias ao desenvolvimento das atividades do setor. A dimensão Garantia dos Recursos apresenta três sub-dimensões e sete indicadores. A dimensão Garantia das Relações possui três sub-dimensões e cinco indicadores. O teste de aplicabilidade do modelo foi realizado em 271 municípios de Santa Catarina, e a análise orientou-se pelo porte populacional com uso do teste Qui-quadrado de tendência. O modelo mostrou viabilidade de uso em municípios de diferentes portes populacionais. Três indicadores demonstraram variações significativas, justificáveis em função das distintas conjunturas dos municípios de diferentes portes.

Palavras chaves: avaliação em saúde, gestão, planejamento.

ABSTRACT

The municipal level is the closest instance of the population and health problems that affects and, therefore, represents the cornerstone of management for health planning, it is the responsibility of offering services, manage resources and ensure the implementation of SUS. In this context, planning becomes an important management tool for organizing, monitoring and evaluation of the health system, and its form reflects the manager's ability to act effectively and efficiently. This study developed a model of evaluation, in terms of verification of the conditions that the city manager provides for the viability of health planning. It is a methodological research and used the theoretical framework of health planning, the understanding of the organization and operation of area delineated by PlanejaSUS and the responsibilities at the municipal level under Management Pact. The Validation of the indicators and measures used the technique of consensus, with the participation of specialists in planning and evaluation. The model consists of two evaluative dimensions and reflects the commitment of the municipal manager with the structure of the planning expressed by material resources, human and information, and ensuring intra-and inter needed to develop the sector's activities. The Dimension Guarantee of Resources has three sub-dimensions and seven indicators. The Dimension Guarantee of Relations has three sub-dimensions and five indicators. The test of applicability of the model was conducted in 271 municipalities of Santa Catarina, and the analysis was guided by the population size using Chi-square trend test. The model proved feasibility of use in cities of different population sizes. Three indicators showed significant changes, justifiable on the basis of different conjunctures of the municipalities of different sizes.

Key words: health evaluation, management, planning

LISTA DE SIGLAS

CCPS/ OPAS - Centro Panamericano de Planificação em Saúde/Organização Panamericana de Saúde
CENDES/UCV - Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA - Lei Orçamentária Anual
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – SUS - Norma Operacional Básica do SUS
NOB/RH/SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OIT - Organização Internacional do Trabalho
ONU - Organização das Nações Unidas
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PlanejaSUS - Sistema Nacional de Planejamento do SUS
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS - Secretaria Municipal da Saúde
SPT/2000 – Saúde Para Todos no ano 2000
SUS - Sistema Único de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Parte 1

Quadro 1 – Fundamentos legais do Sistema de Planejamento do SUS-PlanejaSUS	28
Quadro 2 – Campos de avaliação e critérios relacionados, segundo Silva	37

Parte 2

Figura 1 – Modelo teórico/lógico de avaliação da Eficácia da Gestão Municipal para o planejamento em saúde	50
Figura 2 – Matriz Avaliativa da Gestão Municipal para o planejamento em saúde	52
Quadro 3 – Proposta de classificação da eficácia da gestão segundo seus indicadores, sub-dimensões, dimensões e gestão.....	58
Tabela 1 – Avaliação da Eficácia da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde segundo porte populacional dos municípios.....	59
Tabela 2 – Avaliação da eficácia da gestão segundo indicadores, sub dimensões, dimensão e gestão	61

SUMÁRIO

PARTE 1

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Gestão Pública de Saúde.....	16
3.2 Planejamento em Saúde	18
3.2.1 Aspectos Conceituais	18
3.2.2 Aspectos históricos.....	20
3.2.3 O Planejamento no Sistema Único de Saúde	24
3.2.3.1 Pacto pela Saúde	26
3.2.3.2 Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS ...	27
3.3 Avaliação	29
4 METODOLOGIA	40
4.1 Tipo de estudo.....	40
4.2 Construção do Modelo.....	40
4.3 Eleição de Indicadores	41
4.4 Validação dos Indicadores	41
4.5 Teste de Aplicabilidade do Modelo	42
4.6 Implicações Éticas	43

PARTE 2

ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	44
---------------------------------	----

PARTE 3

CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE.....	77
ANEXOS.....	88

*Catálogo na fonte elaborado pela Biblioteca Universitária da Universidade
Federal de Santa Catarina*

B533m Berreta, Isabel Quint

Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento
em saúde / Isabel Quint Berreta ; orientadora Josimari Telino de
de Lacerda. – Florianópolis, 2010.

112 p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa
Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

1. Saúde – planejamento. 2. Gestão municipal – avaliação. I.
Título

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Este documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Atendendo às normas do curso, o presente trabalho está apresentado em três partes:

- Parte 1: Projeto de pesquisa apresentado em exame de qualificação, revisado e complementado a partir das sugestões da banca examinadora, incluindo introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia e referências bibliográficas.
- Parte 2: Artigo inédito, formatado e encaminhado para uma revista especializada na área, apresentando os resultados da pesquisa. Nesse trabalho optou-se pela revista Cadernos de Saúde Pública cujas normas estão apresentadas no Anexo A.
- Parte 3: Considerações finais.

PARTE 1

MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Os ditames constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos a partir da Constituição Federal de 1980, preconizam a descentralização das ações e serviços de saúde com redistribuição de responsabilidades entre os três níveis de governo como uma de suas diretrizes organizativas.

Os avanços graduais da descentralização ao longo dos 20 anos da existência do SUS implicam na sustentação de gestão descentralizada, articulada, cooperativa e solidária entre as esferas de governo, que possibilite manter a unicidade do sistema. Isto configura um grande desafio para os gestores em todos os níveis. Em nível federal e estadual os desafios se apresentam principalmente pela grande diversidade epidemiológica dos municípios, com grandes desigualdades e necessidades regionais diferenciadas. Outro aspecto refere-se à diversidade político-administrativa dos entes municipais brasileiros, com cerca de 90% apresentando menos de 50 mil habitantes e 48% menos de 10 mil. Para os gestores municipais, principalmente nos municípios de pequeno porte, presume-se a dificuldade de organização do setor público de saúde com deficiência de infra-estrutura e de pessoal, o que compromete o exercício eficaz e eficiente de todas as áreas incluindo a área de planejamento, fundamental na conformação do SUS (BRASIL, 2006a).

A atividade de planejamento é considerada essencial à racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica. Por essa razão, desde 2005, o Ministério da Saúde tem se empenhado na implementação de um Sistema Nacional de Planejamento - PlanejaSUS - constituído de forma contínua, participativa, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Esta iniciativa reforça a convicção de que a atividade de planejamento representa uma participação técnica importante nas decisões políticas dos gestores da saúde (BRASIL, 2008).

A formulação, o gerenciamento e a avaliação permanente do processo de planejamento, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde é competência dos três entes federados. Todavia, o nível municipal constitui a base que fundamenta o planejamento de ações de saúde nos demais níveis de gestão.

O Ministério da Saúde introduziu mudanças importantes no processo de gestão do sistema da saúde ao regulamentar as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão por meio da Portaria 699/GM de 30 de março de 2006 (BRASIL 2006b). Tais mudanças favoreceram o atendimento das necessidades de saúde locais e elevaram as responsabilidades dos gestores. Frente a essas responsabilidades é importante que os gestores disponham de informações e análises que favoreçam sua reflexão sobre os modos de operar as atividades de planejamento. É necessário ter instrumentos que permitam responder a pergunta para a qual a pesquisa buscou esclarecimento: **Qual o empenho da gestão municipal para o desenvolvimento das atividades na área de planejamento em saúde?**

Neste contexto, a área da avaliação pode contribuir significativamente. Se realizada de maneira sistemática e orientada, a avaliação fornecerá informações relevantes e suficientes para o conhecimento e a compreensão de aspectos relacionados ao cumprimento de metas e objetivos propostos e auxiliará na tomada de decisão (MENDES e SERMAN, 2006).

O presente estudo teve como objetivo elaborar um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para a institucionalização e o fortalecimento da área de planejamentos nas secretarias municipais de saúde.

Os pressupostos que orientaram a escolha do objeto foram: a) o gestor municipal é responsável pela organização, estruturação e funcionamento do setor saúde; b) a área de planejamento é fundamental para a identificação de necessidades, definição de ações prioritárias e orientação da gestão; c) o uso da avaliação pode contribuir para a tomada de decisão e aperfeiçoar a gestão no processo de planejamento.

A motivação para desenvolvê-lo se deu pela atuação da pesquisadora na área de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, onde vivencia cotidianamente as deficiências para o desenvolvimento das atividades na área. Outro aspecto foi o recente empenho do Ministério da Saúde através do PlanejaSUS, em conhecer a realidade da área de planejamento nos estados e municípios com o objetivo de sua institucionalização e fortalecimento em todo o território nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Desenvolver um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um modelo lógico para avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde
- Eleger indicadores aplicáveis à gestão municipal para o planejamento em saúde;
- Validar os indicadores junto à especialistas em planejamento e avaliação;
- Testar a aplicabilidade do modelo de avaliação em municípios de diferentes portes populacionais de Santa Catarina.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Gestão Pública de Saúde

Administrar significa identificar os objetivos da organização e transformá-los por meio de planejamento, organização, direção e controle de ações para o seu alcance. Desenvolve-se por meio de um processo constituído por essas funções administrativas, que ocorrem de forma integrada, contínua e recorrente, operando sobre as pessoas e os recursos que a organização dispõe, necessários à realização das ações (CHIAVENATO, 2002a). O planejamento representa a primeira das quatro funções administrativas por ser a atividade que determina de forma antecipada quais objetivos deverá atingir, detalhando para tanto o que deve ser feito, como, quando e em que seqüência de atividades (CHIAVENATO, 2002b). Uma organização é entendida como uma combinação intencional de pessoas e tecnologias com o propósito de atingir objetivos, podendo se classificar desta forma tanto uma empresa como um departamento ou uma divisão dentro de uma organização maior (HAMPTON, 1992).

A Administração ou Gestão Pública é, portanto, o cumprimento das funções administrativas sobre os serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007a).

Entre as áreas de atuação da Administração Pública encontra-se a da saúde. No Brasil, ao conjunto de ações e serviços de saúde prestados diretamente por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou por contratos e convênios com estes, cuja função é cumprida de forma compartilhada dá-se o nome de Sistema Único de Saúde- SUS (BRASIL, 2007a).

A criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, fundamentada na concepção de saúde como um direito de cidadania, trouxe avanços importantes ao reconhecer o direito de acesso aos serviços e ações de saúde de forma universal e igualitária. O artigo constitucional 198 define o sistema de saúde como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização da atenção à saúde, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade. Para atender tais diretrizes e com a finalidade de programar os recursos financeiros

necessários à execução das atividades de saúde, foram estabelecidos, instrumentos de planejamento da gestão, igualmente inerentes a outros setores da administração pública: o Plano Plurianual – PPA e a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. O PPA é responsável por definir as diretrizes e metas da administração pública com relação a despesas enquanto a LDO tem o objetivo de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais – LOA que englobam toda a programação de gastos da administração pública.

O detalhamento dos princípios que regem o SUS foi explicitado por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira trata da organização, direção e gestão do SUS; define a competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e participação complementares dos serviços privados; da política de recursos humanos e dos recursos e gestão financeira, do planejamento e do orçamento. A segunda dispõe sobre a forma de participação da comunidade na gestão do SUS com a determinação da criação de duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde e de Fundos de Saúde para as transferências de recursos financeiros intergovernamentais.

Para atender a diretriz de descentralização da atenção à saúde, a proposição de constituir um sistema nos moldes de uma rede única, regionalizada e hierarquizada implicou em mudanças nas relações de poder político e divisão de responsabilidades entre os distintos níveis de governo, cabendo aos gestores a responsabilidade de concretização dos princípios estabelecidos pela Constituição em seu âmbito de competência (Brasil, 2007b).

A gestão do SUS de forma descentralizada teve impulso nos anos noventa por meio das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo MS, resultantes de pactuações entre gestores das três esferas de governo e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas normativas constituíram instrumento para a operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde e para a organização da gestão descentralizada (BRASIL, 2007a).

A NOAS representou um marco importante para a descentralização com a proposta de estruturação de redes em um sistema de saúde integrado regionalmente. Esse processo avançou através de debates que buscam o aprimoramento da reorganização do modelo de atenção e para a orientação do processo de regionalização, que hoje é regido pelo Pacto pela Saúde. A partir do Pacto pela Saúde, uma das

responsabilidades gerais de gestão compartilhada pelas três esferas de governo é de coordenar a configuração da rede regionalizada de atenção à saúde.

O conceito de gestão do SUS é entendido como a atividade de comando sobre o sistema de saúde nas instâncias federal, estadual e municipal, enquanto o conceito de gerência é entendido como a administração de um órgão ou unidade de saúde tais como: ambulatório, hospital, instituto etc., caracterizados como prestadores de serviços do SUS. Os gestores do SUS são, por consequência, o Ministro da Saúde, os Secretários de Estado da Saúde e os Secretários Municipais de Saúde, cuja função se efetiva através do cumprimento das atividades de planejamento, coordenação, articulação, monitoramento, avaliação, regulação e controle da política pública de saúde, de forma contínua, organizada e sistematizada (BRASIL, 2007a).

Para Souza (2002) os gestores têm dois âmbitos de atuação: o político e o técnico. No político seu dever é concretizar a saúde como direito de cidadania, norteadada pela compreensão de saúde como direito e pelo interesse público. Consolida-se pela interação com representantes dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; com prestadores de serviços; profissionais e usuários. Destaca nesse contexto a importância das instâncias de negociação e deliberação do SUS como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT), e os colegiados de participação popular. A atuação técnica se consolida pelo exercício das funções gestoras que ele descreve em quatro grandes grupos: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; e prestação de serviços de saúde.

3.2 Planejamento em Saúde

3.2.1 Aspectos conceituais

O planejamento em saúde tem sua origem no planejamento econômico e tem como pressupostos básicos: estar voltado para o futuro; visar objetivos determinados; implicar a existência de um sujeito, o que significa ter a participação central do estado na elaboração de planos e programas, e a escolha de caminhos ou ações alternativas (CASTIEL e RIVERA, 1985).

Cabe destacar o que Drucker (1962) refere sobre o planejamento não dizer respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes, corroborado por vários autores (MAXIMIANO, 2002; LACOMBE e HEILBORN, 2003; PAIM, 2006; OLIVEIRA, 2007). Maximiano (2002) entende o planejamento como uma ferramenta utilizada pelas pessoas e organizações para se relacionarem com o futuro. Futuro este que procuram influenciar por meio de decisões tomadas no presente. Para Lacombe e Heilborn (2003) o planejamento envolve a definição dos objetivos a serem alcançados e a decisão antecipada do que fazer para alcançá-los, definindo os aspectos de como, quando e quem fará. Em termos de ação coletiva, social e institucional, Paim (2006) ressalta a importância da utilização do planejamento. Para ele, planejar é pensar a ação de forma antecipada, o que oferece uma alternativa à improvisação. Argumenta que a definição clara de objetivos e compromissos assumidos de forma compartilhada socializa a prática de planejamento, reduz a alienação, permite a realização do trabalho de forma consciente e facilita o acompanhamento das ações. Entende o planejamento como uma prática social, por ser um processo que busca a transformação de uma determinada situação.

Segundo Oliveira (2007), o propósito do planejamento pode ser definido como o desenvolvimento de processos, técnicas ou atitudes administrativas que permitam avaliar as consequências futuras de decisões presentes e influenciá-las. Assim, defende que o exercício sistemático de planejamento potencializa o alcance dos objetivos, por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. O autor chama a atenção para o fato de que planejar é uma atividade complexa por ser um processo contínuo de pensar o futuro, o que implica em tomada de decisão permanente, dentro de um contexto que sofre influências constantes. Refere que sua riqueza está no processo de análise de uma realidade, que permite a identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Isto envolve modos de pensar a realidade, questionamentos para melhor compreendê-la e um processo de decisão continuado sobre o que, como e quando fazer, quais os responsáveis pelas ações e os custos envolvidos.

3.2.2 Aspectos históricos

A primeira proposta de planejamento na área social surgiu na Rússia em 1917, expressa na elaboração do “Plano Setorial Nacional de Eletrificação” como forma de estabelecer alocação de recursos, produção e distribuição de bens e serviços de forma igualitária quando da tentativa de organizar uma sociedade dentro de padrões socialistas (PAIM, 2006).

Nas sociedades capitalistas com fundamento nas leis de mercado livre, o planejamento só ocorreu após a crise econômica mundial dos anos 30 na Inglaterra, quando John M. Keynes, economista inglês, propôs um plano estatal como forma de reduzir a frequência e a intensidade das crises (GIOVANELLA, 1991).

Na Europa, o planejamento só foi aceito após a II Guerra Mundial quando da elaboração do Plano Marshal, patrocinado pelos Estados Unidos, para a reconstrução da mesma. Com a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de seus componentes relacionados à saúde - Organização Mundial de Saúde (OMS), ao trabalho - Organização Internacional do Trabalho (OIT) e à educação - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), foi legitimado o uso do planejamento governamental (PAIM, 2006).

Na América Latina o planejamento surgiu a partir da década de 40, com a criação da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), organismo ligado à ONU, que tinha a incumbência de promover o desenvolvimento social e econômico dos países subdesenvolvidos. O objetivo da CEPAL ao instituir o planejamento era utilizá-lo como instrumento para romper a relação comercial existente entre os países capitalistas (industrializados, com produção diversificada) e os países ditos periféricos (economia exportadoras de alimentos e matérias primas) e promover o crescimento do produto nacional através da industrialização (GIOVANELLA, 1991).

Inicialmente as propostas de planejamento eram voltadas para a economia e foram gradativamente ampliadas para a inclusão de setores sociais. Na saúde os primeiros programas surgiram a partir da década de 60, após a Reunião de Ministros do Interior, dos países das Américas em Punta del Este, quando foi elaborada a Carta de Punta del Este, que influenciou o lançamento do Programa Aliança para o Progresso, formulada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Responsável por assessorar os países na elaboração dos planos e definir

orientações para a elaboração do planejamento em saúde, a OPAS buscou a parceria do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES-UCV), para a elaboração de um método de planejamento denominado método CENDES/OPAS. Este método, fundamentado no paradigma da eficiência do uso de recursos, tornou-se referência obrigatória para o planejamento em saúde durante quase uma década na América Latina. Tinha como princípios a organização dos serviços e a ampliação da cobertura, que atendia a crise fiscal e o caráter privatista das políticas na área social (GIOVANELLA, 1991).

O fim dos anos 60 foi marcado pela ascensão de movimentos progressistas em vários países da América Latina, que defendiam maior participação nos processos decisórios. Este movimento culminou na elaboração do Plano Decenal das Américas, que reconheceu o direito universal à saúde por parte dos povos, reforçando o papel do estado na formulação de políticas setoriais, com a proposta de participação da população na organização e execução das ações de saúde (SANTANA org., 1997).

Em 1974, uma crise internacional provocada pelo aumento dos preços do petróleo promoveu mudanças no mercado financeiro internacional e teve como consequência para muitos países da América Latina o grande aumento da dívida externa. Neste panorama em 1975 foi publicado, pelo Centro Panamericano de Planificação em Saúde/Organização Panamericana de Saúde - CPPS/OPAS, o documento “Formulación de Política del salud”, considerado um salto qualitativo do âmbito da micro-economia para o âmbito político, abrindo o caminho para o desenvolvimento do atual enfoque estratégico do planejamento em saúde (SANTANA org., 1997). O pensamento estratégico aplicado ao planejamento teve como objetivo superar problemas inerentes à formulação normativa de planos, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e adotar um sistema em que não se consideravam outros atores (TANCREDI, BARRIOS E FERREIRA, 2002). Rivera e Artmann (1999) referem como o grande avanço do planejamento estratégico a abertura do diálogo entre os sujeitos do mesmo ato de planejar, tendo a questão da viabilidade política na posição de um papel central.

Giovanella (1990) compreende o enfoque estratégico enquanto formulações que rompem com a normatividade e admitem o conflito entre forças sociais que possibilitam a inclusão da análise e construção da viabilidade política no processo de planejamento. Cita três vertentes

elaboradas por autores latino-americanos: Mário Testa com a Formulação do Pensamento Estratégico, o Postulado de Coerência e a Proposta de Diagnóstico; Carlos Matus com a proposta do Planejamento Situacional; e a proposta da Escola de Medellín elaborada por Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea. Esses enfoques apresentam três pontos comuns: 1) reconhecem a existência de conflitos; 2) admitem o planejador como ator social do sistema planejado e aceitam a existência de mais de uma explicação diagnóstica; 3) pressupõem a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos (SANTANA org., 1997).

A contribuição de Testa se refere à formulação do pensamento estratégico amparado por muita reflexão durante todo o percurso de sua história, desde a participação na elaboração do Método CENDES/OPAS. Para ele o centro da problemática estratégica é o poder que é ou pode ser exercido na “ação consciente do povo que luta por liberdade”. Distingue dois eixos para considerar o poder: o dos resultados específicos e o dos tipos de poder (SANTANA org., 1997). O primeiro eixo faz relação entre o poder cotidiano e o societário que se articulam ao longo dos diversos espaços sociais. O poder cotidiano é o que se refere a “que” e “como” fazer as coisas. Articula-se com o poder societário porque o tipo de sociedade se constrói a partir dos mecanismos de dominações pessoais que evoluem para reproduzir a dominação de uma classe por outra. O segundo eixo se relaciona com o tipo de poder de que dispõe cada setor de atividade. Na saúde tem-se o poder técnico entendido como a capacidade de gerar, aprovar, e manipular informações de características diferentes; o administrativo que é o poder de apropriar-se e alocar recursos; e o poder político que é a capacidade de mobilização de grupos sociais na luta por suas necessidades. As formas como eles se relacionam define o caminho que será percorrido para construir um poder de classe.

Em “Postulado de Coerências”, Mario Testa, como o próprio nome já diz, refere-se à relação coerente que deve ser estabelecida entre os propósitos de uma instituição, os métodos utilizados para o seu alcance e como as instituições se organizam para alcançá-los (GIOVANELLA, 1990).

Ao propor um diagnóstico de saúde constituído pelos aspectos administrativos, estratégicos e ideológicos, Mario Testa teve a intenção de promover um conhecimento mais amplo sobre os problemas de saúde. O diagnóstico administrativo busca identificar e quantificar dados populacionais, epidemiológicos, de recursos financeiros e de

serviços. O diagnóstico estratégico se caracteriza pela análise das relações de poder no setor com o objetivo de identificar as desigualdades existentes nessas relações. O diagnóstico ideológico tem o objetivo de identificar os diversos grupos sociais com interesse em saúde e conhecer sobre suas práticas nesse campo. A intenção é que as propostas de ações de saúde sejam formuladas com a intenção de promover mudanças. Para tanto, devem ter como base a síntese diagnóstica resultante da análise das três dimensões propostas que identifica o espaço social de acordo com: sua estrutura de poder; os atores envolvidos no processo, seus interesses, sua força de poder e relações (GIOVANELLA, 1990).

O Planejamento Situacional de Carlos Matus surge da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Para tanto ele elaborou um método de planejamento em que ação, situação e ator formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser desencadeadas para o enfrentamento dos mesmos. Define quatro momentos a serem seguidos:

- O momento explicativo se refere a complexa tarefa de selecionar problemas e explicar com profundidade as causas de cada um e do conjunto dos mesmos. Por marcar a situação inicial do plano é um momento importante que deve contar com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam.

- O momento normativo se caracteriza pela elaboração do desenho de como deve ser a realidade. É o momento de estabelecer as operações que em diferentes cenários levam à mudança da situação inicial em direção à situação ideal. Deve, portanto estar centrada na eficácia direcional de suas operações, ou seja, promover a discussão cuidadosa da eficácia de cada ação em relação a situação objetivo, relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação.

- No momento estratégico são identificadas as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo. Relaciona-se à questão da viabilidade e, portanto aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo, que pode ser de ordem econômica, política, de capacidade organizativa e institucional. Considera também a análise dos atores envolvidos no processo e o grau de concordância e oposição dos mesmos.

- O momento tático-operacional é o momento decisivo em que toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta para proporcionar mudanças da realidade encontrada, com intuito de

melhorá-la (RIVERA, 1992). Implica em um processo de monitoramento das ações proposta e mudança/ajustes ao longo do processo.

Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea, ao elaborarem a proposta da Escola de Medellín, utilizaram como argumento para suas reflexões as estratégias e plano de ação para obter saúde para todos no ano 2000 nas Américas, conforme o documento SPT/2000. Para tanto propõem uma metodologia de planejamento a ser usada por segmentos da sociedade que adote a meta SPT/2000 e a estratégia de atenção básica, entendendo o planejamento como um processo que a partir da expectativa e da força social permite as mudanças aguardadas.

Percebe-se nos dias atuais a influência das formulações com os enfoques estratégicos de planejamentos propostos pelos quatro autores e a importância que eles representam para o avanço da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à sociedade.

3.2.3 O Planejamento no Sistema Único de Saúde

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde estimula os gestores a identificarem, selecionarem e elaborarem instrumentos que os auxiliem na condução da gestão. Essa prática contribui para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, na implementação de políticas de saúde.

O planejamento é a primeira função do processo administrativo e um importante instrumento de gestão a ser empregado pelos três níveis de governo no âmbito do SUS. Define os objetivos, organiza as ações a serem desenvolvidas, facilita o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos. É, portanto, fundamental para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o Sistema Único de Saúde e para tanto, compõe parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, ao regulamentar em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, inclui as questões relacionadas ao exercício do planejamento. Define que compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Esses terão em seu âmbito administrativo a atribuição de elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde que servirá de base para as atividades de programação em cada nível. Devem ainda elaborar a proposta orçamentária do SUS em conformidade com o Plano de

Saúde e promover a articulação das políticas e dos Planos entre os três níveis de governo (Brasil, 1990a). Determina que a alocação de recursos deva considerar o estabelecimento de prioridades baseado em padrões epidemiológicos. Explicita que as necessidades de saúde tenham sua origem nos municípios e que as ações para o seu atendimento sejam executadas pela gestão municipal. Justifica desta forma a orientação do planejamento a partir da base local, ascendendo para os outros níveis de gestão, ouvidos seus órgãos deliberativos.

O processo de planejamento em saúde pressupõe também o atendimento a outros preceitos constitucionais, entre eles a participação da comunidade no exercício dessa função pública, direito expresso nos termos da Lei. 8.142/90. Essa lei propõe a realização de Conferências de Saúde como instrumento de diagnóstico para o planejamento em saúde, e a criação dos Conselhos de Saúde. Cabe aos Conselhos atuarem como co-participantes na formulação da política de saúde e como órgãos fiscalizadores da execução das ações de sua consecução nos três níveis de governo. Determina a elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle e o acompanhamento das ações. A referida Lei orienta ainda sobre a obrigatoriedade da criação dos fundos para a transferência de recursos da União para estados e municípios (BRASIL, 1990b).

A partir dessas leis iniciou-se um processo de orientação para a descentralização do Sistema de Saúde, através da formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios. As Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) editadas durante a década de 90, e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) editada nas versões 2001 e 2002, constituem documentos fundamentais no processo de concretização da descentralização por induzir a reformulação das funções dos entes governamentais e a relação entre eles na gestão do sistema, incluindo o planejamento. Ao analisar as NOB dos anos 90 de forma contígua, Viana (2002) percebe um conjunto contínuo e subsequente de determinações, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento. O processo de descentralização da saúde pressupõe não somente a transferência de serviços como também de poder, recursos e responsabilidades aos municípios.

Nesse contexto, o planejamento passou a ser considerado um importante instrumento para o efetivo funcionamento do SUS. Uma política substantiva de descentralização, com foco no nível municipal e com abertura para o controle social, necessita da criação de estratégias

para a superação de desafios gerenciais do setor saúde. Entre as várias iniciativas tomadas para contribuir com o aperfeiçoamento da gestão encontram-se mais recentemente o Pacto pela Saúde e a conformação do Sistema de Planejamento do SUS- PlanejaSUS.

3.2.3.1 Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um instrumento recente para operacionalização do SUS e suas diretrizes estão publicadas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Esse Pacto, firmado entre os gestores, se estabelece em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida traduz o compromisso dos gestores em torno de prioridades que tenham impacto sobre a situação de saúde. São seis as prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto em Defesa do SUS refere-se ao trabalho dos gestores das três esferas de governo e de outros atores na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, bem como o desenvolvimento e articulação de ações no seu âmbito de competência com vistas a qualificar e assegurar o SUS como política pública. O Pacto de Gestão define claramente as responsabilidades sanitárias de cada instância gestora e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Considerando as grandes diferenças e iniquidades regionais, e, portanto a necessidade de avançar no processo de regionalização e de descentralização do SUS, esse pacto acelera a transferência das atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, e enfatiza a territorialização da saúde como base para a organização do sistema. Reforça a participação do controle social e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite.

A portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 descreve as orientações de implantação do Pacto pela Saúde e apresenta o Termo de Compromisso de Gestão. Esse documento explicita os acordos nas dimensões do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão com a definição de responsabilidades e atribuições inerentes a cada esfera de governo em relação a cada um dos eixos estabelecidos. Apresenta como pontos essenciais de pactuação para o planejamento: a cooperação entre as três

esferas de governo para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS; a revisão e/ou adoção e integração dos instrumentos de planejamento (planos, relatórios, programações) pelos três níveis de gestão e entre eles; a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; a conformação do sistema de informação; e a participação popular.

A legislação apresentada reforça a política de descentralização administrativa, conferindo maior poder ao gestor municipal, reforçando a tendência de reduzir a forma de planejar normativa e centralizada no nível federal e transferir ao nível municipal a responsabilidade de conferir a direcionalidade que o sistema necessita para produzir saúde.

3.2.3.2 Sistema de planejamento do SUS – PLANEJASUS

Apesar do empenho dos gestores do SUS para planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, e dos avanços obtidos nos 20 anos de implantação do Sistema, ainda são grandes as dificuldades enfrentadas. A insuficiência de um processo de planejamento em seu sentido amplo, com recursos humanos, técnicos e tecnológicos suficientes e qualificados, tem representado, entre outras questões, uma limitação para o enfrentamento das dificuldades. Faz-se necessário a adoção de medidas que viabilizem o aprimoramento das atividades de planejamento, como a definição de métodos e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, e provimento de infraestrutura para o desenvolvimento desta atividade (BRASIL, 2006a).

A proposição de organizar um sistema de planejamento em saúde ocorreu em 2003 quando um grupo consultivo *ad hoc*, durante a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), identificou dificuldades para a gestão, monitoramento e avaliação do mesmo. A idéia, apoiada pelo Ministério da Saúde, teve continuidade com a realização de debates regionais envolvendo profissionais de planejamento de todas as Unidades Federadas, com o objetivo de identificar as bases para a organização e funcionamento do referido sistema. As propostas que subsidiaram as discussões nasceram de um esforço conjunto do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2006c).

A organização do PlanejaSUS tem suas proposições construídas coletivamente e seu objetivo é coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Regulamentado desde 1º de dezembro de 2006, o Sistema de Planejamento está pautado em documentos legais apresentados no quadro 1.

O PlanejaSUS fica legalmente representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento nas três esferas de governo. Pressupõe que sua realização ocorra de forma a contemplar as necessidades locais com articulação para promover o fortalecimento e a consolidação dos objetivos e das diretrizes do SUS. Para tanto deve considerar os determinantes e condicionantes de saúde, promover a participação social e a integração intra e inter setorial. Fica determinado ainda que a pactuação das bases funcionais do planejamento deverá ser feita de forma tripartite, incluindo o monitoramento e a avaliação.

Quadro 1 – Fundamentos legais do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS.

Documentos Legais	Conteúdo
Portaria 3.085/GM, de 1 de dezembro de 2006.	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, estabelece seus pressupostos e objetivos, propõe a instituição de incentivo financeiro para a implementação do mesmo e define os instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento.
Portaria 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.	Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
Portaria 1.229/GM, de 24 de maio de 2007.	Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório de Gestão Anual dos três entes federados.
Portaria 1885/GM de 16 de setembro de 2008.	Institui incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido anualmente, de forma automática, aos Fundos de Saúde e em parcela única.

Fonte: Brasil, 2009

Estão definidos como instrumentos básicos de gestão de planejamento o Plano de Saúde, a respectiva Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. As orientações gerais que

determinam sua elaboração conferem maior solidez ao processo de planejamento. Tais aspectos devem ser compatíveis com os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) em cada esfera de governo (BRASIL, 2006 d).

O Plano de Saúde representa o instrumento que, a partir de uma análise situacional, permite a identificação de problemas e a orientação de prioridades. Traduz as intenções e os resultados que deverão ser atingidos no período de quatro anos sob forma de objetivos, diretrizes, e metas. Sua formulação ascendente é um mecanismo importante para assegurar a unicidade do sistema e a participação popular. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que traduz os objetivos, diretrizes e metas do Plano. Apresenta as ações e metas anuais e os recursos para operacionalizar o Plano, como também os indicadores para o acompanhamento de sua execução. O Relatório Anual de Gestão constitui o documento de comprovação da aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. É o documento que apresenta os resultados da execução das ações definidas na Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2006d).

A recente instituição de incentivo financeiro de repasse anual e sistemático para implementação do Sistema de Planejamento do SUS nos estados, através da Portaria 1885/2008, apresenta-se como uma importante medida para promover a redução das desigualdades regionais voltado para o desenvolvimento da capacidade técnica para as ações de planejamento.

As orientações definidas pelo PlanejaSUS e pelo Pacto de Gestão avançam para que o planejamento responda efetivamente às necessidades do Sistema de Saúde e às demandas que se impõem continuamente aos gestores. Portanto cabe aos gestores reconhecê-lo como instrumento estratégico para a gestão e assegurar condições mínimas para o seu funcionamento, aderindo e cumprindo as pactuações como forma de conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.

3.3 Avaliação

A avaliação se desenvolveu a partir da intervenção do estado nas políticas sociais após a Segunda Guerra Mundial. A necessidade de destinar recursos de forma eficiente em áreas sociais como educação,

assistência social e saúde, induziu o desenvolvimento dos primeiros métodos de avaliação no âmbito da gestão pública (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A área da educação foi uma das pioneiras na utilização de métodos de avaliação. Teve inicialmente a preocupação de medir o rendimento escolar e utilizava testes aos quais atribuíam valores numéricos ao desempenho, com o intuito de aprovar ou reprovar o aluno. O processo de avaliação escolar obteve avanços significativos com a incorporação da emissão de “juízo de valor” (CALVO e HENRIQUE, 2006).

A avaliação em saúde é entendida como um processo crítico-reflexivo, e, portanto contínuo e sistemático sobre as ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, que deve definir sua temporalidade de acordo com o âmbito em que ela se estabelece (BRASIL, 2003).

Contandriopoulos et al. (1997) conceituam a avaliação como um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre os elementos que a compõem. Consideram como intervenção o conjunto dos meios físicos, humanos e financeiros, arrançados em uma circunstância específica, em um dado momento, com o objetivo de produzir bens e serviços que possibilitem alterar uma situação indesejável. Por considerarem o envolvimento de vários atores na avaliação, chamam a atenção para a necessidade de considerar os objetivos desses atores no processo, cujos interesses são distintos e normalmente subentendidos num processo de avaliação.

Para Tanaka (2006) a avaliação é um processo sistemático que emprega técnicas de medir, comparar, emitir juízo de valor para a tomada de decisão, que na sua concepção significa competência para mobilizar recursos físicos, materiais ou de qualquer outra natureza. Considera como questões essenciais para a avaliação a identificação cuidadosa sobre quem é o interessado na avaliação e fará uso de seus resultados. Corroborando com esta idéia, Calvo e Henrique (2006) esclarecem que processo de avaliação envolve diversos atores que compartilham responsabilidades mediadas por relações de poder, e que trazem consigo concepções e práticas de saúde diferenciadas, para quem as motivações para a prática da avaliação podem conter intenções distintas. Os objetivos da avaliação podem estar vinculados a diferentes conceitos como controle, supervisão, planejamento ou decisão. Seus enfoques podem variar desde o cuidado individual aos sistemas mais complexos de saúde e considerar diferentes racionalidades

(administrativa, sanitária, política e econômica). Por estar a serviço de interesses tão variados, as autoras sugerem que ao se pensar um processo de avaliação deve-se assegurar a participação democrática dos envolvidos bem como considerar alguns elementos de reflexão como, a quem interessa a avaliação, avaliação do que, avaliação para que e como avaliar. Essas questões reforçam a idéia de Tanaka (2006) e Contandriopoulos et al. (1997), pois remetem à compreensão de que o resultado da avaliação é influenciado pelos valores e motivações dos envolvidos, pelas concepções e práticas de saúde, pelos parâmetros e critérios adotados, e pelos aspectos do objeto avaliado.

O objetivo da avaliação para Contandriopoulos et al. (1997) é ajudar na tomada de decisão. Classificam os objetivos oficiais de uma avaliação em quatro tipos: *estratégicos* quando a finalidade é auxiliar no planejamento de uma intervenção; *formativos* quando o objetivo é fornecer informação para auxiliar no aprimoramento de uma intervenção durante sua execução; *somativos* quando a intenção é determinar os efeitos da intervenção para tomar decisão sobre mantê-la, modificá-la ou interrompê-la e *fundamental* quando o intuito for contribuir para aprimorar o conhecimento para construção teórica.

Furtado (2006), ao discorrer sobre a existência da grande quantidade de autores que apresentam distintos recortes para classificar modelos e abordagens de avaliação, sugere que a razão desta profusão se deva ao fato de a avaliação não ser exatamente uma ciência ou uma disciplina e sim um campo de atuação que faz uso de métodos de pesquisa das ciências sociais e que podem sofrer influencia de acordo com as áreas no interior das quais ocorre. A depender da área em que se realiza (saúde, educação, administração ou assistência social), a implicação sobre o referencial teórico, e formas como serão coletados e analisados os dados promovem a conformação de modelos avaliativos com particularidades específicas de cada área.

O aumento pelo interesse da avaliação na última década gerou uma grande diversidade conceitual e metodológica. As inúmeras iniciativas para instituir modelos possíveis de avaliação revelam que, de um modo geral e em saúde especificamente, os modelos assumem características próprias e diferentes para cada enfoque ou área em que é aplicada. Isso demanda cuidado especial na definição de técnicas e indicadores para que se ajustem às especificidades do objeto avaliado (FURTADO, 2006). Cohen (1993) apresenta os tipos de avaliação de acordo com três diferentes aspectos de abordagem. O primeiro, em função do tempo em que se realiza. A depender dos objetivos que

almejam alcançar, refere que as avaliações podem ser de dois tipos: Avaliação *ex-ante* e *ex-pos*. A avaliação *ex-ante* é realizada anteriormente ao início da execução de um projeto para sustentar a tomada de decisão de implementá-lo. Geralmente são utilizadas as metodologias de análise de custo-benefício e análise de custo-efetividade. A avaliação *ex-post* é utilizada para distinguir a situação de projetos que estão sendo executados daqueles que já foram concluídos, buscando elementos que apóiem a decisão de prosseguimento do projeto ou de modificação do mesmo. O segundo, em função de quem realiza a avaliação. Sob este aspecto o autor distingue quatro tipos de avaliação. A *externa*, que é realizada por pessoas alheias à organização. Este tipo de processo avaliativo tende a valorizar os métodos em detrimento do conhecimento substantivo da área avaliada. A *interna* ocorre dentro da organização e deve ser realizada por pessoas que não estão diretamente envolvidas com a execução do projeto. Pressupõe uma aproximação entre metodologia e o conhecimento relativo ao que está sendo avaliado. A avaliação *mista* pressupõe a combinação dos dois tipos mencionados acima mantendo um estreito contato com os membros do projeto sob avaliação. A avaliação *participativa* busca minimizar a distância entre os avaliadores e beneficiários da avaliação, que pode ser a própria comunidade. O último aspecto se refere aos destinatários da avaliação que podem ser: *os dirigentes* responsáveis pela definição das políticas, estabelecimento de prioridades e destinação de recursos; *os administradores* que tem a função de distribuir recursos para garantir os objetivos estabelecidos; e *os técnicos* que são responsáveis pelos aspectos operacionais.

Novaes (2000), com base na revisão de literatura da década de noventa sobre o desenvolvimento da avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde, selecionou algumas variáveis que norteiam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação e formulou características alternativas para cada uma delas. Para a variável “Objetivo da avaliação” foram criadas características de priorização das condições de produção ou utilização dos conhecimentos produzidos, podendo ser para *tomada de decisão* ou para *aprimoramento da gestão*. Para a variável “Posição do avaliador” foram definidas as características de *interno* ou *externo* ao objeto avaliado. Na variável “Enfoque priorizado” foram criadas as características *interno* - representativo de compreensão de um contexto, ou *externo* - representativo de quantificação/comparação de impactos de intervenções. A variável “Metodologia predominante” foi caracterizada

como qualitativa ou quantitativa; situacional ou experimental/quase experimental. Na variável “Contexto da avaliação” as características definidas foram *controlado* ou *natural*. Para a variável “Forma de utilização da informação produzida” as características foram demonstração/comprovação ou informação, e instrumentalização. Para “Tipo de Juízo formulado” foram criadas as características de comprovação/negação de hipóteses ou, recomendações ou normas. Por último a variável “temporalidade” foi caracterizada como *pontual corrente ou contínua*. A partir dessas variáveis e suas caracterizações, a autora elencou três tipos de avaliação em saúde: a Investigação Avaliativa, a Avaliação para Decisão e a Avaliação para Gestão.

A *Investigação Avaliativa* tem o objetivo de produzir conhecimento com enfoque priorizado no impacto de ações, voltados à demonstração das hipóteses iniciais que orientaram o processo, tendo a formulação de juízo de valor relacionada a esses mesmos pressupostos. É realizada comumente por instituições acadêmicas por iniciativa própria ou por encomenda das esferas públicas interessadas na avaliação em cujo processo de avaliação a posição do avaliador normalmente é externa. A Metodologia dominante nesse tipo de estudo é de natureza quantitativa com uma tendência atual também para a utilização da qualitativa. O contexto nesse tipo de pesquisa é normalmente controlado devido à valorização de garantir a máxima objetividade possível. Quanto à temporalidade é normalmente pontual, podendo, entretanto para efeito comparativo ser replicada temporal ou espacialmente.

Na *Avaliação para Decisão*, o objetivo dominante é que a avaliação se estabeleça como elemento para a tomada de decisão, cujo enfoque priorizado é de compreensão do objeto avaliado para identificação de problemas. O juízo de valor está voltado para recomendações de possíveis alternativas para a solução, com o processo realizado de forma pontual. A participação do avaliador interno é imprescindível no processo podendo ter avaliadores externos na coordenação do mesmo. A metodologia utilizada pode ser quantitativa e qualitativa de natureza situacional. O contexto para a produção da avaliação é natural.

Na *Avaliação para Gestão* está presente a intenção de geração de informações que contribuam para o melhoramento de uma condição dada. Para tanto o juízo de valor deve conter a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas com o intuito de contribuir para a garantia de seu desempenho. Nesse tipo de avaliação é necessária a participação do avaliador interno. O enfoque priorizado é o de caracterizar uma dada

condição e traduzi-la em medidas possíveis de serem quantificadas e replicadas. A metodologia dominante nesse tipo de estudo é a quantitativa, permitindo, entretanto a utilização da metodologia qualitativa, desde que seja possível padronizar seu uso. O desenho da avaliação se desenvolve em contexto natural sendo construído por meio da agregação de medidas representativas da totalidade.

Contandriopoulos et al. (1997) classificam a avaliação como *normativa* quando uma intervenção é examinada com base em critérios e normas existentes. Quando o propósito é examinar as relações entre os diversos componentes de uma intervenção por meio de um procedimento científico, classificam-na como *pesquisa avaliativa*.

Furtado (2006) ao discorrer sobre os tipos de avaliação propostos por Worthen et al., aborda quatro tipos de concepções centradas em formas de compreender e abordar a realidade. Na avaliação *centrada em objetivos* a informação que servirá para a tomada de decisão é obtida por meio da análise comparativa entre o que foi previsto e o que foi realizado. Na avaliação *centrada na administração* é limitado o processo ao interesse dos gestores, focalizando a necessidade das informações de interesse para quem toma a decisão. Esse dois tipos atendem aos interesses de quem tem o domínio sobre a tomada de decisão. A avaliação *centrada na experiência* e em especialistas é baseada na análise de quem detém o conhecimento sobre o objeto avaliado e a avaliação *centrada em grupos* de interesse, que tem a intenção de compreender a complexidade do objeto avaliado, considera as varias realidades e os múltiplos interesses dos envolvidos.

Os modelos de avaliação desenvolvidos ao longo dos anos por diversos autores no campo da saúde são relevantes para a tomada de decisão e potencializa o planejamento como instrumento de controle técnico e social dos serviços ofertados à sociedade (DESLANDES, 1997).

Um dos modelos mais empregados na área da saúde é o de Donabedian, constituído como uma tríade que estabelece como componentes da avaliação a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura se refere às características mais estabelecidas de como se organiza o serviço de atenção à saúde. O processo se refere fundamentalmente à forma como é prestado o serviço e os resultados são os efeitos obtidos pela atenção prestada na saúde de quem as recebe. A utilidade desta formulação se embasa na observação de que as características estruturais dos serviços influenciam no processo de atenção à saúde e esse na saúde dos indivíduos, e que o centro da

investigação da qualidade está no esclarecimento da relação que existe entre a estrutura e o processo e entre processo e o resultado (DONABEDIAN, 1986). Calvo e Henrique (2006) ressaltam que este modelo se apresenta apropriado para a área clínica, uma vez que segundo o autor pode sofrer distorções quando aplicado a outro tipo de serviço.

O modelo de Espigares, também bastante utilizado em saúde, é apropriado a avaliações voltadas para aspectos econômicos. A proposta inicialmente estruturada para avaliar hospitais, utiliza quatro fases do processo produtivo: alocação de insumos; geração de insumos intermediários; obtenção de produtos finais e produção de resultados (CALVO e HENRIQUE, 2006).

O processo de avaliação se inicia pela demarcação do objeto que se quer avaliar. A delimitação e compreensão do objeto são aspectos relevantes para o desenvolvimento da avaliação e precisam estar claramente evidenciado. Num primeiro momento é preciso identificar o nível de abordagem em que se insere o objeto. No campo da saúde as práticas mais selecionadas como objeto de avaliação são as que resultam de ações sociais como política, serviços e programas (Silva, 2005) Dada a diversidade de objetos não é possível haver uma homogeneidade dos processos de avaliação de suas técnicas e objetivos (Calvo; Henrique, 2006). Autores como Silva (2005) e Calvo e Henrique (2006) indicam os seguintes níveis de abordagem:

- das Ações – que corresponde à promoção, prevenção e cura. Nesse nível de abordagem a avaliação se refere aos aspectos de estrutura, processo e resultados.

- dos Serviços e estabelecimentos – que se refere às ações de maior complexidade, para o desenvolvimento de diversas ações de saúde, sendo adequadas as avaliação de insumos, produtos intermediários e finais e de resultados.

- dos Sistemas – que diz respeito ao nível mais complexo de organização para o que são utilizadas as avaliações de aspectos econômicos, técnicos, sociais e culturais.

No segundo momento é preciso identificar o referencial teórico que explica e define o objeto avaliado. Não se trata apenas de um desenho esquemático do objeto denominado objeto-modelo. Para Bunge (1974), sem uma teoria que o sustente o objeto-modelo por si só não auxilia muito o processo de investigação científica. É necessária a elucidação da teoria do objeto-modelo ou a elaboração do modelo teórico também denominado modelo lógico ou teórico-lógico. Seu

desenvolvimento se traduz como uma representação conceitual esquemática do objeto avaliado, com o esquadramento dos elementos que o compõe e de sua forma de operacionalização, estabelecendo as etapas necessárias ao processo de avaliação. Significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações (MEDINA et al. 2005).

Na seqüência, a avaliação requer a construção de uma matriz composta por critérios, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de informação utilizadas (MEDINA et al. 2005).

Para a utilização de qualquer tipo de avaliação, é necessária a identificação de critérios que permitam a aferição dos resultados e a emissão de juízo de valor. Para Silva (2005), a seleção de critérios de avaliação de desempenho, também tratada de acordo com cada autor como atributo ou característica, contribui para a definição do foco de avaliação. Refere a existência de uma enorme diversidade terminológica e polissemia conceitual e sugere o agrupamento desses critérios, com base no desenvolvimento de necessidades de serviços de saúde pelos indivíduos. Para tanto, relaciona diversos campos de avaliação e sua correspondência com critérios que considera relevantes para a avaliação de cada um deles (Quadro 2).

Para Costa e Castanhar (2003) apesar de normalmente utilizado para avaliação em saúde, o critério de eficiência não é o único nem o mais importante. Observa que a escolha do critério depende do aspecto que se quer avaliar e cita os critérios considerados mais comuns segundo o manual da Unicef:

- Eficiência - para medir a relação custo/benefício na obtenção dos objetivos estabelecidos;
- Eficácia - como medida do grau de atendimento dos objetivos e metas estabelecidos;
- Impacto - para determinar os efeitos positivos no ambiente externo que sofreu a intervenção considerando os aspectos técnicos, econômicos, sócio-culturais, institucionais e ambientais;
- Sustentabilidade - para medir a continuidade dos efeitos benéficos de uma intervenção após o seu término;
- Análise custo-efetividade - utilizado para verificar comparativamente projetos que atendam aos mesmos objetivos para selecionar o de menor custo.
- Satisfação do beneficiário - analisa o grau de satisfação do usuário em relação a qualidade do atendimento recebido.
- Equidade - avaliam em que grau está ocorrendo a distribuição equânime de atendimento das necessidades do usuário.

Quadro 2 – Campos de avaliação e critérios relacionados segundo Silva (2005).

Campos de avaliação	Crítérios
Relacionados com disponibilidade e distribuição social de recursos.	Cobertura; acessibilidade; equidade.
Relacionados com o efeito das ações.	Eficácia; efetividade; Impacto.
Relacionados com custo e produtividade das ações.	Eficiência.
Relacionados com adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigentes.	Qualidade técnico-científica.
Relacionados com adequações das ações aos objetivos e problemas de saúde.	Direcionalidade e consistência (análise estratégica).
Relacionados com processo de implantação das ações.	Avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo; Análise de implantação – estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, e o contexto e o efeito das ações.
Relacionados com características relacionais entre os agentes das ações.	Usuário X profissional (percepção dos usuários sobre as práticas); Satisfação dos usuários, (aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos); Profissional X profissional (relações de trabalho e no trabalho); Gestor X profissional (relações sindicais e de gestão).

Fonte: Silva, 2005.

Os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância, inicialmente propostos para a área da educação, podem ser utilizados em questões administrativas na saúde, por estarem voltados para a análise do uso racional de recursos, para o cumprimento de metas, e ao

atendimento das expectativas sociais e dos valores e aspirações culturais do ser humano da instituição (CALVO e HENRIQUE, 2006).

Em relação ao critério de eficácia, Calvo e Henrique (2006) o entendem como um atributo intrínseco, relacionado com a capacidade da instituição de alcançar as metas estabelecidas, sendo medida pelo alcance parcial ou total das metas. Já a efetividade é referida como um atributo extrínseco, podendo ser medido pelo impacto nos indicadores de saúde.

O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, realizou recentemente estudo de avaliação da gestão da atenção básica com a adaptação desses critérios para a área da gestão em saúde, definindo-os da seguinte maneira:

- Eficiência da gestão em atenção à saúde - Critério de desempenho econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à geração do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis. Em síntese trata-se da otimização do uso da capacidade instalada;
- Eficácia da gestão em atenção à saúde - Critério de desempenho político que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos de saúde e dos protocolos médicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde. Em síntese trata-se da realização das metas qualitativas e quantitativas;
- Efetividade da gestão em atenção à saúde – Critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento da atenção à saúde. Em síntese trata-se da maximização dos resultados;
- Relevância da gestão da atenção à saúde - Critério cultural que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS. Em síntese trata-se da maximização dos impactos.

Uma vez definido o critério passa-se à seleção e definição dos indicadores. Os indicadores são instrumentos que sintetizam um conjunto de informações que permitem observar e mensurar aspectos da realidade, verificar determinados fenômenos entre si ou ao longo de determinado tempo (KAYANO e CALDAS, 2002).

O indicador é considerado por Tanaka e Melo (2001) como um atributo de estrutura, processo ou resultado capaz de dar maior significado ao que se quer avaliar e devem ser estabelecidos de acordo com as dimensões de análise específicas ao objeto avaliado.

Para Malik e Schiesari (1998) a utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos, sendo utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. A definição e escolha deverão ser feitas por meio de consenso que garanta um mínimo de uniformidade.

Para construção e seleção de indicadores, é recomendado o atendimento de alguns pré-requisitos como os que seguem: a existência e disponibilidade de dados; as definições e procedimentos empregados para construir esses indicadores devem ser conhecidos, ter poder discriminatório de modo a possibilitar comparação entre localidades ou organizações diferentes, ou na mesma, em períodos distintos; ser de construção fácil, interpretação simples; refletir o maior número possível de fatores (LAURENTI et al., 1987).

Os indicadores devem ser apropriados a cada realidade, e sua escolha deve ser aprovada pelo grupo que irá fazer uso dele. Devem participar da seleção, especialistas reconhecidos e considerados legítimos em cada uma das áreas abordadas (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Para cada indicador é estabelecida uma medida, que representam versões mensuráveis dos indicadores, para permitir o dimensionamento dos resultados. Essa etapa justifica-se uma vez que a aplicação do critério, por constituir medida indireta, necessita ser expressa a partir de identificação ou quantificação dos resultados obtidos (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Na seqüência são definidos parâmetros para cada medida. A identificação de parâmetros é imprescindível, uma vez que com base neles é possível aferir a qualidade dos resultados obtidos por comparação com o que é preconizado como aceitável estabelecido com base em normas previamente estabelecidas, revisão de literatura ou pelo comportamento apresentado entre pares.

Por fim, as informações obtidas e qualificadas oferecem subsídios para apoiar o juízo de valor que poderá contribuir para promover o conhecimento e a compreensão sobre o objeto avaliado e auxiliar a tomada de decisão. Define-se, portanto uma escala para emissão de juízo de valor do objeto em análise e procede-se a avaliação.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo, cujo produto final proposto é um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde, classifica-se como uma pesquisa metodológica. De acordo com Tobar e Yalour (2001), pesquisa metodológica “é um tipo de estudo que se refere a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção na realidade”. A principal contribuição deste tipo de estudo é identificar caminhos e procedimentos para medições posteriores.

Quanto ao tipo de avaliação, a partir da classificação de Novaes (2000), caracteriza-se como Avaliação para Gestão por seu objetivo de disponibilizar um instrumento de aprimoramento da gestão, pelo posicionamento interno do avaliador, uma vez que a pesquisadora está vinculada a gestão do PlanejaSUS em nível estadual, e pela emissão de juízo se pautar em normas.

O critério avaliativo utilizado neste trabalho foi o de eficácia, que no contexto do objeto de estudo relaciona-se à capacidade da instituição em atingir as metas, atender às normas estabelecidas e por entender que é responsabilidade do gestor municipal de saúde, prover a instituição de capacidade técnica e tecnológica que possibilitem o pleno exercício do planejamento.

4.2 Construção do modelo

Para a construção do modelo foram utilizadas as referências teóricas do PlanejaSUS quanto às responsabilidades do gestor municipal na organização e funcionamento da área de planejamento. O PlanejaSUS tem o objetivo de coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS. Visa a institucionalização e o fortalecimento do planejamento para que exerça de maneira eficiente o seu papel e considera condições estratégicas para sua viabilização a disponibilidade de infra-estrutura e a atualização contínua nas técnicas e métodos de planejamento (BRASIL, 2006a). Uma das iniciativas centrais da coordenação do PlanejaSUS quando da sua implementação foi a realização de um levantamento, que permitisse o mapeamento e o perfil da atividade de planejamento em todo o território nacional (BRASIL, 2008). Aplicado a todos os municípios componentes das Unidades Federadas, o referido inquérito contemplou questões sobre identificação do município, inserção

organizacional, inserção no processo de gestão, adequação em termos de infra-estrutura e situação do pessoal alocado (Anexo B). Esses itens contribuíram substancialmente para o desenho do modelo teórico-lógico.

Também compuseram o modelo lógico questões referentes a responsabilidades do gestor municipal para a área de planejamento, definidas no Pacto de Gestão. São elas: elaborar os instrumentos básicos de planejamento e aprová-los no Conselho Municipal de Saúde; operar os sistemas de informação referentes à Atenção Básica, conforme as normas do Ministério da Saúde e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais existentes (Anexo C).

4.3 Eleição de indicadores

Após a construção do modelo lógico foram identificados e eleitos indicadores e medidas para a composição da matriz de avaliação.

A elaboração de indicadores para avaliação da gestão para o planejamento adotou o critério da eficácia, segundo proposto no Método de Avaliação da Gestão da Atenção Básica, desenvolvido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina em assessoria técnica à Secretaria de Estado de Santa Catarina (NEPAS, 2006). Para efeito deste estudo, a eficácia da gestão é entendida como um critério de desempenho político, que revela a habilidade do gestor em tomar decisões para o atendimento das metas estabelecidas em documentos que norteiam as ações de planejamento em saúde, no âmbito do SUS.

Foram utilizadas as designações *Ruim*, *Regular* e *Bom* para a emissão de juízo de valor, sustentados em parâmetros estabelecidos para cada indicador. Tais parâmetros se basearam em aspectos normativos estabelecidos legalmente e na revisão de literatura.

4.4 Validação dos indicadores

Buscou-se a validação dos indicadores e respectivas medidas por meio de técnica de consenso entre especialistas, baseada na técnica Conferência de Consenso (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005). Estratégias na busca de consenso entre especialistas, as técnicas de consenso têm sido utilizadas em vários campos do saber. Na saúde a sua aplicação tem apresentado bons resultados, principalmente nos estudos

de avaliação, para a definição de critérios, padrões e indicadores de avaliação de qualidade (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005).

Inicialmente foram selecionados os participantes mestres e doutores, entre técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina que atuam na área de planejamento, e doutores da Universidade Federal de Santa Catarina que atuam na área de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde. Após a aceitação para participarem das reuniões foi encaminhada uma proposta preliminar de matriz de avaliação. Foram realizados três encontros de quatro horas cada um, entre os meses de setembro e outubro de 2008, quando foram debatidos passo a passo os indicadores, suas medidas e parâmetros. Em decorrência das discussões estabelecidas nessas ocasiões, foram aprovados doze indicadores: sete para compor a dimensão *Garantia de Recursos* e cinco para a dimensão *Garantia das Relações*. As decisões foram tomadas por consenso entre os participantes e os ajustes e acertos necessários, foram realizados pela autora e orientadoras.

4.5 Teste de Aplicabilidade do Modelo

Para o teste de aplicabilidade do modelo foram utilizados dados secundários de natureza quantitativa e qualitativa, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Gerência de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As fontes de informação foram o inquérito realizado em 2007 pelo PlanejaSUS junto aos municípios catarinenses, o Relatório de Gestão Municipal de 2007 e a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sendo utilizados os Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e de Informação da Atenção Básica (SIAB), do mesmo período.

Em Santa Catarina 278 (95%) municípios responderam ao questionário do PlanejaSUS. Destes, sete foram descartados por não terem respondido a todas as perguntas, ou terem respondido de forma incompleta.

O teste foi aplicado em 271 municípios do estado de Santa Catarina, agrupados segundo porte populacional, considerando cinco escalas: Porte 1 (menos de 5.000 habitantes); Porte 2 (5.000 a 10.000 habitantes); Porte 3 (10.000 a 20.000 habitantes); Porte 4 (20.000 a 50.000 habitantes); Porte 5 (acima 50.000 habitantes).

Promoveu-se a análise descritiva dos dados com base no cumprimento de metas e objetivos estabelecidos. Essa análise verificou o nível de eficácia da gestão para o planejamento em saúde dos

municípios, através de classificação em relação aos parâmetros de desempenho apresentados. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas e o comportamento segundo porte populacional analisado pelo teste de Qui-quadrado de tendência.

4.6 Implicações Éticas

O estudo fez uso de dados secundários, com informações sobre ações de gestão, sem identificação de sujeitos, não implicando aspectos que exigissem a apreciação e aprovação em Comitê de Ética.

PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Título: Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde

Título em inglês: Assessment Model of Municipal Management for Health Planning

Título corrido: **Avaliação da Gestão de Planejamento**

Autores:

Isabel Quint Berretta¹

Josimari Telino de Lacerda²

Maria Cristina Marino Calvo²

1 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública –
Universidade Federal de Santa Catarina

2 Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública – UFSC

Endereço para correspondência:

Isabel Quint Berretta

Rua Mal. Arthur da Costa e Silva n 44 – Coqueiros

Florianópolis - SC – CEP: 88680-85

E-mail: berretta@saude.sc.gov.br

RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da eficácia da gestão municipal para o planejamento em saúde. Trata-se de pesquisa metodológica cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão de organização e funcionamento delineado pelo PlanejaSUS em sua pesquisa nacional de 2007, e definições de responsabilidades para a área em nível municipal do Pacto de Gestão. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso, com especialistas em planejamento e avaliação. Sua aplicabilidade foi testada em 271 municípios de Santa Catarina, considerando porte populacional. O modelo proposto tem duas dimensões avaliativas, que refletem o compromisso do gestor municipal com o planejamento: a garantia de recursos e de relações internas e externas necessárias ao desenvolvimento das atividades. Os dados foram analisados com a utilização de 12 indicadores, 6 sub-dimensões e 2 dimensões e demonstrou a viabilidade e adequação do modelo para avaliar o desempenho da gestão municipal para o planejamento em saúde.

Palavras-chave: avaliação em saúde, gestão, planejamento, eficácia.

ABSTRACT

This paper presents an evaluation model of the effectiveness of municipal management for health planning. It's a methodological research where the construction of the evaluated matrix used the theoretical framework of health planning, understanding the organization and operation outlined by PlanejaSUS in its national survey of 2007, and definitions of responsibilities for the municipal area of Management Pact. The indicators and measures were validated by consensus technique with experts in planning and evaluation. Its applicability was tested in 271 municipalities of Santa Catarina, considering population size and using chi-square trend test. The proposed model has two evaluative dimensions, which reflect the commitment of the city manager with the planning: the guarantee the structuring and of internal and external relations to the institution necessary for the development of activities. The data analysis was performed according to 12 indicator, 6 sub-dimensions and 2 dimensions, and in an integrated manner demonstrating the feasibility and appropriateness of the model to evaluate the performance of municipal management for health planning.

Key words: health evaluation, management, planning, effectiveness.

Introdução

O planejamento é um dos componentes do processo administrativo juntamente com as atividades de organização, direção e controle. Ele representa a primeira das quatro funções básicas administrativas, por determinar de forma antecipada os objetivos que a instituição terá que atingir, com o detalhamento do quê deve ser feito, como, quando e em que sequência as atividades devem ser realizadas¹. É uma atividade essencial à racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica em saúde.

Segundo a Lei 8080/90² compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Esses por sua vez terão que elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde que servirá de base para as atividades de programação em seu âmbito administrativo. Devem ainda elaborar a proposta orçamentária do SUS em conformidade com o Plano de Saúde e promover a articulação das políticas e dos Planos entre os três níveis de governo. A lei determina que a alocação de recursos deva considerar o estabelecimento de prioridades baseado em padrões epidemiológicos. Seguindo a premissa de que as necessidades de saúde têm sua origem nos municípios e que as ações para o seu atendimento sejam executadas pela gestão municipal, justifica a orientação do planejamento a partir da base local, ascendendo para os outros níveis de gestão, ouvidos seus órgãos deliberativos.

O processo de planejamento em saúde pressupõe também o atendimento a outros preceitos constitucionais, entre eles a participação da comunidade no exercício dessa função pública, direito expresso nos termos da Lei. 8.142/90³. Esta lei propõe a realização de Conferências de Saúde como instrumento de diagnóstico para o planejamento em saúde, e a criação dos Conselhos de Saúde para atuarem como co-participantes na formulação da política de saúde e como órgãos fiscalizadores da execução das ações de sua consecução nos três níveis de governo. Além disso, orienta sobre a obrigatoriedade da criação dos fundos para a transferência de recursos da União para estados e municípios e determina a elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle e o acompanhamento das ações.

A orientação para a descentralização do Sistema de Saúde ocorrida a partir destas leis iniciou-se através da formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios. As Normas Operacionais Básicas

da Saúde (NOB), editadas durante a década de 90, e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada nas versões 2001 e 2002, constituem documentos fundamentais no processo de concretização da descentralização por induzir a reformulação das funções dos entes governamentais e a relação entre eles na gestão do sistema.

A análise das NOB dos anos 90 permite a percepção de um conjunto contínuo e subsequente de determinações, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento⁴.

Os avanços obtidos no processo de descentralização de forma gradual ao longo dos 20 anos da existência do SUS implicam na sustentação de gestão descentralizada, articulada, cooperativa e solidária entre as três esferas de governo, que possibilite manter a unicidade do sistema. Isto configura um grande desafio para os gestores em todos os níveis, ao considerar o enfrentamento de temas importantes como as acentuadas desigualdades e especificidades dos problemas regionais existentes no País. Em nível federal e estadual os desafios se apresentam principalmente pela grande diversidade dos municípios, o que confere um perfil epidemiológico complexo, com grandes desigualdades e necessidades regionais diferenciadas. Para os gestores municipais, principalmente aqueles de pequeno porte, a dificuldade se inicia pela precária organização da área de planejamento, com deficiência de infraestrutura e insuficiência numérica e qualificada de pessoal⁵.

O Ministério da Saúde, ao regulamentar as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, e do Pacto de Gestão por meio da Portaria 699/GM de 30 de março de 2006, introduziu mudanças importantes no processo de gestão do sistema da saúde que favoreceu o atendimento das necessidades locais de saúde, elevando a responsabilidade dos gestores⁶.

A implementação de um Sistema Nacional de Planejamento constituído em formato de atuação contínua, participativa, integrada e solidária entre as três esferas de governo, denominado PlanejaSUS, com o objetivo de coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, visa a institucionalização e o fortalecimento do planejamento para que exerça de maneira eficiente o seu papel. Considera como condições estratégicas para sua viabilização a disponibilidade de infra-estrutura e a atualização contínua nas técnicas e métodos de planejamento⁵. Esta iniciativa reforça a convicção de que a atividade de planejamento deve ter uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores da saúde⁷.

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e federação quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações, que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisão para ajustá-las às necessidades do SUS.

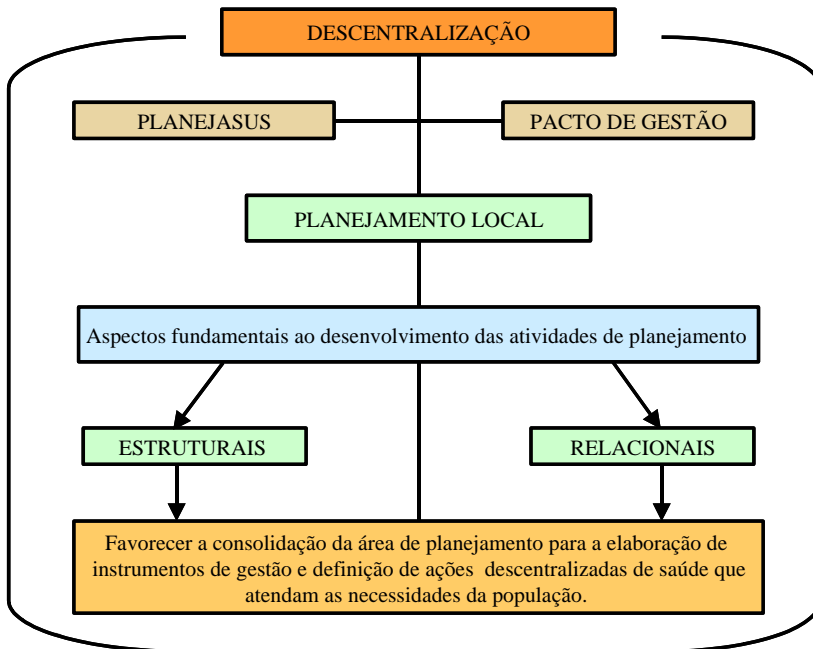
Considerando que o gestor é responsável pela organização, estruturação e funcionamento do setor saúde e que a área de planejamento é fundamental para a elaboração dos instrumentos que expressam os resultados decorrentes do processo de planejamento, o presente estudo teve como objetivo propor um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde com o intuito de produzir informações que contribuam para a institucionalização e o fortalecimento da área de planejamentos nas secretarias municipais de saúde.

Metodologia

O estudo classifica-se como uma pesquisa metodológica⁸, cujo produto final foi um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde, com a finalidade de disponibilizar um instrumento de aprimoramento da gestão.

Os documentos que fundamentaram a construção teórica do modelo foram o PlanejaSUS e o Pacto de Gestão. A seleção de indicadores pautou-se pelo critério da eficácia, como proposto no Método de Avaliação da Gestão da Atenção Básica, desenvolvido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina em assessoria técnica à Secretaria de Estado de Santa Catarina⁹. Para efeito deste estudo a eficácia da gestão é entendida como a habilidade do gestor em tomar decisões para o atendimento das metas estabelecidas em documentos que norteiam as ações de planejamento em saúde, no âmbito do SUS. Para o desenvolvimento do estudo, a gestão municipal para o planejamento em saúde foi decomposta em duas dimensões. Uma que busca identificar as responsabilidades de gestão quanto à garantia dos recursos, e outra que busca a compreensão quanto às responsabilidades de garantia das relações, ambas necessárias para garantir a eficácia da gestão de planejamento no nível municipal, como forma de favorecer a descentralização das ações de saúde e servir de base para os outros níveis de gestão. (Figura1)

Figura 1 – Modelo Teórico/Lógico da Eficácia da Gestão Municipal para o planejamento em saúde.



Para compor a matriz de avaliação foram identificados e eleitos indicadores, medidas e parâmetros. Para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados e foram utilizadas as designações Ruim, Regular e Bom para a emissão de juízos de valor sustentados em parâmetros estabelecidos para cada um dos indicadores. Tais parâmetros fundamentam-se em aspectos normativos estabelecidos legalmente e em revisão de literatura.

A validação dos indicadores e respectivas medidas foi obtida por meio de técnica de consenso entre especialistas¹⁰, que tem sido uma estratégia utilizada em diversos campos do saber. Na saúde a sua aplicação tem apresentado bons resultados para a definição de critérios, padrões e indicadores de avaliação de qualidade.

Foram realizados três encontros entre técnicos da área de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde e pesquisadores que atuam na área de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde, com quatro horas cada um, entre os meses de setembro e outubro de 2008. A partir de um documento com a proposta da matriz teórica e da matriz avaliativa, foram sugeridos e analisados indicadores, medidas e parâmetros. As decisões foram tomadas por consenso entre os participantes e os ajustes e acertos necessários foram realizados pelos pesquisadores.

O teste de aplicabilidade do modelo utilizou dados secundários de natureza quantitativa e qualitativa, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Gerência de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As fontes de informação foram o questionário realizado pelo PlanejaSUS junto aos municípios catarinenses em 2007, o Relatório de Gestão Municipal de 2007 e a base de dados do DATASUS (SIA e SIAB) para o ano 2007.

A utilização de dados disponíveis na Secretaria Estadual e Ministério da Saúde conferiu agilidade ao processo de coleta e permite a reprodução do modelo em nível nacional. Outro aspecto a ser destacado é que possibilita a implantação da avaliação sistemática em outros períodos uma vez que a planilha do PlanejaSUS é de domínio da gestão nos três níveis e os demais dados estão disponíveis nos sites oficiais.

Em Santa Catarina, 278 (95%) municípios responderam ao questionário do PlanejaSUS. Foram incluídos no teste de aplicabilidade do modelo todos os municípios que responderam integralmente o questionário e cujas respostas estavam completas. Resultaram 271 municípios, agrupados segundo porte populacional: Porte 1 - até 5.000 habitantes; Porte 2 - 5.001 a 10.000 habitantes; Porte 3 - 10.001 a 20.000 habitantes; Porte 4 - 20.001 a 50.000 habitantes; Porte 5 - acima 50.000 habitantes.

Promoveu-se a análise descritiva dos dados com base no cumprimento de metas e objetivos estabelecidos. Essa análise verificou o nível de eficácia da gestão para o planejamento em saúde dos municípios, através de classificação em relação aos parâmetros de desempenho propostos. Os resultados foram apresentados em

frequências absolutas e relativas e o comportamento do porte populacional sobre os indicadores foi analisado pelo teste de Qui-quadrado de tendência.

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não sendo necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultado

a) Construção do modelo

O modelo de avaliação proposto apresentado na figura 2, tem a finalidade de permitir a análise de aspectos estruturais e relacionais considerados fundamentais ao bom desempenho da área de planejamento e de responsabilidade do gestor, expressos pelas condições de trabalho e de articulação com setores internos e externos à secretaria municipal. Foi composto em duas dimensões avaliativas: (1) Garantia dos Recursos e (2) Garantia das Relações, subdivididas em três sub-dimensões, correspondentes à matriz teórica identificada na Figura 1.

Figura 2–Matriz Avaliativa da Gestão Municipal para o planejamento em saúde.

GESTÃO MUNICIPAL PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE		
Garantia de Recursos		
Materiais	Humanos	Informação
Garantia de Relações		
Intra-setorial	Inter-setorial	Com a População

A **Garantia dos Recursos** refere-se ao compromisso que o gestor municipal tem com a estruturação da área de planejamento, traduzido em três sub-dimensões: *Recursos Materiais*; *Recursos Humanos* e *Recursos de Informação*.

Os *Recursos Materiais* são imprescindíveis aos profissionais que trabalham com planejamento no cumprimento de sua função e neles foram incluídos dois indicadores: *espaço físico* e *apoio logístico*. O *espaço físico* representa a disponibilização de ambiente de trabalho

saudável e adequado ao desenvolvimento de estudos para a elaboração de planos e projetos que demandam dessa função. A compreensão de ambiente saudável inclui espaço físico com dimensões adequadas, boa localização, boa iluminação, arejado, silencioso, boa circulação e privacidade. Para medir o indicador *espaço físico* foi utilizada a percepção dos gestores municipais registrada no questionário do PlanejaSUS 2007, no qual classificaram o espaço físico destinado ao planejamento como inadequado, razoavelmente adequado e adequado. Respectivamente, na emissão de juízo de valor, os municípios foram considerados ruins, regulares e bons nesse indicador. Quanto ao *apoio logístico*, considera-se fundamental a disponibilização de móveis, telefone, fax, suprimento de informática, material de expediente, utensílios de escritório. Foi medido pela quantidade de material que o gestor considerou em situação adequada dentre os itens elencados como fundamentais pelo PlanejaSUS 2007. Foi considerado ruim o município com pelo menos 1 item inadequado; como bom aquele que apresentou todos os itens adequados e como regular os demais municípios.

Os *Recursos Humanos* são fundamentais ao desenvolvimento das atividades, e os trabalhadores devem ter experiência, estímulo e competência para desenvolver da melhor forma as funções de apoio ao planejamento e decisão. Os indicadores propostos para essa sub-dimensão foram: *vínculo de trabalho*, *tempo de permanência* e *qualificação*. O *vínculo de trabalho* representa estabilidade do profissional que assegure a continuidade do processo de trabalho e viabilize o cumprimento das ações previstas em caso de descontinuidade da gestão. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS¹¹ define como responsabilidade da gestão a realização de concurso público para a manutenção de um quadro permanente de trabalhadores. Para a análise desse indicador, em municípios com até 20 funcionários na área de planejamento, foram considerados bons os municípios com apenas um profissional da área sem vínculo permanente de trabalho. Para os municípios com mais de vinte trabalhadores na área de planejamento, os parâmetros seguiram a referência do Modelo para Avaliação da Eficácia da Gestão de Scalco¹², pautada na pesquisa “Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde”¹³. Foram considerados bons os municípios que apresentaram menos que 6% de trabalhadores da área sem vínculo permanente. O indicador *tempo de permanência* considera a importância da continuidade das atividades e o acompanhamento do processo de planejamento por mais de um período de gestão. Para tanto adotou-se como mínimo o período de cinco anos de permanência do profissional na área de planejamento. Para definir medida, considerou-se a média estadual de pessoas trabalhando com

planejamento como ponto de corte de duas medidas - em valor absoluto ou percentual, em função do porte dos municípios. Em municípios com menos de quatro pessoas na área de planejamento utilizou-se a medida de valor absoluto – ter pelo menos uma pessoa com mais de cinco anos na função. Nos demais municípios utilizou-se a medida em percentual – pelo menos 50% com mais de cinco anos na função. Os municípios que atenderam ao critério foram classificados como bons. A *qualificação* considerou que a especialização favorece o desenvolvimento das atividades específicas, considerando que a formação em *planejamento* ou em *saúde pública* imprime mais qualidade à atividade, uma vez que o planejamento constitui área básica de conhecimento para a formação de profissionais nessas áreas. Esse indicador foi medido pela existência de pelo menos um profissional com especialização nas áreas. Na análise foram considerados ruins os municípios que não possuíam profissional com especialização em planejamento e/ou em Saúde Pública e bons os que atendiam o requisito.

Os *Recursos da Informação* são imprescindíveis para o bom desempenho das atividades de planejamento. Requer equipamentos adequados e informações atualizadas. *Atualização de bancos de dados e equipamentos de informática* foram os indicadores propostos para essa subdimensão. A *atualização de bancos* reflete a organização do sistema de informação, considerado um instrumento importante para a gestão. A não atualização sistemática dos bancos de dados, indicados como obrigatórios nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal instituído pela Portaria 699/GM de 30 de março de 2006¹⁴, e posteriormente pela Portaria 2.048 de 3 de setembro de 2009¹⁵ que revogou a primeira, denota a desorganização da secretaria e compromete outras atividades da gestão. Esse indicador foi medido através da atualização sistemática dos bancos de dados do SIAB e SIA. Analisou-se mês a mês o somatório dos procedimentos do SIA acrescido do somatório da produção dos quatro marcadores do SIAB mais recorrentes na atividade da atenção básica e cujo procedimento prescinde de uma categoria profissional específica, quais sejam: atendimento a puericultura, atendimento pré-natal, atendimento a diabetes e atendimento a hipertensão arterial. Classificou-se como desempenho ruim o município que apresentou algum mês sem registro de qualquer um dos procedimentos acima indicados do SIA e SIAB. O indicador *equipamentos de informática* representa a disponibilização de equipamentos de informática necessários à obtenção da informação em saúde. Foi medido pela percepção dos gestores quanto à adequação de itens considerados imprescindíveis para a obtenção da informação em saúde, quais sejam: computador, impressora e internet.

Foram considerados bons os municípios que referiram adequados todos os itens e ruins os demais.

A dimensão **Garantia de Relações** refere-se ao compromisso que o gestor municipal tem com a manutenção de relações internas e externas à instituição, oportunas ao desenvolvimento das atividades de planejamento de forma articulada, integrada e participativa em seu âmbito de atuação. Foi igualmente representada em três sub-dimensões: Articulação Intra-setorial; Articulação Inter-setorial e Articulação com a População.

A *Articulação Intra-setorial* é indispensável para a área de planejamento por ser um campo intermediário que precisa estar conectado constantemente com outras áreas técnicas da secretaria. Nela foram incluídos dois indicadores: *inserção organizacional* e *articulação com áreas técnicas*. A *inserção organizacional* representa o grau de proximidade da área de planejamento com o centro de decisões da secretaria de saúde. Considera-se que quanto mais próximo o planejamento está do secretário de saúde, maior é a articulação e a agilidade para desenvolver o trabalho. Com embasamento nos princípios que fundamentam a organização do processo administrativo, segundo a Teoria Neoclássica da Administração¹, classificou-se a inserção organizacional em três níveis funcionais. No Nível Institucional ou Estratégico (Proximal) foram consideradas as categorias: sub-secretaria, diretoria, assessoria, consultoria e Grupo de Trabalho; no Nível Intermediário ou Tático (Intermediário) as Gerência: Sub-gerência, Coordenação Geral e Coordenação; no Nível Operacional (Distal): Supervisão, Divisão, Sub-divisão, Núcleo, Seção, Setor e Grupo de Apoio, outras secretarias e outros órgãos. Foram avaliados como ruins os municípios que tiveram sua área de planejamento identificada como nível Distal, bons os que foram identificados como Proximal e regulares os demais. A *articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas* representa a elaboração de planos e projetos com ações coordenadas, promovendo a otimização de recursos e a ampliação da capacidade de atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população. O PlanejaSUS estabeleceu uma gradação de intensidade e frequência da articulação onde até 30% correspondia a fraco, acima de 30% até 70% médio e acima de 70% até 100% forte. Esse indicador foi medido pela percepção dos gestores e utilizou os mesmos parâmetros do PlanejaSUS. Os municípios que referiram intensidade fraca foram considerados ruins, os de forte articulação foram considerados bons e os demais regulares.

A *Articulação Inter-setorial* reflete a capacidade para obter informações importantes que subsidiem o desenvolvimento dos trabalhos sob responsabilidade da área de planejamento. O indicador *Articulação entre o planejamento e outras secretarias* assume que o cumprimento de ações definidas no Plano de Saúde depende da definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação Anual estabelecida. Um forte grau de articulação entre a área de planejamento e de orçamento pode garantir os recursos necessários ao cumprimento das ações. Utilizou-se como medida, a frequência de trabalhos conjuntos realizados entre planejamento e orçamento referida pelo gestor. Foi considerado ruim o município em que o grau de articulação referido foi de até 30%; bom acima de 70% e regular os demais.

A *Articulação com a População* para o compartilhamento e a aprovação de documentos como o Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão, por instâncias de controle social qualifica a gestão e dá legitimidade para a continuidade das atividades de planejamento. Foram estabelecidos dois indicadores nesta sub-dimensão: *Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão*. O *Plano Municipal de Saúde* instituído pela Portaria 3.085 de 1º de dezembro de 2006¹⁶, posteriormente revogada e substituída pela Portaria 2.048 de 3 de setembro de 2009¹⁵, constitui-se um importante instrumento político para a negociação visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Deve o gestor orientar suas ações com base neste documento. Como medida considerou-se sua elaboração para o período de gestão 2007 a 2010. Foram classificados como ruins os municípios que não submeteram o Plano à aprovação do Conselho de Saúde no período analisado. O *Relatório Anual de Gestão*, um dos instrumentos básicos de planejamento¹⁵, apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Esse documento contempla ainda a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Para medir o indicador *Relatório Anual de Gestão* foi considerada a aprovação para o ano de 2007, pelo Conselho Municipal de Saúde.

Na proposta de emissão de juízo de valor sobre a eficácia da gestão municipal para o planejamento apresentada no Quadro 1, todos os indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância. Foram adotados escores de classificação para os indicadores e definido

o valor zero para os que não atenderam os parâmetros estabelecidos, um para os que atenderam parcialmente e dois para os que atenderam totalmente. A soma dos resultados obtidos para os indicadores resultou em avaliação da eficácia da gestão em cada sub-dimensão. Nas sub-dimensões material, articulação intra-setorial e articulação intersetorial, cujas medidas não eram binárias, emitiu-se juízo de valor *Bom* quando todos os indicadores estavam classificados como bom; *Ruim* quando todos estavam classificados como ruim ou no máximo um estava regular, e como *Regular* nas demais situações. Nas sub-dimensões cujas medidas eram de natureza binária considerou-se *Ruim* quando todos os indicadores estavam classificados como ruim; *Regular* quando no máximo um indicador estava classificado como bom; e como *Bom* os demais casos. Receberam os escores zero o desempenho Ruim, cinco o Regular e sete o Bom. A soma desses escores permitiu a avaliação em cada dimensão.

Na avaliação das dimensões adotou-se a soma dos escores nas respectivas sub-dimensões. Cada dimensão possui três sub-dimensões. Assim, considerou-se como *Ruim* os municípios que apresentaram três ou duas sub-dimensões classificadas como Ruim; como *Bom* aqueles com três ou duas sub-dimensões classificadas como Bom; e *Regular* os demais. Por fim, a soma dos escores das dimensões resultou na avaliação da eficácia da gestão para o planejamento. A gestão foi classificada como eficaz quando ambas as dimensões receberam conceito Bom ou uma Bom e a outra Regular, e ineficaz quando as duas apresentaram desempenho Ruim ou uma Ruim e a outra Regular. Os demais são regulares.

Quadro 3 - Proposta de classificação da eficácia da gestão segundo seus indicadores, sub-dimensões, dimensões e gestão.

		Matriz Avaliativa		Sub-Dimensão	Dimensão	Gestão
GARANTIA DOS RECURSOS	Materiais	Espaço Físico	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	\sum Escores 0-1 = Ruim (0) 2-3 = Regular (5) 4 = Bom (7)	\sum Escores 0-7 = Ruim (0) 8-18 = Regular (3) 19-21 = Bom (5)	\sum Escores 0-3 = RUIIM 4-7 = REG 8-10= BOM
		Apoio logístico	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)			
	Humanos	Vínculo	Ruim (0) Bom (2)	\sum Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular (5) ≥ 4 = Bom (7)		
		Permanência	Ruim (0) Bom (2)			
		Qualificação	Ruim (0) Bom (2)			
	Informação	Atualização de bancos	Ruim (0) Bom (2)	\sum Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular (5) 4 = Bom (7)		
Equipamentos		Ruim (0) Bom (2)				
GARANTIA DAS RELAÇÕES	Articulação Intra-setorial	Inserção organizacional	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	\sum Escores 0-1 = Ruim (0) 2-3 = Regular (5) 4 = Bom (7)	\sum Escores 0-7 = Ruim (0) 8-18 = Regular (3) 19-21 = Bom (5)	
		Articulação com outras áreas técnicas	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)			
	Articulação inter-setorial	Articulação com outras secretarias	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	\sum Escores 0 = Ruim (0) 1 = Regular (5) 2 = Bom (7)		
	Articulação com a população	Plano Municipal de Saúde	Ruim (0) Bom (2)	\sum Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular (5) 4 = Bom (7)		
Relatório Anual de Gestão		Ruim (0) Bom (2)				

b) Teste de aplicabilidade do modelo

Os municípios apresentaram desempenhos diferenciados em todos os indicadores. Na análise de desempenho segundo porte populacional, as variações mostraram-se não significativas na maioria dos indicadores propostos exceto para *espaço físico* ($p < 0,01$), *qualificação de pessoal* ($p = 0,001$) e *atualização de bancos* ($p < 0,001$). A Tabela 1 apresenta os resultados dessa associação. Observa-se que à medida que aumenta o

porte populacional diminui o percentual de municípios classificados como Bom no indicador *espaço físico*. Comportamento inverso observa-se nos indicadores *qualificação de pessoal e de atualização de bancos*. Com o aumento do porte populacional observa-se elevação do percentual de municípios avaliados como Bom.

Tabela 1 - Avaliação da Eficácia da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde segundo porte populacional dos municípios.

CLASSIFICAÇÃO	RUIM		REGULAR		BOM	
	n	%	n	%	n	%
ESPAÇO FÍSICO						
						p<0,01
≤ 5 mil hab (n=100)	8	8,0	55	55,0	37	37,0
5-10 mil hab (n=70)	12	17,1	37	52,9	21	30,0
10-20 mil hab (n=52)	6	11,6	31	59,6	15	28,8
20-50 mil hab (n=27)	7	25,9	16	59,3	4	14,8
> 50 mil hab (n=22)	7	31,8	10	45,5	5	22,7
QUALIFICAÇÃO						
						p=0,001
≤ 5 mil hab (n=100)	74	74,0	-	-	26	26,0
5-10 mil hab (n=70)	51	72,9	-	-	19	27,1
10-20 mil hab (n=52)	34	65,4	-	-	18	34,6
20-50 mil hab (n=27)	18	66,7	-	-	9	33,3
> 50 mil hab (n=22)	7	31,8	-	-	15	68,2
ATUALIZAÇÃO DE BANCOS						
						p<0,001
≤ 5 mil hab (n=100)	28	28,0	-	-	72	72,0
5-10 mil hab (n=70)	15	21,4	-	-	55	78,6
10-20 mil hab (n=52)	3	5,8	-	-	49	94,2
20-50 mil hab (n=27)	2	7,4	-	-	25	92,6
> 50 mil hab (n=22)	0	0,0	-	-	22	100,0

No conjunto geral dos indicadores apresentados na Tabela 2, observa-se que o indicador que obteve o melhor desempenho foi

atualização de banco de dados e o indicador de pior classificação foi *vínculo de trabalho*.

Dentre os indicadores de avaliação da dimensão **Garantia de Recursos** observou-se melhor desempenho da gestão na disponibilização de *espaço físico* adequado às atividades de planejamento, na *atualização de bancos* de dados e na disponibilização de materiais de *apoio logístico*. O *espaço físico* foi classificado como inadequado em menos de 15% dos municípios; observaram-se problemas na *atualização de bancos* de dados do SIAB e SIA em menos de um quinto dos municípios e o apoio logístico foi inadequado em 26,2% dos municípios avaliados.

O pior desempenho observado nessa dimensão foi na garantia de recursos humanos com *vínculo* permanente. Apenas 9,6% dos municípios possuíam o número ou o percentual adequado de profissionais atuando na área de planejamento com vínculo permanente. Os demais indicadores concentraram em torno de dois terços dos municípios na classificação de desempenho inadequado.

Na dimensão **Garantia das Relações** os menores percentuais de desempenho inadequado foram observados nos indicadores *articulação com outras áreas técnicas* (8,1%) e *articulação com outras secretarias* (13,3%). A aprovação do *relatório anual de gestão* pelo conselho de saúde (36,9%) e *inserção do planejamento na estrutura organizacional* foram os indicadores com maior percentual de municípios avaliados como ruins.

A gestão para o planejamento em saúde foi considerada eficaz em 23,6% dos municípios catarinenses avaliados.

O modelo de avaliação proposto mostrou-se adequado e de viável aplicação em municípios, independente do porte populacional. Os indicadores permitiram a avaliação da eficácia da gestão para o planejamento e as medidas utilizadas mostraram-se adequadas à informação requerida pelos indicadores.

Tabela 2 - Avaliação da eficácia da gestão segundo indicadores, sub dimensões, dimensão e gestão.

Classificação	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
Materiais						
Espaço físico	40	14,8	149	55,0	82	30,2
Apoio logístico.	71	26,2	126	46,5	74	27,3
Humanos						
Vínculo de trabalho	245	90,4	-	-	26	9,6
Permanência de profissionais na área de planejamento.	167	61,6	-	-	104	38,4
Qualificação dos profissionais que atuam na área de planejamento.	184	67,9	-	-	87	32,1
Informação						
Atualização dos bancos de dados.	48	17,7	-	-	223	82,3
Equipamentos de informática	175	64,6	-	-	96	35,4
Dimensão Garantia de Recursos						
Articulação Intra-Setorial						
Inserção na estrutura organizacional.	99	36,5	55	20,3	117	43,2
Articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas.	22	8,1	191	70,5	58	21,4
Articulação Inter-Setorial						
Articulação entre o planejamento e outras secretarias	36	13,3	190	70,1	45	16,6
Articulação com a População						
Plano Municipal de Saúde	55	20,3	-	-	216	79,7
Relatório Anual de Gestão	100	36,9	-	-	171	63,1
Dimensão Garantia das Relações						
Eficácia da Gestão						
	32	11,8	175	64,6	64	23,6

Discussão

O modelo proposto assegura a avaliação de aspectos importantes para o bom desempenho da área de planejamento cuja garantia é atribuição do gestor municipal^{2,4,6}. A utilização de técnicas de Consenso de Especialistas para definição dos indicadores, medidas e parâmetros junto a experts nas áreas de planejamento, gestão e avaliação contribui para a validação da matriz avaliativa¹⁰.

A confiabilidade dos dados obtidos por meio do levantamento realizado pelo PlanejaSUS reside no fato de serem informações oficiais e de responsabilidade do gestor. A adoção de medidas baseadas na percepção do gestor parece não conferir uma tendência majoritariamente positiva, uma vez que a maioria dos indicadores apresentou desempenho regular para a maior parte dos municípios e acompanhou o desempenho dos demais indicadores que não dependeram da percepção dos gestores.

Na análise de comportamento dos indicadores segundo porte populacional, o Qui-quadrado de tendência demonstrou variações significativas para três indicadores. Na aplicação do indicador *espaço físico* os municípios de menor porte apresentaram melhor resultado. Corroborando as reflexões de Nogueira¹⁷, entende-se espaço enquanto um reflexo das relações definidas entre as diferentes instâncias de uma estrutura social. Assim, uma provável justificativa para o comportamento do indicador pode ser o fato de a dificuldade de espaço físico ficar mais evidente quando a estrutura organizacional da secretaria do município é maior, exigindo maior divisão do espaço existente ou pelo nível de exigência das pessoas em municípios maiores ser mais elevado. Empiricamente sabe-se que nos municípios pequenos ocorre uma sobreposição de tarefas para os profissionais e é possível que os espaços físicos sejam considerados adequados frente ao menor número de pessoal ou à conjuntura local onde as deficiências sejam uniformes entre todos os setores e o compartilhamento dos espaços seja uma prática assumida no cotidiano do processo de trabalho.

No indicador *qualificação de pessoal* os municípios de maior porte populacional apresentaram um melhor desempenho. Entende-se que esta tendência se deve ao fato de os cursos de especialização serem realizados majoritariamente na sede das Instituições de Ensino Superior que concentram-se freqüentemente em municípios maiores com maior capacidade de investimento.

Na aplicação do indicador de *atualização de bancos de dados* o percentual de municípios classificados como Bom aumentou na medida

do aumento populacional. Em análise pormenorizada verificou-se que 91,7% dos municípios classificados como Ruim não cumpriram o requisito em apenas um mês, entre dezembro e janeiro, meses do maior incidência de férias, fato que pode justificar o desempenho pior em municípios de pequeno porte. Nesses municípios o menor número de profissionais e o acúmulo de atividades podem dificultar a substituição nos períodos de férias. Nos municípios maiores, os profissionais têm tarefas mais específicas, não apresentando, portanto uma sobrecarga de atividades o que facilita a substituição das tarefas em períodos de férias.

As reflexões aqui indicadas não objetivam justificar o comportamento da gestão municipal, mas a aplicabilidade e manutenção desses indicadores no modelo pelo fato de os resultados terem justificativa plausível frente à conjuntura dos serviços.

Os aspectos avaliados na dimensão Garantia de Recursos referem-se à disponibilidade de requisitos mínimos para viabilizar o exercício das atividades no cotidiano dos serviços⁵. O ambiente de trabalho se caracteriza pela estrutura física e o apoio logístico e confere a base para a estrutura social que nele se estabelece. O comportamento das pessoas é influenciado pela interação que ocorre entre elas e o ambiente cujo resultado irá influenciar nos resultados da organização¹⁸. O vínculo não permanente de trabalho no serviço público e o não investimento em qualificação profissional contrariam princípios normativos da administração pública, consagrados legalmente^{19,20,21}. O não cumprimento desta norma por parte dos gestores caracteriza um descompasso entre as políticas de recursos humanos e a sua implementação em nível local. Outro aspecto importante é a alta rotatividade de profissionais de saúde que está relacionada com a insatisfação gerada por baixos salários, condições de trabalho inadequadas e formas de contratação²². Admitir precariedade na estrutura organizacional em elementos essenciais como os incluídos na matriz avaliativa testada não é posição confortável para o gestor, mas parece que esse aspecto não interferiu na aplicação do modelo uma vez que foram constatados desempenhos ruins em todos os indicadores.

A articulação com setores da própria secretaria de saúde, com outros setores administrativos do município e com a população apontados como necessários ao exercício do planejamento em saúde também foi contemplada neste modelo^{3,4,6}. O resultado de seus indicadores parece confirmar sua manutenção. Considera-se que existe uma relação entre planejamento e decisões, e que o planejamento constitui área intermediária para auxiliar a tomada de decisão e para

orientar a implementação das decisões tomadas²³. Nesse sentido esperava-se que a maioria dos municípios indicassem positivamente nessa direção. Os resultados em relação ao indicador *inserção organizacional* dão conta de que ainda falta empenho da gestão para que ocorra a institucionalização da área de planejamento nas secretarias municipais e que tais aspectos precisam ser mensurados e avaliados. Do mesmo modo, a obrigatoriedade da aprovação dos instrumentos de gestão junto ao Conselho de Saúde e seu condicionamento ao repasse financeiro poderiam inviabilizar o uso dessas medidas para indicar a participação da comunidade. No entanto o resultado encontrado reafirma a manutenção dessas medidas, pois são altos os percentuais de descumprimento da normativa.

Conclusão

O presente estudo elaborou um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde, com o emprego do critério de eficácia. Por meio do teste de aplicabilidade do modelo realizado em 271 municípios de Santa Catarina, foi possível comprovar a viabilidade da utilização dos indicadores propostos, em municípios de diferentes portes populacionais, uma vez que os resultados encontrados não apresentaram variações significativas ou sem justificativa plausível à conjuntura da gestão municipal.

O modelo desenvolvido demonstrou-se adequado para promover avaliação do desempenho da eficácia da gestão segundo cada indicador ou no conjunto dos mesmos, de maneira integrada, o que evidencia sua capacidade de contribuir para o aprimoramento da gestão.

Referências

1. Chiavenatto I. Teoria geral da administração. 6ª ed. São Paulo: Mac Graw Hill do Brasil, 2002; 2, 537 p.
2. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
3. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
4. Viana, ALA, et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(supl.): 139-151.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Série: Cadernos de Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2006;1. 66p.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Pactos pela vida e de gestão. Série Pactos pela Saúde, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006;2 143p.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Série: Cadernos de planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008;5. 142p.
8. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 170p.

9. NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina [CD-ROOM]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2006.
10. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz, ZMA, Silva, LMV. Avaliação em saúde - dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-91.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS). 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005,98p.
12. Scalco SV. Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva; 2008.
13. Arias EHL, Machado MH, Sanches DR, Tomaschescki J, Santos JR. Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde. Cadernos RH Saúde. 2006; 3(1): 149-61.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 699/GM/MS de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
15. Brasil. Portaria 2.048/GM, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.

16. Brasil. Portaria 3.085/GM, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, estabelece seus pressupostos e objetivos, propõe a instituição de incentivo financeiro para a implementação do mesmo e define os instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento. Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
17. Nogueira, Maria Luísa Magalhães. Subjetividade e materialidade: cidade, espaço e trabalho. *Fractal, Rev.Psicol.* 2009; 21(1): 69-85.
18. Braga JP, Dyniewicz MA, Campos O. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. *Cogitare Enfermagem.* 2008; 13(2): 290-5.
19. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [acesso em 2009 Aug 2]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 198. Política de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2004.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para implantação da Política de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.
22. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Rev. Adm.*

- Pública. 2008; 42(2): 347-368 .
23. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; vol.14 (1): 1565-1577.

PARTE 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo desenvolvido permitiu analisar a eficácia da gestão de planejamento de forma global, por indicador, por sub-dimensão e por dimensão.

Apesar de não ser foco deste estudo, avaliar o desempenho dos municípios foi possível comprovar que em mais de 50% dos municípios, a eficácia da gestão foi classificada como regular.

O resultado obtido com o teste de aplicabilidade do modelo demonstrou que os dados coletados foram apropriados para originar informações capazes de contribuir com o gestor na tomada de decisão para a melhoria das condições de trabalho na área de planejamento.

Os indicadores propostos para avaliar a dimensão Garantia de Recurso, refletem deficiências importantes na área de planejamento com um desempenho regular em 70,5% dos municípios. Na sub-dimensão de Recursos Materiais os indicadores *espaço físico* e *apoio logístico* obtiveram empenho regular em torno de 50% dos municípios e ruim em torno de 30%, demonstrando que existe uma inadequação nesses aspectos. Como já mencionado anteriormente, o ambiente influencia o comportamento das pessoas. É, portanto fundamental a manutenção do ambiente de trabalho adequado às necessidades dos profissionais que nele atuam, garantindo o ambiente saudável e produtivo.

Na sub-dimensão de Recursos Humanos, a aplicação do indicador vínculo de trabalho possibilitou demonstrar a precariedade que existe em relação ao item analisado, com o pior índice de desempenho, em que 90,4% dos municípios foram considerados ruins.

O indicador *qualificação de profissionais* apontou para um desempenho ruim em 67,9% dos municípios analisados o que pode significar uma baixa preocupação da gestão em viabilizar a formação de seus profissionais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, visa contribuir na qualificação das práticas de saúde por meio da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. É necessário que a gestão municipal também imprima esforços nesse sentido.

Em *permanência de profissionais*, foi possível observar o pouco tempo de permanência de profissionais na área de planejamento, não completando um período de cinco anos em 61,6% dos municípios.

Portanto pode-se pensar numa estreita relação entre o pouco tempo de permanência dos profissionais na área de planejamento e a precariedade do vínculo apresentado pela maioria dos municípios.

Em Garantia da Informação o indicador que obteve melhor desempenho para a maioria dos municípios foi *atualização de bancos de dados* para o qual 82,3% dos municípios apresentaram resultados considerados bons, apesar de mais da metade dos municípios, 64%, terem sido classificados como ruins em relação ao indicador *garantia de equipamentos de informática*. Em relação ao desempenho desse indicador é importante salientar que dados completos e de boa qualidade são necessários para que seja implantado um sistema de informação. Estatísticas falhas originarão planejamentos que não correspondem à realidade. Concordamos com Oliveira (2004) para quem o dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo identificado em sua forma bruta. A informação é o produto da análise dos dados. O conhecimento é gerado, propiciando uma melhor compreensão da situação, quando os dados registrados são classificados, organizados e interpretados dentro de um contexto,

Estudo realizado para verificar a incorporação dos sistemas de informação disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde, constatou que a coleta e sistematização de informações por parte dos municípios, independentemente de seu porte, grau de autonomia para a definição de sua política de saúde, e da sua capacidade instalada, consiste em dados simples e isolados, não contribuindo para a tomada de decisão. Tem nas questões de ordem econômico-financeira uma forte motivação para a coleta de dados e de seu uso, pois são centrais para mostrar faturamento e controlar o financiamento. Portanto é necessário, que haja a preocupação do gestor com a geração de conhecimento que auxilie no planejamento de ações factíveis e que abriguem as necessidades reais de atendimento à saúde (COHN, 2005).

Na análise da dimensão Garantia das Relações os dois indicadores que expressam a articulação com a comunidade apresentaram os maiores percentuais de municípios com bom desempenho. No entanto ao considerar-se o fato de que a aprovação desses instrumentos de gestão, além de obrigatória, é condicionante a vários aportes financeiros para a gestão, a não aprovação do plano de saúde e do relatório de gestão pelo conselho em 20,3% e 36,9% dos municípios respectivamente pode ser considerado um percentual elevado e uma situação preocupante. O empenho do MS e SES para a aprovação de documentos de normatização para a elaboração de instrumentos básicos

de planejamento como a Deliberação 028/CIB/09, que aprova as planilhas para compor o modelo de Relatório Anual de Gestão, podem estar impulsionando a elaboração de tais documentos e sua aprovação pela maior parte dos municípios.

Ao investigar a efetiva participação de Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas de saúde e avaliar o seu potencial quanto à reestruturação da atenção à saúde através da estratégia da saúde da família, Stralen et al.(2006) relataram ser difícil indicar onde e como os conselhos estão contribuindo para um processo de reestruturação do sistema de saúde e promovendo um sistema de saúde mais eficiente. Consideraram que as bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, o que sugere pouco impacto dos conselhos sobre a reestruturação dos serviços de saúde.

Em relação à aplicação dos indicadores *garantia das articulações intra e inter-setoriais*, pode-se observar que a maioria dos municípios apresentou um resultado regular. Os resultados em relação ao indicador *inserção organizacional* dão conta de que ainda falta empenho da gestão para que ocorra a institucionalização da área de planejamento nas secretarias municipais uma vez que pouco menos da metade dos municípios foram classificados como bons. Conseguir uma eficaz interação entre as áreas meio e as áreas fins da Administração Pública sempre representou um desafio para os governos pela falta de fluidez nas comunicações. Pela importância dessa articulação é necessário um melhor desempenho dos gestores nessas questões.

A avaliação para a gestão é realizada com o intuito de gerar informações que contribuam para promover melhoramentos de uma realidade. A forma como as respostas encontradas contribuem para a gestão dependem da capacidade do gestor em utilizar os resultados para subsidiar as tomadas de decisão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990a.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria GM/MS 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva. Série: Cadernos de Planejamento, vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde, v. 2. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS**. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Série: **Cadernos de Planejamento**, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira do SUS**. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. v. 2, Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. v. 1, Brasília: CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Série: **Cadernos de Planejamento**, vol. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva- Trajetória e Orientação de Operacionalização**. Série: Cadernos de Planejamento, vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

_____. Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

BUNGE, Mário. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974, p. 11-30.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flavia. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jefferson Luiz. **A odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão: Editora Unisul, 2006. p. 115-139.

CASTIEL, Luis David; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento em Saúde: casamento ou divórcio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4. p. 447-456, out/dez, 1985.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Administração de Empresas: uma abordagem contingencial**. v. 2, 6 ed. São Paulo: Makron Books, 2002a. 472 p.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. V. 2, 6 ed. São Paulo: Mac Graw-Hill, 2002b. 537 p.

COHEN, Ernesto Franco Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 5 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. 312 p.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia Faria; ELIAS, Paulo Eduardo. Informação e decisão política e saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.1, p. 114-121, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre, et al. Avaliação na área a saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cesar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológico. **RAP**. Rio de Janeiro v. 37, n. 5, p. 969-998, set./out. 2003.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulação com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-107, 1997.

DONABEDIAN, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública de México**, México, v. 28, n. 3, p. 324 - 327, 1986.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Práticas de administração de empresas**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962. 270p.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 715-766.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr/jun, 1990.

GIOVANELLA, Ligia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan-mar, 1991.

HAMPTON, David H. **Administração Contemporânea**. 3 ed. São Paulo: MacGraw – Hill, 1992. 590p.

KAYANO, Jorge; CALDAS, Eduardo de Lima. Indicadores para o diálogo. **GT Indicadores-Plataforma Contrapartes Novib**, Série Indicadores, São Paulo, n.8, 2002.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração: Princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003. 542p.

LAURENTI, R; MELLO, Horge; LEBRÃO M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Estatísticas de Saúde**. 2ª ed., São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria. Qualidade na gestão local de serviços de ações de saúde. (Instituto para o desenvolvimento da Saúde – IDS). Série **Saúde & Cidadania**, São Paulo: Peirópolis, v. 3, 1998. p. 14.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo: Atlas, 2002. 521p.

MEDINA, Maria Guadalupe, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, Ana Maria Coelho Pereira; SERMANN, Lucia Isabel e Czerwonka. Fundamentos teóricos da Avaliação. In: TRENTINI, Mercedes; CORRADI, Ezia Maria. **Avaliação**: subsídios teóricos práticos para a gestão em Saúde. São Paulo: Ícone, 2006. p. 11 – 48.

NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação **da gestão da atenção básica em Santa Catarina** [CD-Room]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2006.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2000.

OLIVEIRA, Djalma Pinho Rebouças. **Sistemas de informações Gerenciais**. 9 ed., São Paulo: Atlas, 2004. p. 19-79.

OLIVEIRA, Djalma Pinho Rebouças. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia, práticas**. São Paulo: Atlas, 2007. 331p.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992. 222 p.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 2, 1999. p. 355–365.

SANTANA, José Paranguá de (org.) **Desenvolvimento gerencial de unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. 293 p.

SILVA, Ligia MariaVieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo de governo. Dissertação (mestrado) Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes; SILVA, Ligia MariaVieira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da.

Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA;Rio de janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-91.

STRALEN, Cornélis Johannes Van, et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle social nos municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 11, n.3, 2006. p. 621-632.

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, Oswaldo. Yoshimi. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 571-572.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Suzana Rosa Lopez, FERREIRA, José Henrique Germann. **Saúde & Cidadania:** planejamento em saúde. São Paulo: Fundação Peirópolis, 2002. 61 p.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 170 p.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila et al.. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18 supl., 2002. p. 139-151.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Matriz de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde.

DIMENSÃO: GARANTIA DOS RECURSOS

Indicadores (Fonte)	Rationale
Sub-Dimensão - Materiais	
Espaço físico para atividades de planejamento. (Banco de dados do PlanejaSUS)	Os diferentes graus de complexidade envolvidos no processo de gestão em saúde demandam necessidades de estrutura física diferenciadas. Para a execução das atividades a área de planejamento necessita de espaço físico com dimensões, iluminação e temperatura adequadas, boa circulação, localização e privacidade. É responsabilidade do gestor a garantia da qualidade do espaço físico adequado.
Materiais de apoio logístico. (Banco de dados do PlanejaSUS)	Para o desenvolvimento das atividades de planejamento é necessário a disponibilização de materiais de apoio logístico. Considera-se fundamental à área de planejamento os seguintes itens: móveis, telefone, fax, suprimento de informática, material de expediente, utensílios de escritório. A garantia de materiais de apoio logístico com qualidade denota a valorização do trabalho da área.
Sub-Dimensão - Humanos	
Vínculo de trabalho. (Banco de dados do PlanejaSUS)	A NOB-RH/SUS define como responsabilidade da gestão a realização de concurso público para a manutenção de um quadro permanente de trabalhadores para a realização dos serviços. O vínculo permanente assegura a continuidade do processo de trabalho que na área do planejamento e pode viabilizar o cumprimento das ações previstas, minimamente, em caso de descontinuidade da gestão. Os parâmetros seguiram a referência do Modelo para Avaliação da Eficácia da Gestão de Scalco (2008) pautada na pesquisa "Planos de carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde" (Arias et.al,2006 que identificaram uma média de 5,7% do PCCS como cargos em comissão que nem sempre são ocupados por funcionários estatutários. Scalco (2008) somou 0,3% de acréscimo à média encontrada, elevando o percentual para 6%, considerando a possibilidade de ser necessária alguma contratação temporária de urgência ou de interesse público pela gestão.
Permanência de profissionais na área de planejamento. (Banco de dados do PlanejaSUS)	O tempo médio de permanência de um profissional na área de planejamento deve superar um período de gestão como forma de garantir a continuidade das atividades. O ponto de corte em número de profissionais para definir os parâmetros para cada medida foi definido pela média dos profissionais de planejamento nos 271 municípios estudados. O parâmetro de ter pelo menos um profissional com mais de 5 anos nos municípios com menos de quatro pessoas na área de planejamento ao invés de 50% como para os com número igual ou acima da média, foi adotado como forma de não haver prejuízos para os municípios com números de profissionais inferiores a média de profissionais na área.
Qualificação dos profissionais que atuam na área de planejamento. (Banco de dados do PlanejaSUS)	A formação de especialistas agrega um diferencial aos profissionais que passam a ter um perfil melhor adaptado para atividades específicas. Para a área de planejamento entende-se que a formação tanto em <i>planejamento</i> como em <i>saúde pública</i> imprime mais qualidade à atividade, uma vez que o planejamento constitui área básica de conhecimento para a formação de profissionais nessas áreas. A presença de profissionais especialistas em planejamento e/ou saúde pública nas atividades de planejamento das secretarias municipais de saúde, agrega atributos essenciais para a realização do trabalho bem fundamentado, e denota a percepção do gestor quanto à necessidade de profissionais capacitados para atuarem nessa área.
Sub-Dimensão - Informação	
Atualização dos bancos de dados. (DATASUS)	A organização do sistema de informação, como instrumento importante para a gestão, deve ser uma preocupação do gestor. A atualização sistemática dos bancos de dados do SIAB e SIA, indicados como obrigatórios nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal instituído pela Portaria 699/GM de 30 de março de 2006, denota a desorganização da secretaria e compromete outras atividades da gestão. Para efeitos deste trabalho analisou-se mês a mês o somatório dos procedimentos do SIA e o somatório da produção dos quatro marcadores do SIAB mais recorrentes na atividade da atenção básica e cujo procedimento prescinde de uma categoria profissional específica, quais sejam: atendimento a puericultura, atendimento pré natal, atendimento a diabetes e atendimento a hipertensão arterial. Considerou-se apenas a total ausência de registros após o somatório dos procedimentos em cada Sistema.
Equipamentos de informática (Banco de dados do PlanejaSUS)	Para o bom funcionamento das atividades de planejamento é necessário a disponibilização de equipamentos de informática que permitem o acesso a informações. Considera-se fundamental os seguintes itens: microcomputadores, impressora e internet. A garantia de equipamentos com qualidade denota a importância que o gestor dá para o desenvolvimento das atividades de planejamento.

DIMENSÃO: GARANTIA DAS RELAÇÕES

Indicadores (Fonte)	Rationale
Sub-Dimensão - Intra-Setorial	
Inserção na estrutura organizacional (Banco de dados do PlanejaSUS)	As funções administrativas organizadas de forma hierárquicas definem os diversos níveis da organização. Com embasamento nos princípios que fundamentam a organização do processo administrativo, segundo a Teoria neoclássica da Administração, classificou-se as áreas de planejamento em três níveis funcionais: Nível Institucional ou Estratégico (sub-secretaria, diretoria, assessoria, consultoria e Grupo de Trabalho); Nível Intermediário ou Tático (Gerência, Sub-gerência, Coordenação Geral e Coordenação; Nível Operacional (Supervisão, Divisão, Sub-divisão, Núcleo, Seção, Setor e Grupo de Apoio, outras secretarias e outros órgãos). Definiu-se esses níveis como proximal, intermediário e distal respectivamente em relação ao secretário da saúde. Considerou-se que quanto mais próximo a área de planejamento está do secretário de saúde maior é a importância dada a ela dentro da instituição.
Articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas. (Banco de dados do PlanejaSUS)	A atuação articulada do planejamento com as demais áreas técnicas, possibilita a elaboração de planos e projetos com ações coordenadas, promovendo a otimização de recursos e a ampliação da capacidade de atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população. O planejaSUS para fornecer a idéia da intensidade e freqüência do desenvolvimento desse tipo de trabalhos, relacionou um grau de 100% com o nível de intensidade mais forte e estabeleceu uma gradação da intensidade, relacionando essa gradação com a abrangência e a freqüência com que os mesmos acontecem considerando até 30% como um grau de intensidade fraco; acima de 30% até 70% como um grau de intensidade médio; acima de 70% até 100% como um grau de intensidade forte.
Sub-Dimensão - Inter-Setorial	
Articulação entre o planejamento e outras secretarias (Banco de dados do PlanejaSUS)	O cumprimento de ações definidas no plano de saúde depende da definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação estabelecida. Um forte grau de articulação entre a área de planejamento e de orçamento pode garantir os recursos necessários ao cumprimento das ações. Da mesma forma como foi feito para definir o grau de articulação de trabalhos entre o planejamento e outras áreas técnicas, o planejaSUS, para fornecer a idéia da intensidade e freqüência do desenvolvimento desse tipo de trabalhos, relacionou um grau de 100% com o nível de intensidade mais forte e estabeleceu uma gradação da intensidade, relacionando essa gradação com a abrangência e a freqüência com que os mesmos acontecem considerando até 30% como um grau de intensidade fraco; acima de 30% até 70% como um grau de intensidade médio; acima de 70% até 100% como um grau de intensidade forte.
Sub-Dimensão - Com a População	
Plano Municipal de Saúde (Banco de dados do PlanejaSUS)	O Plano de Saúde é um dos instrumentos básicos de planejamento, determinado pela Portaria 3.085 de 1º de dezembro de 2006. Constitui um importante instrumento político para a negociação visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Deve o gestor orientar suas ações com base neste documento. As ações do gestor devem garantir a sua elaboração, a aprovação pelo CMS e a aplicação do mesmo..
Relatório Anual de Gestão (Planilha de controle do REG - 2007 Gerência de Planejamento do SUS-DIPA- SES)	O Relatório Anual de Gestão instituído pela Portaria 3.085 de 1º de dezembro de 2006 como um dos instrumentos básicos de planejamento, apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Contempla ainda a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Pela sua importância como instrumentos de acompanhamento e monitoramento das ações, sua elaboração e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, devem ser garantidas pelo gestor.

APÊNDICE B – Banco de análise de dados.

Município	Materials	Humanos	Informação	Recursos	Juizo1	Art. Int.	Art. Ext.	Art.pop.	Relações	Juizo2	Juizo1	Juizo2	1+2	GESTÃO
1	7	7	5	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
2	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
3	5	0	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
4	5	0	0	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
5	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
6	7	0	7	14	Regular	5	2	5	12,0	Regular	3	3	6	REG
7	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
8	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
9	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
10	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
11	5	0	0	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
12	7	0	7	14	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
13	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
14	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
15	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
16	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
17	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
18	7	5	0	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
19	5	0	5	10	Regular	0	0	5	5	Ruim	3	0	3	RUIM
20	5	5	0	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
21	7	7	5	19	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
22	5	5	5	15	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
23	5	5	0	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
24	5	5	7	17	Regular	5	2	5	12	Regular	3	3	6	REG
25	5	5	0	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
26	0	7	5	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
27	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
28	5	7	0	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
29	5	5	0	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
30	0	5	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
31	5	5	0	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
32	5	0	0	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
33	7	7	7	21	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
34	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
35	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
36	7	5	5	17	Regular	0	2	7	9	Ruim	3	0	3	RUIM
37	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
38	5	0	7	12	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
39	0	5	0	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
40	5	7	7	19	Bom	0	5	5	10	Regular	5	3	8	BOM
41	5	5	0	10	Regular	5	2	5	12	Regular	3	3	6	REG
42	7	0	7	14	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
43	5	5	0	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
44	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
45	5	0	0	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
46	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
47	7	0	7	14	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
48	0	5	7	12	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
49	5	5	7	17	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
50	5	7	5	17	Regular	5	0	5	10	Regular	3	3	6	REG
51	0	7	5	12	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
52	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
53	5	7	0	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
54	0	0	5	5	Ruim	0	5	5	10	Regular	0	3	3	RUIM
55	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG

56	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
57	5	5	7	17	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
58	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
59	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
60	5	5	5	15	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
61	0	7	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
62	0	5	0	5	Ruim	0	0	5	5	Ruim	0	0	0	RUIM
63	5	0	7	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
64	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
65	7	7	5	19	Bom	0	5	7	12	Regular	5	3	8	BOM
66	0	5	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
67	7	5	7	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
68	5	5	0	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
69	5	0	5	10	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG
70	5	5	0	10	Regular	5	0	5	10	Regular	3	3	6	REG
71	5	5	0	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
72	0	0	5	5	Ruim	7	2	5	14	Regular	0	3	3	RUIM
73	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
74	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
75	5	5	7	17	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
76	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
77	7	0	7	14	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
78	5	0	0	5	Ruim	0	5	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
79	0	5	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
80	7	5	7	19	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
81	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
82	0	5	7	12	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
83	7	5	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
84	5	5	5	15	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
85	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
86	0	0	5	5	Ruim	0	5	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
87	5	7	5	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
88	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
89	5	0	5	10	Regular	7	5	7	19	Bom	3	5	8	BOM
90	0	5	0	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
91	0	5	5	10	Regular	0	0	5	5	Ruim	3	0	3	RUIM
92	7	0	5	12	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
93	0	0	5	5	Ruim	7	5	7	19	Bom	0	5	5	REG
94	5	5	5	15	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG
95	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
96	0	5	5	10	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
97	5	0	0	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
98	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
99	0	0	5	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
100	0	7	5	12	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
101	0	0	5	5	Ruim	0	0	7	7	Ruim	0	0	0	RUIM
102	5	0	7	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
103	0	7	5	12	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
104	0	5	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
105	0	0	5	5	Ruim	7	2	7	16	Regular	0	3	3	RUIM
106	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
107	0	5	0	5	Ruim	0	5	5	10	Regular	0	3	3	RUIM
108	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
109	5	0	0	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
110	7	0	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
111	0	7	0	7	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
112	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
113	7	0	7	14	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG
114	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
115	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
116	0	5	5	10	Regular	0	2	7	9	Ruim	3	0	3	RUIM

117	5	7	7	19	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
118	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
119	5	0	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
120	5	0	7	12	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
121	5	5	0	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
122	0	0	5	5	Ruim	5	2	7	14	Regular	0	3	3	RUIM
123	7	5	7	19	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
124	7	5	7	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
125	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
126	0	0	0	0	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
127	0	7	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
128	7	0	7	14	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
129	5	7	5	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
130	5	5	5	15	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
131	5	7	5	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
132	0	0	5	5	Ruim	0	0	7	7	Ruim	0	0	0	RUIM
133	7	7	7	21	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
134	0	0	5	5	Ruim	0	5	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
135	5	7	7	19	Bom	0	5	7	12	Regular	5	3	8	BOM
136	5	7	7	19	Bom	7	5	7	19	Bom	5	5	10	BOM
137	0	0	5	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
138	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
139	5	0	5	10	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
140	0	0	5	5	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
141	5	0	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
142	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
143	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
144	5	0	0	5	Ruim	7	2	5	14	Regular	0	3	3	RUIM
145	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
146	7	5	7	19	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
147	7	7	7	21	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
148	0	7	0	7	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
149	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
150	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
151	0	5	5	10	Regular	5	0	5	10	Regular	3	3	6	REG
152	0	0	0	0	Ruim	5	5	5	15	Regular	0	3	3	RUIM
153	0	5	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
154	7	0	7	14	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
155	5	7	0	12	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
156	5	0	7	12	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
157	7	0	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
158	0	5	5	10	Regular	7	5	5	17	Regular	3	3	6	REG
159	5	7	5	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
160	7	5	5	17	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
161	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
162	0	0	7	7	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
163	5	0	7	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
164	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
165	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
166	5	0	7	12	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
167	5	7	7	19	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
168	5	5	5	15	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
169	0	0	5	5	Ruim	0	0	7	7	Ruim	0	0	0	RUIM
170	0	5	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
171	5	0	5	10	Regular	7	2	5	14	Regular	3	3	6	REG
172	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
173	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
174	7	0	7	14	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
175	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
176	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
177	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG

178	5	0	7	12	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG
179	0	0	5	5	Ruim	0	5	5	10	Regular	0	3	3	RUIM
180	7	5	7	19	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
181	0	7	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
182	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
183	5	5	7	17	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
184	5	0	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
185	0	0	7	7	Ruim	0	5	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
186	0	5	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
187	5	7	0	12	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
188	5	5	5	15	Regular	7	5	5	17	Regular	3	3	6	REG
189	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
190	5	5	7	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
191	7	0	7	14	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
192	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
193	5	7	7	19	Bom	7	2	5	14	Regular	5	3	8	BOM
194	7	0	7	14	Regular	0	2	5	7	Ruim	3	0	3	RUIM
195	5	0	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
196	5	7	5	17	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
197	7	7	7	21	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
198	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
199	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
200	7	5	7	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
201	0	0	0	0	Ruim	5	2	5	12	Regular	0	3	3	RUIM
202	0	7	5	12	Regular	5	0	5	10	Regular	3	3	6	REG
203	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
204	5	0	0	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
205	5	0	5	10	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
206	5	5	7	17	Regular	5	2	5	12	Regular	3	3	6	REG
207	0	0	5	5	Ruim	5	2	5	12	Regular	0	3	3	RUIM
208	0	7	7	14	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
209	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
210	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
211	5	7	7	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
212	5	5	7	17	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
213	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
214	5	0	7	12	Regular	7	5	7	19	Bom	3	5	8	BOM
215	5	7	5	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
216	5	7	5	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
217	5	7	7	19	Bom	5	5	7	17	Regular	5	3	8	BOM
218	5	5	7	17	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
219	7	0	7	14	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
220	5	0	5	10	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
221	0	5	7	12	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
222	7	5	7	19	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
223	5	0	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
224	7	5	5	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
225	7	7	5	19	Bom	0	5	7	12	Regular	5	3	8	BOM
226	5	5	0	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
227	7	7	7	21	Bom	5	5	5	15	Regular	5	3	8	BOM
228	0	5	5	10	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
229	5	5	5	15	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
230	0	7	5	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
231	0	5	5	10	Regular	0	5	5	10	Regular	3	3	6	REG
232	0	5	7	12	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
233	0	0	5	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
234	0	0	5	5	Ruim	0	0	7	7	Ruim	0	0	0	RUIM
235	5	7	5	17	Regular	7	5	7	19	Bom	3	5	8	BOM
236	5	7	5	17	Regular	7	5	5	17	Regular	3	3	6	REG
237	7	7	7	21	Bom	5	2	5	12	Regular	5	3	8	BOM
238	5	0	7	12	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG

239	0	0	5	5	Ruim	5	2	7	14	Regular	0	3	3	RUIM
240	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
241	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
242	5	7	5	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
243	0	0	7	7	Ruim	0	2	7	9	Ruim	0	0	0	RUIM
244	0	0	5	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
245	0	0	5	5	Ruim	0	5	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
246	5	0	7	12	Regular	7	2	7	16	Regular	3	3	6	REG
247	5	0	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
248	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
249	5	0	5	10	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
250	7	5	5	17	Regular	7	5	7	19	Bom	3	5	8	BOM
251	5	5	7	17	Regular	5	2	5	12	Regular	3	3	6	REG
252	5	5	5	15	Regular	5	2	7	14	Regular	3	3	6	REG
253	5	7	7	19	Bom	5	2	7	14	Regular	5	3	8	BOM
254	0	7	5	12	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
255	5	5	7	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
256	5	7	5	17	Regular	0	0	5	5	Ruim	3	0	3	RUIM
257	7	7	7	21	Bom	7	2	7	16	Regular	5	3	8	BOM
258	0	0	5	5	Ruim	5	0	5	10	Regular	0	3	3	RUIM
259	0	0	5	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
260	5	7	7	19	Bom	0	0	5	5	Ruim	5	0	5	REG
261	5	7	5	17	Regular	0	5	7	12	Regular	3	3	6	REG
262	0	0	5	5	Ruim	0	0	7	7	Ruim	0	0	0	RUIM
263	0	0	5	5	Ruim	5	0	7	12	Regular	0	3	3	RUIM
264	5	5	7	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
265	0	7	5	12	Regular	0	0	7	7	Ruim	3	0	3	RUIM
266	0	7	5	12	Regular	5	0	7	12	Regular	3	3	6	REG
267	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
268	0	0	5	5	Ruim	5	5	7	17	Regular	0	3	3	RUIM
269	5	7	5	17	Regular	5	5	5	15	Regular	3	3	6	REG
270	0	5	5	10	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG
271	5	5	7	17	Regular	5	5	7	17	Regular	3	3	6	REG

APÊNDICE C - Matriz de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento de Saúde/Medidas e parâmetros.

DIMENSÃO: GARANTIA DOS RECURSOS			
	Indicadores	Medidas	Parâmetros
Materiais	Espaço físico para atividades de planejamento.	Percepção pelo gestor quanto a adequação do espaço físico.	Inadequado = ruim Razoavelmente adequado = regular Adequado = bom
	Materiais de apoio logístico.	Quantidade de material de apoio logístico considerados adequados dentre os itens fundamentais.	1 item inadequado = ruim Todos os itens adequados = bom Demais = regular
Humanos	Vínculo de trabalho.	<u>Municípios com 20 ou menos pessoas na equipe:</u> Número de profissionais com vínculo não permanente na equipe de planejamento <u>Municípios com mais de 20 pessoas na equipe:</u> Percentual de profissionais com vínculo não permanente na equipe de planejamento	Acima de 1 = ruim Até 1 = bom ≥ 6% = ruim < 6% = bom
	Permanência de profissionais na área de planejamento.	<u>Municípios com menos de 4 pessoas na área de planejamento:</u> Número de profissionais lotados na área com pelo menos 5 anos de atuação em planejamento. <u>Municípios com 4 ou mais pessoas na área de planejamento:</u> Percentual de profissionais lotados na área com pelo menos 5 anos de atuação em planejamento	Nenhum = ruim ≥ 1 = bom < 50% = ruim ≥ 50% = bom
	Qualificação dos profissionais que atuam na área de planejamento.	Existência de pelo menos um profissional com especialização em Planejamento ou Saúde Pública.	Não = ruim Sim = bom
Informação	Atualização dos bancos de dados.	Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB	Algum = ruim Nenhum = bom
	Equipamentos de informática	Percentual de itens de equipamentos considerados adequados pelo gestor dentre os itens fundamentais.	<100% = ruim ≥100% = bom

DIMENSÃO: GARANTIA DAS RELAÇÕES			
Sub-Dimensão	Indicadores	Medidas	Parâmetros
Articulação Intra-setorial	Inserção na estrutura organizacional	Posição relativa da área de planejamento na estrutura organizacional da instituição.	Distal= ruim Intermediário= regular Proximal= Bom
	Articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas.	Frequência referida pelo gestor quanto ao grau de articulação de trabalhos entre o planejamento e outras áreas técnicas.	0- 30%= ruim > 30 - 70%= Regular >70%= bom
Articulação Inter-setorial	Articulação entre o planejamento e outras secretarias	Frequência referida pelo gestor de trabalhos conjuntos entre planejamento e orçamento.	0- 30%= ruim > 30 - 70%= Regular >70%= bom
Articulação com a população	Plano Municipal de Saúde	Aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde	Não = ruim = Sim = bom =
	Relatório Anual de Gestão	Aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho Municipal de saúde	Não = ruim Sim = bom

APÊNCICE D – Tabela de Resultados da Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde.

PORTE	N	ESPAÇO FÍSICO						APOIO LOGÍSTICO					
		RUIM		REG		BOM		RUIM		REG		BOM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5	100	8	8,0	55	55,0	37	37,0	20	20,0	51	51,0	29	29,0
5 A 10	70	12	17,1	37	52,9	21	30,0	24	34,3	32	45,7	14	20,0
10 A 20	52	6	11,6	31	59,6	15	28,8	11	21,2	23	44,2	18	34,6
20 A 50	27	7	25,9	16	59,3	4	14,8	7	25,9	11	40,8	9	33,3
50 E MAIS	22	7	31,8	10	45,5	5	22,7	9	40,9	9	40,9	4	18,2
TOTAL	271	40	14,8	149	55,0	82	30,2	71	26,2	126	46,5	74	27,3
X ² =9,9591						X ² =0,8108							
p=0,0016						p=0,3679							

PORTE	N	VÍNCULO				TEMPO				ESPECIALIZAÇÃO			
		RUIM		BOM		RUIM		BOM		RUIM		BOM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5	100	91	91,0	9	9,0	62	62,0	38	38,0	74	74,0	26	26,0
5 A 10	70	64	91,4	6	8,6	44	62,9	26	37,1	51	72,9	19	27,1
10 A 20	52	44	84,6	8	15,4	33	63,5	19	36,5	34	65,4	18	34,6
20 A 50	27	25	92,6	2	7,4	17	63,0	10	37,0	18	66,7	9	33,3
50 E MAIS	22	21	95,5	1	4,5	11	50,0	11	50,0	7	31,8	15	68,2
TOTAL	271	245	90,4	26	9,6	167	61,6	104	38,4	184	67,9	87	32,1
X ² =0,02164				X ² =0,3908				X ² =10,628					
p=0,883				p=0,5319				p=0,0011					

PORTE	N	BANCO				EQUIPAMENTO			
		RUIM		BOM		RUIM		BOM	
		n	%	n	%	n	%	n	%
< 5	100	28	28,0	72	72,0	71	71	29	29,0
5 A 10	70	15	21,4	55	78,6	45	64,3	25	35,7
10 A 20	52	3	5,8	49	94,2	26	50,0	26	50,0
20 A 50	27	2	7,4	25	92,6	18	66,7	9	33,3
50 E MAIS	22	0	0,0	22	100,0	15	68,2	7	31,8
TOTAL	271	48	17,7	223	82,3	175	64,6	96	35,4
X ² =17,8104				X ² =1,097					
p=0,0001				p=0,2949					

PORTE	N	POSIÇÃO REL.						ARTICULAÇÃO A. TEC.					
		RUIM		REG		BOM		RUIM		REG		BOM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5	100	47	47,0	15	15,0	38	38,0	2	2,0	77	77,0	21	21,0
5 A 10	70	24	34,3	12	17,1	34	48,6	7	10,0	51	72,9	12	17,1
10 A 20	52	13	25,0	14	26,9	25	48,1	6	11,5	35	67,3	11	21,2
20 A 50	27	8	29,6	5	18,5	14	51,9	2	7,4	16	59,3	9	33,3
50 E MAIS	22	7	31,8	9	40,9	6	27,3	5	22,7	12	54,6	5	22,7
TOTAL	271	99	36,5	55	20,3	117	43,2	22	8,1	191	70,5	58	21,4

 $X^2=1,8281$
 $p=0,1764$
 $X^2=0,751$
 $p=0,3862$

PORTE	N	ARTICULAÇÃO ORC.					
		RUIM		REG		BOM	
		n	%	n	%	n	%
< 5	100	8	8,0	79	79,0	13	13,0
5 A 10	70	9	12,8	48	68,6	13	18,6
10 A 20	52	6	11,6	36	69,2	10	19,2
20 A 50	27	4	14,8	18	66,7	5	18,5
50 E MAIS	22	9	40,9	9	40,9	4	18,2
TOTAL	271	36	13,3	190	70,1	45	16,6

 $X^2=2,0557$
 $p=0,1516$

PORTE	N	PLANO				RELATÓRIO			
		RUIM		BOM		RUIM		BOM	
		n	%	n	%	n	%	n	%
< 5	100	19	19,0	81	81,0	38	38	62	62,0
5 A 10	70	17	24,3	53	75,7	18	25,7	52	74,3
10 A 20	52	8	15,4	44	84,6	18	34,6	34	65,4
20 A 50	27	6	22,2	21	77,8	20	74,1	7	25,9
50 E MAIS	22	5	22,7	17	77,3	6	27,3	16	72,7
TOTAL	271	55	20,3	216	79,7	100	36,9	171	63,1

 $X^2=0,0271$
 $p=0,8692$
 $X^2=1,2788$
 $p=0,2581$

ANEXOS

ANEXO A - Instruções da Revista Cadernos de Saúde pública para submissão de artigos.

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão

simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. **Publicação de ensaios clínicos**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. **Fontes de financiamento**

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. **Conflito de interesses**

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. **Colaboradores**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. **Agradecimentos**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. **Referências**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. **Nomenclatura**

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. **Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964,

reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. **Processo de submissão *online***

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. **Envio do artigo**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as

normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e

colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em

arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão

ANEXO B- Questionário do PlanejaSUS – 2007

I - IDENTIFICAÇÃO

II - INSERÇÃO ORGANIZACIONAL

O órgão gestor estadual ou municipal possui organograma funcional?

Caso a resposta da questão anterior tenha sido "SIM", ordene, de forma decrescente, os níveis funcionais que articulam a área de planejamento com o Gabinete do Secretário. Com essa finalidade clique na seta do campo "ESTRUTURA ORGANIZACIONAL" e no rol de opções apresentado selecione o nível funcional na seqüência correspondente.

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1) Gabinete do Secretário de Saúde | 2) Nível de Subsecretaria | 3) Nível de Assessoria | 4) Nível de Diretoria | 5) Nível de Supervisão |
| 6) Nível de Gerência | 7) Nível de Subgerência | 8) Nível de Coordenação-Geral | 9) Nível de Coordenação | 10) Nível de Divisão |
| 11) Nível de Subdivisão | 12) Nível de Núcleo | 13) Nível de Seção | 14) Nível de Setor | 15) Grupo de Trabalho |
| 16) Nível de Apoio | 17) Consultoria Externa | 18) Assessoria Externa | 19) Outras Secretarias | 20) Outros Órgãos |

Caso a resposta da questão anterior tenha sido "NÃO", ordene, de forma decrescente, a articulação informal da área de planejamento com o Gabinete do Secretário. Com essa finalidade clique na seta do

campo "ESTRUTURA INFORMAL" e no rol de opções apresentado selecione o nível funcional na seqüência que mais se aproxima do ordenamento informal correspondente.

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1) Gabinete do Secretário de Saúde | 2) Nível de Subsecretaria | 3) Nível de Assessoria | 4) Nível de Diretoria | 5) Nível de Supervisão |
| 6) Nível de Gerência | 7) Nível de Sub-gerência | 8) Nível de Coordenação-Geral | 9) Nível de Coordenação | 10) Nível de Divisão |
| 11) Nível de Sub-divisão | 12) Nível de Núcleo | 13) Nível de Seção | 14) Nível de Setor | 15) Grupo de Trabalho |
| 16) Nível de Apoio | 17) Consultoria Externa | 18) Assessoria Externa | 19) Outras Secretarias | 20) Outros Órgãos |

Ainda em caso NEGATIVO para a QUESTÃO 6 e da área de planejamento não dispor nem de uma estrutura informal, que tipo de arranjo a secretaria utiliza para desenvolver os trabalhos de planejamento?

- Os trabalhos são desenvolvidos pela área de orçamento.
- Os trabalhos são desenvolvidos por outras secretarias.
- Os trabalhos são desenvolvidos por outras áreas.
- Os trabalhos são desenvolvidos por consultores externos.

A área de planejamento tem estruturação organizacional interna formal como parte do organograma funcional?

Caso a resposta da questão anterior tenha sido "SIM", ordene, de forma decrescente, os níveis funcionais de articulação interna da área de planejamento. Com essa finalidade clique na seta do campo "ESTRUTURA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO" e no rol de opções apresentado marque o nível estrutural na seqüência correspondente.

Relacione o grau de intensidade da cooperação técnica na área de planejamento entre o Estado e seus municípios :

- Fraco Médio Forte

Relacione o grau de intensidade de cooperação técnica entre o Nível Federal e o Nível Estadual na área de planejamento.

- Fraco Médio Forte

Assinale com X outro tipo de apoio técnico que, eventualmente, o nível estadual ou o municipal dispõe para o desenvolvimento dos trabalhos de planejamento.

- Universidades Centros de pesquisas
- Empresas públicas de assessoria Empresas privadas de assessoria
- Contratação de consultores especializados Outros

III - INSERÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO

Assinale com "X" os instrumentos de gestão utilizados pelos estados ou municípios no processo de planejamento:

- Plano Estadual ou Municipal de Saúde Relatório de avaliação
- Programação anual Relatório de acompanhamento
- Outro(s)

Na questão anterior, caso marque a opção "Outro(s)", favor citar até três instrumentos de planejamento em ordem de importância para o processo de planejamento:

Indique a situação atual do Plano Estadual ou Municipal de Saúde, de acordo com as alternativas:

- Inexistente
 Em elaboração
 Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho
 Aprovado pelo respectivo conselho
 Publicado pela esfera gestora responsável

Indique o período a que se refere o Plano Estadual ou Municipal de Saúde, informando o ano em que se inicia a sua vigência e o em que termina.

1) Ano de início:

2) Ano de término:

1)

2)

IV - ADEQUAÇÃO EM TERMOS DE INFRA-ESTRUTURA E SUPRIMENTO LOGÍSTICO

Indique a situação que melhor identifica o espaço de trabalho com a quantidade de pessoas que o ocupa e as atividades que executam, de acordo com as alternativas:

- Inadequado
 Razoavelmente adequado
 Adequado

Assinale com um "X" de três a cinco características que melhor identificam o espaço de trabalho disponível, relacionando com a sua resposta anterior:

- Barulhento
 Quente

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Úmido |
| <input type="checkbox"/> Iluminação inadequada | <input type="checkbox"/> Localização inadequada |
| <input type="checkbox"/> Pouca privacidade | <input type="checkbox"/> Muito pequeno |
| <input type="checkbox"/> Muito amplo | <input type="checkbox"/> Silencioso |
| <input type="checkbox"/> Temperatura agradável | <input type="checkbox"/> Iluminação adequada |
| <input type="checkbox"/> Bem localizado | <input type="checkbox"/> Suficientemente reservado |
| <input type="checkbox"/> Dimensões adequadas | |

Indique a situação que melhor identifica as condições de infraestrutura e suprimento logístico que dão suporte à atividade de planejamento, de acordo com as alternativas: 1) Inadequada; 2) Razoavelmente adequada; 3) Adequada

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) Móveis | 2) Utensílios |
| 3) Material de expediente | 4) Suprimentos de informática |
| 5) Telefone | 6) Internet |
| 7) Fax | |

1)

3)

5)

7)

2)

4)

6)

Informe a quantidade de microcomputadores e impressoras disponíveis na área de planejamento.

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1) Impressoras | 2) Microcomputadores |
|----------------|----------------------|

1) 2) 3) 4) 5)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação ao sexo, de acordo com as alternativas:

1) Sexo Feminino

2) Sexo Masculino

1) 2)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação às faixas etárias:

1) Abaixo de 18 anos

2) De 18 a 21 anos

3) De 22 a 40 anos

4) De 41 a 59 anos

5) Acima de 60 anos

1) 2) 3) 4) 5)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis Fundamental e Médio:

1) Fundamental incompleto

2) Fundamental completo

3) Médio incompleto

4) Médio completo

1) 2) 3) 4)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis Superior e de Especialização:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1) Superior incompleto | 2) Superior completo |
| 3) Especialização na área de Planejamento | 4) Especialização em Saúde Pública |
| 5) Especialização em outras áreas | |

1)

2)

3)

4)

5)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas para o nível de Mestrado:

- | | |
|--|---|
| 1) Mestrado profissional na área de Planejamento | 2) Mestrado profissional em Saúde Pública |
| 3) Mestrado profissional em outras áreas | 4) Mestrado strictu senso na área de Planejamento |
| 5) Mestrado strictu senso em Saúde Pública | 6) Mestrado strictu senso em outras áreas |

1)

2)

3)

4)

5)

6)

Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação, de acordo com as alternativas para o nível de Doutorado:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1) Doutorado na área de | 2) Doutorado em Saúde Pública |
|-------------------------|-------------------------------|

Planejamento

3) Doutorado em outras áreas

1) 2) 3)

Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à capacitação a ser oferecida para Treinamentos de curta duração e Especialização:

1) Oficinas técnicas específicas

2) Treinamento em conceitos básicos na área de Planejamento

3) Especialização na área de Planejamento

4) Especialização em Saúde Pública

5) Especialização em outras áreas

1) 2) 3) 4) 5)

Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à formação a ser oferecida em nível de Mestrado:

1) Mestrado profissional na área de Planejamento

2) Mestrado profissional em Saúde Pública

3) Mestrado profissional em outras áreas

4) Mestrado strictu senso na área de Planejamento

5) Mestrado strictu senso em Saúde Pública

6) Mestrado strictu senso em outras áreas

1) 2)

3) 4) 5) 6)

Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à formação a ser oferecida em nível de Doutorado:

- 1) Doutorado na área de Planejamento 2) Doutorado em Saúde Pública
3) Doutorado em outras áreas

1) 2) 3)

VI - ASPECTOS RESTRITIVOS E FACILITADORES

Cite até cinco aspectos com influências restritivas sobre o processo de planejamento:

Cite até cinco aspectos com influências facilitadoras do processo de planejamento:

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

PORTARIA GM/MS 699 ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de _____, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de _____, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º _____, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda”, “Prazo para realizar” e “Não se aplica”.

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção “Não se aplica”.

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão “Todo município deve”, a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção “Não se aplica” deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	Realiza	Não Realiza Ainda	Prazo Para Realizar	Não se aplica

	Realiza	Não Realiza Ainda	Prazo Para Realizar	Não se aplica
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.4 Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				

	Realiza	Não Realiza Ainda	Prazo Para Realizar	Não se aplica
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES;				
e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;				
3.6 Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e				

	Realiza	Não Realiza Ainda	Prazo Para Realizar	Não se aplica
sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.				